

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

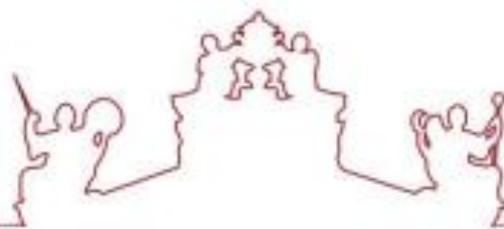
Relatório de Estágio

**Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase
previa al alta hospitalaria**

María Del Carmen Deyá Espinal

Orientador(es) | Maria Otilia Brites Zangão

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

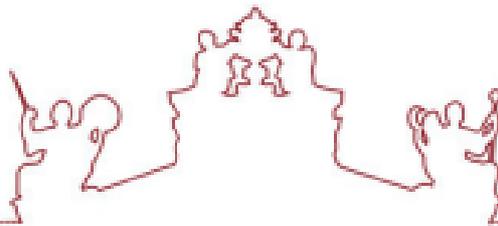
Relatório de Estágio

**Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase
previa al alta hospitalaria**

María Del Carmen Deyá Espinal

Orientador(es) | Maria Otilia Brites Zangão

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)
Vogais		Luís Manuel Pinto Miranda (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.) (Arguente)
		Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)



**En memoria a mis abuelos Enrique Espinal Padrón, María del Carmen Irene Hernández
Campos y Miguel Ángel Deyá Pack.**

Agradecimientos

Quiero empezar agradeciendo a mi familia mi madre Anamary Espinal Hernández, mi hermana M^a de Lourdes Deyá Espinal, mi padre Miguel Ángel Deyá Valdés, y mi abuela Josefa del Carmen Valdés González, por creer en mí dándome todo su apoyo.

A mis dos amores Leandro Hernández Moreno y Nuzet Verdes Borges, por sus locuras y abrazos incondicional. A mi pareja, Carlos Jesús Soto Borges por ser mi pilar durante estos dos años, dándome todo su cariño y amor. A mi suegra M^a del Carmen Borges Hernández por apoyarme y escucharme siempre que la necesito.

A mis profesoras de Universidad Otilia Zangão, Ana Frias, Margarida Sim-Sim, y M^a da Luz Barrio por su paciencia, motivación, y ejemplo de superación.

A mis tutoras de estágio del HGO, EPE Emilia Carvalho, Sonia Nunes; y del CHBM, EPE M^a Fernanda Ribeiro, Cristina Queimado, Cristina Castanho, y Susana Xufre por brindarme momentos de alegría, cariño y sabios consejos. También a las auxiliares Idalia Lourenço y Marina Gomes, por sus maravillosos refranes portugueses.

A Elizabeth Guerra y Julia Jeseppen, por el gran esfuerzo realizado para que mis prácticas en España fueran posibles.

Y sin duda, a mi amiga M^a de los Ángeles Hernández Castillo por estar a mi lado sacándome siempre una sonrisa, por nuestras anécdotas y aventuras durante estos dos años.

Gracias a todos los que directa, o indirectamente, contribuyeron para que este trabajo fuera posible.

“Elije un trabajo que te apasione y no tendrás que trabajar ni un solo día de tu vida”.
Confucio.

TÍTULO: “Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria”

RESUMEN

Introducción: Este relatório se encuadra en el ámbito de Estágio de Natureza Profesional del Curso de Mestrado en Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivo: Presentar de manera crítica-reflexiva el proceso de adquisición y desarrollo de habilidades clínicas en contexto de salud materna, ginecológica y obstétrica, además de profundizar en el conocimiento científico en la temática de Lactancia Materna.

Metodología: La metodología aplicada en los estágio fue la supervisión clínica. Se desarrolló una práctica basada en la evidencia científica, utilizando herramientas como la revisión de literatura, realización de casos clínicos y la recopilación de datos a través de herramientas utilizadas en la práctica clínica, como la escala LATCH.

Resultados: Se consiguieron los objetivos propuestos de estágio, además de las competencias comunes y específicas inherentes al área de especialización.

Conclusiones: Los conocimientos y habilidades adquiridas, contribuyeron a brindar una atención especializada de calidad, teniendo como base decisiones basadas en la evidencia científica.

Descriptores: Lactancia Materna; Aprendizaje; Periodo Posparto; Alta Hospitalaria.

TITLE: “Breastfeeding: perspective of puerperal women in the phase prior to hospital discharge”

ABSTRACT

Introduction: This report is part of the Internship of Professional Nature of the Master’s Course in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Objective: To present in a critical-reflective manner the process of acquisition and development of clinical skills in the context of maternal, gynecological and obstetric health, in addition to deepening scientific knowledge on the subject of breastfeeding.

Methodology: The methodology used in the internship was clinical supervision. All internship was developed based on a practice based on scientific evidence, using as tools the literature review, clinical cases and data collection through tools used in clinical practice, such as the LATCH scale.

Results: The proposed objectives for the internship and the competencies inherent to the area of specialization, both common and specific, were acquired.

Conclusions: The knowledge and skills acquired contributed to the provision of quality specialized care, based on scientific evidence bases decision making.

Descriptors: Breastfeeding; Learning; Postpartum Period; Hospital Discharge.

TÍTULO: “Aleitamento Materno: perspectiva das mulheres puérperas na fase previa à alta hospitalar.”

RESUMO

Introdução: Este relatório enquadra-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivo: Apresentar de forma crítica-reflexiva o processo de aquisição e desenvolvimento de competências clínicas no contexto de saúde materna, ginecológica e obstétrica, bem como aprofundar o conhecimento científico na temática do Aleitamento Materno.

Metodologia: A metodologia utilizada no estágio foi a supervisão clínica. Todo estágio foi desenvolvido com base numa prática baseada na evidência científica, utilizando-se como ferramentas a revisão da literatura, realização de casos clínicos e recolha de dados através de ferramentas utilizadas na prática clínica, nomeadamente a escala LATCH.

Resultados: Foram adquiridos os objetivos propostos para o estágio e as competências inerentes a área de especialização, comuns e específicas.

Conclusões: O saber e as habilidades adquiridas, contribuíram para uma prestação de cuidados especializada com qualidade, tendo por base uma tomada de decisão baseada na evidência científica.

Descritores: Aleitamento Materno; Aprendizagem, Período Pós-Parto; Alta Hospitalar

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	14
2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL	18
2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO	18
2.1.1. Caracterización del servicio de internamiento de medicina materno fetal/ ginecología y servicio de consultas externas del HGO, EPE	19
2.1.2. Caracterización de los servicios de bloco de partos, urgencias obstétricas e ginecología del CHBM, EPE	24
2.1.3. Caracterización del servicio de urgencias obstétrica/ginecológica y paritorio del complejo hospitalario universitario materno infantil, CHUIMI	27
2.2. METODOLOGÍA DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL	33
2.2.1. Objetivos del estágio profesional.....	35
3. CONTRIBUCIONES PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	38
3.1. CONCEPTUALIZACIÓN	39
3.2. METODOLOGÍA.....	41
3.2.1. Objetivos.....	44
3.2.2. Abordaje	45
3.2.3. Población diana/Muestra	46
3.3. RESULTADOS	47
4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS	57
4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS ..	57
4.2. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA	60
4.2.1. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de internamiento de medicina materno fetal/ ginecología en el HGO, EPE.	61
4.2.1.1. Datos del servicio de internamiento de medicina materno fetal/ ginecología en el HGO, EPE.	64
4.2.2. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de consultas externas de obstetricia en el HGO, EPE.	65
4.2.2.1. Datos del servicio de consultas externas de obstetricia en el HGO, EPE. .	69

4.2.3. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de bloco de partos, urgencias obstétrica y ginecología en el CHBM, EPE.....	71
<i>4.2.3.1. Datos del servicio de bloco de partos, urgencias obstétrica y ginecológica en el CHBM, EPE.....</i>	<i>74</i>
4.2.4. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de internamiento de puerperio en el CHUIMI	76
<i>4.2.4.1. Datos del servicio de internamiento de puerperio en el CHUIMI</i>	<i>80</i>
4.2.5. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de bloco de partos/ paritorio en el CHUIMI	81
<i>4.2.5.1. Datos del servicio de bloque de partos/paritorio en EL CHUIMI</i>	<i>84</i>
5. CONSIDERACIONES FINALES	87
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÉNDICES	98
APÉNDICE A - SUMISIÓN DE LA PROPOSTA DE PROJETO DE ESTÁGIO A LOS SERVIÇOS ACADÉMICOS DE LA UNIVERSIDADE DE ÉVORA	99
APÉNDICE B - SUMISIÓN DEL RESUMEN, PLAN Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A LOS SERVICIOS ACADÉMICOS DE LA UNIVERSIDAD DE ÉVORA	101
APÉNDICE C - SÍNTESIS DE LOS ARTÍCULOS DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA	104
APÉNDICE D - INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS	108
APÉNDICE E - FORMULARIO DE ESTÁGIO FINAL	111
APÉNDICE F - FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y REGISTRO DEL DOLOR EN EL CHBM, EPE.....	112
APÉNDICE G - DIPLOMA DEL CURSO "SENSIBILIZACIÓN Y APOYO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LA LACTANCIA MATERNA"	113
APÉNDICE H - CERTIFICADO DE APROVECHAMIENTO “JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN LACTANCIA MATERNA. CAMINANDO HACIA UNA ISLA IHAN (INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA)”.....	114
APÉNDICE I - PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	115
ANEXOS	122
ANEXOS A - POLÍTICA DE ALEITAMENTO MATERNO DEL CHBM, EPE	123
ANEXOS B - RECOMENDACIONES PARA EL PUERPERIO EN EL CHUIMI.....	126
ANEXOS C - RECOMENDACIONES DE LM EN EL CHUIMI.....	132

ANEXOS D - HOJA EXPLICATIVA PARA LA TÉCNICA DE MARMET EN EL CHUIMI.. 134

ANEXOS E - TRÍPTICO DE LM Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO DEL CHUIMI..... 135

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Número total de partos en el HGO, EPE; CHBM, EPE y CHUIMI en 2020	19
Ilustración 2 - Área de cobertura del HGO, EPE.....	20
Ilustración 3 - Área de cobertura del CHBM, EPE.....	24
Ilustración 4 - Área de cobertura del CHUIMI.....	27
Ilustración 5 - Número de partos del CHBM, EPE Y HGO, EPE 2019/20.....	32
Ilustración 6 - Número de partos del CHUIMI 2019/20.....	33
Ilustración 7 - Diagrama prisma de las etapas metodológicas de selección de los artículos	43
Ilustración 8 - Gráfico: edad	48
Ilustración 9 - Número de Hijos.....	50
Ilustración 10 - LM en puerperio inmediato	52
Ilustración 11 - CPP precoz tras el parto	52
Ilustración 12 - Porcentaje de LME al alta hospitalaria.....	53
Ilustración 13 - Porcentaje de LATCH al alta hospitalaria.....	54
Ilustración 14 - Mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida según su edad en España.....	67
Ilustración 15 - Mujeres sometidas a FIV/ICSI según el rango de edad en Portugal ...	68
Ilustración 16 - Edad de las usuarias sometidas a tratamiento de IA en Portugal	69
Ilustración 17 - Vigilancia de recién nacidos y puérperas de riesgo.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 - Características Sociodemográficas.....	49
Tabla 2 - Características clínicas obstétricas del embarazo, parto y puerperio	51
Tabla 3 - Organización de las consultas en el servicio de consultas externas.....	70
Tabla 4 - Número total de partos total asistidos en CHBM, EPE.....	75
Tabla 5 - Número total de partos total asistidos en el CHUIMI.....	85
Tabla 6 - Intervenciones realizadas en los paritorios del CHUIMI.....	85
Tabla 7 - Número total de RN sanos y de riesgo en el CHUIMI	86

1. INTRODUCCIÓN

El presente relatório surge en el ámbito de estágio clínico profesional y relatório del Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica en la Escola Superior de Enfermagem, São João de Deus en la Universidad de Évora. Dicho curso integra la Unidad Curricular “Estágio de Natureza Profesional con Relatório Final”, teniendo como finalidad el desenvolvimiento de competencias en el ámbito de prácticas basada en la evidencia.

El Estágio de Natureza Profesional (ENP) con Relatório Final, es una unidad curricular de carácter práctico con 60 European Credit Transfer System (ECTS), con una duración de un año, supervisado por la orientadora pedagógica profesora doctora Maria Otilia Brites Zangão, y dos supervisores clínicos en las áreas/servicios de las diferentes instituciones públicas. El ENP tiene lugar en el 2º año del Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, periodo que abarcó desde el 14 de septiembre de 2020 hasta el 25 de junio de 2021.

En este sentido, el ENP tuvo lugar en diversas instituciones y servicios tanto en Portugal como en España, cuya finalidad es desenvolver las competencias técnico-científicas necesarias para brindar cuidados especializados de enfermería a la mujer/familia en todos los ciclos de su vida reproductiva, desde la infancia hasta la menopausia.

El primer semestre de aprendizaje práctico tuvo lugar en el servicio de Grávidas/Ginecología en el Hospital Garcia de Orta, Entidad Pública Empresarial (HGO, EPE), posteriormente fue el Servicio de Consultas Externas en el HGO, EPE y por último el servicio de Bloque de Partos, en el Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidad Pública Empresarial (CHBM, EPE) todos ellos con una duración de 6 semanas. En el segundo semestre el aprendizaje se llevó a cabo en España, concretamente en el servicio de Paritorio del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) y en el servicio de Puerperio/Neonatología, con una duración total ambos servicios de 18 semana.

Su planificación se elaboró en base al Plan de Estudios del Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica en la Escola Superior de Enfermagem São João de Deus en la Universidad de Évora, conforme al aviso nº 15812/2019 publicado en

el Diário da República nº 192/2019, Série II de 2019-10-07, dando respuesta a la pertinente Directiva Europea.

Así mismo, su Regulación fue publicado en el Diário da República, 2.ª Série - N.º 227 - 26 de novembro de 2018:

“O Relatório Final é um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada sobre as atividades desenvolvidas, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, efetuado numa instituição/entidade acolhedora, que será alvo de prova pública perante um júri” (Universidade de Évora [UÉ], 2018, p. 31402)

Además, el mestrando debe demostrar competencias para elaborar un proyecto de Relatório Final como modelo, de acuerdo con el Reglamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ), y procedimientos académicos definidos para el mismo por los Servicios Académicos. Elaborar un Relatório Final sobre los procesos de desenvolvimiento del ENP, fundamentado en términos técnicos-científicos, presentando sugerencias y mejoras relacionadas con la intervención profesional. El Relatório Final debe revelar/demostrar que el mestrando alcanzó los objetivos/competencias inherentes al área de especialización en enfermería y de investigación.

No obstante, la realización del Estágio respeta los requisitos de la Directiva nº 80/155/CEE del 21 de enero, actualizada por la Directiva nº 89/594/CEE del 30 de octubre de 1989, que abogan por las experiencias mínimas necesarias para la formación de la Enfermera Especialista en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia (EEESMO). En definitiva, el objetivo se centra en la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que recaen en la actividad de EEESMO.

Las actividades desarrolladas en los Estágio tienen una base inicial durante el 1º año del curso, con la presentación de un proyecto sometido a juicio por los Servicios Académicos de la Universidad de Évora (UÉ), con registro R/A-Ef 1783/2011/AL03 el 26/07/2019 por la que se realizó una Propuesta de Proyecto de Estágio, Modelo T-005 (Apéndice A), guiándonos para la elaboración de este Relatório de ENP.

El objetivo principal de este relatório es presentar de manera crítica y reflexiva el proceso de adquisición y desenvolvimiento en las habilidades clínicas, en el contexto de salud materna, ginecológica y obstétrica, además de profundizar en el conocimiento científico. Por tanto, seleccionamos como tema principal del presente relatório: “Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria”. Está enfocado en los diferentes contextos de la práctica profesional de la Enfermera

Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EEESMO), demostrando en innumerables estudios científicos los beneficios de esta práctica a lo largo de las últimas décadas, así como el interés personal surgido durante un largo período de tiempo trabajando como enfermera general, en el que un alto porcentaje de puérperas presentaban expectativas idealizadas y escaso conocimientos en el amamantamiento al ingreso, mientras que al alta hospitalaria reflejaban incertidumbres y desinterés con la lactancia materna.

La lactancia materna (LM) es un momento de adaptación en la triada, debiendo ser valorado, apoyado e incentivado por las/os enfermeras/os. En este sentido, la EEESMO desempeña un papel sumamente importante en el acompañamiento y asesoramiento de la familia. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud en España y la Ordem dos Enfermeiros en Portugal, reconocen como competencia específica de la EEESMO que la promoción de la salud de la mujer durante el trabajo de parto, potencia la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, así como la promoción de la salud de la mujer y del recién nacido en el período posnatal. La enfermera especialista debe evaluar, planear, promover e implementar intervenciones para que las puérperas antes del alta hospitalaria logren un aprendizaje de calidad en relación con el amamantamiento.

Para fundamentar y encaminar la práctica de enfermería, se estimó oportuno seguir a lo largo de los estágios uno de los modelos teóricos más utilizados e importantes en la práctica enfermera, con una estructura centrada en la valoración y una base de datos para el diagnóstico enfermero. La teórica elegida fue Marjory Gordon, ya que cumplía con nuestros criterios, pues su método de valoración se realiza a través de 11 patrones funcionales de salud, facilitando al profesional de la salud la valoración del paciente.

Cuando hablamos de valoración nos referimos a identificar riesgos, conocer las actitudes o predecir futuros problemas reales o potenciales del individuo o familia, a partir de la obtención e interpretación de datos relevantes de forma objetiva, subjetiva o a través de la interacción con otros profesionales.

El posparto es una etapa frágil para la madre, puesto que se manifiestan diversas preocupaciones. Esto ocurre con la LM, reflejándose la notoria demanda de información, así como la necesidad de apoyo profesional. Durante esta etapa, las puérperas necesitan observar, aprender y ejecutar habilidades de manera rutinaria para cubrir las necesidades de sus bebés. De ahí, la importancia del rol de la EEESMO durante la hospitalización, apoyando a las madres no solo en el inicio y mantenimiento de la lactancia, si no también en la educación e información.

En este caso el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, consiguen adaptarse a nuestra temática permitiendo abordar e implementar cuidados concretos para contribuir a una consecución satisfactoria de competencias y habilidades maternas previas al alta.

Este relatório se encuentra organizado en seis capítulos, que a su vez están divididos por subcapítulos. El relatório da comienzo con la presente introducción, seguidamente se aborda el contexto clínico del estágio de naturaleza profesional, con un análisis de caracterización en los diferentes servicios donde se realizaron los estágios. Continuando con esta dinámica, encontramos un tercer capítulo referente a las contribuciones en la práctica de enfermería, para la mejora de la asistencia de enfermería en salud materna y obstétrica, así cómo la correcta fundamentación de las actividades e intervenciones desarrolladas a lo largo del estágio. El capítulo cuarto, incluye un análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias adquiridas, y por último, se encuentran las consideraciones finales y referencias bibliográficas descritas de acuerdo con las orientaciones institucionales, mediante las normas de publicación de trabajos de la American Psychological Association (American Psychological Association [APA], 2020, 7^a ed.). Como complemento al texto presentamos algunos anexos y apéndice

2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

El presente apartado hace referencia a la caracterización del contexto clínico, y de la metodología del ENP con Relatório Final. Teniendo en cuenta el cumplimiento del Reglamento de las competencias específicas de las/os EEESMO y del ENP, se realizó en diversos contextos de la práctica clínica, abarcando desde el internamiento de embarazadas con patologías, vigilancia del embarazo, vigilancia del trabajo de parto, parto y internamiento de puerperio, entre otras proporcionando una prestación de cuidados a la mujeres insertadas en una familia/comunidad, a lo largo del ciclo reproductivo y con alteraciones de foco ginecológico.

2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

El desenvolvimiento del ENP se llevó a cabo en tres unidades de salud. Las dos primeras unidades de salud fueron en la Región de Almada-Seixal y Barreiro, concretamente en el HGO, E.P.E y CHBM, E.P.E. Ambas se encuentran localizadas en la Península de Setúbal. La tercera unidad de salud pertenece a la Región de salud de Las Palmas concretamente en el CHUIMI, localizado en la isla de Las Palmas de Gran Canaria. Todas estas unidades de salud proporcionaron un enriquecimiento en cuanto a mi experiencia clínica profesional. La organización del ENP con Relatório Final se expone en la presente Tabla 1.

En el año 2020 se obtuvo en dos instituciones de salud pública portuguesa dónde se realizó los ENP, un total de 27.677 partos eutócicos. Por el contrario, en España se realizó ENP en una institución pública de salud situada en Las Palmas de Gran Canaria (Islas Canarias), alcanzando un total de 3.377 partos como refleja la Figura 1.

Tabla 1 - Organización del estágio de Naturaleza Profesional

INSTITUCIÓN	ÁREA/ SERVICIO	FECHAS	SEMESTRE
HGO, EPE (Portugal)	Internamiento de Grávidas/Ginecología	15/09/2020 al 25/10/2020	
HGO, EPE (Portugal)	Consultas Externas de Obstétrica	26/10/2020 al 04/12/2020	1º Semestre
CHBM, EPE (Portugal)	Bloco de Partos	07/12/2020 al 29/01/2021 (con interrupción del periodo vacacional de navidad)	
CHUIMI (España)	Internamiento de Puerperio-Neonatología	01/02/2021 al 14/03/2021	2º Semestre
CHUIMI (España)	Bloque de Partos	15/03/2021 al 25/06/2021	

Nota: Esta tabla representa la Organización de la Unidad Curricular ENP

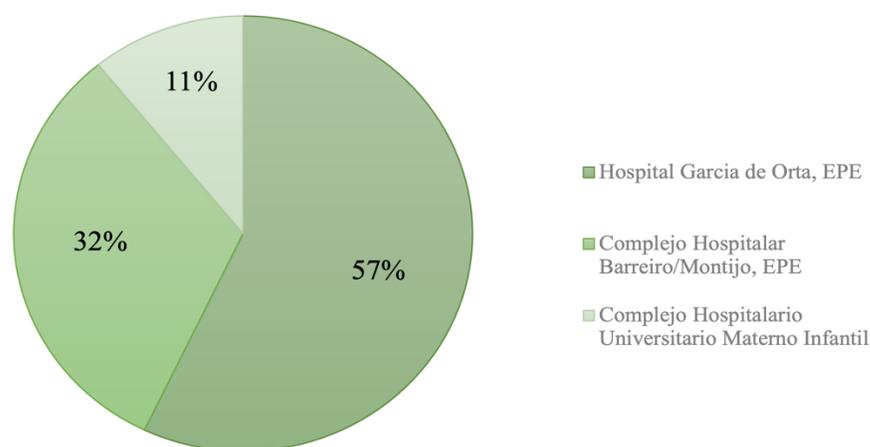


Ilustración 1 - Número total de partos en el HGO, EPE; CHBM, EPE y CHUIMI en 2020

Nota: La ilustración reproduce los datos del número total de partos en las diferentes instituciones públicas en Portugal (HGO, EPE y CHBM, EPE) y España (CHUIMI). Los datos fueron cedidos por las supervisoras de área de cada hospital y analizados mediante el programa estadístico Excel.

2.1.1. Caracterización del servicio de internamiento de medicina materno fetal/ginecología y servicio de consultas externas del HGO, EPE

El HGO, EPE inició su actividad en septiembre de 1991, en sustitución del antiguo Hospital de Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada, sin embargo, no consiguió

dar soluciones a una población cada vez mayor en la península de Setúbal, en la que aseguraba cuidados hospitalarios básicos (Hospital Garcia de Horta [HGO, EPE], 2020).

A pesar de todo, en el 2003 y a consecuencia de su desarrollo y grado de diferenciación, fue catalogado como Hospital Central, dejando de pertenecer al Sector Administrativo Público y pasando al Sector Empresarial del Estado. No fue hasta el 2006 cuando se nombró entidad pública empresarial (EPE), condición que mantiene en la actualidad (HGO, EPE, 2020).

El HGO, EPE atiende actualmente a una población estimada de unos 350 mil habitantes. Área de influencia directa abarca los municipios de Almada, Seixal y Sesimbra (Ilustración 2). Así mismo, cuenta con 596 camas distribuidas por diversas especialidades, con servicios de referencia, y con alrededor de 2800 funcionarios (HGO, EPE, 2020).

Denominado HGO en honor al destacado médico, botánico y naturista del siglo XVI. El hospital tiene como misión brindar una atención sanitaria diferenciada, asegurando a cada paciente la atención correspondiente a sus necesidades, y acorde con las mejores prácticas clínicas implementando definiciones de políticas de salud a nivel nacional y regional. Promueve el uso eficiente de los recursos disponibles, abarcando áreas de docencia, formación e investigación, prevención y continuidad asistencial según la primacía del paciente (HGO, EPE, 2020).



Ilustración 2 - Área de cobertura del HGO, EPE

Nota: Las ilustraciones representan las áreas de cobertura del HGO, EPE en el distrito de Setúbal. Tomado del Instituto Politécnico de Setúbal.

En términos generales el HGO, EPE destaca por una política de apoyo y promoción a la LM, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Se encuentra acreditado como Hospital Amigo de los Niños desde 2005, siendo el primer hospital a nivel nacional en obtener esta acreditación, y en el que se realizan cerca de tres mil partos al año (HGO, EPE 2020).

A modo de conclusión, el HGO, EPE está clasificado como Hospital Perinatal Diferenciado, proporcionando cobertura asistencial a las usuarias/ familias del área sur del país. Posee capacidad de asistencia multidisciplinar en patologías del embarazo asociadas o recurrentes, además de disponer Consultas de Infertilidad y Reproducción Medicamente Asistida (CIRMA), diagnóstico prenatal con colaboración de genetista, consulta de Interrupción Voluntaria de la Gravidéz (IVG), consulta de puerperio especial, y de preparación para el nacimiento y parentalidad (HGO, EPE 2020).

El área de Ginecología e Obstetricia del HGO, EPE es la especialidad médica que ofrece diagnóstico, prevención y tratamiento a las enfermedades del sistema reproductor femenino (ginecología), así como el acompañamiento de la mujer en su embarazo, parto y posparto (obstetricia). Está área comprende diversas actividades:

- Internamiento de Ginecología, que responde al plan quirúrgico y al servicio de urgencias.
- Internamiento de Medicina Materno-Fetal
- Internamiento de Puerperio
- Consultas Externas
- Urgencias Ginecológica-Obstétrica
- Bloque de Partos
- Bloco Operatorio
- Servicio de Urgencias Obstétrica- Ginecológica (SUOG)
- Exámenes

En el HGO, EPE el Servicio de Obstetricia y Ginecología se encuentra en el 5º piso. Está compuesto por un área de cuidado a la mujer, en la que se encuentra la Unidad de Internamiento de Medicina Materno-Fetal, y la Unidad de Internamiento de Ginecología. El servicio cuenta con acceso restringido de uso exclusivo para personal sanitario, con accesibilidad mediante la utilización de sistema electrónico de seguridad, quedando vigilada

la entrada y el acompañamiento de las usuarias a la unidad vigilada por los funcionarios del servicio.

En cuanto a estructura física, del lado izquierdo se encuentra la sala de enfermería, gabinetes médicos, sala de pujos, dos cuartos de baño para las usuarias; uno para las embarazadas y otro para las usuarias con afecciones ginecológicas, un cuarto de baño para los profesionales, sala con material de medicación, sala de exámenes con ecógrafos, una sala de reunión compartida con el equipo médico, y un gabinete para la supervisora jefe de enfermería. Por el contrario, en el lado derecho se encuentran los cuartos de las pacientes con 26 camas en total, cada habitación está equipada con dos o tres camas articuladas cada una de ellas con su armario individual, un aparato cardiotocográfico (CTG), y un televisor. Las usuarias con afecciones ginecológicas se encuentran internadas preferentemente en las 9 primeras camas, dejando las camas restantes para el internamiento de las embarazadas. Con referencia a las últimas habitaciones, estas están destinadas a gestantes en proceso de pérdida neonatal o fetal. Actualmente, se están empleando para acoger a gestantes pendientes de los resultados de la prueba de SARS-COVID-19.

El internamiento se realiza de forma programada para inducción del trabajo de parto (ITP) o cirugías electivas de foco ginecológico, o de manera urgente a través del SUOG. La unidad Materno-Fetal acoge a usuarias embarazadas con patologías previas o inducida por la gestación, gestantes con amenaza de parto pretérmino (APPT), capacidad de recibir a usuarias para ITP por edad gestacional avanzada, por indicación clínica o para cesárea electiva. El servicio funciona además como unidad de internamiento en situaciones de IVG o Médica del Embarazo (IME/IMG). En relación con el internamiento de ginecología, recibe a usuarias con problemas de salud de foco quirúrgico o médico.

El equipo multidisciplinar está constituido por 1 supervisora/coordinadora clínica EESMO presente en la unidad durante el turno de la mañana, 16 EESMO y 7 Enfermeras Generales, 8 Auxiliares de enfermería, 5 Médicos Ginecobstetras, 4 Médicos internos de formación especializada, 1 Asistente social, 1 Nutricionista y 2 Administrativas.

En el turno de mañana y tarde la organización del equipo de trabajo se encuentra centrada en dos EEESMO, y una enfermera general, por el contrario, en el turno de noche se encuentra 1 EEESMO y 1 enfermera general. En los turnos de tarde y noche una EEESMO asume la función de jefe de equipo distribuyendo el trabajo en función de las usuarias

internadas. Todas las intervenciones y registros de las pacientes se realizan de manera informática a través del programa SClinico®.

En lo referente a Consultas Externas de Obstetricia del HGO, EPE se ubica en el 1° piso, puesto que es un área diseñada para consultas de medio y alto riesgo obstétrico. Cuenta con un horario de funcionamiento de 8:00h hasta las 16:30h de lunes a viernes.

El servicio de Consultas Externas de Obstetricia se encuentra dividido por 3 gabinetes para las consultas del equipo médico ginecológico y 3 gabinetes para la consulta de EEESMO, ambos equipados con camillas, tensiómetros, mesa con ordenadores, CTG, además de todo el material de apoyo necesario para las consultas. Un pequeño office- break para los profesionales y una sala de espera.

El quipo multidisciplinar está compuesto por 2 Administrativa las cuales reciben a las usuarias en la sala de espera, 2 Auxiliar de Enfermería, 7 EEESMO ejerciendo uno de ellos la función de supervisor/jefe del equipo, y 7 Médicos Obstetras e internos de formación especializada. Cuenta con la colaboración y apoyo del departamento de psicología, servicio social y un nutricionista.

Está destinado al atendimento de usuarias con situaciones clínicas que posicionan el embarazo en riesgo obstétrico medio o alto. De manera general, las gestantes con riesgo medio o alto son encaminadas para la consulta hospitalaria del HGO, EPE por su Centro de Salud de referencia.

Las diferentes Consultas Obstétricas presentes en el HGO, EPE son las siguientes:

- Consulta de Diabetes Gestacional
- Consulta de Edad-Materna
- Consulta Periparto
- Consulta de IVG
- Consulta Embrio-Fetal
- Consulta Materno-Fetal

Es importante resaltar también el atendimento en las consultas de embarazadas de bajo riesgo obstétrico con evaluación en la consulta de Periparto.

Las consultas externas de Obstetricia abarcan las IVG, de acuerdo con la legislación vigente del país, realizándose dichas consultas en un gabinete ubicado en el 4° piso del

hospital. Una vez más las intervenciones y registros de las pacientes se realizan de manera informática a través del programa SClinico®.

2.1.2. Caracterización de los servicios de bloco de partos, urgencias obstétricas e ginecología del CHBM, EPE

El CHBM, EPE integra al Hospital de Nuestra Señora del Rosario y al Hospital de Montijo. Fue creado el 01 de noviembre de 2009, a través del Decreto-Lei n.º 280/2009. Se compone con más de 30 valencias clínicas y cuenta además con un área de influencia que engloba los consejos de Barreiro, Moita, Montijo y Alcochete como muestra la Ilustración 3 (Centro Hospitalar Barreiro-Montijo [CHBM, EPE], 2017).

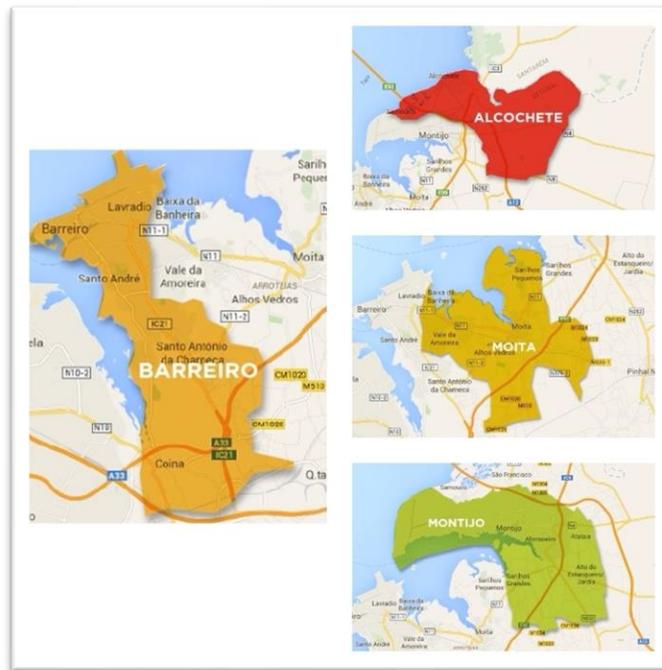


Ilustración 3 - Área de cobertura del CHBM, EPE

Nota: Las ilustraciones representan las áreas de cobertura del CHBM, EPE en el distrito de Setúbal. Tomado del Instituto Politécnico de Setúbal.

La institución proporciona asistencia a una población de más de 213 mil habitantes, de acuerdo con el Censo de 2011 (CHBM, EPE, 2017).

Por otra parte, el Hospital de Nuestra Señora del Rosario fue inaugurado el 18 de enero de 1959 y dirigido por la Santa Casa de la Misericórdia, pero no fue hasta 1985 nombrado Hospital Distrital de Barreiro (CHBM, EPE, 2017). Por orden del Ministerio de

Salud, se cambió el nombre a Hospital Nossa Senhora del Rosario-Barreiro, publicado en el Diário da República II Série n.º 218, del 20 de setembro de 1995 (CHBM, EPE, 2017).

En diciembre de 2002, el Decreto-Lei n.º 299/2002 convirtió la Institución en una sociedad anónima de capitales exclusivamente públicos. Tres años después, con el Decreto-Lei n.º 233/2005 pasó a denominarse entidad pública empresarial, tipo de administración que mantiene en la actualidad (CHBM, EPE, 2017)

El hospital de Nossa Senhora del Rosario de manera institucional destaca por una política de apoyo a la LM exitosa, otorgándole la categoría de Hospital Amigo de los Bebés en septiembre de 2012, definidas por la OMS y por UNICEF. Esta institución tuvo una reevaluación en 2016, la cual continúa confirmando acreditación de Hospital Amigos de los Bebés (CHBM, EPE, 2017).

Cuenta con un proyecto de Maternidad de Calidad que tiene como objetivos, garantizar la seguridad y calidad de los cuidados a través de la regulación del ejercicio profesional con (Orden dos Enfermeiros [OE], 2013)

- Aumento de la accesibilidad, proximidad y calidad de los cuidados.
- Satisfacción de las/os EEESMO en la práctica clínica.
- Obtención de mejoras en los cuidados de salud.
- Dotación de recursos adecuados.
- Mejorar la eficacia de los cuidados.

Cabe destacar alguno de los indicadores de este proyecto, como es la adopción de diferentes posiciones durante el trabajo de parto y parto, promoción de la LM en la primera hora de vida, medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, episiotomía electiva, promoción de ingesta hídrica durante el trabajo de parto, además de la promoción del contacto piel con piel (CPP).

En el CHBM, EPE el Servicio de Bloco de Partos y Urgencias Obstétrica/Ginecológica del Hospital Nossa Senhora del Rosario, se sitúan en el 1º piso. Son dos unidades funcionales del servicio de Obstetricia y Ginecología con espacios e individualidad propia, que funcionan en estrecha dependencia y articulación. En el servicio se aseguran cuidados clínicos a todas las usuarias con embarazo, parto y puerperio de bajo, medio y alto riesgo. Asimismo, posee la capacidad de responder a situaciones de urgencias/emergencias en el Bloque de Partos y cirugías electivas en el embarazo o puerperio de riesgo, asistencia

en la recuperación anestésica a usuarias con patologías en el embarazo y tratamiento intensivo.

El servicio cuenta con acceso restringido de uso exclusivo para personal sanitario, con accesibilidad mediante la utilización de un código de seguridad, quedando vigilada la entrada por los funcionarios del servicio. En relación con la estructura física, la institución está compuesta por una sala de espera, sala de admisión/ triaje, un paritorio con siete cuartos individuales equipados para la evolución del trabajo de parto y parto, área de quirófano y recuperación, además de cuidados inmediatos a los recién nacidos, y puerperio inmediato. El SUOG coopera a su vez con el servicio de Obstetricia y Neonatología ambos situados en diferentes pisos del hospital.

El equipo multidisciplinar lo constituyen 22 enfermeras/os EEESMO, equipo médico el cual cuenta con 3 especialistas en Obstetricia, un Pediatra y un Anestesiólogo, una administrativa en turno de mañana de lunes a viernes, y 10 auxiliares de enfermería, también cuenta con el apoyo de una Asistente Social.

El área de Bloco de Partos funciona las 24h del día, los 365 días del año, y posee 5 áreas funcionales:

- Admisión: 1 gabinete de enfermería (traje de enfermería); 1 sala de exámenes complementares de diagnóstico (CTG y ecografía), 2 gabinetes médicos para observación.
- Bloque de Partos: 7 salas individuales de partos.
- Sala de Cunas: 1 resucitador y una incubadora de transporte neonatal.
- Área de Recuperación: dos camillas con monitorización continua de los parámetros vitales y 2 cunas.
- Bloque Operatorio: 2 salas.

El equipo de enfermería está compuesto en su gran mayoría por EEESMO, teniendo autonomía suficiente para triar a las pacientes del SUOG, así como vigilar y asistir en el trabajo de parto garantizando el bienestar materno-fetal. Todas las intervenciones y registros de las pacientes se realizan de manera informática a través del programa SClínico®.

En el quinto piso del Hospital Nuestra Señora del Rosario, se encuentra el servicio de Obstetricia que engloba las unidades de Internamiento de Puerperio y Medicina Materno

Fetal. En estas unidades se encuentra también el acceso restringido de uso exclusivo para personal sanitario, con accesibilidad mediante la utilización de un código de seguridad.

2.1.3. Caracterización del servicio de urgencias obstétrica/ginecológica y paritorio del complejo hospitalario universitario materno infantil, CHUIMI

El CHUIMI corresponde a la red de hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud, además pertenece a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. El Complejo Hospitalario esta formado por el Hospital Universitario Insular de Gran Canarias, y por el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, centros de referencia de la Comunidad Autónoma de Canarias (Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil [CHUIMI], 2020).

De manera geográfica se encuentra ubicado en Las Palmas de Gran Canaria, capital de la isla de Gran Canaria Comunidad Autónoma de las Islas Canarias en España (Ilustración 4). La isla de Gran Canarias es una de las 7 islas que existen en las Islas Canarias, además cuenta con una población estimada de alrededor de 851.231 habitantes (CHUIMI, 2020).

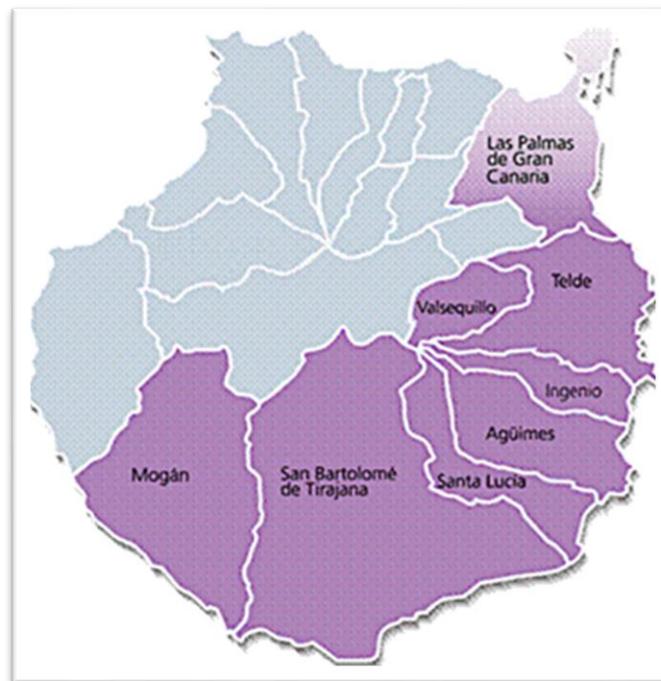


Ilustración 4 - Área de cobertura del CHUIMI

Nota: La ilustración representan las áreas de cobertura del CHUIMI en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. Tomado de la memoria del año 2012 del CHUIMI.

Desde el punto de vista de la contextualización histórica del Hospital Materno Infantil, se puede afirmar que computa con más de 30 años de experiencia histórica. Inició su actividad en el año 1982, pues la mayoría de los profesionales del centro sanitario procedían del antiguo Hospital Nuestra Señora del Pino. En la actualidad el CHUIMI está considerado el mayor centro sanitario de toda Canarias. Se distingue por ser un Hospital de larga tradición docente e investigadora. Es referente en toda Canarias a nivel provincial en Trasplante Renal, y a nivel autonómico en Cirugía Cardíaca Pediátrica, Lesionados Medulares e Implante Coclear (CHUIMI, 2020).

La institución hospitalaria en el 2020, por su carácter monográfico asignó tarjetas sanitarias a la población pediátricas de 0 a 14 años inclusive a 103.863, y a la población femenina mayores de 15 años en la prestación gineco-obstétrica de toda la isla a 363.112 respectivamente.

El CHUIMI es el hospital de referencia de la isla de Fuerteventura, ante situaciones de hospitalización y urgencias, como soporte a especialidades para la asistencia de patologías que superan el nivel de recursos proporcionados en dicha isla menor. En el 2020, el servicio de Obstetricia y Ginecología fue galardonado con el célebre premio Top 20. (CHUIMI, 2020).

En definitiva, se trata de un hospital de nivel III en cuanto a su área de influencia y atención en situaciones de riesgo y complejidad, englobando a otras dos islas que componen la provincia de Las Palmas de Gran Canaria, como son las islas de Fuerteventura y Lanzarote.

El CHUIMI dispone de servicios necesarios para proporcionar cuidados de EEESMO, entre los cuales se encuentra la Unidad de Servicio de Urgencias Obstétrica/Ginecológica que consta con una consulta de triaje, dos consultas de evaluación, una sala de observación obstétrica, una sala de observación ginecológica y una sala de espera. Además, cuenta con un bloque de parto/paritorio, una sala de puerperio inmediato, una unidad de Obstetricia y Ginecología de alto riesgo, una unidad hospitalaria de Fisiopatología Fetal, dos unidades de Internamiento de Obstetricia y Puerperio, Unidad Ambulatoria de Fisiopatología Fetal, Hospital Obstétrico de Día, Unidad de Neonatología, Unidad de Patología Pélvica y Cervical, Unidad de Diagnóstico Prenatal, Unidad Ambulatoria de Educación en Diabetes y Unidad de Monitorización para embarazos de alto riesgo.

El servicio de Bloque de Partos/Paritorio del CHUIMI, se sitúa en el piso 0 en el área sur, orientado al mar. Cuenta con un acceso a través del área de Urgencias Obstétrica y Ginecológica. Su acceso está destinado tanto para la mujer con procesos obstétricos como ginecológicos, gestionados por el mismo equipo multidisciplinar. Cabe resaltar, que al sufrir una pandemia mundial por la COVID-19, hubo que crear un protocolo para las usuarias con sospecha de COVID-19, puesto que mi rotación de práctica clínica fue trasladada a España.

El acceso a Urgencias Obstétrica y Ginecológica se realiza mediante la sala de espera, en la que antes de acceder al servicio a todas las usuarias se les toma la temperatura y realizan una serie de preguntas relacionadas con la COVID-19. Las mujeres acceden a la consulta inicial en la que un/a EEESMO realiza el triaje. La sala de triaje consta de tres consultas, una de ellas atendidas por una EEESMO y las otras dos están atendidas por médicos obstetras o médicos internos residentes, que de manera independiente realizan el triaje y valoraciones derivadas por el EEESMO. El/la EEESMO de triaje, a través de protocolos, transfieren de manera autónoma a las usuarias a las salas de partos o gestionan su ingreso en la planta de grávidas, trasladando toda la información al equipo médico de guardia. También existe una sala de espera interna, para aquellas mujeres que no precisan de intervención hospitalaria.

Del mismo modo, tenemos la sala de observación; en la que atiende a las usuarias con procesos de foco ginecológico. Se encuentra dependiente a la sala de triaje, concretamente en un pasillo central sin tener que atravesar las salas de Obstetricia. Los despachos médicos, los almacenes y el office de personal se encuentran dentro del servicio, de manera que no interfieren en el circuito asistencial.

Otra de las áreas perteneciente al servicio de Urgencias Obstétrica y Ginecológica es la sala de expectantes; abarcando este solo procesos obstétricos. En esta sala se realizan CTG o RCTG, control de constantes vitales, administración de medicamentos, canalización de vías venosas periféricas, entre otras técnicas. Por otro lado, tenemos los paritorios o salas de partos que se distribuyen en 10 salas individuales y amplias, todas ellas denominadas con el nombre de las diferentes Islas Canarias. Contienen en su interior todo el material necesario para asistir partos, recibir y dar asistencia al recién nacido, material de urgencias, ordenadores para anotaciones de la usuaria, monitor de RCTG y sillones para el acompañante. A su vez, algunas salas de partos concretamente 3 de ellas, están preparadas para asistir partos gemelares o acompañar a mujer/ familia en la muerte gestacional, usuarias en periodo

expulsivo inminente y partos naturales o en el agua; este último dispone de colchones funcionales, jacuzzi, silla para expulsivo y todo el material necesario para la asistencia a la diada. Por último, dentro del área de paritorio, se encuentra la sala quirúrgica para las cesáreas programadas y urgentes.

Articulada a todo esto está la sala de puerperio inmediato, donde además está integrada la sala de transición ingresando a los recién nacidos de forma breve siempre que lo requería la situación. Esta sala se encuentra gestionada por el equipo de enfermeras de neonatología y los neonatólogos.

En cuanto a la informatización para los registros de enfermería encontramos la nomenclatura NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), regida según la clasificación de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Este modelo de trabajo está integrado en el software de trabajo multidisciplinario llamado DragoAE®. Lo mismo ocurre con los registros de Partograma, pues se llevan a cabo a través del software Philips de Partograma®, este software permite un control estricto desde todas las áreas del servicio.

En relación con el equipo multidisciplinar del Servicio de Urgencias Obstétrica/Ginecológica y Paritorio del CHUIMI, hay que mencionar que está compuesto por un equipo de 63 médicos especialista en Obstetricia y Ginecología, 60 enfermeras/os EEESMO, 47 auxiliares de enfermería y alrededor de 50 celadores, cuyo objetivo es la asistencia a la usuaria, además de ser el primer enlace para la entrada al hospital, se articulan con los demás servicios para asegurar la continuidad de la asistencia a la mujer/familia. Con relación al equipo de la unidad de transición, este cuenta con 2 enfermeras generales, médicos especialistas en Pediatría y alumnos internos residentes. Nombrar también, al equipo de médicos Anestesiólogos y alumnos internos residentes de la especialidad de Anestesia.

Este equipo trabaja con fundamento en continua interrelación entre profesionales. De manera que la asistencia es dinámica y continua, el abordaje se realiza a través de protocolos y previo consenso en cada sesión clínica, adaptándose los cuidados según sea necesario. La transferencia de servicios se hace de manera multidisciplinaria, estableciendo la comunicación entre todos los profesionales de los diferentes eslabones de la cadena asistencial.

El servicio de puerperio del CHUIMI, se encuentra ubicado en los pisos seis y siete respectivamente. Cuenta con un área denominada nidos, en la que se realizan intervenciones

urgentes y no urgentes hacia el recién nacido, además de las sesiones clínicas del equipo. Dicha área está dotado con material para urgencias, cama-cunas con calentadores y material de reanimación cardio pulmonar (RCP).

Las puérperas permanecen en un área del hospital donde se propicia el ingreso individual, sin la presencia de cohabitación con mujeres gestantes o con patologías ginecológicas.

Las plantas anteriormente mencionadas, se accede mediante ascensores internos y de acceso único al personal cualificado, ubicados en el servicio de Urgencias Obstétrica / Ginecológica y Partorio. Ambos servicios cuentan con un total de 65 camas, distribuidas con 27 habitaciones, quedando 5 de ellas reservadas al alojamiento conjunto (AC). Algunas de estas habitaciones quedan reservadas para ingresos individuales reforzando el AC de madre-RN, es decir, evita la separación del recién nacido con su madre cuando este necesita vigilancia o cuidados no invasivos tras el nacimiento.

En el año 2019, el CHUIMI incorporó una nueva planta de AC materno-infantil, líder en España. El objetivo de esta unidad fue contribuir a la humanización de la sanidad pública en Canarias. Su estancia es de al menos 7 días, determinando el alta hospitalaria de ambos o en caso contrario, el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o Cuidados Intermedios Neonatales (CIN). Está distribuido en 5 habitaciones dobles e individuales, en la que solo las individuales cuentan con baño privado. Tiene un control de enfermería equipada con los materiales necesarios para cada situación incluyendo: incubadoras, fototerapia neonatal y monitores. En cuanto al personal sanitario está compuesto por neonatólogos, 13 enfermeras y 15 auxiliares con vigilancia continua en turnos ininterrumpidos de 12h.

Siguiendo con la distribución de las diferentes áreas de la unidad, cuenta también con una sala para exploraciones ginecobstétricas con materiales necesarios para intervenir en el servicio. A lo largo de los pasillos del servicio, encontramos los despachos de los médicos, despacho de la supervisora de enfermería, de los EEESMO, la Unidad Docentes de EEESMO, Enfermería Pediátrica, y office del personal. También hay un control de enfermería y un control de celadores, cuya función de estos últimos es encargarse de controlar el acceso al servicio de los familiares, el traslado de usuarias a otras unidades, así como el material de la unidad.

2.1.4. Análisis actual del número de partos del HGO, EPE; CHBM, EPE y CHUIMI

Al realizar un análisis del número de partos asistidos en el HGO, EPE y el CHBM, EPE se observó un notorio descenso en el número de partos en el año 2020 respectivamente, en comparación con el año 2019.

Según los datos del Servicio Nacional de Salud, en el año 2019 el HGO, EPE junto con el CHBM, EPE presentaban elevadas tasas de partos. En la (Ilustración 5), se observa la comparación entre ambos hospitales, destacando el HGO, EPE una ligera disminución de partos, concretamente 221partos menos en 2020.

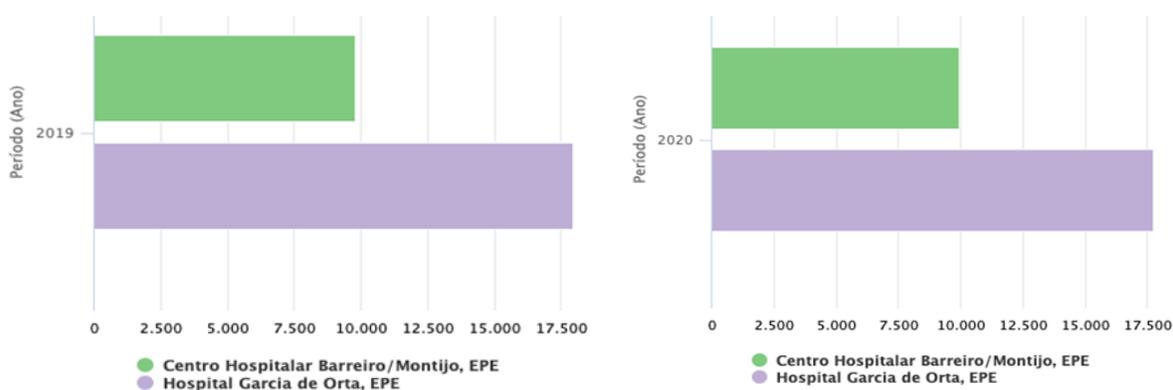


Ilustración 5 - Número de partos del CHBM, EPE Y HGO, EPE 2019/20

Nota: La ilustración reproduce los datos del número total de partos en dos instituciones públicas en Portugal HGO, EPE y CHBM, EPE. Datos tomados de Transparência del Serviço Nacional de Salud de Portugal.

No obstante, de acuerdo con el Servicio Nacional de Salud el número de partos en el 2020 disminuyó notoriamente, obteniéndose un total de 795 partos menos en HGO, EPE y en el CHBM, EPE con respecto al año 2019. Por otra parte, el CHUIMI registra datos estadísticos entre 2019-2020 (Ilustración 6), observándose una disminución significativa en el número de partos en 2020, con una variación relativa del -5,11% y una absoluta de (-182).

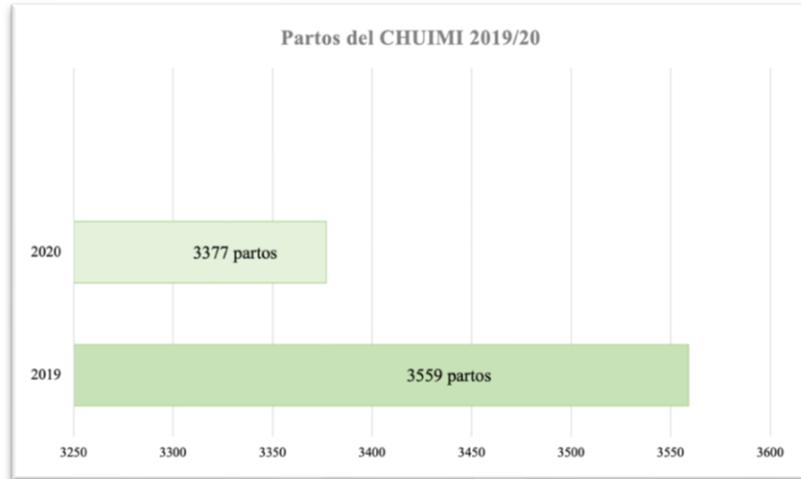


Ilustración 6 - Número de partos del CHUIMI 2019/20

Nota: La ilustración reproduce los datos del número total de partos entre los años 2019-2020 en una institución públicas en España CHUIMI. Datos tomados de la memoria de 2020 del CHUIMI en el Servicio Canario de la Salud.

2.2. METODOLOGÍA DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

El ENP se abordaron con base en la supervisión clínica. La Ordem dos Enfermeiros (OE) en su Regulamento n.º 366/2018 Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica afirma:

“Exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional.

Supervisão Clínica: é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 16657).

La metodología me prepara para ejercer competencias clínicas en el ámbito de los cuidados de Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica, pues sirve de guía para la planificación y realización de intervenciones profesionales, contribuyendo a mi autoaprendizaje, desempeño profesional y desarrollo personal.

Según el Regulamento n.º 391/2019 Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13560-13565 emitido por la OE en materia de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica sostiene el enfermero especialista de salud materna y obstetricia:

“Assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b, p. 13561).

De igual forma, conforme se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) en el Ministerio de Sanidad y Política Social de España según la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a):

“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su faceta preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud. Deben tener una participación en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno- infantil. La matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007”
(Boletín Oficial del Estado [BOE], 2009, p. 44699).

La metodología empleada durante el desenvolvimiento de mi estágio en las diferentes áreas clínicas tuvo supervisión clínica por una EEESMO. Se caracterizó por un proceso de reflexión y adquisición de conocimientos, habilidades y aprendizaje a través de la práctica clínica. Cabe añadir, que a través de reuniones presenciales y online conté con el apoyo y orientación de mi tutora facilitando la elaboración final del presente relatório.

La evaluación en el proceso de aprendizaje y adquisición de competencias se efectuó en dos etapas, la primera etapa se compuso de una evaluación intermedia con reuniones online, y la segunda etapa de manera presencial, realizándose una reflexión conjunta con mi tutora y orientadora clínica para conocer mi desenvolvimiento en la adquisición de competencias y el grado de integración personal y profesional, tanto con las pacientes como con el equipo multidisciplinar. Además, se empleó un instrumento de evaluación que permitió de manera crítica y reflexiva mi autoevaluación en las diferentes áreas clínicas de mi estágio.

Las diferentes áreas de estágio transcurrieron por un periodo de adaptación e integración para poder comprender e identificar las estructuras de cada servicio, los protocolos de cada unidad y la dinámica de trabajo de los diferentes equipos, con el objetivo de lograr una capacidad autónoma con la responsabilidad y el esfuerzo añadido de comprender el idioma y expresarme de una manera correcta con todo el equipo, principalmente con todas las usuarias a las que brindé cuidados y acompañamiento personal/profesional.

2.2.1. Objetivos del estágio profesional

El presente relatório se elaboró en el ámbito de la Unidad Curricular ENP con Relatório Final del Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica de la Universidad de Évora, cuyo objetivo principal fue demostrar la capacidad de diagnosticar precozmente complicaciones, analizar de manera crítica las actividades y competencias adquiridas/desarrolladas desde un punto de vista teórico, así como demostrar responsabilidad profesional, ética y legal, además de habilidades de gestión y liderazgo.

Para la obtención del título de EEESMO o Grau de Mestre en Enfermería en Salud Materna y Obstétrica, se realizó en el 2º año del Mestrado un resumen, un plan y cronograma de actividades (Apéndice B), presentado para su aprobación por los servicios Académicos de la Universidad de Évora. Su finalidad era abordar objetivos generales conforme lo establecido en la Directiva Europea y el reglamento de la Unidad Curricular.

En base a lo anteriormente mencionado, se plantearon los siguientes objetivos con el fin de procurar el desarrollo de habilidades en el área de salud Materna y Obstétrica para cooperar en mi crecimiento personal y profesional en el contexto clínico:

- Desarrollar competencias en la práctica profesional ética y legal, en el área de especialidades actuando de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y la ética profesional.
- Garantizar prácticas de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.
- Adquirir competencias en la prestación de cuidados de enfermería especializados en Salud Materna y Obstétrica, que permitan intervenir juntos a la mujer/familia en el ámbito de salud sexual y reproductiva, periodo preconcepcional y prenatal, en los diferentes estadios del trabajo de parto, puerperio y procesos de salud/enfermedades ginecológicas.

De acuerdo con el plan de estudios de la Unidad Curricular del Curso de Mestrado en Salud Materna y Obstétrica, de la Escuela Superior de Enfermería São João de Deus en la Universidad de Évora, el ENP con Relatório Final recoge los siguientes objetivos de aprendizaje:

1. Cuidar de la mujer/pareja insertados en la familia y la comunidad en el contexto de:
 - a. En el ámbito de planificación familiar y período preconcepcional.
 - b. Período prenatal.
 - c. Ámbito de salud sexual y reproductiva.
 - d. En los diferentes estadios del trabajo de parto en situación de salud/desvío de la salud.
 - e. En el periodo puerperal en situación de salud/desvío de la salud.
 - f. Durante el periodo posnatal.

- g. Experimentar procesos de salud/ enfermedades ginecológicas.
 - h. Demostrar responsabilidades ético-deontológica y empeño en la mejora de la calidad, gestión de los cuidados y desenvolvimiento del aprendizaje profesional.
2. Demostrar una adquisición de conocimientos que conduzcan a una propuesta de mejora de cuidados, considerando las vertientes teórico-prácticas y la práctica basada en la evidencia.
 3. Defender a través de un Relatório presentado en pruebas pública, la adquisición de competencias a lo largo del ENP.

3. CONTRIBUCIONES PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

En el presente apartado se relatan las estrategias aplicadas y realizadas durante las diferentes intervenciones en el ENP, contribuyendo para una mejor calidad de los cuidados.

Dada la importancia de este trabajo, el libro de bolsillo publicado (Barradas et al., 2015) define que la EEESMO tiene el deber de cuidar y vigilar a la puérpera proporcionándole asesoramiento para asistir a su recién nacido, asegurando unas correctas condiciones para su evolución. Añade a su vez, que el EEESMO es un miembro del equipo multidisciplinar que potencia la salud del binomio, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad.

Los EEESMO poseen el deber y la responsabilidad de difundir conocimientos a toda la población incluyendo al colectivo sanitario, promoviendo y protegiendo la salud de la comunidad. Por esta razón, es fundamental proporcionar a los profesionales sanitarios técnicas que respalden la evidencia científica, permitiendo a la sociedad la libertad de decisión al estar informada.

Con el presente relatório, conseguimos responder al dominio de las competencias comunes del enfermero especialista publicado en el Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18, páginas 8648-8653, artigo 8.º das Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, en el punto D2.2.6 – Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimetro da prática clínica especializada (Ordem dos Enfermeiros, [OE], 2011, p. 8653).

Una forma de contribuir para la práctica de enfermería con este trabajo, es conocer los beneficios materno-fetales aplicando la escala de LATCH durante el internamiento hospitalario, con el fin de dirigir intervenciones precoces mejorando las habilidades maternas, y evitando una Lactancia Materna Exclusiva (LME) ineficaz al alta hospitalaria. Las EEESMO desempeñan un papel fundamental en toda la gestación, pero más aún en los primeros días de puerperio por ser un periodo álgido para el éxito o fracaso de la LM.

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN

La lactancia materna es considerada un hecho fisiológico, adaptativo, espontáneo y específico de cada especie (Basadre et al., 2013). El término LME, hace referencia al consumo exclusivo de leche materna, a excepción de vitaminas o medicamentos (Molinero et al., 2015), incluida las provenientes de bancos de leche, o la extraída del seno materno (Ayuso et al., 2016).

A nivel mundial, la LM es considerada un pilar fundamental para la protección y promoción de la salud de los bebés, siendo esencial en los primeros días para su correcto establecimiento y manutención. Esto implica que el periodo posparto, es considerada una etapa estresante para el neonato y la puérpera.

Arnozo et al., (2018) afirma que el puerperio es un ciclo de continuos cambios para la díada, principalmente para las madres debido a las dificultades o miedos presentes con respecto a la lactancia.

Entidades como la OMS, el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (CLAEP), la Academia Americana de Pediatría (AAP), concretamente la OMS y la UNICEF recomiendan el inicio precoz de la LM (Vázquez et al., 2018) en la primera hora de vida del recién nacido, de manera exclusiva y a demanda (Ayuso et al., 2016) o por el contrario, iniciarla en las dos primeras horas posparto, (García y Fernández, 2018) y continuar con LME, al menos en los seis primeros meses de vida, suplementándola con diferentes alimentos hasta los 2 años de edad o más, siempre que madre y lactante lo deseen (Ayuso et al., 2016; Vázquez et al., 2018).

Por otra parte, es importante mencionar el CPP puesto que es una técnica científicamente demostrada y fundamental, para el establecimiento eficaz de la LME en las primeras 48h (Ayuso et al., 2016). Esto refuerza el estudio realizado por Gutiérrez et al., (2019) afirmando en su publicación, que el 92,6% de las mujeres realizó CPP.

Así mismo, el estudio de Mazo y Suárez (2018) aportó que el CPP con una duración de más de 60 minutos lo realizaron el 84% de los recién nacidos, definiendo como beneficiosa dicha técnica, para el buen establecimiento de la LM al alta hospitalaria.

En las últimas décadas son numerosas las investigaciones que destacan las ventajas de la LM, para la salud del recién nacido y su madre. Según afirma Molinero et al., (2015)

las ventajas de la LME para el recién nacido incluyen: la reducción de la obesidad, el asma, las infecciones, la diabetes, entre otras.

En cuanto a la puérpera, destaca la recuperación gradual de su peso, la involución uterina, así como la disminución de osteoporosis, cáncer de ovarios y mamas. De igual manera, refuerza el vínculo madre-bebé y mejora la economía familiar (Navarro Gil, 2013).

Entre 1991 y 1992 arrancó la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), que forma parte de la estrategia internacional Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) (García y Fernández, 2018), siendo su objetivo principal incentivar a los profesionales de la salud a corregir rutinas perjudiciales para la LM (Iglesias et al., 2019).

De esta manera, Arnoz et al., (2018) menciona a los profesionales de enfermería, teniendo éstos una tarea importante como educadores en el periodo posparto, y debiendo abordar estrategias idóneas adaptadas a cada familia.

En 2018, se aportó la primera revisión de los Diez Pasos para una LM exitosa (Gutiérrez et al., 2019). En su discusión Iglesias et al., (2019) extrajo que un riguroso abordaje de los Diez Pasos conduce a un respaldo exitoso de la LM más allá del alta hospitalaria.

El criterio actual para el ingreso hospitalario durante el puerperio es determinar los posibles agravamientos neonatales y maternos. Según Crespo et al., (2015) el internamiento hospitalario ha descendido favorablemente en los últimos años. No obstante, añade que en un estudio descriptivo se observó la necesidad de asegurar la educación sanitaria antes del alta, pues un porcentaje de puérperas presentaban dificultades para captar toda la información proporcionada.

Esto apoya a Molinero et al., (2015) pues hace referencia a un estudio donde se valoró la presencia de una enfermera en la primera toma, acto que incrementó en un 70,9% la asiduidad de la LME.

Cabe considerar a García y Fernández (2018), ya que detallan en su publicación las personas que brindaron mayor información a las puérperas con la LM, concretando que el 87,4% eran enfermeras, seguidamente las matronas con un 77,9%, y finalmente las auxiliares de enfermería con el 37,5%. Concluyendo, que el 87,5% de los recién nacidos realizaron LME, y el 100% LM a demanda.

Desde el punto de vista de Gutiérrez et al., (2019), coincide con otros autores en la necesidad de brindar a la díada un apoyo accesible, temprano y en condiciones abordando de manera proactiva e interviniendo, aunque no existan dificultades. Del mismo modo, Arnozo et al., (2018) aporta el efecto positivo en el aprendizaje de las madres, siempre y cuándo se fomenta y orienta la LM.

En un estudio realizado por García y Fernández (2018), se observó que el 49% de las puérperas presentaron dificultades en la instauración de la LM, principalmente el 46% refirió dificultades en la pega del recién nacido.

En relación con un artículo publicado en 2013, se comprobó que la LME en el momento del alta hospitalaria era del 89,5%, iniciándose en la primera hora posparto el 84,2% (Navarro Gil, 2013). Sin embargo, Crespo et al., (2015) logró que el 96% de su muestra realizara LME al alta hospitalaria, encontrándose 24h más tarde conflictos relacionados con la LM. Por otro lado, Mazo et al., (2018), en su estudio afirma que un 58,3% de los recién nacidos al alta realizaron LME. A su vez, Gutiérrez et al., (2019), concluyó que el porcentaje de mujeres con verificación de la LM antes del alta hospitalaria fue del 90,9%, concretando que el 72,2% de las mujeres optó por LME en las primeras 24 h previas al alta.

3.2. METODOLOGÍA

Para la contextualización, realizamos una revisión integrativa de la literatura, de acuerdo con Rodríguez (2014)

“o método da revisão integrativa pode ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação” (p.6), añade además “termo integrativa tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência”.

Asimismo, y basándome en la pregunta de investigación: ¿Que nivel de aprendizaje en LM alcanzan las puérperas antes del alta hospitalaria?, pudiendo definir como objetivo general: Evaluar los beneficios de la aplicación de la escala LATCH durante el puerperio para conocer el nivel de habilidades maternas e intervenir evitando fracasos previos al alta hospitalaria.

La escala de LATCH es un instrumento metodológico aplicado en puerperio inmediato, y de continuidad tras el alta hospitalaria. Esta herramienta se emplea por los equipos multidisciplinares en todos los servicios hospitalarios de Canarias, verificando el nivel de conocimientos de LM en las puérperas, incluso permite identificar las dificultades manifestadas entre el binomio, además de aumentar las tasas de LME previas al alta.

He de destacar el estudio de Conceição et al., (2017), pues sostiene que la escala evalúa el impacto del proceso asistencial en el desarrollo de la LM en la unidad de puerperio, permitiendo establecer que el apoyo profesional intensifica la eficacia materna, y las tasas de LME a largo plazo.

De este modo, surgió el interés profesional y personal encaminándome hacia el estudio acerca de esta cuestión. Se realizó una revisión integrativa analizando la literatura publicada entre los años 2013-2020 en los idiomas español y portugués.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de información en artículos científicos en las principales bases de datos, páginas web recabadas y protocolos que versan sobre el tema, realizadas con los motores de búsqueda EBSCOhost en las bases de datos CINAHL (Plus with Full Text), Scientific Electronic Library (SciELO) y en el Portal Regional de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Seguidamente, se emplearon descriptores: Lactancia Materna; Aprendizaje; Periodo Posparto y Alta Hospitalaria, quedando validados como descriptores en la plataforma Descriptores de Ciencias de la Salud en la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS). Cuyo objetivo era realizar una revisión de la literatura con base en artículos con índole científico relacionados con la práctica de Enfermería, empleándose los booleanos “OR” y “AND”.

La búsqueda se llevó a cabo en el transcurso del año 2020 en el Mestrado en Salud Materna y Obstétrica. Del total de los artículos recopilados, fueron elegido 11 artículos incluidos en la revisión de literatura. La organización y análisis de los artículos se presentan en el (Apéndice C), con la finalidad de sistematizar información oportuna recopilada en cada uno de los artículos incluidos en la revisión.

Con el fin de obtener artículos cuyo contenido coincidan con la temática, se definieron como condiciones de búsqueda de las bases de datos electrónicas consultadas:

- Ecuación booleana.
- Texto completo.

- Referencias disponibles.
- Fechas de publicación entre los años 2013 y 2020.

La opción de utilizar un filtro cronológico de 7 años se basó en la búsqueda de artículos con evidencia científica reciente, respondiendo por tanto a la temática de estudio. A continuación, se detalla el proceso de búsqueda y selección de artículos (Ilustración 7).

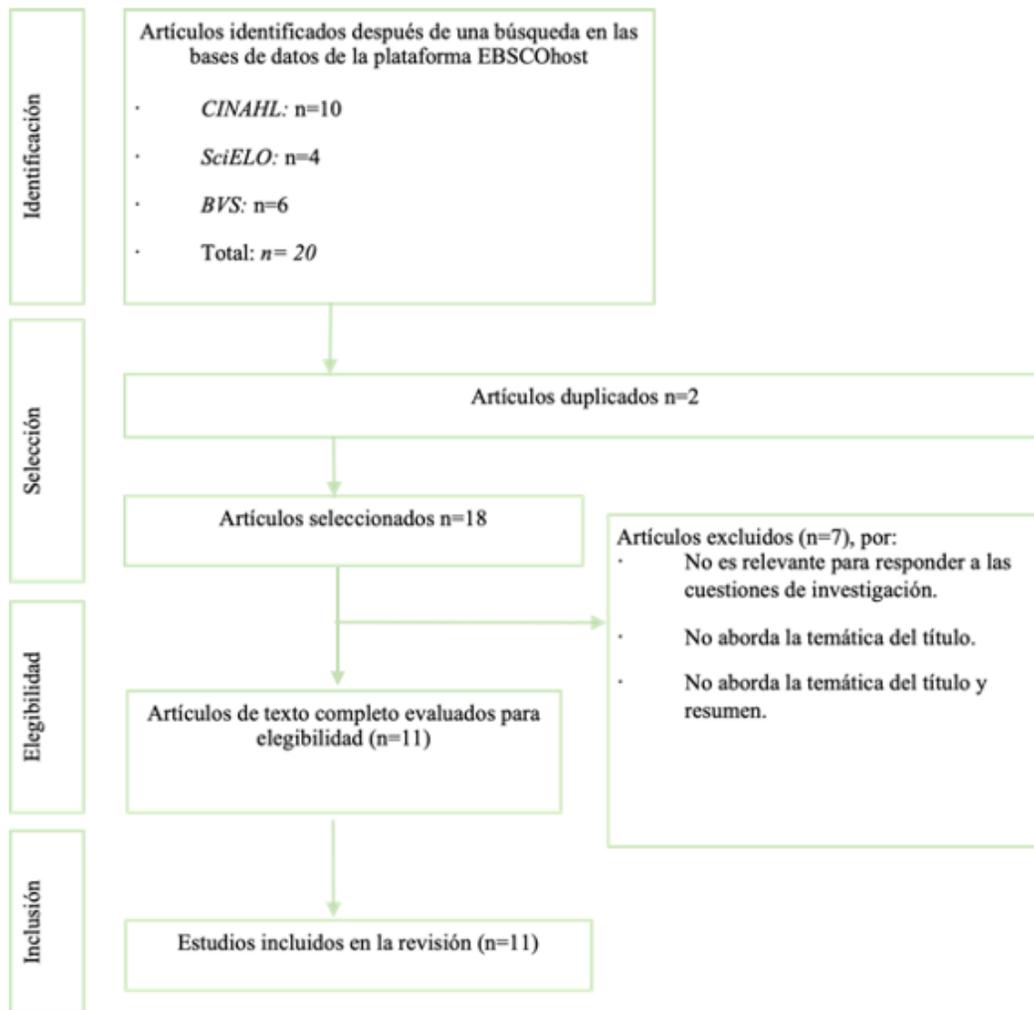


Ilustración 7 - Diagrama prisma de las etapas metodológicas de selección de los artículos

Notas: La ilustración reproduce la síntesis de los artículos de la revisión integrativa de la literatura. Datos recogidos a lo largo de la búsqueda bibliográfica.

El relatório se centró en la recogida sistemática de las variables tomando como referencia la observación de la LM, aplicando la escala anteriormente mencionada durante el puerperio, y la información presente en los formularios obstétricos de la unidad.

En cuanto al 1º trimestre de ENP, se elaboró un proyecto que consistía en la planificación del estágio desde la perspectiva de contexto clínico. La síntesis del proyecto estuvo supervisada por orientación pedagógica del tutor docente, para posteriormente ser adjuntada y aprobada por los Servicios Académicos de la Universidad de Évora.

Desde el punto de vista de la selección de la muestra representativa de la población se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Puérperas sin contraindicación para la LM.
- Mujeres que practican la LME hasta el alta hospitalaria.
- Dominio del idioma español.
- Primíparas o multíparas.
- Con edades comprendidas entre 18-45 años.
- Recién nacidos a término sin complicaciones para la LM.

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos ingresados en la unidad de neonatología.
- Mujeres sin dominio del idioma español.
- Recién nacidos alimentados con leche de fórmula desde el nacimiento.
- Mujeres con patología psiquiátrica o mental.
- Recién nacidos con patologías que imposibiliten el amamantamiento.
- Mujeres con edad inferior a 18 años.

3.2.1. Objetivos

En este capítulo detallamos los siguientes objetivos a partir del tema seleccionado:

- Objetivo general:
 - Determinar las habilidades y los conocimientos de las puérperas que favorezcan una LM eficaz mediante la utilización de la Escala de LATCH.
- Objetivos específicos:

- Conocer las tasas de LME y los resultados de la Escala de LATCH con aplicación tras el nacimiento.
- Intervenir precozmente evitando un fracaso en la LM antes del alta hospitalaria, mediante la observación de la toma utilizando la escala de LATCH.
- Adquirir competencias en la prestación de cuidados de enfermería en salud Materna y Obstetricia.
- Conocer la relación entre CCP y la LME en puerperio inmediato para lograr una LME exitosa y prolongada aplicando la Escala de LATCH.

3.2.2. Abordaje

Con el fin de recopilar información en el transcurso de estagio, se construyó un instrumento organizado en tres apartados (Apéndice D). Apartado 1: Datos sociodemográficos, Apartado 2: Datos de la historia obstétrica, embarazo y parto, y por último, Apartado 3: Escala LATCH para evaluar la capacidad de las madres que amamantan, e identificar las áreas en las que son necesarias una intervención de manera inmediata tras el nacimiento y hasta el alta hospitalaria González et al., (2020) https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/60b0663d-24d1-11eb-830f-a374bc10cb3c/Protocolo_LATCH.pdf. Versión adaptada y modificada al castellano (Báez et al., 2008).

A su vez, también se hizo uso del formulario obstétrico presente en la unidad de puerperio, con el único objetivo de obtener información más explícita de las participantes.

La escala LATCH se utilizó para evaluar la perspectiva de las puérperas con la LM y el nivel de aprendizaje adquirido, proporcionándonos información en la fase previa al alta hospitalaria. Este instrumento antes mencionado, es la metodología abordada por el equipo del CHUIMI en el servicio de puerperio.

Es una herramienta que analiza cinco áreas: “Coger”, “Deglución”, “Tipo de pezón”, “Comodidad/Confort” y “Mantener colocado al pecho”. Es un formato de puntuación, en la que la puntuación más alta (10 puntos), corresponde a una situación muy favorable que prescinde de intervención. Por el contrario, la puntuación más baja (0 puntos), es la que requiere total intervención profesional.

Cada área se puntúa de 0 a 2 (de menos a más favorable), por lo que una menor puntuación de LATCH muestran la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento tras el alta hospitalaria (Báez et al., 2008).

3.2.3. Población diana/Muestra

Una población es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (Hernández, 2014, p 174). La muestra “subgrupo del universo o población de la cual se recolectan los datos y que deben ser representativos de ésta (Hernández, 2014, p 173). La selección de la muestra fue de carácter no probabilístico “subgrupos de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación” (Hernández, 2014, p. 176). La muestra de estudio fue no probabilística y de conveniencia de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión referidos anteriormente. La muestra corresponde a 193 puérperas internadas en la unidad de Puerperio Hospitalario del CHUIMI, en las Palmas de Gran Canaria, las cuales presté cuidados durante mi estágios. La recogida de datos se realizó, durante la valoración de la EEESMO mediante una entrevista, exploración física y observación de la paciente.

El consentimiento se realizó de forma verbal a las pacientes, cumpliendo con el Código Deontológico de Enfermería y respetando, por tanto, el derecho al consentimiento informado verbal, siempre y cuando el consentimiento escrito no sea posible. El Código Deontológico de la Enfermería Española está presente en el Art.74: “Es obligación de la enfermera que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones”, y en el Art.75:

“La enfermera, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica” (Simón et al., 2020).

A tal efecto, fue necesario aclarar y explicar posteriormente a las participantes sobre la realización del estudio y su finalidad, dilucidando sus derechos, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos recabados.

“Los pacientes tienen derecho pues a la confidencialidad y a la intimidad que han de ser garantizadas no sólo por las leyes, también por el secreto profesional (art. 19,20, y 21 del Código Deontológico de la Enfermería). Asimismo, los profesionales, de forma paralela han de ser los garantes del respeto a la dignidad humana, a la defensa de la intimidad y a la aceptación de la responsabilidad propia sobre nuestras actuaciones” (Simón et al., 2020).

3.3. RESULTADOS

En este apartado, presentamos los datos que fueron recopilados, introducidos y codificados correctamente a través de la base de datos del Software estadístico IBM® SPSS® Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versión 24 para Mac.

Los análisis estadísticos de los resultados se obtuvieron mediante la aplicación de la escala de LATCH a través de estadísticas descriptivas. Para la caracterización de las variables sociodemográficas y obstétricas, se analizó mediante el método de estadística descriptiva empleando tablas de frecuencia.

- Características Sociodemográficas

La caracterización de la población diana, tuvo como base los datos sociodemográficos y obstétricos recopilados a través del formulario disponible en la unidad de puerperio.

La muestra a estudio estaba compuesta por un total de 193 puérperas. Las participantes presentaban una franja etaria entre los 20 y los 44 años, correspondiendo la mayor parte (21,2%) edades entre los 25 - 29 años (Ilustración 8).

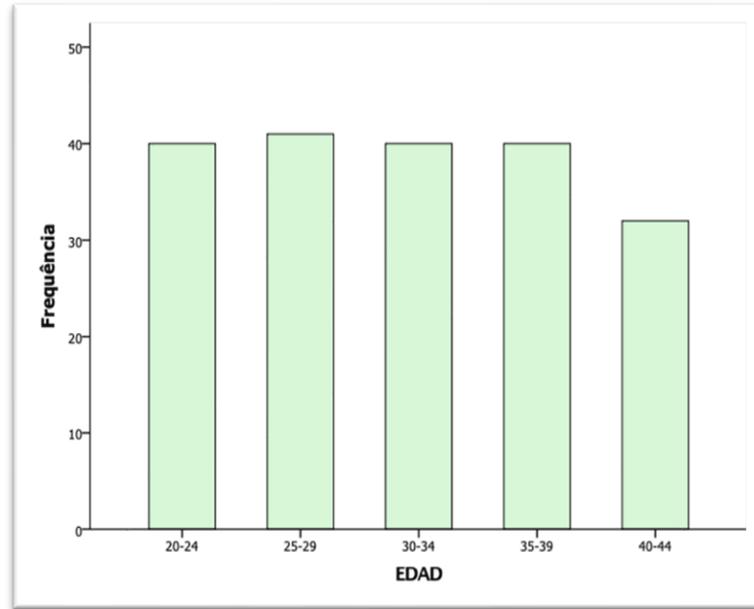


Ilustración 8 - Gráfico: edad

Nota: El gráfico representa la edad media de las puérperas a estudio, obtenidos a través del instrumento de recogida de datos Sociodemográficos. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

En relación con otras variables sociodemográficas recogidas para caracterizar la muestra, comprobé que la mayor parte tenían pareja de hecho (39,4%), presentando la mayoría una nacionalidad española (65,3%), seguidas de las africanas (13,5%), y las marroquíes (9,3%). En cuanto a nivel educativo, podemos afirmar que la mayor parte de las puérperas tenían estudios universitarios (28,5%), siendo apenas el 21,2% que finalizó los estudios secundarios. En la Tabla 2 se representan las características sociodemográficas.

Tabla 1 - Características Sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=193)		
Estado Civil	Soltera n (%)	58 (30,1 %)
	Casada n (%)	59 (30,6%)
	Pareja de hecho n (%)	76 (39,4%)
Nacionalidad	Española n (%)	126 (65,3%)
	Africana n (%)	26 (13,5%)
	Marroquí n (%)	18 (9,3%)
	Colombiana n (%)	7 (3,6%)
	Cubana n (%)	7 (3,6%)
	China n (%)	4 (2,1%)
	Rumana n (%)	3 (1,6%)
	Polaca n (%)	1 (0,5%)
	Brasileña n (%)	1 (0,5%)
Nivel Educativo	Primarios n (%)	40 (20,7%)
	Secundarios n (%)	41 (21,2%)
	Bachillerato n (%)	25 (13 %)
	Universitarios n (%)	55 (28,5 %)

Nota: Esta tabla representa las Características Sociodemográficas de las puérperas a estudio obtenidos a través del instrumento de recogida de datos, recogidos a lo largo de mi estágio. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

○ **Características Obstétricas**

Relativo a la información obstétrica del embarazo y puerperio, recogida de todas las participantes se verificó que la mayor parte (34,7%) no tenían hijos previos, concluyendo por tanto que se trataba de su primer parto. Estos datos pueden observarse en la Ilustración 9.

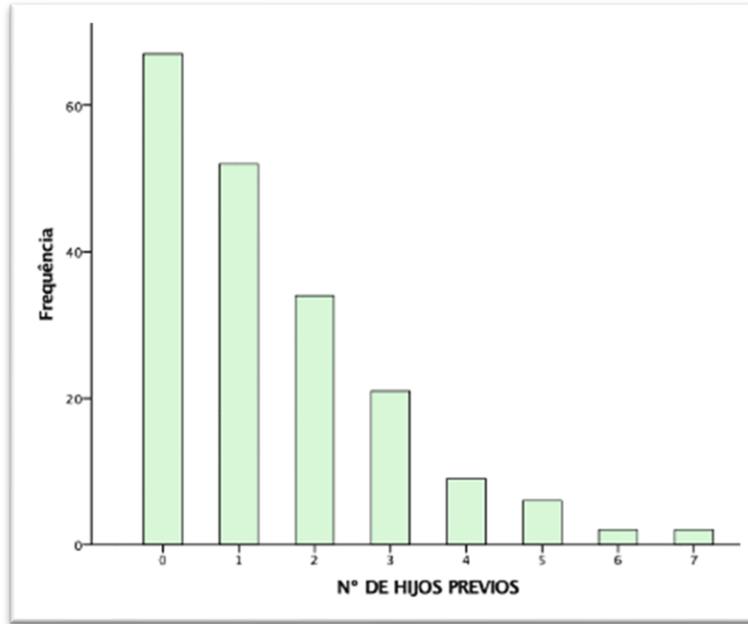


Ilustración 9 - Número de Hijos

Nota: El gráfico representa el número de hijos previos de las puérperas a estudio, obtenidos a través del instrumento de recogida de datos de las Características Obstétricas. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

Se recogió información sobre otras variables relacionadas con la historia obstétrica representadas en la Tabla 3. Realizando un análisis de los datos, concluimos que la mayoría de las puérperas a estudio tuvo un parto eutócico (83,4%), no realizaron clases de preparación al parto (72%) debido a la situación actual de la pandemia, no realizaron LM previa (53,4%) puesto que se trataba de su primer bebé, sus embarazos fueron planeado (59,6%) y vigilados (86%), además de optar por la técnica de epidural durante el trabajo de parto (76,2%).

Con relación al parto, obtuvimos un índice de cesáreas del 12,4%. Igualmente ocurre con los partos distócicos por fórceps (4,1%), figurando unos datos irrelevantes.

Tabla 2 - Características clínicas obstétricas del embarazo, parto y puerperio

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS (N=193)		
	Eutócico n (%)	161(83,4%)
Tipo de Parto	Cesárea n (%)	24 (12,4%)
	Fórceps n (%)	8 (4,1%)
Preparación al Parto	Online n (%)	54 (28%)
	No n (%)	139 (72%)
Embarazo Planeado	Sí n (%)	115 (59,6%)
	No n (%)	78 (40,4%)
Embarazo Vigilado	Sí n (%)	166 (86%)
	No n (%)	27 (14%)
Epidural	Sí n (%)	147 (76,2%)
	No n (%)	46 (23,8%)
LM previa	Sí n (%)	90 (46,6 %)
	No n (%)	103 (53,4%)

Nota: La tabla representa las Características Obstétricas de las puérperas a estudio, obtenidos a través del instrumento de recogida. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

Del mismo modo ocurre con la Ilustración 10, puesto que la mayoría de las puérperas optaron por LME en el puerperio inmediato (74,1%), a pensar de no tener conocimientos previos en LM.

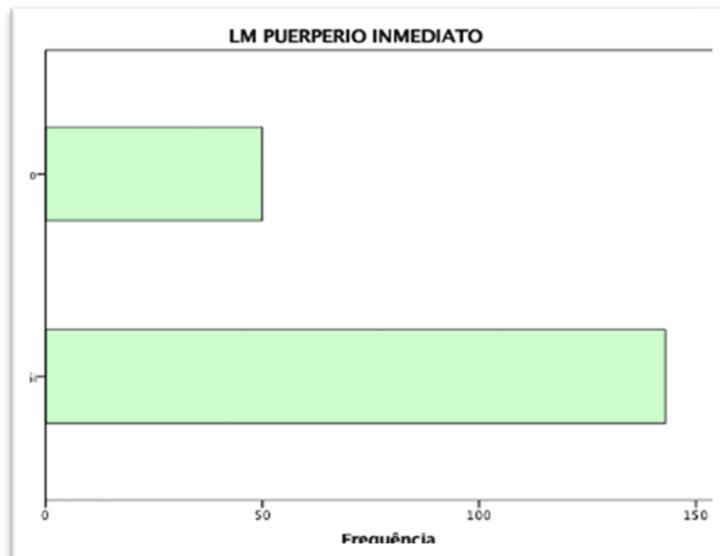


Ilustración 10 - LM en puerperio inmediato

Nota: El gráfico representa la frecuencia de LM en puerperio inmediato de las puérperas a estudio, obtenidos a través del instrumento de recogida de datos. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

De la misma forma se observa en la Ilustración 11, como la mayoría de las puérperas durante el estudio realizó con sus recién nacidos CPP tras el nacimiento (95,3%).

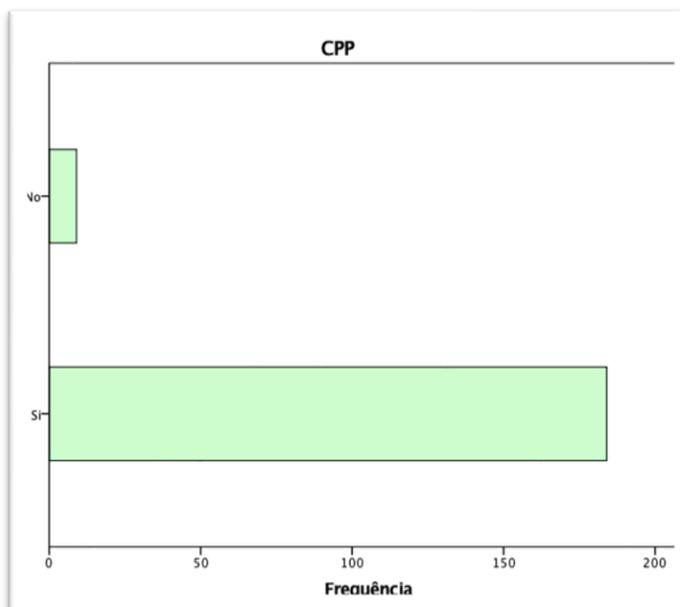


Ilustración 11 - CPP precoz tras el parto

Nota: El gráfico representa la frecuencia de CPP en el puerperio inmediato de las puérperas a estudio, obtenidos a través del instrumento de recogida de datos. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

Con respecto a la LME al alta, se observa un porcentaje sumamente favorable y significativo, ya que la mayoría de las puérperas a estudio (144) tuvo una LME al alta, representados en la Ilustración 12.

En efecto, con estos resultados sostenemos la importancia del CPP y la LME en el puerperio inmediato, ya que desencadena de forma progresiva acciones beneficiosas entre el binomio, con el objetivo de mantenerlas a lo largo del tiempo.

La participación de la puérpera, junto con la evaluación continua de la EEESMO son actuaciones claves para garantizar no sólo un éxito en la LME al alta, sino también para intervenir precozmente en las puérperas con tendencia a una LME dificultosa o ineficaz.

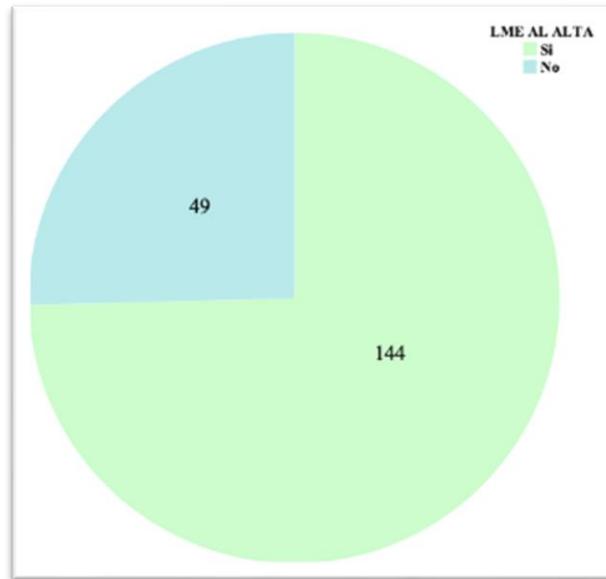


Ilustración 12 - Porcentaje de LME al alta hospitalaria

Nota: El gráfico representa la LME al alta hospitalaria en puerperio, obtenidos a través del instrumento de recogida de datos Escala LATCH. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

Con respecto a la escala de LATCH, cabe resaltar los buenos resultados obtenidos al alta domiciliaria en la unidad de puerperio del CHUIMI, pues se confirmó que la mayoría (58%) de las puérperas obtuvo un resultado de LATCH de 9 puntos, considerándose una situación óptima en la LM, como observamos en la Ilustración 13.

Por el contrario, nos llama la atención que la mayor parte (46%) de las mujeres del estudio presentaban una puntuación de LATCH de 8 puntos, encontrándose alguna dificultad

en la LM al alta. Habría que decir también, que tan solo el 18% de las participantes obtuvo una puntuación de LATCH de 10 puntos, cuestión relevante para futuros análisis. No obstante, se observó como las matronas independientemente de los conocimientos en LM y la puntuación de LATCH de las puérperas, proporcionaron la ayuda necesaria.

Por otra parte, examinamos a las mujeres con una puntuación de LATCH de 4 puntos; la cual representa una importante dificultad al alta hospitalaria. Concluimos que nos encontrábamos ante un resultado poco significativo pues se trataba del 5% de las mujeres a estudio.

Tras analizar nuestros datos, concluimos que es fundamental por parte de los EEESMO una valoración continua, así como fomentar no solo el asesoramiento de la LME desde el ingreso de las gestantes o puérperas, sino también su participación.

Por ello, afirmamos que un correcto abordaje e instauración de la escala de LATCH de forma precoz, y en las diferentes áreas obstétricas hospitalarias conduce a puntuaciones satisfactorias, consiguiendo un establecimiento eficaz y continuo de la LME antes del alta hospitalaria.

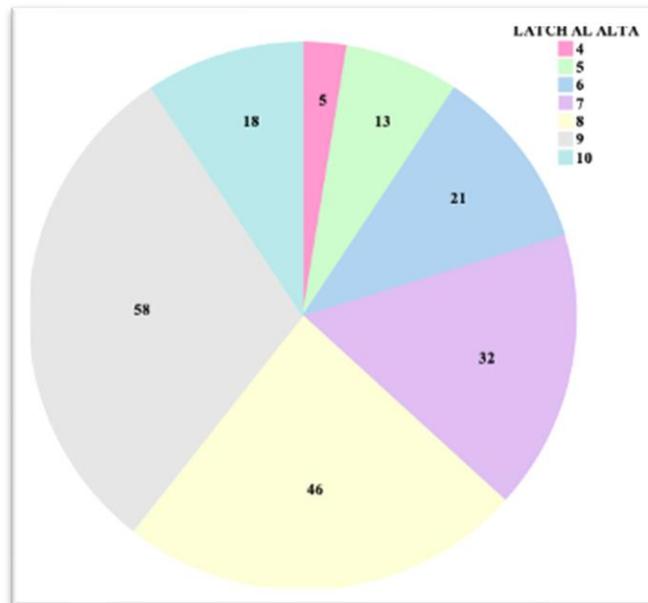


Ilustración 13 - Porcentaje de LATCH al alta hospitalaria

Nota: El gráfico representa el porcentaje de LATCH previo al alta hospitalaria en puerperio, en las puérperas a estudio. Datos obtenidos a través del instrumento de recogida de datos escala LATCH. Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS.

En resumen, el periodo posparto es un momento álgido para las puérperas haciéndolas más vulnerables a todo lo que rodea la maternidad, incluso conduciendo a un fracaso de la LM. Un ejemplo lo observamos en la literatura de Frias y Damas (2020), pues afirma que es deber de los EEESMO dotar a las puérperas de estrategias durante el internamiento, para lograr una adaptación del proceso antes del alta hospitalaria.

Es importante hacer hincapié en la importancia de la aplicación de la escala de LATCH en los servicios sanitarios a nivel mundial, puesto que representa una herramienta útil para mejorar las cifras de LME al alta. En Canarias, se creó El protocolo de “Valoración y seguimiento de la instauración de la lactancia materna eficaz en el Hospital y Atención Primaria. Escala LATCH” en el Servicio Canario de Salud, con la finalidad de implantar actuaciones comunes, atendiendo asuntos que respalden y promuevan la LM, según las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas de Enfermería y la Guía de Práctica Clínica sobre LM.

Para la práctica asistencial, el abordaje de la escala LATCH contribuye a mejorar las intervenciones que ofrecen las enfermeras o en su caso las EEESMO a lo largo de la estancia hospitalaria, influyendo positivamente en el inicio de la LM y su duración.

Un artículo actual publicado por Balaguer et al., (2021) cita de forma textual:

“La detección de las madres con riesgo de abandono de la LM, sobre todo los primeros días tras el nacimiento, es fundamental. Para ello existen diversas escalas cuya finalidad es detectar la presencia de problemas, con el fin de predecir cuáles son las madres en riesgo de abandono y así poder reforzar el apoyo que puedan necesitar”. “Es la única escala sobre la que hay publicado un análisis de fiabilidad de su adaptación al español”.

Otro artículo publicado en 2018 obtuvo como resultados, una sensibilidad del 93,5% y una especificidad de 65,78% en puntuaciones LATCH mayor a 6 tras el nacimiento, reflejando en las puérperas 5,92 veces mayor probabilidad de LM a las 6 semanas. En puntuaciones de LATCH mayor a 8 a las 48 h, presentó una sensibilidad del 93,55% y una especificidad de 92,1%, traducándose en las mujeres 9,28 veces mayor probabilidad de LM a las 6 semanas. En sus conclusiones afirma que LATCH representa una herramienta simple y rentable capaz de predecir la LM en las primeras 24h posparto (Sowjanya y Venugopalan, 2018).

Por estas razones, aplicar de forma rutinaria la LATCH en nuestra práctica clínica diaria, trae beneficios constatados satisfaciendo las necesidades de la diada, como también motivar nuestra implicación y calidad asistencial. Por tanto, subrayamos nuevamente los buenos resultados obtenidos en el presente relatório, ya que van en sintonía con la literatura actual.

Proporcionar información teórico-práctica sobre temas de posicionamiento, agarre, comportamientos del recién nacido, técnicas de extracción de leche, son actividades esenciales de los profesionales sanitarios encaminadas a corregir precozmente situaciones de abandono de la LM durante el puerperio. Todo ello, permite también reforzar los conocimientos aumentando la implicación, satisfacción y autoeficacia materna.

El valorar al menos una toma en el puerperio inmediato mediante la escala LATCH, encamina a las EEESMO a adoptar estrategias de ayuda competente, posibilitando al resto de profesionales a establecer criterios comunes, dirigidos a aumentar las puntuaciones de LATCH. Considerando lo anterior, es vital un seguimiento continuo de la LM por el personal cualificado: enfermeras, EEESMO, obstetras, auxiliares de enfermería, así como también actualizar sus conocimientos en bases éticas y científica, consiguiendo desarrollar actitudes que promuevan una LM exitosa al alta.

4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

En el presente apartado se sintetiza las actividades ejecutadas para la obtención de habilidades/competencias comunes y específicas de los enfermeros especialistas EEESMO. Para posteriormente, finalizar con una reflexión crítica sobre las actividades desarrolladas, que incluyen entre otras, estrategias de superación y movilización de recursos científicos para lograr mejorar la práctica clínica, dificultades proyectadas durante la enseñanza de las prácticas clínicas, y medidas puestas en funcionamiento para prestar cuidados a la mujer/familia de manera individualizada.

Por todo ello, al concluir la rotación clínica se completó el formulario de estágio final transcribiendo en cada ítem toda la información de los diferentes campos clínicos (Apéndice E).

La movilización de las competencias de los enfermeros especialistas requiere poner en práctica todas las destrezas y conocimientos teóricos disponibles, con el inconveniente de adaptación a las diferentes situaciones clínicas, en la que el criterio de prioridad, capacidad de decisión, autonomía y ética se verán evaluados.

Este capítulo se divide en dos vertientes: las competencias comunes de los enfermeros especialistas y las competencias específicas de las EEESMO.

4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS

El desenvolvimiento de las competencias requiere de una evolución adaptativa para emplear conocimientos, valores y habilidades de forma multidisciplinar y proactiva en las diferentes áreas y contextos.

Durante el periodo de estágios tuve la gran oportunidad de desarrollar mi enseñanza práctica en dos países con diferencias notorias, tanto en el idioma como en el contexto clínico. Esto me permitió tener una visión más amplia en el campo de la salud obstétrica y ginecológica, ayudándome a ampliar aún más mis conocimientos y a evolucionar habilidades prácticas futuras como EEESMO.

Uno de los objetivos de las competencias de los enfermeros especialistas es facilitar a los futuros profesionales un amplio conocimiento de su especialidad, logrando en ellos autonomía y responsabilidad en su formación, con la finalidad de que cada colectivo fomente el trabajo colaborativo, así como su propio pensamiento crítico Morán et al., (2020).

Los cuidados de enfermería son cada vez más específicos e individualizados, por ello, la Ordem dos Enfermeiros define las competencias necesarias para la práctica de Enfermería, como también la de las/os Enfermeras/os Especialistas.

La OE (2019a) definió como competencias comunes de los enfermeros especialistas: *“São as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);*
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);*
- c) Gestão dos cuidados (C);*
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D). (p. 4745)*

Con relación al dominio de responsabilidad profesional, ética y legal, contribuí al desarrollo del ejercicio profesional con base en el código deontológico, demostrando una práctica segura, con respecto a las creencias, costumbres y valores individuales de cada paciente. Promoví la participación en la toma de decisiones, considerando la libertad y autonomía como un derecho de todas las usuarias. Salvaguadé la intimidad de la mujer/familia durante la prestación de cuidados. Aclaré dudas, expliqué procedimientos, y reforcé la realización de enseñanza/aprendizaje, dando oportunidad a las pacientes a colaborar en la resolución de problemas, procurando un entorno sereno y de respeto.

Otro dominio de la Regulación de las Competencias Comunes de las/os Enfermeras/os Especialista, es la mejora continua de calidad. Las numerosas exigencias de los usuarios, unida a la competitividad de las organizaciones sanitarias han contribuido en la multiplicidad de los cuidados, logrando cuidados en salud más seguros y de mejor calidad

(Jerónimo Dias, 2014). Por ende, contamos a nivel mundial con un amplio abanico de sistemas de evaluación de calidad dirigidos a toda la población.

La calidad de los cuidados es una prioridad global, concretamente en Portugal la OE en 2001, definió los “Patrones de Calidad de los Cuidados en Enfermería”, creando un referente para la organización y orientación del ejercicio profesional de las/os Enfermeras/os (Jerónimo Dias, 2014). Como tema del relatório, también se encuadra la calidad de los cuidados, pues verificamos los conocimientos a cerca de la LM, evaluando la información transmitida por la EEESMO durante la hospitalización en la preparación de la puérpera para el alta.

La calidad de los cuidados constituye uno de los principales temas de análisis y de mejora en la asistencia sanitaria, pues son muchos los factores relacionados con la calidad de los cuidados percibida por las puérperas en el periodo posparto. La comunicación, la formación y la escucha activa entre la mujer y la EEESMO es fundamental durante esta etapa. En el posparto la EEESMO debe promover un entorno de confianza, intimidad y apoyo emocional dando espacio para exponer las necesidades o dudas, proporcionar información con bases científica en ámbito de LM, así como ofrecer estrategias para solventar de manera autónoma las dificultades en el amamantamiento, impulsando la autoeficacia, la satisfacción y continuidad de los cuidados más allá del alta.

Ampliando conceptos con respecto a la escala de LATCH, cabe resaltar los buenos resultados obtenidos en el relatório. Confirmamos que la mayoría de las puérperas a estudio al alta obtuvo un resultado de LATCH de 9 puntos, considerándose una situación óptima en la LM. Aun así, la mayor parte de las madres reflejó puntuaciones de LATCH de 8 puntos al alta, en la que observamos alguna dificultad de la LM. Esto revela la necesidad de abordaje del LATCH desde el puerperio inmediato y continuarlo hasta el alta hospitalaria encaminando estrategias para el establecimiento, durabilidad y éxito de la LM.

En relación con lo anteriormente expuesto, centré el tema principal en la “Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria”, con el propósito de evaluar el nivel de conocimiento adquirido aplicando la escala de LATCH, siguiendo los pasos del Proyecto Maternidade com Qualidade.

Contar con un entorno físico y terapéutico seguro, garantiza vínculos de confianza y autonomía en las usuarias, pero también en el equipo multidisciplinar. Las diferentes

instituciones hospitalarias de realización de prácticas/estágio contaban con multiculturalidad, permitiéndome distinguir la importancia de implementar en mi formación un ambiente terapéutico de respeto por la identidad cultural. Brindé cuidados a mujeres/familia con dificultades para entender mi lengua española, en este caso los compañeros dominantes de la lengua portuguesa se convertían en piezas claves asegurando en todo momento un espacio seguro y de confianza.

Al mismo tiempo, el empleo de la comunicación no verbal cobraba vital importancia para el desenvolvimiento de un entorno terapéutico más seguro, estableciendo una adecuada relación de confianza entre las pacientes y el equipo multidisciplinar.

Debido a la pandemia del Coronavirus, tuve que afrontar nuevas y forzosas normas implantadas en los diferentes servicios hospitalarios, para responder a las carencias o necesidades de toda la población, concretamente la materna-infantil.

Continuando con el dominio en la gestión de cuidados, fue esencial conocer el plan de actuación en los cuidados de enfermería especializados, además de ampliar los conocimientos técnicos-científicos permitiéndome afrontar decisiones primordiales.

Para finalizar, en el dominio del desenvolvimiento del aprendizaje profesional, desarrollé habilidades basadas en la evidencia científica y la experiencia clínica, con la exigencia de reforzar e indagar mis conocimientos, empleando la experiencia de mis orientadoras para debatir y resolver dudas ante los diferentes acontecimientos clínicos. Se me otorgó la oportunidad de desarrollar habilidades prácticas utilizando la escala de LATCH en todas las puérperas durante la hospitalización, permitiéndome abordar cuestiones y actitudes en LM involucrando activamente a la madre. La adquisición de autonomía propició en la mujer/ familia un entorno de confianza, intimidad y motivación. Por estas razones, es muy importante el apoyo, la información e implicación de enfermería, con el objetivo de velar por la calidad asistencial y fortalecer nuestra profesión.

4.2. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA

La OE (2019a) define las competencias específicas de los EESMO como:

“São as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p. 4745).

El presente capítulo lo estructuramos conforme fueron desarrollándose los campos clínicos, partiendo de la base en la que el ENP es un proceso de continuo perfeccionamiento para los EEESMO. En el transcurso de mi rotación, proporcioné cuidados basándome en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Todo ello, nos guio para evaluar o identificar problemas o necesidades de cada mujer/familia en cada uno de los campos clínicos.

4.2.1. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de internamiento de medicina materno fetal/ ginecología en el HGO, EPE.

La OE afirma que, el objetivo de este campo clínico es desarrollar competencias relacionadas con la prestación de cuidados y control de las gestantes con patologías previas o en situaciones de riesgo, así como de prestar cuidados a las mujeres con afectaciones ginecológicas. (OE, 2019b, p.13561)

“El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que dejado a su evolución espontánea en la mayoría de los casos no supondrá problema de salud alguno tanto para la madre como para el feto” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], 2018, p. 510). No obstante, existen situaciones que pueden obstaculizar su desarrollo natural, debido a patologías maternas crónicas u obstétricas.

Los cuidados de las gestantes con patologías previas o en situaciones de riesgo requieren de un control estricto y minucioso. Todo el equipo multidisciplinar adopta un rol importante, como es el caso de las EEESMO, pues son las encargadas de detectar o informar al equipo de manera precoz cualquier anormalidad o complicación.

Con la adquisición paulatina de mi autonomía, enseñé a las gestantes los signos y síntomas de alarma y métodos para disminuir el malestar, conseguí disminuir el dolor o incomodidad mediante el empleo de técnicas no farmacológicas, además de cooperar con el equipo multidisciplinar en mujeres con patologías asociadas, siendo estas algunas de las

competencias descritas por la OE en los criterios de evaluación 2.2.1, 2.31, 2.3.4 (OE, 2019b, p. 13562).

Según la OMS, los signos y síntomas de alarma son aquellos en los que el bienestar de la diada está en peligro. Algunos de estos signos y síntomas son: náuseas y vómitos incontrolables, cefaleas, agudeza visual, tinnitus, fatiga y palidez, edemas en miembros inferiores, superiores y cara, sangrado vaginal, entre otros Sulca et al., (2017).

En mi rotación por esta unidad, fui capaz de adquirir y perfeccionar las competencias necesarias para la evaluación del bienestar materno-fetal, por los medios clínicos y técnicos apropiados de acuerdo con los criterios de evaluación 2.2.6 (OE, 2019b, p.13562). Realicé valoración a todas las gestantes creando mis propias notas en sus historias clínicas, control de constantes vitales, monitorización, observación e interpretación de los RCTG, auscultación de los latidos cardio-fetales, revisión de tratamiento médico y su posterior administración, por otra parte, empleé las maniobras de Leopold para evaluar la estática fetal.

En lo que respecta a las complicaciones de la gestación, la EEESMO era la encargada de avisar al médico de guardia para un control de la gestante en la unidad. Cuando no era posible la asistencia del médico, trasladábamos y acompañábamos a la gestante al bloque de partos con el fin de asegurar el bienestar de ambos. Al llegar al bloque de partos se entregaba la carpeta con la historia clínica de la gestante a la EEESMO del bloco. Me encargaba de transmitir toda la información necesaria para asegurar una continuidad de los cuidados o en tal caso, que pudieran actuar de manera inmediata.

Desde que comencé mi estágio, me esforcé en investigar y reflexionar mis conocimientos teóricos-prácticos en relación con las patologías obstétricas o ginecológicas con las que me enfrentaba. La mayor parte de las situaciones clínicas, estaban relacionadas con embarazos de riesgo por patologías previas, médicas o obstétricas. Los ingresos hospitalarios más frecuentes en la unidad fueron: diabetes gestacional (DG), APPT, hemorragia del segundo o tercer trimestre, polihidramnios o oligoamnios, rotura prematura de membranas (RPM), hiperémesis gravídica, colestasis gravídica, Hipertensión arterial crónica (HTA) o preeclampsia, embarazo gemelar, inducción de la gestación, crecimiento intrauterino retardado (CIR).

A consecuencia de la pandemia las gestantes permanecían sin acompañamiento hospitalario, desencadenando sentimientos contradictorios. A este aspecto, debemos añadirle

la situación actual del SARS-COVID-19 en la que se suspendieron las visitas y los acompañamientos hospitalarios, factor que pone en riesgo la salud mental de las grávidas.

Visto de otro modo, el embarazo es un periodo de gran sensibilidad emocional, en la que pueden manifestarse síntomas ansioso-depresivo. A consecuencia de la pandemia se realizaron diferentes investigaciones relacionadas con la salud mental materna. Uno de los estudios es el Gomà et al., (2020), en el que observó que la probabilidad de desarrollar ansiedad a consecuencia de la pandemia fue del 43%, y depresión el 25% de las mujeres a estudio. Por consiguiente, es muy importante que la EEESMO tenga la capacidad de identificar en la gestante sentimientos de ansiedad o depresión, evitando riesgos innecesarios para el binomio.

El servicio cuenta con protocolos de actuación para cada situación clínica, este es el caso de la ITP. Era una técnica que se utilizaba en la unidad por el equipo médico, y que abarcaba criterios clínicos para su realización mediante el empleo de métodos farmacológicos. En este sentido, se delega en la EEESMO la responsabilidad de dar apoyo a la gestante, así como la monitorización y vigilancia en el trabajo de parto.

La ITP consiste en estimular de manera artificial las contracciones uterinas antes de que se desencadenen de manera espontánea, apoyándose en métodos mecánicos o farmacológicos (Scapin et al., 2018).

Para finalizar con este capítulo en lo que respecta a la adquisición de competencias, fue proporcionar la asistencia y cuidados a mujeres con patologías ginecológicas internadas en el servicio. Las patologías más comunes en el servicio eran: miomectomía, mastectomía, embarazos ectópicos, metrorragias, histerectomía abdominal (HA) o vaginal (HA), y laparotomía exploratoria (LE).

Una vez se realizaba la admisión de las mujeres al servicio, se le proporcionaba toda la información necesaria, así como el uso de los recursos asistenciales. A su vez, enseñábamos a las pacientes en el autocuidado hasta su alta hospitalaria. La enfermera es la encargada de proporcionar unos cuidados de calidad, repercutiendo positivamente en la relación de confianza y autocuidado del paciente.

Durante la realización de este campo clínico, observé la importancia que representa la figura de la EEESMO/Enfermera en los cuidados de la mujer, consiguiendo que mi experiencia personal y profesional fuera bastante gratificante.

4.2.1.1. Datos del servicio de internamiento de medicina materno fetal/ ginecología en el HGO, EPE.

A lo largo de mi rotación en el servicio, presté cuidados a 102 grávidas de riesgo. La mayor parte presentaban una franja de edad entre los 27 años (39,2%) y los 38 años (20,6%). En cuanto al estado civil, la mayor parte tenían parejas de hechos (42,2%), y la mayoría era de nacionalidad portuguesa (66,7%).

En relación con las causas de internamiento de las gestantes, se comprobó que las causas más comunes fueron: APPT en el 47,1%; posteriormente la RPM en el 16,7% de los casos, y con un 11,8% se encontraba a las gestantes con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU).

La APPT es un estado en el que la frecuencia e intensidad sucesivas de las contracciones uterinas ocurren antes de las 37 semanas de embarazo (Álvarez y Pérez, 2017), provocando modificaciones cervicales y por consiguiente un parto pretérmino (Salazar et al., 2016).

Según Salazar et al., (2016) en estudios realizados en Europa, se observó que la APPT es una de las causas más frecuente de parto pretérmino, con etiología multifactorial (Álvarez y Pérez, 2017).

Es fundamental que las EEESMO realicen una valoración en sintonía con el equipo multidisciplinar, determinando la edad gestacional, el tipo de embarazo y la clínica, con el único objetivo de asegurar el bienestar materno-fetal.

Por otra parte, dentro del servicio de ginecología se proporcionaron cuidados de enfermería a un total de 12 mujeres con patologías ginecológicas. La mayor parte tenían edades comprendidas entre los 55-63 años (16,7%) y la mayoría eran de nacionalidad portuguesa (66,7%). Con respecto a las causas de internamiento, la mayor parte de las mujeres se realizaron histerectomía (41,7%), seguidas de la mastectomía (33,3%).

La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación parcial o total del útero (Aguilar et al., 2012). Conviene destacar que existen tres tipos de histerectomía: HV, HA, y la histerectomía mínimamente invasiva (HMI) (Monet et al., 2020). Es una de las intervenciones ginecológicas más empleada a nivel mundial, siendo la vía abdominal la más ejercida. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)

y la *American Association of Gynecologic Laparoscopists* (AAGL), aconsejan la vía vaginal siempre que no existan complicaciones (Leyva y García, 2021).

4.2.2. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de consultas externas de obstetricia en el HGO, EPE.

El Servicio de Consultas Externas de Obstetricia en el HGO, EPE fue un área en la que adquirí competencias para el cuidado de la mujer/ familia en el marco de planificación familiar, periodo preconcepcional y prenatal (OE, 2019b, p. 13561).

En este contexto clínico, realice consultas de enfermería juntamente con la EEESMO a 153 mujeres, de las cuales 112 de ellas presentaban embarazos de medio y alto riesgo, siendo apenas 27 mujeres las que cursaban con embarazos sin riesgos.

En las consultas realicé la anamnesis de las pacientes registrando los procedimientos realizados en el boletín de salud de cada embarazada. Se evaluó las constantes vitales, realización de prueba de estreptococo grupo B, monitorización e interpretación de los CTG, auscultación de los latidos cardiacos con doppler, medición de la altura del fondo uterino, ganancia ponderal, educación para la salud, cervicometría, interpretación de las ecografías de todos los trimestres, extracción e interpretación de exámenes analíticos. Al mismo tiempo, participé en todas las consultas (Consulta Periparto, Consulta de DG, IVG, Diagnóstico Prenatal (DPN), Embrio Fetal y Materno-Fetal con la supervisión continua de mi tutora de estágio.

Así mismo, tuve la oportunidad de colaborar en la atención de 14 mujeres con afecciones ginecológicas asistiendo a la consulta de IVG, protocolada por la Unidad Coordinadora Funcional del HGO, EPE, que orienta y regula el cumplimiento de las directrices de la Dirección General de Salud (Pereira et al., 2020).

Por otra parte, asistí al CIRMA que es una unidad de referencia equipada de medios humanos, organizacionales y materiales, cuya finalidad es brindar una respuesta competente a los usuarios en el ámbito de cuidados en salud reproductiva de 1ª y 2ª línea, de acuerdo con el documento normativo emitido por el Consejo Nacional de Procreación Medicamente Asistido (CNPMA) (Pereira et al., 2020).

Cada consulta seguía un patrón en cuanto a educación para la salud, independientemente de sus características. Las prácticas se adaptaban a todas las

mujeres/familias, partiendo de una base como es la edad gestacional o materna, las patologías previas y las necesidades de la gestante.

En el transcurso de lo estágios, fui adquiriendo autonomía de forma paulatina para realizar las consultas. No hubo ninguna dificultad en la realización de las consultas, así como en la interacción con las pacientes. Con la adquisición de nuevos conocimientos contrastados mediante la evidencia científica y la disponibilidad de los recursos asistenciales, se afianzó aún más mi autonomía, logrando dar argumentación concisa a todas las usuarias.

En las consultas, la EEESMO ocupa un lugar importante para la enseñanza de promoción de estilos de vida saludables, concretamente en situaciones de riesgo como es la HTA crónica, la DG y anemia.

En todas las consultas se confirmaba el embarazo, corroborando con la fecha de la última menstruación o la edad gestacional de acuerdo con los datos registrados en la ecografía del 1º trimestre, todo ello daba como resultado la fecha probable de parto (FPP).

Quiero destacar de lo estagios de consultas externas, la oportunidad que tuve de estar presente en las consultas de IVG, en el que brindé apoyo emocional a las usuarias. Durante las consultas de IVG, se proporcionaba a las usuarias la información necesaria sobre los signos y síntomas, las posibles complicaciones y las recomendaciones tras el proceso.

En Portugal la IVG se realiza en las primeras 10 semanas de gestación, según el Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17, páginas 2417-2418 emitido por la Assembleia da República Lei n.º. 16/2007 Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez (Assambleia da República [AR], 2007, p. 2417).

Por el contrario, según recoge el BOE la IVG en España se realiza hasta las 14 semanas de gestación, de acuerdo con la Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2010, p. 21003).

Concretamente durante el año 2020 en España, se realizaron 88.269 IVG, con una tasa de 10.33% por 1.000 mujeres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2020).

Otro de los departamentos a destacar es el CIRMA, pues se trata de un servicio integrado de asistencia a las parejas en temas de Infertilidad y Reproducción Asistida. El

principal objetivo es orientar, apoyar e informar a los usuarios que por diversas razones no consiguen una gestación espontánea. (HGO, EPE, 2020).

El CIRMA dispone de varias consultas, técnicas y exámenes para todos sus usuarios. Tuve la ocasión de observar como se realizaba la técnica de inseminación intrauterina (IUI) o inseminación artificial (IA), en el que mediante una cánula de inseminación insertada a través del cuello uterino se lograba inyectar el contenido de la cánula. Previamente a la técnica se realizaban diferentes procesos como: la estimulación ovárica en el que se administraba medicación hormonal, controlando el momento preciso de la ovulación. Preparación de la muestra seminal, eligiendo los espermatozoides con mayor capacidad de fecundación, finalizando con la técnica de IA.

En España en 2019, el total de mujeres que realizaron IA fue del 81,2% independientemente de su edad. Por el contrario, el 46,72% de las mujeres se sometieron a la técnica de Fecundación in Vitro (FIV) o Inyección Intracitoplasmática (ICSI). En otras palabras, la mayor parte de las mujeres de entre 40-44 años, optaron por IA representando el 34,91%. De igual forma ocurre con la FIV o ICSI, pues sólo el 16,36% de las mujeres con la misma edad se sometieron a esta técnica de reproducción asistida (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2019).

A continuación, se muestra en la Ilustración 14 las mujeres con edades comprendidas entre los 18-44 años, las cuales se sometieron a técnicas de reproducción asistida en España.

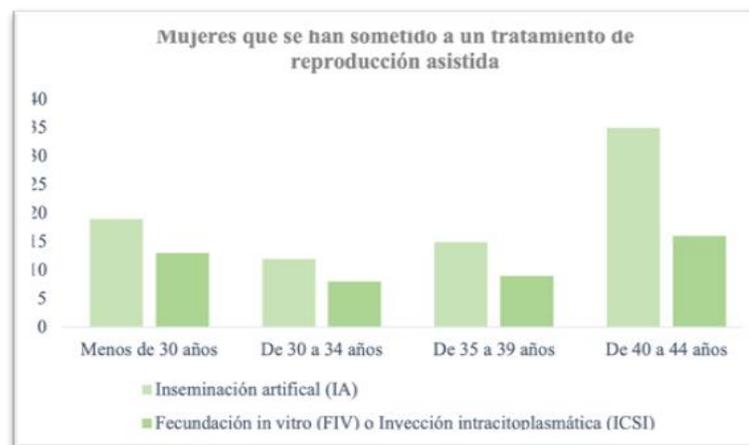


Ilustración 14 - Mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida según su edad en España

Nota: La ilustración representa el porcentaje de edad media de las mujeres sometidas a tratamientos de IA, FIV y ICSI en el año 2019. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico Excel, y tomados del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Con respecto a Portugal, se muestra en la Ilustración 15 las mujeres con franjas de edades comprendidas entre los 18-49 años, las cuales se sometieron a técnicas de reproducción asistida (FIV/ICSI). Es notorio el ligero aumento a medida que avanza la edad, observándose en el gráfico un pico máximo en las usuarias de 39 años, coincidiendo con un porcentaje del 13% aproximadamente.

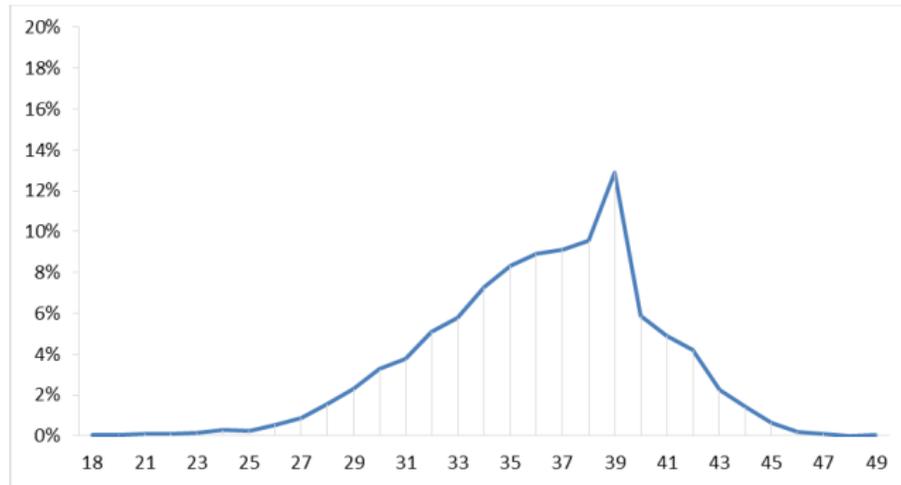


Ilustración 15 - Mujeres sometidas a FIV/ICSI según el rango de edad en Portugal

Nota: La ilustración representa la edad media de las mujeres sometidas a tratamientos de FIV/ICSI en Portugal. Los datos fueron tomados del Relatório: Atividade desenvolvida pelos centros de Procriação Medicamente Assistida em 2018.

Del mismo modo, se logra ver en la columna de la izquierda de la Ilustración 16 cómo la mayor parte de las mujeres (38%) presentan edades comprendidas entre 30-34 años, todas ellas se sometieron a IA. No obstante, en la parte derecha se observa que la mayoría de las mujeres (60%) se han sometido a IA con donación de espermatozoide presentando la misma franja de edad de 30-34 años.

IA	Intraconjugal		Com receção de EZ	
	Número	%	Número	%
18-29	126	9,8	1	10,0
30-34	487	38,0	6	60,0
35-37	305	23,8	2	20,0
38-39	155	12,1	1	10,0
40-42	210	16,4	0	0,0
TOTAL	1283	100,0	10	100,0

Ilustración 16 - Edad de las usuarias sometidas a tratamiento de IA en Portugal

Nota: La ilustración representa la edad de las mujeres sometidas a tratamientos de IA en Portugal. Los datos fueron tomados del Relatório: Atividade desenvolvida pelos centros de Procriação Medicamente Assistida em 2018.

He de destacar durante la búsqueda bibliográfica para la obtención de los datos estadísticos, me resultó bastante complicado conseguir datos estadísticos actuales de Portugal, los cuáles eran necesarios para adjuntarlos al presente relatório.

4.2.2.1. Datos del servicio de consultas externas de obstetricia en el HGO, EPE.

En mi rotación por el servicio de Consultas Externas, realicé consultas a 112 mujeres, adquiriendo las competencias necesarias para una asistencia de calidad en el servicio.

La mayor parte de las señoras que acudían a consultas externas de obstetricia, tenían edades comprendidas entre los 20 años (28,6%) y los 40 años (19,6%). La mayoría eran de nacionalidad portuguesa (68,8%), seguidas de las africanas (21,4%). Del mismo modo, la mayoría tenían parejas de hecho (43,8%). Los tipos de consultas abordadas durante mi estágio son las que aparecen en la Tabla 4.

Las 112 mujeres que presté cuidados eran consideradas embarazo de medio o alto riesgo, presentando diferente naturaleza clínica: HTA crónica o inducida por el embarazo, DG, obesidad materna, enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos mediante técnicas de reproducción asistida, patologías y edad materna avanzada. Las patologías que más se encontraron en las consultas fueron: HTA y DG.

Las consultas de Materno-Fetal, fueron las más realizadas durante mi estágio en consultas externas, ya que abarcaba todo el proceso de la gestación de medio y alto riesgo. Realizábamos primeramente una anamnesis integral, siempre que se tratara de la primera

cita. Posteriormente entregábamos el boletín de la embarazada y completábamos con los datos recogidos de la anamnesis. A continuación, medíamos la tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), y realizábamos educación para la salud.

Tabla 3 - Organización de las consultas en el servicio de consultas externas

CONSULTAS	Nº DE CONSULTAS	PORCENTAJES
Embrio-Fetal	25	22,32%
Materno-Fetal	36	32,14%
Peri-Parto	33	29,46%
DPN	7	6,25%
IVG	11	9,82%
TOTAL	112	100%

Nota: Esta tabla representa la Organización de las diferentes consultas del área de consultas externas del HGO, EPE. Los datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio.

Por el contrario, en gestantes con seguimiento continuo empleábamos otras intervenciones cómo: colocación de RCTG y interpretación de los resultados, valoración de las ecografías de 2ª y 3ª trimestre y analíticas, control de la ganancia de peso y TA. En todas las consultas empleábamos educación para la salud informándoles de la prevención de enfermedades mediante la administración de vacunas, revisión dental y alimentación saludable. Al término de las anotaciones en el programa SClinico®, realizábamos una ronda de preguntas en caso de que la gestante tuviera dudas con algunas de las informaciones proporcionadas, aclarando de manera clara y profesional todas sus dudas.

Con respecto a las consultas de Periparto, hablamos de una consulta que tenía lugar en las últimas semanas de embarazo, destinada a todas las gestantes con el fin de evaluar el bienestar materno-fetal realizando consultas de educación para la salud, información de los signos de alarmas por los que acudir a urgencias, los signos y síntomas del trabajo de parto, recuento de movimientos fetales, e información sobre la LM. La primera consulta se realizaba entre las 39 y las 40 semanas de gestación, recopilando toda la documentación de la gestación

(ecografías, analíticas, resultados del exudado vagino-rectal y boletín de salud). La segunda consulta, era a las 41 semanas concertándose una cita para el ingreso hospitalario e iniciar la inducción de la gestación.

4.2.3. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de bloco de partos, urgencias obstétrica y ginecología en el CHBM, EPE.

En el servicio de Bloque de Partos, Urgencias Obstétrica y Ginecología, abordé habilidades en el cuidado de las mujeres/ familias dentro de la comunidad durante las fases del parto, parto y puerperio inmediato, con el objetivo de atender a las mujeres creando un ambiente íntimo, de confianza y seguridad.

El ingreso en el servicio de Bloque de Partos se realizaba en caso de ITP, gestantes en trabajo de parto, vigilancia del estado materno-fetal en situaciones de riesgo para ambos, gestantes con rotura de bolsa amniótica, además de la vigilancia en mujeres con alteraciones ginecológicas.

Tras la admisión al SUOG, se les realizaba una valoración preguntándoles el motivo de su visita. Después, se les informaba a las gestantes a cerca de los procedimientos rutinarios del servicio (medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, pinzamiento tardío del cordón umbilical, identificación del recién nacido tras su nacimiento, pulsera electrónica identificativa antirrobo, deseo de CPP o LM, entre otros). Se comprobaba la edad gestacional exacta mediante la regla de Nagele. En función de la edad gestacional, se escuchaba los latidos cardiacos con el doppler, o en su caso con el CTG, finalizando con un tacto vaginal en caso de trabajo de parto o RPM. En el caso de mujeres no gestantes, se les informaba de los procedimientos relacionados con su patología.

Posteriormente se trasladaba a las gestantes a su paritorio, una vez ahí se le explicaban las normas del servicio. Cada paritorio contaba con un ordenador en el que se introducían los datos en el formulario del programa SClínico®. Se obtenían datos de la gestación, datos del progenitor, embarazos anteriores, vigilancias durante la gestación, las analíticas, y ecografías de los tres trimestres. Finalmente, se concluía con la redacción de una nota informativa en la que se recopilaban los datos más vinculantes efectuados durante el ingreso.

Cuando la parturienta se encontraba en trabajo de parto, se pasaba a la sala de partos donde se tomaban muestra respiratoria para el rastreo del virus SARS-COVID-19, y también

se realizaba CTG. Además de ello, se ofrecían líquidos, realizábamos valoración y registro del dolor mediante la escala numérica del dolor (Apéndice F), se animaba a la deambulaci3n y movimientos en la pelota de pilates, se recomendaban m3todos no farmacol3gicos para el alivio del dolor, y en caso de preferencias de la parturienta se realizaba la t3cnica de analgesia epidural por el equipo de anestesiolog3a. La administraci3n de la analgesia epidural se realizaba a trav3s del cat3ter, administrando en forma de bolos 10 ml de ropivacaina, siempre y cuando la parturienta refiriera dolor. Los bolos se suministraban cada 2h aproximadamente, realiz3ndose un control estricto de TA, FC, control del dolor, vaciado vesical y vigilancia materno-fetal tras su administraci3n.

En el segundo estadio del trabajo de parto, involucr3bamos de forma activa a la parturienta haci3ndola partcipe de su proceso, incentiv3bamos a la realizaci3n de respiraciones profundas y paulatinas entre contracciones elogiando su esfuerzo. Antes de cada contracci3n proporcion3bamos directrices, consiguiendo centrar su atenci3n en la inspiraci3n de aire profundo y mantenido, dando lugar a pujos efectivos para la coronaci3n y expuls3n del reci3n nacido. Previamente realiz3bamos protecci3n activa del perin3 con una mano, y con la otra proteg3mos la salida progresiva de la cabeza. Una vez que se produc3a el nacimiento, siempre que no existiera compromiso vital de la diada coloc3bamos al reci3n nacido en CPP con su madre para favorecer el inicio de la LM seg3n la Pol3tica de Aleitamiento Materno (PAM) del CHBM, EPE (Anexo A). Los cuidados b3sicos del reci3n nacido se realizaban previo traslado a la unidad de puerperio.

Mart3nez et al., (2021), hace menci3n la necesidad de actualizaciones formativas en protecci3n del perin3. Anexa que, aunque exista una disminuci3n de este procedimiento los 3ndices de episiotom3a en el 2014 alcanzaron el 31,6% respectivamente. En su discusi3n asegura que la protecci3n del perin3 no garantiza una disminuci3n en los traumas perineales.

Al alcanzar el tercer estadio del trabajo de parto, control3 los signos de alumbramiento de la placenta, inspeccion3 sus membranas y el cord3n umbilical confirmando la existencia de dos arterias y una vena. Seguidamente realizaba una observaci3n del perin3 analizando la existencia o ausencia de desgarros y laceraciones, o en cuyo caso la sutura de episiotom3as. Un estudio realizado por la Sociedad Espa3ola de Ginecolog3a y Obstetricia, sostiene que “aproximadamente el 80-85% de las mujeres tiene alguna forma de lesi3n perineal durante el parto vaginal (desgarros o episiotom3a) y de ellas,

aproximadamente el 70%, precisan sutura” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], 2020, p. 48).

Posterior a ello, se comprobaba la continuidad del CPP y el inicio de la LME observando la toma y los signos de buen agarre. Es numerosa la bibliografía que habla de los numerosos beneficios de LM, más aún durante la crisis pandémica por el SARS-COVID-19.

Corroborando con lo citado anteriormente, de Dios et al., (2021), alega que la LM otorga “protección frente a infecciones respiratorias, como el coronavirus. Favorece el potencial paso de anticuerpos de madre a hijo frente al SARS-CoV-2” (p. 302).

La puérpera se trasladaba del paritorio al bloco de recobro para realizar las 2h de puerperio inmediato. Se comprobaba la altura del fondo uterino, control de constantes vitales, presencia y cantidad de loquios, valoración del desgarro o episiotomía, observación de la toma y las mamas, retirada del catéter epidural observando signos de compromiso circulatorio en los miembros inferiores, y se animaba a la ingesta de líquidos. Pasada las 2h de puerperio, se volvía a realizar las mismas técnicas valorando también al recién nacido, comprobando el color y la respiración, la primera micción, eliminación de meconio, y el cordón umbilical sin signos de hemorragia, además de la pulsera identificativa electrónica. Todos estos datos se registraban en las notas de la EEESMO dentro de la historia clínica de cada mujer.

Por otra parte, realicé anotaciones en el Partograma de todas las exploraciones vaginales detallando el borramiento del cuello, la dilatación, consistencia, presentación cefálica e integridad de las membranas. Todo ello, me permitió una mayor autonomía para la realización de cervicometrías posteriores. La interpretación de los RCTG era fundamental para identificar las posibles alteraciones que repercutieran a la diada y comunicarlo al respectivo equipo obstetra.

Cualquier acto clínico, era realizado bajo la supervisión de mi orientadora y con previo consentimiento verbalizado a las señoras, indicando mi presencia y formación como alumna.

Al mismo tiempo, las gestantes con edad gestacional inferior a 37 semanas que acudían por pérdidas hemáticas, pérdida de líquido amniótico o alteraciones ginecológicas, eran los médicos de guardia quienes se encargaban de la anamnesis, valoración e ingreso en el servicio. En pocas palabras la práctica clínica, tuvo como base el empleo de los protocolos

de la unidad, realizándose intervenciones adaptadas a cada situación y previamente debatidas con la gestante.

En cuanto al bloque operatorio incorporado en el Bloco de Parto, se realizaban intervenciones quirúrgicas, como las cesarias o legrados. Siempre que fuera posible se informaba a la paciente del procedimiento, haciendo entrega del consentimiento informado para la intervención. Indicada la cesárea, se trasladaba a la parturienta en su cama al bloque operatorio. Con ayuda del equipo, se transfería a la mesa de operaciones a la señora. Normalmente siempre estaba presentes dos EEESMO en el quirófano, una se encargaba de la administración de sueroterapia, colocación de sondaje vesical, profilaxis antibiótica, colocación de medias compresivas, control de constantes, y canalización de una 2º vía periférica. La otra EEESMO, se encargaba de preparar la medicación anestésica, preparación del campo e instrumental quirúrgico, recuento del material tras el parto, además de valorar al recién nacido juntamente con el pediatra. En el caso de las cesáreas, el CPP era posterior a la valoración del recién nacido por el pediatra. La participación en partos distócicos o cesáreas en colaboración con el equipo multidisciplinar me permitió desarrollar las competencias necesarias para implementar y evaluar acciones, que permitieran al recién nacido adaptarse paulatinamente a la vida extrauterina.

Debido a la Pandemia, no se permitía la presencia de familiares o acompañantes durante la dilatación o el parto, pues no existían condiciones que garantizaran la seguridad de los profesionales del servicio, las gestantes y sus acompañantes.

Es importante mencionar en particular la publicación de (Massó y Triviño, 2020 p. 118), pues cita que “los protocolos de España sobre la limitación del acompañamiento a las mujeres durante el parto en la actual situación de pandemia han motivado graves denuncias por atentar contra los derechos humanos, la legislación vigente y la evidencia científica”.

4.2.3.1. Datos del servicio de bloco de partos, urgencias obstétrica y ginecológica en el CHBM, EPE

A medida que se fue desarrollando el contexto clínico de estágio, garanticé cuidados a 60 mujeres, de las cuales 40 eran gestantes, 16 tuvieron un parto eutócico, y 4 mujeres presentaron patologías de foco ginecológico. La mayor parte de las mujeres presentaban una franja de edad entre los 35-39 años (15,2%). En cuanto a la nacionalidad, la mayor parte era

de nacionalidad portuguesa (16,3%). Además, la mayor parte presentaba un nivel académico de estudios primarios (17,2%), tenían pareja de hecho el (11,3%), y 1 hijo previo (10,6%).

En las características obstétricas, la mayor parte (13,9%) de las mujeres tuvo un parto eutócico, sutura de desgarro de II grado (11,9%), y LME en puerperio inmediato el 26,5% respectivamente.

Al mismo tiempo, se logró obtener datos obstétricos durante el acompañamiento concluyendo que 40 gestantes, 11 de ellas cursaron con embarazo de riesgo. En referencia al número de partos asistidos, realicé 16 partos eutócicos y participé en otros 4, representados en la Tabla 5.

Tabla 4 - Número total de partos total asistidos en CHBM, EPE

PARTOS	FRECUENCIA
Eutócico	16
Distócicos	
Parto por ventosa	1
Parto por cesárea	3
Gemelar	3

Nota: Esta tabla representa el número de partos total eutócico y distócico asistidos en el CHBM, EPE. Estos datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio.

De los 16 partos asistidos, se consiguió un total de 7 perinés íntegros y se realizaron 9 episiotomías en conjunto con la EEESMO. Al intervenir en otros partos, realizamos un total de 13 suturas de perinés con desgarros de 2º grado. En estas suturas incluimos las 9 episiotomías, 3 intervenciones por cesárea, y 1 con desgarro de 3º grado. Al mismo tiempo, se recopilaron algunas de las complicaciones intraparto: 5 casos de circular apretada con necesidad de pinzamiento precoz del cordón umbilical, un caso de desgarro accidental del cordón umbilical, dos casos de distocia de hombro resueltas con la técnica de McRoberts con la técnica de presión suprapúbica, y un caso de bradicardia mantenida durante el expulsivo que precisó de monitorización interna fetal.

4.2.4. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de internamiento de puerperio en el CHUIMI

En cuanto a los estagios en el servicio de Internamiento de Puerperio, posibilitó la adquisición de competencias para el cuidado de la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el período posnatal, con el fin de mejorar la salud de la madre y el recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad (OE, 2019b, p. 13563-13564).

A medida que fui abordando el ámbito práctico, proporcioné cuidados a 193 puérperas sanas y 193 recién nacidos sanos. Para Fotia et al., (2021), el periodo posparto o puerperio es una etapa con inicio en el nacimiento y concluye a las seis semanas posparto. Por el contrario, Espinilla et al., (2016), definen puerperio como el periodo entre la salida de la placenta y la instauración del ciclo menstrual, con durabilidad aproximada de seis semanas.

Transcurridas las dos horas de posparto inmediato en el paritorio, la puérpera y el recién nacidos son trasladados a la Unidad de Puerperio. La/el EEESMO juntamente con la enfermera de la unidad, son las encargadas de realizar la admisión al servicio. La EEESMO se encarga de realizar la valoración integral de la puérpera, además de resolver las cuestiones relacionadas con la lactancia.

La enfermera, por el contrario, se encarga de explicar las normas del servicio y los espacios físicos disponibles, administración de fármacos para el alivio del dolor, extracción de analíticas de sangre, control de constantes vitales, así cómo también comprobar que tanto madre como recién nacido aporten las pulseras identificativas.

La EEESMO realiza la valoración puerperal al menos 6 horas tras el parto empleando el formulario obstétrico-puerperal presente en la planta de hospitalización, con el objetivo de descartar eventualidades de forma precoz referenciando las situaciones que están en mi área de actuación. En el servicio de puerperio, se abordan diferentes estrategias en función del tipo de parto.

En puérperas con partos vaginales o eutócico, con previo consentimiento se palpa la altura del fondo uterino comprobando la inexistencia de hemorragia posparto. Según la SESGO la hemorragia posparto es aquella que “amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la puérpera, tomando como referencia una disminución del hematocrito del 10% o la necesidad de una transfusión (Espinilla et al., 2016). No obstante, según la Guía

de enfermería obstétrica y materno-infantil en cuidados maternos-infantiles en Emergencia, hace mención como hemorragia posparto a una “hemorragia de 500 ml o más en las primeras 24h posteriores al parto” (Alexander et al., 2002, como se citó en Bastón y Hall, 2020, p. 89).

Posteriormente, se realiza una observación de los genitales externos, periné y canal anal previniendo cualquier eventualidad. A continuación, se observan las extremidades inferiores promoviendo la deambulación precoz cuando sea posible, previniendo los fenómenos tromboembólicos. Y en último lugar, se realiza una observación de las mamas y valoración de la toma, aplicando la escala de LATCH.

Previa valoración de las mamas, se le realiza todas las puérperas una serie de preguntas cómo, por ejemplo: la presencia de hemorroides, evacuación intestinal o, por el contrario, incontinencia fecal o urinaria, entuertos, tacto vaginal en puerperio inmediato, así como la micción espontánea tras su llegada a la unidad. Método anticonceptivo de elección tras el alta, LM previa, tipo de lactancia que va a recibir su bebé, entre otras. Una vez concluida la revisión, se deja espacio para la resolución de cuestiones o dudas. Al finalizar cada visita, se les entrega a todas las puérperas las recomendaciones para el puerperio (Anexo B), recomendaciones LM (Anexo C), hoja aclaratoria explicando la técnica de marmet (Anexo D), o en su caso el tríptico de LM (Anexo E).

Por otro lado, en partos por cesárea las rutinas son prácticamente idénticas. La cesárea es “una intervención obstétrica para extraer al feto por vía abdominal mediante la apertura uterina (Espinilla et al., 2016). En las cesáreas, la matrona comienza con el control de constantes vitales, diuresis a través de la sonda vesical, observación del sangrado, y herida quirúrgica realizando los cuidados habituales. Posterior a ello, se abordan las mismas intervenciones mencionadas con anterioridad.

La EEESMO es la encargada de planificar los cuidados a la mujer/familia durante la hospitalización.

Partiendo de esta base, destacamos un estudio comparativo publicado por Avilés et al., (2019), en el que se analizó la relación existente entre la valoración del puerperio según los Patrones Funcionales de Majory Gordon y el tipo de lesión perineal, objetivándose diferencias estadísticamente significativas en mujeres a las que se le realizaron episiotomías, ya que la mayoría presentó al menos un patrón de salud alterado.

Considerando esto, es importante insistir una vez más en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, los cuales permiten unificar y definir criterios estableciendo la afectación de los patrones. En pocas palabras, contribuye a una mejora en la calidad de las intervenciones, así como disminuir las mudanzas en nuestra práctica enfermera.

Como Mestranda el desempeñar las funciones en el Servicio de Puerperio, me permitió crear una autonomía con las puérperas orientándolas en promoción de la salud, así como también promoviendo y apoyando el amamantamiento. Tratábamos aspectos como la importancia de la realización de pruebas metabólicas al recién nacido, las consultas con el pediatra, aspectos psicológicos maternos, intervenciones promoviendo el amamantamiento, corrección de posturas y agarre durante la lactancia, el apoyo de la LM tras el alta, la implicación familiar en el amamantamiento, la decisión personal de alimentara a su recién nacido con fórmula, además de la correcta desinfección de biberones.

Un punto que destacar es la vulnerabilidad de la puérpera durante este periodo con relación a los aspectos psicológicos. Durante el periodo de Pandemia, la salud mental tuvo un mayor impacto, debido a la escasa presencia de acompañante o pareja durante el posparto.

Se conoce que, “hasta un 80% de las puérperas experimentan la tristeza puerperal o baby blues, que cede espontáneamente en las 24horas, pero en un 10% de los casos aproximadamente desemboca en una depresión puerperal que precisa tratamiento” (Espinilla et al., 2016).

Otro aspecto importante es la duración del internamiento hospitalario con un periodo estimado a cada circunstancia, predominando su corta duración. “El alta hospitalaria tras un parto vaginal generalmente se da a las 48 horas en la mayoría de los hospitales” (Espinilla et al., 2016).

Además de desempeñar funciones en el área de Puerperio, también tuve la oportunidad de asistir a la Unidad de Neonatología y de AC del CHUIMI. La unidad de Neonatología se divide en dos áreas, por un lado, tenemos la UCIN, y por otro los CIN. La diferencia de estas dos unidades está en que la UCIN, realiza la atención al recién nacido con patologías médico-quirúrgicas en la que existe compromiso vital necesitando cuidados especiales continuos, ambas unidades están bajo la supervisión de un neonatólogo y un equipo de enfermería.

El acudir a estas dos unidades me permitió conocer las diferentes intervenciones y abordajes asistenciales, justificando y fundamentando científicamente la aplicación de las intervenciones. Observé los medios empleados para proteger la intimidad de la mujer/familia en relación con la información proporcionada por el médico o enfermera. Apliqué conocimientos y técnicas más adecuadas en la práctica de enfermería, promoviendo el espíritu de trabajo con el equipo multidisciplinar.

Comparando la ITP entre Portugal y España, señalamos que el CHUIMI en la unidad de Puerperio la EEESMO se encargaba también de las inducciones, utilizando prostaglandinas E2 (Propess®), siendo este un dispositivo vaginal. El Propess®, se colocaba en el fondo de la vagina dejándolo actuar durante 12h, en caso de fracaso se dejaba 12h más o se retiraba aplicando otros métodos. Previo a su aplicación se le explicaban las recomendaciones a seguir a la gestante evitando la movilización en al menos 2h tras su aplicación, realizando un control mediante CTG. Los casos en los que se procedía a la retirada del dispositivo eran: mujeres en trabajo de parto, RPM, taquisistolia o evidencias de sufrimiento fetal.

Un estudio clínico comparó dos preparados de prostaglandinas, uno de liberación prolongada Propess® y otro el gel vaginal Prostin E2®. Destacaron que ambos preparados tienen los mismos resultados en la maduración cervical y complicaciones obstétricas, considerándolos fiables en la ITP (Sánchez et al., 2014).

Aunque el CHUIMI se encuentra en proceso de acreditación en fase 2D como hospital IHAN desde el 2019, cuenta con acciones de protección, promoción y apoyo de la LM. De ahí, la importancia de la aplicación de la Escala LATCH en el puerperio. (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [IHAN], 2019).

La escala de LATCH aplicada de manera inicial y continua hasta el alta, está considerada una herramienta útil y fiable, por lo que, las EEESMO en colaboración con el equipo multidisciplinar son los encargados de implementar programas hospitalarios o herramientas para la promoción de la LM, dirigidos a la comunidad y a los profesionales de la salud.

Como referencia de ello, un artículo publicado por Balaguer et al., (2020) afirmó que esta herramienta además de estar traducida a varios idiomas presenta una validez y fiabilidad.

Reconoce la capacidad que tiene el LATCH, para determinar la probabilidad de destete temprano cuando obtenemos escasas puntuaciones.

Por otro lado, Vázquez et al., (2020), se plantearon determinar el nivel de conocimientos y la eficacia de la LM en puérperas, obteniendo como conclusiones que la escala de LATCH es efectiva como valoración en la eficacia de la LM, revelando su utilización en la práctica diaria de los profesionales.

La literatura analizada apunta el notable rol de las EESMO durante el internamiento hospitalario, pues iniciar de forma precoz el CPP y la LME, observar una toma, corregir posturas en el amamantamiento, aplicar la escala de LATCH con un seguimiento continuo, proporcionar información reforzando los conocimientos de las puérperas, y asesorar en la búsqueda de ayuda profesional al alta, conduce a un éxito duradero de la LME.

4.2.4.1. Datos del servicio de internamiento de puerperio en el CHUIMI

Durante los estágio en el servicio de Puerperio, proporcioné cuidados a 193 mujeres y recién nacidos saludables. La mayor parte de las puérperas, presentaban una franja etaria entre los 25-29 años con un porcentaje del 21,2%. En relación con el estado civil, la mayor parte tenían parejas de hecho (39,4%). Con respecto a la nacionalidad, la mayoría eran de nacionalidad española (65,3%), seguidas de las africanas (13,5%) y las marroquíes (9,3%).

Avanzando en nuestro razonamiento, quiero destacar que la mayor parte no tenían hijos previos (34,7%), de las cuales la mayoría de las 143 puérperas (74,1%) realizaron LM en el puerperio inmediato, dando como resultado una LME al alta de (74,6%).

En la Ilustración 17 que se muestra a continuación, recoge la vigilancia realizada a las 56 puérperas consideradas de riesgo, así como a los 40 recién nacidos. Apreciando de forma evidente, que la mayoría de la planificación de los cuidados durante el puerperio se realizaron a las puérperas de alto riesgo.

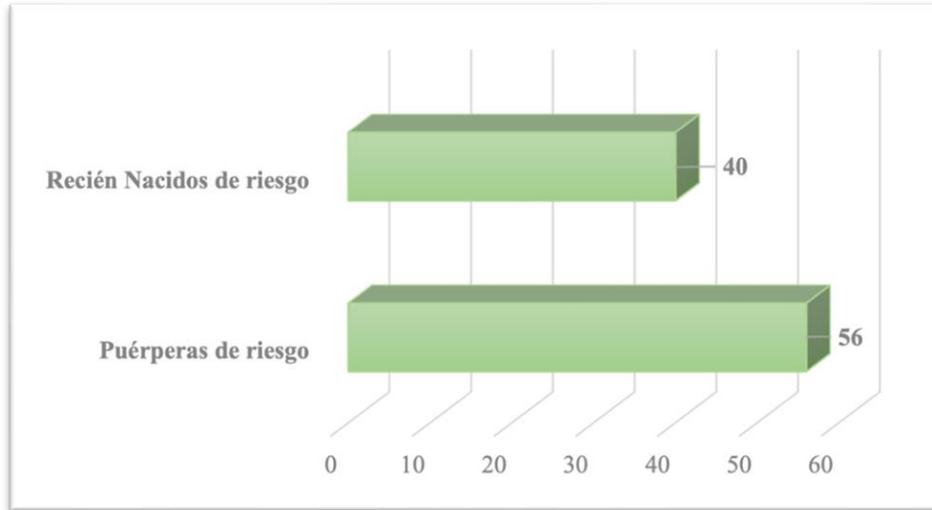


Ilustración 17 - Vigilancia de recién nacidos y puérperas de riesgo

Nota: El gráfico representa la vigilancia durante el puerperio en las puérperas y los recién nacidos de riesgo. Los datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio, y analizados mediante el programa estadístico Excel.

Ciertamente, se observó que las puérperas de riesgo presentaban un perfil concreto, como es la edad materna avanzada, patologías previas a la gestación, embarazos gemelares y puérperas con antecedentes obstétricos relevante. Por el contrario, los recién nacidos de riesgo fueron considerados los grandes prematuros, recién nacidos con hiperbilirrubinemia, macrosómicos, malformaciones congénitas, además recién nacidos cuyas madres presentaban patología materna previa.

4.2.5. Abordaje para la adquisición de competencias específicas de EEESMO en el servicio de bloco de partos/ paritorio en el CHUIMI

En el servicio de Paritorio, Urgencias Obstétrica y Ginecológica del CHUIMI, abordé habilidades semejantes a las aplicadas en Portugal. Cuidando de las mujeres/ familia dentro de la comunidad, con el objetivo de promover un parto humanizado y respetado.

El ingreso en el servicio de Paritorio se realizaba en casos de trabajo de parto, expulsivo inminente extrahospitalarios e intrahospitalario, ITP, gestantes con RPM, y gestantes con deseos de parto en el agua o natural. La EEESMO se encargaba de recibir a la señora en el paritorio presentándose como asistente al parto, mostrando su disponibilidad. Posterior a ello, se procedía a la valoración, incluyendo la monitorización CTG materno-

fetal, monitorización de los parámetros vitales, canalización de vía venosa periférica, tacto vaginal, o en cuyo caso incentivando a la ingesta de líquidos o deambulación libre.

La hidratación de la gestante o parturienta durante el trabajo de parto es fundamental, así lo recoge las recomendaciones de la OMS. Sin lugar a duda, la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto no altera el bienestar fetal, la progresión del parto, no incrementa la emesis, broncoaspiración materna, sino todo lo contrario, influyendo positivamente en los cuidados posteriores al parto (Mérida Yáñez, 2016).

Las exploraciones o tactos vaginales se realizaban a todas las mujeres previo consentimiento y bajo la supervisión de un tutor clínico. Se introducía de manera estéril 1-2 dedos procediendo al análisis del borramiento, posición y consistencia del cuello, la dilatación, presencia de bolsa amniótica y líquido, plano fetal y finalmente confirmación de las suturas y fontanelas determinando la estática fetal.

En el caso de las ITP, presentaba discrepancia con respecto al CHBM, EPE. Las inducciones realizadas en paritorio eran mediante la perfusión continua (PC) de oxitocina, previa inducción con Propess®. Se preparaba en un suero fisiológico o ringer lactato de 500 ml 30UI de oxitocina, se retiraba con una jeringa 50 ml del preparado, se incorporaba a la bomba de perfusión continua (BPC) por jeringa iniciándola a una velocidad de 2ml/h aumentando de 4 en 4 cada 20 min hasta un máximo de 20ml/h, posterior a ello se aumentaba de 2 en 2 en caso de úteros sin cesárea. En casos de cesárea previa, se aumentaba de 2 en 2 cada 30 minutos hasta 20 ml/h.

Relacionando la práctica asistencial del CHUIMI con la práctica en Portugal, es importante la realización de numerosas intervenciones invasivas protocolizadas en el CHUIMI. Como ejemplo: la tocografía interna o monitorización fetal interna, aplicada a la mayor parte de mujeres con pérdida del foco fetal con monitorización externa, escasa dinámica uterina con monitorización externa, amniorrexis artificial, o en las inducciones por indicación médica al iniciar perfusión de oxitocina. En estos casos, para el control de la dinámica uterina realizábamos monitorización interna utilizando el electrodo interno de Presión Intrauterina (PIA). De igual forma, para el monitoreo interno fetal aplicábamos un electrodo insertado directamente en el cuero cabelludo del feto.

La tocografía interna, “es un método invasivo y no está exento de complicaciones. Se trata de un catéter semirrígido que se introduce a través del cérvix y que, mediante un sensor

de presión, ofrece registros de alta calidad. Aporta una medida precisa de la intensidad, tono y frecuencia de las contracciones” (Espinilla et al., 2016). Menciona que ambos procedimientos se realizan en presencia de amniorrexis.

Avanzando en las diferencias significativas entre hospitales, se observó la técnica de extracción sanguínea del pH de calota fetal. Esta técnica invasiva era aplicada por el equipo médico, consistía en la punción del cuero cabelludo del feto extrayendo pequeñas gotas de sangre para analizarlas y medir los parámetros del equilibrio ácido-base fetal, evitando la pérdida de bienestar fetal cuando se registraban RCTG no tranquilizadores o sospechosos. Según un artículo español publicado por Sánchez et al., (2015), en sus conclusiones reconoce el alto valor predictivo de esta prueba, presentando la capacidad de distinguir rigurosamente anomalías en el pH fetal previniendo situaciones de acidosis fetal.

Con respecto a la administración de analgesia epidural en el CHUIMI, se realizaba mediante la BPC o PC, cuya función era la administración de medicación de manera ininterrumpida mediante el catéter epidural. El dispositivo era programado por el anestesista, produciendo un bloqueo mínimo o moderado en el que las mujeres presentaban dificultades en la movilización, así como el enlentecimiento en las fases finales de dilatación.

Un trabajo sobre analgesia epidural concluyó que la epidural prolonga el segundo estadio del trabajo de parto, presentando relación con el incremento en los índices de partos instrumentados (Palomo et al., 2019). Comparándolo con otro estudio realizado por Rodríguez et al., (2019), coincide afirmando que los bolos intermitentes junto con la analgesia controlada por las pacientes reflejan menor parálisis motora y menores tasas de partos instrumentados, en relación con la PC de epidural.

Ampliando en las diferencias asistenciales, subrayamos que el CHUIMI tras el alumbramiento del hombro anterior del recién nacido se realizaba simultáneamente el alumbramiento dirigido, administrando a la madre de forma intravenosa y profiláctica un bolo con aproximadamente 5UI de oxitocina sin diluir. El objetivo del alumbramiento dirigido consistía en prevenir una hemorragia posparto tras el expulsivo. Tras el alumbramiento de la placenta, se procedía a la administración profiláctica de 30 UI de oxitocina. “El manejo del alumbramiento se puede llevar a cabo de manera expectante o de manera activa. Actualmente se recomienda el manejo activo administrando 10UI de oxitocina con la salida del hombro anterior fetal” (Espinilla et al., 2016).

El índice de hemorragias posparto disminuye entre un 40-50% cuando se suministra precozmente oxitocina tras el parto (Bernaud et al., 2017).

Otro aspecto importante, es la recogida de sangre del cordón umbilical tras el nacimiento, a fin de conocer la gasometría del recién nacido, es decir, conocer el pH fetal y determinar el grupo sanguíneo de este.

“En la práctica clínica se suele considerar como norma general que un parto es prolongado cuando transcurre desde el inicio de la fase activa hasta el nacimiento más de 12 horas en primíparas y 8 en multíparas” (Mayol et al., 2021). Partiendo de esta base sostiene en sus conclusiones que “aquellos partos cuyos tiempos son superiores a la media presentan 3,36 más probabilidades de presentar acidosis fetal y 2,53 de presentar hipercapnia en el transcurso del parto” (Mayol et al., 2021).

4.2.5.1. Datos del servicio de bloque de partos/paritorio en EL CHUIMI

En referencia a los estágios de Paritorio proporcioné cuidados a 150 mujeres insertadas en la comunidad, de las cuales 110 eran embarazadas en trabajo de parto, 25 ITP, 5 puérperas, y 10 mujeres con patologías ginecológicas.

La mayoría de las mujeres presentaba edades comprendidas entre los 25-29 años con un porcentaje del 72,2%, seguidas de 30-34 años representando el 13,2%. En relación con el estado civil, la mayor parte estaban casadas (48,3%). En cuanto a la nacionalidad, la mayoría eran de nacionalidad española (53,6%), seguidas de las marroquíes (20,5%). Debido a la multiculturalidad de la población que cubre el CHUIMI, presta asistencia a mujeres de diversas nacionalidades, en su caso las africanas o marroquíes.

En lo que respecta al trabajo de parto, de las 110 grávidas en trabajo de parto y las 25 inducciones, 35 presentaban embarazo de riesgo. Entre las causas de riesgo encontramos: preeclampsia, DG, embarazo múltiple, CIR, y anomalías congénitas fetales.

Respecto al número de partos asistidos, realicé 30 partos eutócicos, participé en 4 partos gemelares, 4 cesáreas y en otros 28 partos, observándose en la Tabla 6.

Tabla 5 - Número total de partos total asistidos en el CHUIMI

PARTOS	FRECUENCIA
Eutócico	30
Distócicos	
Partos pélvicos	4
Gemelar	4
Otros partos (fórceps, expulsivos)	28

Nota: Esta tabla representa el número de partos eutócico y distócico total asistidos en el CHUIMI. Estos datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio.

De los 30 partos asistidos en paritorio, se efectuaron 13 episiorrafia, 42 suturas de perinés con desgarros de II grado y III grado, además de presenciar laceraciones de I grado. A pesar de estas cifras, conseguimos un total de 20 perinés íntegro. Estos datos se encuentran representados en la Tabla 7.

Tabla 6 - Intervenciones realizadas en los paritorios del CHUIMI

INTERVENCIONES	FRECUENCIA
Exámenes Prenatales	144
Suturas	42
Periné Integro	20
Episiotomía	13

Nota: Esta tabla representa las diferentes intervenciones realizadas en el Paritorio en el CHUIMI. Estos datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio.

Otro rasgo destacado son las complicaciones durante el trabajo de parto: 4 circulares de cordón apretadas que se resolvieron sin necesidad de clampaje precoz del cordón umbilical, 3 casos de atonía uterina posterior al alumbramiento de la placenta, 3 casos de distocia de hombros resueltas con la maniobra de McRoberts, dos expulsivos en recién

nacidos prematuros menores a 34 semanas de gestación, y 2 asistencia en mujeres con muerte perinatal a término.

Otro punto importante es el nacimiento como se observa en la Tabla 8, conseguimos asistir el alumbramiento de 53 recién nacidos sanos, que no precisaron asistencia inmediata.

No obstante, participamos en el nacimiento de 9 recién nacidos de riesgo que precisaron asistencia inmediata del neonatólogo.

Tabla 7 - Número total de RN sanos y de riesgo en el CHUIMI

RECIÉN NACIDO	FRECUENCIA
Recién Nacido Sano	53
RN de Riesgo	9

Nota: Esta tabla representa el número total de recién nacidos sanos y de riesgo asistidos en el Paritorio del CHUIMI. Estos datos fueron recogidos a lo largo de mi estágio.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Para obtener el título de EEESMO por la Universidad de Évora, fue necesario atender las exigencias establecidas por las unidades curriculares, permitiendo el desarrollo de habilidades técnicas y la adquisición de los objetivos propuesto. El ENP me permitió desarrollar las competencias necesarias alcanzando los objetivos planteados.

La creación de este Relatório Final fue una experiencia gratificante a nivel personal y profesional, pues me permitió desarrollar habilidades técnicas y reflexionar de forma crítica el proceso para la adquisición de competencias a lo largo de los ENP. Me permitió reflexionar sobre todo el proceso de aprendizaje, alcanzando progresivamente confianza y seguridad no solo con las mujeres, sino también con el equipo multidisciplinar.

La adquisición de competencias abarcó las competencias específicas y comunes de las EEESMO, destacando la autorresponsabilidad para una continuidad de los cuidados, el importante papel de la asistencia clínica con base en la evidencia científica rigiéndose según lo recogido en el código deontológico de enfermería, y una mejor calidad asistencial al individuo. Todo en su conjunto, representa para la salud de la mujer y su familia, un pilar fundamental en todas las áreas de atención especializada.

En el transcurso de mi rotación, tuve la oportunidad de proporcionar atención especializada a mujeres en edad fértil (mujeres embarazadas, puérperas y sus recién nacidos), además de mujeres en fase de climaterio o con patologías ginecológicas. Al finalizar mi estágios, tuve la oportunidad de realizar un curso de 4h lectivas titulado: **“Sensibilización y apoyo de los profesionales sanitarios a la lactancia materna”** en modalidad telepresencial organizado por la Gerencia de Servicios del Área de Salud de Fuerteventura (Apéndice G), así como también participé como discente a las **“Jornadas de actualización en lactancia materna. Caminando hacia una isla IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia)”** en modalidad presencial organizado por la Gerencia de Servicios del Área de Salud de Fuerteventura, permitiéndome planear intervenciones encaminada a la promoción de la LM (Apéndice H).

En cuanto a los objetivos marcados, la gran mayoría fueron alcanzados de forma satisfactoria, necesitando perfeccionar o mejorar algunos de ellos. La continuidad en el

aprendizaje es esencial para proporcionar un nivel asistencial integral, por lo que me queda un largo recorrido de aprendizaje. Asimismo, surgió la propuesta de realizar un caso clínico durante mi estágio por tratarse de un caso particular, principalmente por las complicaciones materno-fetales a corto y largo plazo. Este caso clínico es un ejemplo del beneficio que aporta el aplicar un modelo teórico como es el de Marjory Gordon, para promover no solo la valoración en el proceso enfermero mejorando los cuidados, sino también como precedente en nuestra práctica asistencial (Apéndice I).

Pese a la dificultad y el esfuerzo para abarcar los objetivos propuestos al inicio de los estagios, resultó complicado por los inconvenientes derivados de la Pandemia, siendo necesario cambiar de institución hospitalaria debido a la interrupción de estagios en los hospitales elegidos. Fue imposible realizar los estagios de bloco de partos en el HGO, EPE, el cual es un referente a nivel hospitalario acreditado por la UNICEF desde 2005 como Hospital Amigos dos Bebés. Incluso con las limitaciones, la elaboración de este trabajo contribuyó para impulsar y animar el interés en temas de LM, siendo imprescindible un seguimiento continuo por las EEESMO en los primeros días del puerperio, con el único objetivo de emprender programas, métodos o herramientas necesarias para aumentar las tasas de LME y los conocimientos maternos previa alta hospitalaria. Otro aspecto importante es la propuesta de mejoría, considerando importante profundizar en la continuidad de estudios sobre LM aplicando la escala LATCH en Portugal, ya que con ello conseguiríamos en cierta medida anticipar nuestra intervención, y garantizar unas tasas satisfactorias de LME al alta.

Para concluir me gustaría resaltar lo que ha significado este trabajo para mi, pues se convirtió en un auténtico desafío a nivel personal. Mi sueño como profesional siempre fue ser EEESMO/Matrona, pero debido a las dificultades de acceso en España opté por cursar mis estudios en Portugal, hoy en día ha sido la mejor decisión de mi vida pues he conseguido lo que tanto he deseado profesionalmente. Durante estos dos años en Portugal he vivido grandes experiencias, he contado con la ayuda de mis tutoras de estágio que han sido mi principal apoyo, el poder interactuar con la sociedad en una lengua extranjera, además de recibir una formación académica extraordinaria.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Ponce, S., Safora Enríquez, O., & Rodríguez Izquierdo, A. (2012). La histerectomía obstétrica como un problema vigente [The obstetric hysterectomy as a prevailing problem]. *Rev. cuba. obstet. ginecol*, 38(1), 107-116. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin13112.pdf>
- Álvarez Yañez, D. M., & Pérez Bayona, C. L. (2017). Amenaza de parto pretérmino: una mirada desde el modelo de Mishel. *Av. enferm*, 35(1), 77-86. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.52586>.
- American Psychological Association, A.P.A. (2020). *Manual de Publicaciones*. Manual Moderno. https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portaIG/home_15/recursos/2020/documentos/27022020/normasapa-7.pdf
- Arnozo da Rocha, A. L., Bezerra Góes, F. G., Vieira Pereira, F. M., Montenegro Medeiros de Moraes, J. R., do Couto Barcia, L. L., & Faria da Silva, L. (2018). O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno. *Rev Cui.*, 9(2), 2165-2176. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.510>.
- Avilés Sáez, Z., López Martínez, E. M., Driéguez Castaño, C., & Conesa Ferrer, M. B. (2019). Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. *Enferm. glob*, 18(53), 183-199. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.303051>
- Ayuso Yuste, A., Coria Postigo, P., Tirado Sánchez, S., García Sánchez, S., Arroyo Parejo, C., & González Parra, A. V. (2016). Efectividad de la postura de crianza biológica en la lactancia materna eficaz. *Matronas Prof*; 17(3), 108-114. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/articulo-proyecto-investigacion-postura-crianza.pdf>
- Báez León, C., Blasco Contreras, R., Martín Sequeros, E., del Pozo Ayuso, M. L., Sánchez Conde, A. I., & Vargas Hormigos, C. (2008). Validation of the LATCH assessment tool into Spanish. Reliability analysis. *Index de Enfermería*, 17(3), 205-209. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012
- Balaguer Martínez, J. V., Esquivel Ojeda, J. N., Valcarce Pérez, I., Ciriza Barea, E., García Sotro, C., López Santiveri, A., & Hernández Gil, A. (2021). Traducción al español y validación de una escala para la observación de una toma de lactancia

- materna: la «Bristol Breastfeeding Assessment Tool». *Anales de Pediatría*. [10.1016/j.anpedi.2021.04.012](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.012)
- Barradas, A., Toga, A. L., Guadência, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, Madalena., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Valera, V. (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Basadre Quiroz, C., Bello Vélez, H., Benavides Barrantes, J. I., Bravo Taxa, M., & Carranza Gajardo, E. (2013). Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. *Horiz Med*; 13(2), 28-39. <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637129005.pdf>
- Baston, H., & Hall, J. (2020). *Guía de enfermería obstétrica y materno-infanti. Cuidados maternos-infantiles en Emergencia*. Elseiver España.
- Bernaud Bourrelier, L., Ishaque, U., & Gabriel, R. (2017). Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 53(4), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(17\)86888-0](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(17)86888-0)
- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, CHBM. (2017). *História do CHBM*. Serviço Nacional de Saúde <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia>
- Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, C.H.U.I.M.I. (2020). *Memoria 2020*. Servicio Canario de Salud. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/20/complejo.html>
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, C.N.P.M.A. (2021). Relatório da Atividade desenvolvidas pelos Centros de PMA em 2018. https://www.cnpma.org.pt/cnpma/Documents/RelatoriosAtividadeEmPma/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2018.pdf
- Crespo, E., España, M. C., Basteiro, E., Zegarra, M. M., Botet, F., Pérez, J. M., Arranz, A & Palacio, M. (2015). Evaluación de los resultados del programa Parto en el hospital, comadrona en casa. *Matronas Prof.*, 16(1), 20-27. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-programa-parto-hospital.pdf>
- da Conceição, C. M., Pereira Coca, K., da Silva Alves, M. R., & de Amorim Almeida, F. (2017). Validação para língua portuguesa do instrumento de avaliação do

- aleitamento materno LATCH. *Acta Paul. Enferm.*, 30(2), 210-216.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700032>
- de Dios Pérez, M. I., Rojas Carmona, B., Fernández Carrasco, F. J., Vázquez Lara, J. M., Gómez Salgado, J., & Rodríguez Díaz, L. (2021). Cuidados en el puerperio durante la crisis sanitaria por COVID-19. *Arch. med*, 21(1), 300-304.
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148462/26-cuidados-en-el-
puerperio.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148462/26-cuidados-en-el-puerperio.pdf)
- Descriptores en Ciencias de la Salud: Decs. (2017). *Consulta al Decs*. Biblioteca Virtual en Salud. [http://decs2020.bvsalud.org/cgi-
bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-](http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-)
- Directiva del Consejo, D. C. (1989, Noviembre 23). *Reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico, de enfermero responsable de cuidados generales, de odontólogo, de veterinario y de matrona*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, Directiva n. ° 89/594/CEE, n. ° L341/19, 19-29.
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0594>
- Espinilla Sanz, B., Tomé Blanco, E., & Sadornil Vicario, M. E., & Albillo, L. (2016). *Manual de Obstetricia para Matronas* (5ª ed.). Difácil.
- Fotia Perniciaro, L., Mendez, I., Ramos, P., Fasano, M. V., & Varea, A. (2021). Características Gineco-Obstétricas, Nutricionales y Clínico- Metabólicas de Mujeres durante el Posparto asistidas en un Hospital. *Ludovica pediátr*, 24(1), 15-24.
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1293219/caract-gineco-
obstetricas.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1293219/caract-gineco-obstetricas.pdf)
- Frias, A., & Damas, F. (2020). Preocupações maternas no momento da alta hospitalar. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5, 1846.
[https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27766/1/Preocupac%CC%A7o%
CC%83es%20Maternas.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27766/1/Preocupac%CC%A7o%CC%83es%20Maternas.pdf)
- García García, N., & Fernández Gutiérrez, P. (2018). Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *Metas Enferm* 21(1), 50-58. [https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81174/conocimientos-
y-actitudes-de-las-madres-ante-la-lactancia-materna-en-un-hospital-ihan/](https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81174/conocimientos-y-actitudes-de-las-madres-ante-la-lactancia-materna-en-un-hospital-ihan/)
- Governo da República Portuguesa, G.D.R. (2020). *Transparência: Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares*. Serviço Nacional de Saúde.
[https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-
cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=-](https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=-)

- Gomà, M., Arias Pujol, E., Surís, M., Prims, E., Abad, A., Sala, G., Montilla, P & Llairó, A. (2020). La salud mental perinatal en tiempos de pandemia por COVID-19. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc*(36), 11-21. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2021/01/Goma-M-36.pdf>
- Gutiérrez Martínez, M. M., González Carrión, P., Quiñoz Gallardo, M. D., Rivas Campos, A., Expósito Ruiz, M., & Zurita Muñoz, A. J. (2019). Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Revista española de salud pública*, 93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100084
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. P. (2014). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Education. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hospital Garcia de Orta, EPE, H.G.O. (2020). *Área Materna e Infantil*. Serviço Nacional de Saúde <http://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
- Hospital Garcia de Orta, H.G.O. (2020). *História do HGO*. Serviço Nacional de Saúde. <http://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Iglesias Casás, S., Montenegro Alonso, M. S., Barro Rochela, E., Varela Varela, L., Castillo Lluva, N., Blanco Nieves, M. I., Vilariño Insua, M., Parada, M. E., González González M. C., & Martínez Reglero, C. (2019). Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Profesion*, 20(3), 96-104. <https://medes.com/publication/145672>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, I.H.A.N. (2019, Octubre 25). *Registro de Hospitales: Situación actual en España de los hospitales acreditados o en proceso de acreditación*. <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Alcochete* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/alcochete>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Almada* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/almada>

- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Barreiro* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/barreiro>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Moita* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/moita>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Montijo* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/montijo>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península Seixal* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/seixal>
- Instituto Politécnico de Setúbal, I.P.S. (2015). *Explore a Península: Sesimbra* [Ilustración]. IN2SET <https://www.in2set.ips.pt/sesimbra>
- Jerónimo Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor, Fernando Fonseca, EPE. *Ver Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca* 2(1), 39-40. URL: <file:///Users/marid./Downloads/73-158-1-SM.pdf>
- Leyva Vázquez, F. Y., & García Rodríguez, M. E. (2021). Histerectomía vaginal convencional y vaginal asistida por laparoscopia en pacientes sin prolapso uterino. *Arch. méd. Camaguey*, 25(3), e7848-e7848. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000300004
- López Martínez, E. M., Avilés Sáez, Z., Hernández Sánchez, E., Camacho Ávila, M., Marín Conesa, E., & Conesa Ferrer, M. B. (2021). Métodos de proteção perineal: conhecimento e utilização. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 55, e20200193-e20200193. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>
- Massó Guijarro, E., & Triviño Caballero, R. (2020). Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos. *Enrahonar: quaderns de filosofia*, 65. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/64519?locale-attribute=en>
- Mayol Pérez, M. L., Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2021). Repercusión de la duración del parto en el estado neonatal medido a través de la gasometría arterial al nacimiento. *Rev. esp. salud pública*, 95. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106085.pdf

- Mazo Tomé, P. L. D., & Suárez-Rodríguez, M. (2018). Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 75(1), 49-56. DOI: [10.24875/BMHIM.M18000010](https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000010)
- Mérida Yáñez, B. (2016). *Efectividad de la ingesta oral de líquidos sobre la satisfacción materna y el bienestar fetal durante el proceso de parto [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]*. Repositorio Institucional Universidad de Málaga. URL: <https://hdl.handle.net/10630/16229>
- Ministerio de Sanidad y Política Social, M.S.P.S. (2009, Mayo 28). *Programa oficial de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. Boletín Oficial del Estado, Orden SAS/1349/2009. <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>
- Molinero Diaz, P., José Burgos Rodríguez, M. J., & Mejía Ramírez de Arellano, M. (2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 25(5), 232-238. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.05.002>
- Monet Fernández, Y. E., Cora Abraham, J., Hernández del Sol, C., & Fundora Madruga, G. (2020). Histerectomía videolaparoscópica. *Rev. cuba. cir*, 59(3), e925-e925. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932020000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Morán Barrios, J., Ruiz de Gauna, P., Ruiz Lázaro, P. M., & Calvo, R. (2020). Metodologías complementarias de aprendizaje para la adquisición de competencias en la formación de especialistas y actividades profesionales confiables. *Educ. Med*, 21(5), 328-337. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7571356>
- Navarro Gil, C. (2013). Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. *Medicina Naturista*, 7(2), 61-65. [file:///Users/marid./Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeLactanciaMaternaExclusivaYCausasDeAba-4297710%20\(1\).pdf](file:///Users/marid./Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeLactanciaMaternaExclusivaYCausasDeAba-4297710%20(1).pdf)
- Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2013, Febrero 1). *Projeto Maternidade com Qualidade*. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2011, Febrero 18). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, Regulamento n.º

122/2011,8648-8653.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2019a, Febrero 6). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, Regulamento n.º 140/2019, 4744-4750. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. O.E. (2019b, Mayo 3). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário de la República, Regulamento n.º 391/2019, 13560-13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2018, Junio 14). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Diário da República, Regulamento n.º 366/2018, 16656-16663. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>

Palomo Rodríguez, M. F., Arnáez de la Cruz, M., Frías Sánchez, Z., Río del Río Romero, I., Navalón Bonal, Z., Polo Ballarín, P., & Pantoja Garrido, M. (2019). Analgesia epidural como factor influyente tanto en el trabajo de parto como en los resultados maternofetales posteriores. *Prog. obstet. ginecol. (Ed. impr.)*, 62(6), 527-532. <https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n6/02-TO-analgesia-epidural.pdf>

Quintolina Scapin, S., Gregório, Petters Gregório, V. R., Sorgatto Collaço, V., & Knobel, R. (2018). Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm*, 27(1), e0710016 <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000710016>

Rodríguez González, I. P., Espinosa Domínguez, M. E., Quesada García, C., Rodríguez Chimenó, Á., & Borges, R. (2019). Comparativa entre diferentes modalidades de analgesia epidural para trabajo de parto. *Rev Esp Anestesiología Reanim*, 66(8), 417-424. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7067122>

Rodrigues Moreira, L. (2014). Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. *Grupo Ânima Educação*. http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf

Salazar, L., Guirior, C., Díaz, D., Alcalde, P., Bermejo, R., Nieto, C., & Palacio, M. (2016). Alternativas terapéuticas para la tocólisis en el manejo de la amenaza de

- parto pretérmino. *Prog. Obstet. Ginecol*, 59(2), 112-118.
https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/14_Revision_Palacio_esp.pdf
- Sanín-Blair, J. E., Velásquez-Muñoz, N., Mesa-Ramírez, V. M., Campo-Campo, M. N., Gutierrez-Marín, J. H., Rojas-Suárez, J. A., & Tolosa-Ardila, J. (2020). Enfermedad por coronavirus (COVID-19) en embarazo, parto y lactancia. *CES med*, 34, 86-94. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.34.COVID-19.12>
- Sánchez, R. J., Daquin, M., & Vigil de Gracia, P. (2014). Dinoprostone en labor de parto: estudio clínico aleatorizado. *Rev. centroam. obstet. ginecol*, 19(1), 13-17. DOI: [10.37980/im.journal.revcog.1655](https://doi.org/10.37980/im.journal.revcog.1655)
- Sánchez Ruiz, R., Naveiro, M., Puertas, A., & Gallo, J. L. (2015). Bienestar fetal intraparto. ¿Debemos seguir considerando la determinación del pH el gold standard?. *Rev. Latin. Perinat*, 18(2), 115-120. <https://1library.co/document/goj8romz-bienestar-fetal-intraparto-debemos-seguir-considerando-la-determinacion-del-ph-el-gold-standard.html>
- Simón Lauzán Y., Viñas Gonzalez, E., & Gongora Cuza, I. (2020). Ética e Investigación científica en enfermería. *Invest. Medicoquir*, 12(3). <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/651>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S. E. G. O. (2020). Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales. *Prog. Obstet. Ginecol*, 63(1), 48-53. https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S. E. G. O. (2018). Control prenatal del embarazo normal. *Prog. obstet. Ginecol*, 61(5), 517-534. https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
- Socorro, Y. (2019, Julio 6). *El Materno abre la primera planta de hospitalización madre-bebé de Canarias*. La Provincia. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4BWqPoD0PmQJ>
- Sowjanya, S. V. N. S., & Venugopalan, L. (2018). LATCH Score as a Predictor of Exclusive Breastfeeding at 6 Weeks Postpartum: A Prospective Cohort Study. *Breastfeeding Medicine*, 13(6), 444-449. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0142>

- Sulca Diaz, R. O., Peñafiel Palomino, R. P., & De la Rosa Ventura, J. A. (2017). Conocimientos y actitudes de las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma en el embarazo, Hospital Regional de Ica, enero 2017. *Rev. méd. panacea*, 6(1), 23-27. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/180/174>
- Universidade de Évora, U.É. (2019, Octubre 7). *Alteração do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora*. Diário da República, Aviso n.º 15812/2019, 139-140 <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125074206/details>
- Universidad de Évora, U.É. (2018, Noviembre 26). *Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República, Despacho n.º 11051/2018, 31402-31404. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/117111944/details/maximized>
- Vázquez Cancela, L., Estany Gesta, A., Anido Rodríguez, M. C., Conde Vidal, M. J., Folgosa Rodríguez, M. S., González Várela, M. P., Lorigo, M. E., Ouro Núñez, C., & Varela Castiñeira, M. C. (2018). Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. *Metas Enferm.*, 21(4), 15-21. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.21.1003081224>
- Vázquez Figueroa, T. I., Valle Dávila, M. F., Acosta Balseca, S., Morejón Jácome, G. E., & Rosales Rivadeneira, S. M. (2020). Eficacia de la lactancia materna en madres durante el puerperio inmediato. *Dialnet.*, 21-26 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7966594>

APÉNDICES

APÉNDICE A - Sumisión de la Proposta de Projeto de Estágio a los Serviços Académicos de la Universidade de Évora

 <p>Serviços Académicos</p>	<p>Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado</p> <p>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</p>	<p>MODELO T-005</p> <p>Ano Letivo: 20 / 21</p>
	<p>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)</p>	
<p>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>Nome Completo: <u>María del Carmen Deyá Espinal</u></p> <p>Número: <u>44046</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado</p> <p>Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u></p> <p>Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u></p>		
<p>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</p> <p>Telef.: <u>+34 608076045</u> E-mail: <u>mari91_9@hotmail.es</u></p>		
<p>5. PROPOSTA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso</p> <p><input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto</p> <p>Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.</p>		
<p>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</p>		
<p>7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</p> <p>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</p> <p><input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)</p> <p>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</p> <p><input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto</p>		<p>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p>
<p>9. TÍTULO DO TRABALHO</p> <p>Título (na língua de redação): Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria.</p> <p>Título em Inglês: Breastfeeding: perspective of puerperal women in the phase prior to hospital discharge.</p>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 - 7ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>963543933</u> E-mail: <u>otilizaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Lactancia Materna; Aprendizaje; Periodo Posparto; Alta Hospitalaria.</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Lactancia materna y aprendizaje adquirido antes del alta hospitalaria.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
En anexo.	
Descritores em Espanhol: Lactancia Materna; Aprendizaje; Periodo Posparto; Alta Hospitalaria.	
Descritores em Português: Aleitamento Materno; Aprendizagem; Período Pós-Parto; Alta Hospitalar.	
Descritores em Inglês: Breast Feeding; Learning; Postpartum Period; Patient Discharge.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

APÉNDICE B - Sumisión del Resumen, Plan y Cronograma de actividades a los servicios Académicos de la Universidad de Évora

13. RESUMOS, PLANOS Y CRONOGRAMA	RESUMOS
	<p>RESUMOS</p> <p>El Estágio de Naturaleza Profesional con Rolatório Final es una unidad curricular de carácter práctico elaborada en el 2º año del Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. El periodo de estágio de esta unidad curricular abarca desde el 14 de septiembre de 2020 hasta el 25 de junio de 2021. Su planificación se elaboró en base al Plan de Estudios del Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia en la Escola Superior de Enfermagem São João de Deus en la Universidad de Évora, conforme aviso nº 15812/2019 publicado en el Diário da República nº 192/2019, Série II de 2019-10-07. Así mismo, su Regulación fue publicada en el Diário da República 2ª Série Nº 227 de 26 de noviembre de 2018. Nos obstante, la realización del Estágio respeta los requisitos de la Directiva nº 80/155/CEE del 21 de enero, actualizada por la Directiva nº 85/594/CEE del 30 de octubre de 1989, que abogan por las experiencias mínimas necesarias para la formación de la Matrona/EESMO. En definitiva, el objetivo se centra en la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que recaen en la actividad de la Matrona/EESMO. En este sentido, el Estágio de Naturaleza Profesional abarca en contexto de Cuidados de Salud Primarios/Consultas Externas (6 semanas), Grávidas/Ginecología (6 semanas), Puerperio/Neonatología (5 semanas/ 1 semana) y Bloque de Partos (18 semanas), dando respuesta a la pertinente Directiva Europea.</p> <p>El tema principal del presente Relatório es la Lactancia Materna: aprendizaje de las púerperas antes del alta hospitalaria. Está enfocado en los diferentes contextos de la práctica profesional de la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstetrícia, demostrando en innumerables estudios científicos los beneficios de está práctica a lo largo de las últimas décadas, así como el interés personal surgido durante un largo periodo de tiempo trabajando como enfermera general en el que un alto porcentaje de púerperas presentaban expectativas positivas en el amamantamiento al ingreso, mientras que al alta hospitalaria reflejaban incertidumbres y desinterés con la lactancia materna.</p> <p>La lactancia materna es un momento de adaptación en la triada y debe ser valorado, apoyado y incentivado por las/os enfermeras/os. En este sentido, la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstetrícia (EESMO), desempeña un papel sumamente importante en el acompañamiento y asesoramiento de la familia. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud en España y la Ordem dos Enfermeiros en Portugal, reconocen como competencia específica de la Matrona/EESMO la promoción de la salud de la mujer durante el trabajo de parto, potencia la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, así como, la promoción de la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo posnatal. La enfermera especialista debe evaluar, planear, promover e implementar intervenciones para que las púerperas antes del alta hospitalaria logren un aprendizaje de calidad en relación con el amamantamiento.</p> <p>En las últimas décadas son numerosas las investigaciones que destacan las ventajas de la Lactancia Materna (LM), para la salud del recién nacido y su madre. La LM es considerado un hecho fisiológico, adaptativo, espontáneo y específico de cada especie (Basadre Quiroz, Bello Vélez, Benavides Barrantes, Bravo Taxa, & Carranza Gajardo, 2013). Esto implica que el periodo posparto supone una etapa crítica y estresante para el neonato y la púerpera.</p> <p>Entre 1991 y 1992 arrancó la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), que forma parte de la estrategia internacional Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) (García García & Fernández Gutiérrez, 2018), siendo su objetivo principal incentivar a los profesionales de la salud a corregir rutinas perjudiciales para la LM (Iglesias-Casás et al., 2019). En 2018, se aportó la primera revisión de los Diez Pasos para una Lactancia Materna exitosa (Gutiérrez Martínez et al., 2019).</p> <p>Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, la Academia Americana de Pediatría (AAP) entre otras, concretamente la OMS y UNICE, recomiendan el inicio precoz de la LM (Cancela et al., 2018), en las dos primeras horas posparto (García García & Fernández Gutiérrez, 2018) y continuar con Lactancia Materna Exclusiva (LME) al menos en los 6 primeros meses de vida, suplementándola con diferentes alimentos hasta los 2 años de edad o más, siempre y cuando madre y lactante lo deseen. Por otra parte, el contacto piel con piel es una técnica científicamente demostrada y fundamental para el establecimiento eficaz de la LME en las primeras 48h (Ayuso-Yuste et al., 2016).</p> <p>El criterio actual para el ingreso hospitalario durante el puerperio es determinar los posibles agravamientos neonatales y maternos. Según Crespo et al., 2015 el internamiento hospitalario ha descendido favorablemente en los últimos años. No obstante, añade que en un estudio descriptivo se observó la necesidad de asegurar la educación sanitaria antes del alta, pues un porcentaje de púerperas presentaban dificultades para captar toda la información proporcionada.</p> <p>Desde el punto de vista de Gutiérrez Martínez et al. (2019), coincide con otros autores en la necesidad de brindar a la díada un apoyo accesible, temprano y en condiciones abordándolo de manera proactiva e interviniendo, aunque no existieran dificultades.</p> <p>En un estudio realizado por García García & Fernández Gutiérrez (2018), aportaron que durante el internamiento hospitalario las personas que brindaron mayor información a las púerperas con la LM, fueron las enfermeras con un 87,4%, las matronas un 77,9% y las auxiliares de enfermería un 37,5%, concluyendo que al alta el 87,5% realizó LME. Esto apoya (Molinero Díaz, José Burgos Rodríguez, & Mejía Ramírez de Arellano, 2015) pues hace referencia a un estudio donde se valoró la presencia de una enfermera en la primera toma, acto que incrementó un 70,9% la asiduidad de la LME.</p> <p>En relación con un artículo publicado en 2013 se comprobó que la LME en el momento del alta hospitalaria eran un 89,5%, iniciándola en la primera hora posparto un 84,2% (Navarro-Gil, 2013). Por otro lado, Mazo-Tomé & Suárez-Rodríguez (2018), en su estudio afirma que un 58,3% de los recién nacidos al alta realizaron LME.</p> <p>La revisión sistemática empleada logró transmitir los diferentes abordajes de la lactancia materna al alta, no obstante, permitió identificar ciertas lagunas en el aprendizaje de las mujeres antes del alta. El presente proyecto pretende evaluar el nivel de aprendizaje adquirido por las púerperas con la LM el día del alta hospitalaria.</p> <p>Como instrumentos de evaluación se aplicará conforme a su fiabilidad en todos sus componentes, validado y de uso cotidiano para las EESMO/Matronas. Se trata de una escala de valoración de la lactancia materna, fue diseñada por Deborah Jensen, Sheila Wallace y Patricia Kelsay en 1994 y adaptada al castellano por Báez León et al. (2008). Es una herramienta de evaluación que ayuda a estimar el riesgo de destete temprano, a mejorar la duración de la LM y a aumentar la confianza de las púerperas. La escala LATCH consta de 5 ítems: L- coger, A- deglución audible, T- tipo de pezón, C- confort y H- mantener colocado al pecho, puntuándose cada uno de ellos de 0-2 (de menos a más favorable). La puntuación más alta es de (10 puntos) correspondiendo a situaciones favorables sin necesidad de intervención, y la puntuación más baja (0 puntos) es la que indican la necesidad de intervención activa, soporte y seguimiento profesional. En base a ello, recopilare todos los datos en el área de púerperas durante mi estágio tomando como punto de partida las historias clínicas de las púerperas, en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil en Las Palmas de Gran Canaria.</p> <p>El Proyecto es una planificación que nos permite desarrollar competencias más profundas en un determinado tema. En términos generales impulsa la innovación, autonomía, la motivación, creatividad y la autorregulación de nuestro aprendizaje, cumpliendo con la obtención de metas profesionales. Es importante resaltar, que es un proceso dinámico y mutable, pues abarca experiencias y reflexiones personales.</p> <p>En cuanto al Estágio de Naturaleza Profesional se cumplirán todos los objetivos de aprendizaje previsto en la Planificación del Estágio de Naturaleza Profesional con Relatório Final, así como los objetivos definidos por mí para cada componente clínico, teniendo presente la Lactancia Materna y el aprendizaje alcanzado por las púerperas ante del alta hospitalaria.</p>

De este modo y haciendo referencia a lo anteriormente mencionado, se muestra a continuación los objetivos que se pretende alcanzar en cada componente clínico de las prácticas, así como las respectivas actividades y resultados esperados para lograrlos.

PLAN DE ACTIVIDADES				
Lugar	Objetivos	Actividades	Resultados Esperados	Proceso de evaluación
Unidad de Medicina Materno-Fetal// Ginecología	Objetivo: Cuidar del binomio madre-hijo con problemas obstétricos-ginecológicos en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo de conocimientos para mejorar la prestación de los cuidados, basándose en aspectos teórico-prácticos y empleando la evidencia científica. ✓ Adquisición de competencias enfermera especialista en la prestación de cuidados específicos en materia de salud de la mujer y salud materno-infantil en Medicina Materno-Fetal y Ginecología. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transmitir la información obtenida de forma clara y concisa, utilizando un lenguaje técnico y científico asegurando la continuidad de los cuidados. ✓ Analizar de manera crítica las situaciones, aprovechando para documentarse y ampliar nuevos conocimientos para mejorar la prestación de los cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación con el tutor clínico. ✓ Sistema informático. ✓ Boletín de la embarazada. ✓ Feedback entre los diferentes EESMO durante la enseñanza clínica ✓ Feedback con las mujeres a las que se presta cuidado durante la enseñanza clínica. ✓ Reflexión de aprendizaje.
Consulta Externa de Obstetricia	Objetivo: Cuidar del binomio madre-hijo en situaciones clínicas que posicionan el embarazo en bajo, medio o alto riesgo obstétrico, para diagnosticar, controlar y asistir, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prestación de cuidados en el contexto profesional que respeten los derechos humanos, actuando conforme a las normas legales, principios éticos y deontológicos. ✓ Adquisición de competencias de enfermera especialista, en la prestación de cuidados específicos en materia de salud de la mujer/familia en Consultas Externas de Obstetricia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción de la práctica profesional asegurando principios, valores y normas deontológicas. ✓ Desarrollar protocolos de actuación con el equipo multidisciplinar, de acuerdo con las normas de la Dirección General de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación con el tutor clínico. ✓ Sistema informático. ✓ Boletín de la embarazada. ✓ Feedback entre los diferentes EESMO durante la enseñanza clínica. ✓ Feedback con las mujeres a las que se presta cuidado durante la enseñanza clínica. ✓ Reflexión de aprendizaje.
Urgencia Ginecológica/ Obstétrica e Bloco de Partos	Objetivo: Cuidar del binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollar capacidad de trabajo en equipo, integrarse y colaborar activamente en los diferentes ámbitos de la atención materno-infantil. ✓ Adquisición de competencias de enfermera especialista, en la prestación de cuidados específicos en materia de salud de la mujer y salud materno-infantil en el Bloco de Partos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicarse de forma efectiva con todo el equipo multidisciplinar que intervengan en la atención a la población en materia de salud materno-infantil. ✓ Ejecutar acciones de enfermería adecuadas, teniendo en cuenta los recursos presentes en la unidad de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación con el tutor clínico. ✓ Sistema informático. ✓ Proceso clínico de la paciente. ✓ Feedback entre los diferentes EESMO durante la enseñanza clínica. ✓ Feedback con las mujeres a las que se presta cuidado durante la enseñanza clínica. ✓ Reflexión de aprendizaje.
Unidad de Puerperio Hospitalario	Objetivo: Cuidar del binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecimiento de estrategias y habilidades de comunicación efectiva con la mujer y la familia. ✓ Adquisición de competencias de enfermera especialista, en la prestación de cuidados específicos en materia de salud de la mujer y salud materno-infantil en la Unidad de Puerperio Hospitalario. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Empezar estrategias de comunicación que promuevan la autoestima, autonomía y dignidad de la mujer/pareja. ✓ Aplicar los conocimientos, técnicas y cuidados más adecuados, en la práctica de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación con el tutor clínico. ✓ Sistema informático. ✓ Folletos informativos. ✓ Feedback entre los diferentes EESMO durante la enseñanza clínica. ✓ Feedback con las mujeres a las que se presta cuidado durante la enseñanza clínica. ✓ Reflexión de aprendizaje.
	Objetivo: Evaluar e implementar intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en la Unidad de Puerperio Hospitalario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización de educación para la salud sobre lactancia materna en la unidad de puerperio. ✓ Solicitar de manera correcta un instrumento de evaluación de la lactancia materna. ✓ Provisión de apoyo a todas las púerperas de la unidad con voluntad de amamantar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ampliar los conocimientos de las púerperas en relación con la lactancia materna al alta. ✓ Identificar precozmente situaciones que interfieran en el amamantamiento al alta. ✓ Contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación con el tutor clínico. ✓ Sistema informático. ✓ Instrumento de evaluación. ✓ Folletos informativos. ✓ Feedback con las mujeres a las que se presta cuidado durante la enseñanza clínica. ✓ Reflexión de aprendizaje.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TAREAS	2020				2021									
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Reunión para la preparación del proyecto														
Búsqueda bibliográfica														
Elaboración del proyecto														
Entrega del proyecto														
Elaboración del relatório de estágio de naturaleza profesional														
Recogida de datos sobre la LM en el estágio de naturaleza profesional														
Consecución de los objetivos y actividades planeadas														
Entrega del Relatório Final														

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Ayuso-Yuste, A., Coria-Postigo, P., Tirado-Sánchez, S., García-Sánchez, S., Arroyo-Parejo, C., & González-Parra, A. V. (2016). Efectividad de la postura de crianza biológica en la lactancia materna eficaz. *Effectiveness of biological nurturing in breastfeeding effective.*, 17(3), 108-114.
- Basadre Quiroz, C., Bello Vélez, H., Benavides Barrantes, J. I., Bravo Taxa, M., & Carranza Gajardo, E. (2013). Lactancia materna exitosa en púerperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. *Puerperal successful breastfeeding in less than 48 hours in Hospital de Apoyo María Auxiliadora.*, 13(2), 28-39.
- Báez León, C., Blasco Contreras, R., Martín Sequeros, E., del Pozo Ayuso, M. L., Sánchez Conde, A. I., & Vargas Hormigos, C. (2008). Validation of the LATCH assessment tool into Spanish. Reliability analysis. *Index de Enfermería*, 17(3), 205-209. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/0C6AE5D2-82AD-4F5E-8ECD-DF1FA6C5232C/18fe38f8-8d59-4938-9fb5-aafa3465ea0c/poster I m 2009 latch.pdf>
- Boletín Oficial del Estado. (2009). Orden SAS/1349/2009, BOE, n.º 29, sección III de 28 de mayo de 2009. Pág. 44697-44729. *Programa oficial de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona)*. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>
- Cancela, L. V., Gesta, A. E., Rodríguez, M. C. A., Vidal, M. C., Rodríguez, M. S. F., Várela, M. P. G., . . . Castiñeira, M. C. V. (2018). Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva. *Metas de Enfermería*, 21(4), 15-21
- Crespo, E., España, M. C., Basteiro, E., Zegarra, M. M., Botet, F., Pérez, J. M., . . . Palacio, M. (2015). Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa». *Evaluation of the results of the program "Birth in hospital, midwife at home"*. 16(1), 20-27.
- García García, N., & Fernández Gutiérrez, P. (2018). Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN. *The knowledge and attitudes towards breastfeeding of mothers at a BFHI hospital.*, 21(1), 50-58
- Gutiérrez Martínez, M. D. M., González Carrión, P., Quiñoz Gallardo, M. D., Rivas Campos, A., Expósito Ruiz, M., & Zurita Muñoz, A. J. (2019). [Evaluation of good practices about breastfeeding in a mother and child hospital.]. *Revista española de salud pública*, 93.
- Iglesias-Casás, S., Montenegro-Alonso, M. S., Barro-Rochela, E., Varela-Varela, L., Castillo-Lluva, N., Blanco-Nieves, M. I., . . . Martínez-Reglero, C. (2019). Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Profesion*, 20(3), 96-104.
- Mazo-Tomé, P. L. D., & Suárez-Rodríguez, M. (2018). Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 75(1), 49-56. doi:10.24875/BMHIM.M18000010
- Moliner Díaz, P., José Burgos Rodríguez, M., & Mejía Ramírez de Arellano, M. (2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 25(5), 232-238. doi:10.1016/j.enfcli.2015.05.002
- Navarro-Gil, C. (2013). Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. *Prevalence of exclusive maternal breastfeeding and causes of abandonment, in the first two months of life, in the regions of Jacetania and Alto Gállego.*, 7(2), 61-65
- Portugal. (2019). Aviso n.º 15812/2019, Diário da República n.º 192/2019, Série II de 7 de outubro de 2019. Pág. 139-140. *Alteração do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora*. Disponible en: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125074206/details>
- Portugal. (2018). Despacho n.º 11051/2018, Diário da República, n.º 227/2018, Série II de 26 de novembro de 2018. Pág. 31402-31404. *Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Disponible en: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/117111944/details/maximized>
- Portugal. (2019). Regulamento n.º 391/2019, Diário da República n.º 85/2019, Série II de 03 de mayo de 2019. Pág. 13560-13565. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Disponible en: https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122216892/details/maximized?serie=II&jp=true&parte_filter=33&day=2019-05-03&date=2019-05-01&dred=122202664
- Unión Europea. (1989). Directiva del Consejo, Diario Oficial de las Comunidades Europeas, n.º L341 de 30 de octubre de 1989. Pág. 19-29. *Reconocimiento de Diplomas, Certificados y otros Títulos de Matrona y coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de Matrona o Asistente Obstétrico y al ejercicio de estas*. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0594>

APÉNDICE C - Síntesis de los artículos de la revisión integrativa de la literatura

TÍTULO	AUTOR/AÑO	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVO DEL ESTUDIO	CONCLUSIONES DEL AUTOR CON IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA
O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno.	Arnozo da Rocha, A. L., Bezerra Góes, F. G., Vieira Pereira, F. M., Montenegro Medeiros de Moraes, J. R., do Couto Barcia, L. L., & Faria da Silva, L. (2018)	Cualitativo	Puérperas mayores de 18 años, con LM y en alojamiento conjunto	Describir el proceso de enseñanza-aprendizaje relacionado con la LM de las puérperas.	Como conclusiones obtienen que es necesario profundizar en intervenciones asistenciales, fundamentalmente en los conocimientos previos de las madres.
Efectividad de la postura de crianza biológica en la lactancia materna eficaz.	Ayuso-Yuste, A., Coria-Postigo, P., Tirado-Sánchez, S., García-Sánchez, S., Arroyo-Parejo, C., & González-Parra, A. V. (2016)	Experimental	Gestantes primíparas.	Evaluar la efectividad del tipo de posición de amamantamiento sobre la lactancia materna eficaz, en mujeres gestantes sin experiencia previa en lactancia materna y con parto eutócico.	Las conclusiones descritas fueron: Empoderar a las mujeres de forma activa, así como la toma de decisiones. Incentivar la postura de crianza biológica ya que promueve el acto de alimentación natural y retrasa la necesidad de ayuda externa.
Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora	Basadre Quiroz, C., Bello Vélez, H., Benavides Barrantes, J. I., Bravo Taxa, M., & Carranza Gajardo, E. (2013).	Descriptivo transversal	Puérperas con inicio de lactancia materna menor de 48h.	Determinar la autoeficacia de las puérperas en amamantar a sus hijos menores de 48 horas, y construir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las madres.	Las mujeres menores de 20 años, solteras, primíparas, con control prenatal escaso, son las más propensas a una lactancia ineficaz a largo plazo. Es necesario proporcionar ayuda a las madres en todo lo referente al amamantamiento desde el periodo prenatal.
Efectividad de un taller formativo en lactancia materna exclusiva.	Cancela, L. V., Gesta, A. E., Rodríguez, M. C. A., Vidal, M. C., Rodríguez, M. S. F., Várela, M. P. G., Castiñeira, M. C. V. (2018)	Cuasiexperimental I	Puérperas con intención de LME.	Delimitar la efectividad de un taller formativo, para disminuir el abandono de la LME al mes y a los cuatro meses del parto. Estimar la prevalencia de abandono de la LME, las causas de abandono y grado de la utilidad del taller.	Para lograr una LME eficaz, es fundamental que la puérpera preste su total disposición y gocen de las competencias necesarias empleando los métodos adecuados. Cabe resaltar, que los talleres deben estar encaminado a la mejora en la capacidad de anticipación y resolución de problemas antes del alta hospitalaria.
Evaluación de los resultados del programa «Parto en el hospital, comadrona en casa».	Crespo, E., España, M. C., Basteiro, E., Zegarra, M. M., Botet, F., Pérez, J. M., . . . Palacio, M. (2015)	Observacional y descriptivo	Puérperas españolas, multíparas, con estudios superiores y con elección de analgesia epidural.	Detallar las características y la evolución clínica de las puérperas y los neonatos incluidos en un programa de alta precoz hospitalaria.	Las conclusiones revelan que un programa durante el puerperio, procura fortalecer a las familias debiendo desarrollarse programas individualizados con implicación familiar.

Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN.	García García, N., & Fernández Gutiérrez, P. (2018)	Analítico transversal	Puérperas primíparas y multíparas, con edades comprendidas entre 18-40 años, con deseo de LM y pluralidad cultural ingresadas en la Unidad de Obstetricia tras un parto eutócico o cesárea.	Determinar los conocimientos, actitudes y práctica en relación con la LM que presentan las madres antes del alta hospitalaria en un hospital con acreditación IHAN.	Como principal conclusión señalar el elevado porcentaje de LME al alta en un hospital con acreditación IHAN (87,5%). En lo que conocimientos, actitudes y práctica se refiere, se observó que las mujeres a estudio manifestaron buenos porcentajes, logrando una elevada prevalencia de LME al alta hospitalaria. Los resultados del estudio fueron los esperados.
Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un Hospital Materno Infantil.	Gutiérrez Martínez, M. D. M., González Carrión, P., Quiñoz Gallardo, M. D., Rivas Campos, A., Expósito Ruiz, M., & Zurita Muñoz, A. J. (2019)	Descriptivo transversal	Puérperas con recién nacidos sanos, partos eutócicos únicos y sin anomalías severas.	Estimar el impacto en la LM tras la implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas <i>Lactancia Materna</i> en un Hospital Universitario Materno Infantil.	Instaurar una Guía de <i>Lactancia Materna</i> conlleva una mejora en las tasas de LME al alta, bien en partos vaginales como en cesárea. Aplicar técnica como el CPP, valorar las tomas y proporcionar una correcta educación posnatal en LME, repercute de manera positiva para mejorar aún más las tasas al alta hospitalaria.
Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna.	Iglesias-Casás, S., Montenegro-Alonso, M. S., Barro-Rochela, E., Varela-Varela, L., Castillo-Lluva, N., Blanco-Nieves, M. I., Martínez-Reglero, C. (2019)	Observacional, descriptivo y prospectivo	Puérperas con intención de amamantar y embarazos únicos a término.	Analizar la influencia de diferentes intervenciones clínicas realizadas durante el parto sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna a los 4,6 y 12 meses.	A modo resumen, se observó que intervenciones clínicas justificadas y sensata no parecen influir de manera negativa en el inicio y continuación de la lactancia materna. No obstante, el estudio hace mención a la importancia de un adecuado asesoramiento y respaldo profesional, en mujeres con múltiples intervenciones clínicas logrando en ellas una LM exitosa.
Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos	Mazo-Tomé, P. L. D., & Suárez-Rodríguez, M. (2018)	Prospectivo	Puérperas con hijos a término e ingresadas en la planta de Obstetricia.	Determinar la tasa de LME en los recién nacidos a término en el momento del alta hospitalaria, y a los 15 días y analizar los factores que influyen positivamente en la LME.	La implementación de programas/protocolos, la información con bases en la evidencia científica y la unificación de criterios por parte del equipo multidisciplinar, son requisitos fundamentales para evitar que las tasas de LME disminuyan de forma radical en los primeros meses de vida.
Resultado de una intervención de educación para la salud en	Molinero Diaz, P., José Burgos Rodríguez, M., & Mejía	Ensayo clínico controlado, aleatorizado y de doble ciego	Puérperas sanas con edad gestacional entre 37-41	Evaluar la eficacia de una intervención enfermera basada	La observación activa en el amamantamiento, la corrección de posturas y la resolución de duda son

la continuidad de la lactancia materna	Ramírez de Arellano, M. (2015)		semanas, con deseo de LM y recién nacidos sano.	en la observación activa y resolución de dudas, en LM en las 24-48h posparto sobre el abandono de la LM.	acciones fundamentales que, ejecutadas en las primeras horas posparto, consiguen aumentar significativamente las tasas de LM al alta hospitalaria.
Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego.	Navarro-Gil, C. (2013)	Observacional, descriptivo y prospectivo	Puérperas con partos asistidos en las comarcas de La Jacetania y Alto Gállego.	Describir la incidencia de LME al alta hospitalaria, y prevalencia a los dos meses en las puérperas pertenecientes a las comarcas de La Jacetania y Alto Gállego.	El Hospital en el que se llevó a cabo el estudio logró resultados satisfactorios en la incidencia de LME al alta hospitalaria (89,5%), alcanzando por consiguiente los objetivos definidos por la OMS. En general, el inicio precoz de la LM en las primeras horas tras el nacimiento refleja la continuidad de esta a largo plazo.

APÉNDICE D - Instrumento de recogida de datos

Cuestionario nº _____

<p>Cuestionario</p> <p>“Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria”</p>

El presente cuestionario surge como parte del Relatorio titulado “Lactancia Materna: perspectiva de las puérperas en la fase previa al alta hospitalaria”. Desarrollado por las EEESMO en la unidad de puerperio del CHUIMI obteniendo información detallada del puerperio, bajo la orientación de la Professora Doutora Otilia Zangão.

El cuestionario es anónimo, de respuesta rápida, los datos recogidos se destinarán exclusivamente a ser tratados con el fin de ser tratados para los propósitos presentados respetando los principios éticos y deontológicos que enmarcan este tipo de estudios.

Apartado 1: Datos sociodemográficos
--

<p>1. Edad</p> <p>1. <input type="radio"/> 18-20 años</p> <p>2. <input type="radio"/> 21-25 años</p> <p>3. <input type="radio"/> 26-30 años</p> <p>4. <input type="radio"/> 31-35 años</p> <p>5. <input type="radio"/> 36-40 años</p> <p>6. <input type="radio"/> 41-45 años</p> <p>7. <input type="radio"/> 46-50 años</p>	<p>2. Estado civil</p> <p>1. <input type="radio"/> Soltera</p> <p>2. <input type="radio"/> Casada/Pareja de hecho</p> <p>3. <input type="radio"/> Separada/Divorciada</p> <p>4. <input type="radio"/> Viúva</p>
<p>3. Nacionalidad</p> <p>1. <input type="radio"/> Española</p> <p>2. <input type="radio"/> Africana</p> <p>3. <input type="radio"/> Marroquí</p> <p>4. Otras _____</p>	<p>4. Nivel Educativo</p> <p>1. <input type="radio"/> Estudios Primarios</p> <p>2. <input type="radio"/> Estudios Secundarios</p> <p>3. <input type="radio"/> Bachillerato</p> <p>4. <input type="radio"/> Universitarios</p>

Apartado 2: Datos de historia obstétrica del embarazo, parto y puerperio

Cama:			Fecha Parto:				Peso RN:				TV		+	-	
Nombre:			EG:				APGAR				Hb				
G	P	A	C	Hora Parto:				Hombre		Mujer		Útero			
EG:			EU/C	EU/P	D/P	F	LME	LPM	LM	LA	Entuertos				
Grupo:			Íntegro	1º	2º	3º A B C	Mamas				Periné				
Grupo RN:			Vaginal	MdL		C	Ingurgitación		Sí	No	Hemorroides		Sí	No	
Rubeola	Inmune	-	Epidural		Sí	No	Grietas		Sí	No	Edemas		Sí	No	
E.V-R:	-	+	Dirigido		Sí	No	LM parit.		Sí	No	Varices		Sí	No	
			Horas BR:				CS:				Defecación		Sí	No	
Dx:		AP:						EM:		LATCH:		Micción		Sí	No
							LM previa:				Incontinencia				
							I. Anticoncepción:								

Cama:			Fecha Parto:				Peso RN:				TV		+	-	
Nombre:			EG:				APGAR				Hb				
G	P	A	C	Hora Parto:				Hombre		Mujer		Útero			
EG:			EU/C	EU/P	D/P	F	LME	LPM	LM	LA	Entuertos				
Grupo:			Íntegro	1º	2º	3º A B C	Mamas				Periné				
Grupo RN:			Vaginal	MdL		C	Ingurgitación		Sí	No	Hemorroides		Sí	No	
Rubeola	Inmune	-	Epidural		Sí	No	Grietas		Sí	No	Edemas		Sí	No	
E.V-R:	-	+	Dirigido		Sí	No	LM parit.		Sí	No	Varices		Sí	No	
			Horas BR:				CS:				Defecación		Sí	No	
Dx:		AP:						EM:		LATCH:		Micción		Sí	No
							LM previa:				Incontinencia				
							I. Anticoncepción:								

Cama:			Fecha Parto:				Peso RN:				TV		+	-	
Nombre:			EG:				APGAR				Hb				
G	P	A	C	Hora Parto:				Hombre		Mujer		Útero			
EG:			EU/C	EU/P	D/P	F	LME	LPM	LM	LA	Entuertos				
Grupo:			Íntegro	1º	2º	3º A B C	Mamas				Periné				
Grupo RN:			Vaginal	MdL		C	Ingurgitación		Sí	No	Hemorroides		Sí	No	
Rubeola	Inmune	-	Epidural		Sí	No	Grietas		Sí	No	Edemas		Sí	No	
E.V-R:	-	+	Dirigido		Sí	No	LM parit.		Sí	No	Varices		Sí	No	
			Horas BR:				CS:				Defecación		Sí	No	
Dx:		AP:						EM:		LATCH:		Micción		Sí	No
							LM previa:				Incontinencia				
							I. Anticoncepción:								

Apartado 3: Escala

Evaluación de la eficacia de la lactancia materna

Escala LATCH

Parámetros	0	1	2
Coger, agarre	Demasiado dormido No se coge al pecho	Repetidos intentos de agarre Mantiene pezón en boca. Lleg a succionar	Agarra el pecho Lengua hacia abajo Labios se ajustan Succión rítmica
Deglución audible	Ninguna	Un poco si se le estimula	Espontánea e intermitente si RN < 24h Espontánea y frecuente si RN > 24 h
Tipo de Pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
Comodidad pecho-pezón	Ingurgitadas Grietas Dolor severo	Mamas llenas Pezón lesionado Dolor: medio/moderado	Mamas blandas No dolor
Mantener al pecho	Ayuda total (el personal mantiene el niño colocado al pecho)	Mínima ayuda. Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro. El personal lo coloca y luego la madre sigue	No es necesario ayuda La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Puntuación: 0-10 puntos

Una puntuación de 10 correspondería a una situación muy favorable que no requiere intervención, mientras que con una puntuación de 0 se necesitará una mayor atención



Comité de Lactancia

Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil



Servicio Canario de la Salud

APÉNDICE E - Formulário de Estágio Final



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Lectivo 2020 /2021

Nome do Aluno MARIA DEL CARMEN DEYA ESPINAL Nº 44046

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	202
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	46
• Participação activa em partos pélvicos -----	4
• Participação activa em partos gemelares -----	7
• Participação activa noutros partos -----	32
• Episiotomia -----	22
• Episiorrafia / perineorrafia -----	55
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	214
• Trabalho de parto -----	150
• Puerpério -----	56
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	193
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	193
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	40
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	40

APÉNDICE F - Formulario de Evaluación y Registro del dolor en el CHBM, EPE



CHBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR

ESCALA DE FACES – Registo da intensidade da dor da criança dos 4-6 anos
ESCALA NUMÉRICA – Registo da intensidade da dor a partir dos 6 anos e adultos

DIAGNÓSTICO: Geot. 40 φ + 5d em TP

ESCALA USADA: Numerica

DATA: 17/12/2020 CAMA: 2

ENFERMEIRO: Cuf

Mês		DECEMBRO														
Dia		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hora		18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	22:30	23:00	23:30	00:00	00:30	01:00
Medição da dor	10															
	9															
	8															
	7															
	6															
	5															
	4															
	3															
	2															
	1															
	0															

Dor = Controlo
localização = abdominal.

DOR PRESENTE QUANDO PONTUAÇÃO >3

CHBM/014

APÉNDICE I - Presentación del Caso Clínico



“CASO CLÍNICO”

Complejo Hospitalario Universitario Maimónides - Las Palmas de Gran Canaria
Mestrado en Enfermería de Salud Materna e Obstétrica - Año Licitación 2020/21
Docente: Prof.ª Dra. M.ª Gilda Zaragoza

SUMARIO

- o Caracterización sociodemográfica
- o Datos de la gestante
- o Curso clínico
- o Datos del recién nacido
- o Apreciación clínica
- o Modelo teórico de enfermería basados en los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon
- o Diagnósticos (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados (NOC) de enfermería relacionados con el caso clínico
- o Discusión
- o Conclusiones
- o Referencias bibliográficas

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

- Edad: 24 años
- Sexo: Femenino
- Lugar de residencia: Vecindario, Las Palmas
- Escolaridad: Estudios primarios
- Fecha de admisión: 17 de febrero de 2021
- Nacionalidad: Árabe
- Estado civil: Casada

Antecedentes personales: obesidad materna (IMC>30) y esterilidad > 3 años
Antecedentes familiares: madre con HTA y diabetes

DATOS DE LA GESTANTE

- Índice obstétrico: 1000
- Edad gestacional: 38 semanas + 4 días
- Grupo sanguíneo: ORh+
- Diabetes gestacional A1 y ganancia ponderal excesiva
- Test de O'Sullivan Patológico
- Serologías actualizadas y negativas
- Exudado V-R Streptococo Agalactiae Negativo 01/02/2021
- Vigilancia en el Centro Médico de Especialidades (C.A.E)



PREECLAMPSIA



- o Patología característica del embarazo, en el que intervienen diversos factores y órganos diana. Surge a partir de las 20 semanas de gestación y cursa con proteinuria (Herraz et al., 2018).
- o Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) se dividen en cuatro grupos, siendo uno de ellos la preeclampsia (Fernández et al., 2018).
- o Según afirma Ciaros et al., (2016) los trastornos metabólicos e hipertensivos repercuten de manera significativa en la diada.
- o Un artículo publicado en España, confirma en sus resultados que existe una relación entre la PE, la DM y la primiparidad. Además añade que la obesidad se vincula con los EHE (Sánchez et al., 2019).

DISTOCIA DE HOMBRO



- o La DH es considerada una emergencia obstétrica en la se emplean maniobras complementarias para finalizar la gestación, cuando las habituales no son efectivas (Salvador et al., 2021).
- o Acontecimiento poco previsible asociado con factores de riesgo (macrosomía fetal, diabetes gestacional, neonatos de sexo masculino, etc). Todo ello, acarrea complicaciones graves tanto para RN como para la madre (Sancetta et al., 2019).
- o Según Hill et al., (2020) las maniobras de liberación como McRobert, presión suprapúbica, liberación del brazo o hombro posterior y maniobra de rotación interna suponen un éxito en el parto.
- o En la actualidad, España no consta un reglamento normativo de formación en emergencia obstétricas, con carácter obligatorio para los profesionales de la salud (Salvador et al., 2021).

MODELO TEÓRICO DE ENFERMERÍA



- o Un Patrón Funcional de Salud se define como un sistema de conducta universal, que ayuda a rehabilitar la salud del individuo, además de preservar el bienestar social desde una perspectiva holística.
- o Los Patrones Funcionales (PF), proporciona a los profesionales de la salud la valoración biopsicosocial de los pacientes.
- o Fue creado por Marjory Gordon a mediados de los 70, con el objetivo de enseñar a los estudiantes de enfermería la valoración y diagnósticos del individuo.
- o Los PF encuentran estructurados en 11 enunciados (Enfermería Actual, s.f.).

11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

- o Patrón 1: Percepción de la salud
- o Patrón 2: Nutricional- Metabólico
- o Patrón 3: Eliminación
- o Patrón 4: Actividad- Ejercicio
- o Patrón 5: Sueño - Descanso
- o Patrón 6: Cognitivo- Perceptivo
- o Patrón 7: Auto percepción - Autoconcepto
- o Patrón 8: Rol - Relaciones
- o Patrón 9: Sexualidad - Reproducción
- o Patrón 10: Tolerancia al estrés
- o Patrón 11: Valores - Creencias

Fuente: <https://www.enfermeriaactual.com/2018/05/11-patrones-funcionales-de-marjory-gordon/>

PATRÓN I: PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00122	Depresión para mejorar la gestión de la salud	[3107] Autocontrol: hipertensión [1837] Conocimiento: control de la hipertensión [1844] Conocimiento: manejo del peso	[6610] Identificación de riesgos [4410] Establecimiento de objetivos comunes [4420] Facilitar la autoresponsabilidad [11260] Manejo del peso [5520] Facilitar el aprendizaje
00080	Gestión inadecuada de la salud familiar	[2202] Prescripción del cuidador familiar domiciliario [2658] Estado de salud de la familia [2654] Clima social de la familia	[7140] Ayuda a la familia [7110] Fomentar la implicación familiar [7040] Ayuda al cuidador principal [9370] Potenciación de roles [7150] Terapia familiar
00099	Mantenimiento inadecuado de la salud	[1619] Autocontrol: diabetes [1820] Conocimiento: control de la diabetes [2006] Estado de salud personal	[5614] Enseñanza: dieta prescrita [5246] Asesoramiento nutricional [1100] Manejo de la nutrición [5510] Educación para la salud [0200] Fomento del ejercicio

PATRÓN II: NUTRICIONAL/ METABÓLICO

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable	[2300] Nivel de glucemia [1436] Control de aumento de peso [2006] Estado de salud personal	[6512] Enseñanza: dieta prescrita. [5510] Educación para la salud [6650] Vigilancia [6610] Identificación de riesgos [8800] Cuidados del embarazo de alto riesgo
00104	Lactancia materna ineficaz	[1819] Conocimiento: cuidados del lactante [1020] Estado nutricional del lactante [1800] Conocimiento: lactancia materna	[5244] Asesoramiento en la lactancia [5906] Enseñanza: individual [5940] Enseñanza: nutrición del lactante (0-3 meses) [5920] Facilitar el aprendizaje
00234	Riesgo de sobrepeso	[1006] peso: masa corporal [1627] Conocimiento de pérdida de peso [1495] Autocontrol de los impulsos	[1180] Monitorización nutricional [1260] Manejo del peso [4410] Establecimiento de objetivos [5400] Reconocimiento de la autonomía [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos

PATRÓN V: SUEÑO/DESCANSO

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00198	Trastorno del patrón del sueño	[0007] Nivel de fatiga [0004] Sueño [2108] Incidencia: estrés/ansiedad del cuidador familiar	[1180] Mejora el sueño [7040] Ayuda al cuidador principal [6040] Terapia de relajación [9330] Mejora el afrontamiento [01380] Manejo de la energía
00086	Inestable	[2000] Calidad de vida [1204] Equilibrio emocional [2108] Nivel de malestar	[7140] Ayuda a la familia [5400] Potenciación de la autoestima [5460] Contacto [9350] Intervención en casos de crisis [5270] Ayuda emocional
00086	Depresión del sueño	[1212] Nivel de estrés [1211] Nivel de ansiedad [0912] Estado neurofisiológico: consciencia	[5820] Determinación de la ansiedad [4380] Modificación de la conducta [7560] Facilitar las visitas [8440] Manejo del delirio [5482] Manejo ambiental: confort

PATRÓN VI: COGNITIVO/ PERCEPTIVO

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00068	Confusión de evaluaciones	[1310] Resolución de culpa [1700] Conciencia sobre la salud [2622] Entrenamiento de la familia	[4340] Entrenamiento de la asertividad [9230] Mejora el afrontamiento [5580] Información preparatorio: emocional [7330] Información cultural [4920] Escucha activa
00126	Conocimientos inadecuados	[1800] Conocimiento: lactancia materna [1818] Conocimiento: salud materna en el puerperio [1691] Conciencia de cumplimiento	[5244] Asesoramiento en la lactancia [5290] Facilitar el aprendizaje [6920] Cuidados postparto [7370] Educación para el alta [4720] Estimulación cognitiva
00261	Control emocional inestable	[1495] Autocontrol de los impulsos [1205] Autoestima [1204] Equilibrio emocional	[5330] Control del estado de ánimo [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos [5270] Apoyo emocional [5880] Técnica de relajación [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
0047	Ansiedad ante la muerte	[1300] Aceptación: Estado de salud [1201] Esperanza [1704] Overdosis sobre la salud: percepción de amenaza	[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa [4860] Terapia de reminiscencia [5240] Apoyo emocional [5530] Educación para la salud [5310] Dar esperanza
00182	Riesgo de impotencia	[1309] Mejoramiento de problemas [1701] Control sobre la salud: capacidad percibida para actuar [1308] Resistencia personal	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos [5520] Participación de la ansiedad [5400] Potenciación de la autoestima [5380] Potenciación de la autoconfianza [8340] Fomentar la resiliencia
00120	Baja autoestima situacional	[1205] Autoestima [1300] Modificación personal: cambio de vida [1634] Autonomía personal	[4340] Entrenamiento de la seriedad [5330] Control del estado de ánimo [7370] Identificación para el alta [4700] Reestructuración cognitiva [4480] Facilitar la autoresponsabilidad

PATRÓN X: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00069	Afrontamiento ineficaz	[1212] Nivel de estrés [1405] Autocontrol de los impulsos [1500] Lazos afectivos padres-hijos	[4370] Entrenamiento para el control de los impulsos [5330] Control del estado de ánimo [7150] Terapia familiar [4640] Ayuda para el control del estado
00072	Negación ineficaz	[1210] Nivel de miedo [1404] Autocontrol del miedo [1402] Autocontrol de la ansiedad	[5520] Disminución de la ansiedad [5230] Apoyar el afrontamiento [5240] Apoyo emocional [7120] Motivación familiar [4820] Orientación de la realidad
00150	Riesgo de subido	[1409] Autocontrol de la depresión [1408] Autocontrol del impulso suicida [2003] Severidad del sufrimiento	[4920] Escucha activa [5270] Apoyo emocional [5480] Clarificación de valores [5430] Grupo de apoyo

PATRÓN IX: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00221	Proceso de maternidad ineficaz	[2511] Estado materno-puerperio [0112] Estado fetal: durante el parto [1500] Lazos afectivos padres-hijos	[6834] Cuidados integrales: parto de alto riesgo [674] Reanimación neonatal [6850] Inducción al parto [6820] Cuidados puerperio [4020] Disminución de la hemorragia: útero [6820] Cuidados del lactante [5655] Enseñanza: estimulación del lactante (0-4 meses)
00227	Riesgo de proceso de maternidad ineficaz	[1819] Conocimientos: cuidados del lactante [2510] Estado materno: durante el parto [2506] Salud emocional del cuidador principal	[5520] Facilitar el aprendizaje [5540] Potenciación de la disposición de aprendizaje [2300] Administración de medicación [4010] Prevención de hemorragias [6686] Monitorización de los signos vitales [7260] Cuidados por relieve [5340] Presencia
00208	Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[1824] Conducta de la salud materno-puerperio [1818] Conocimiento: salud materno en el puerperio [1603] Conducta de búsqueda de la salud	[6960] Ejercicios de suelo pélvico [1700] Cuidados perinatales [7400] Orientación en el sistema sanitario [1040] Fomentar la mecánica corporal [6510] Fomentar el rol parental [5515] Mejorar el apoyo a la información sanitaria [5390] Potenciación de la autoconfianza

PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS

Código NANDA	Diagnóstico	Criterios de resultados (NOC)	Intervenciones (NIC)
00066	Sufrimiento espiritual	[1300] Aceptación: estado de salud [1402] Autocontrol de la ansiedad [1410] Autocontrol de la ira	[4920] Escucha activa [5230] Fomentar el afrontamiento [5270] Apoyo emocional [5420] Apoyo espiritual [7140] Apoyo a la familia
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	[1205] Autoestima [1309] Resiliencia personal [2002] Bienestar personal	[5250] Aumentar los sistemas de apoyo [5350] Potenciación de la autoestima [5330] Control del estado de ánimo [5430] Grupo de apoyo [4850] Terapia de reminiscencia
00068	Disposición para mejorar el bienestar espiritual	[2000] Calidad de vida [2006] Estado de salud personal [1310] Resolución de la culpa	[5390] Potenciación de la autoconfianza [5370] Potenciación de los roles [8340] Fomentar la resiliencia [5424] Facilitar la práctica religiosa [5220] Mejora de la imagen corporal



- o [MúltipleGunt. \(05 de enero de 2019\). Mejor Gordon II. Perros Funcionales \(Archivo de Vídeo\). Youtube.](https://www.youtube.com/watch?v=Lo8PzrJLE)
- o [Olivares, J., Olivera, M. G., Grill, L., Verdasco, C. E., & Migliarelli, C. \(2021\). Historia metabólica de pacientes con antecedentes de diabetes gestacional. Seguimiento durante seis años \(2003-2019\). Rev. Soc. Arg. Diabet. 55, 13-20.](https://www.revista.ub.edu/revista/4692-1441-EP69011.html)
- o [Pacheco Romero, J. \(2017\). Gestión en la mujer obesa: consideraciones especiales. An. Fac. Med. \(Puyo\). 79\(2\), 207-214.](https://www.scribd.com/document/545927441-EP69011.html)
- o [Rivas Calvete, O. \(2015\). Caso Clínico Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colestasia biliar. An. Fac. Med. \(Puyo\). 78\(9\), 112-18.](https://www.scribd.com/document/545927441-EP69011.html)
- o [Salvador López, B., Cruz Melguito, S., Soto Loraizaga, A., Encinas Peñillo, B., Serrano Palacios, C., Nieto Jiménez, Y., Colina de Cejila, B., & Martínez Pérez, O. \(2021\). Evaluación del conocimiento en la resolución de la distorsión de hombres en profesionales españoles. Rev. esp. salud pública, 95.](https://www.scribd.com/document/545927441-EP69011.html)
- o [Rubio Sevilla, J. C. \(2014\). Papel de Enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. Enferm. Cardíolog., \(61\), 25-31.](https://doi.org/10.1016/j.ree.2014.05.001)

- o [Sancetta, R., Khezzi, H., & Leante, R. \(2019\). Shoulder Ring Maneuver to Facilitate Delivery During Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol., 133\(6\), 1178-1181.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31763383)
- o [Sanchez López, M. I., Ullata Carabal, P., & Garrigós Almerich, E. \(2019\). Estados hipertensivos: perfil materno y papel de la matrona en el Departamento de Salud de Gando. Matronas prof., 20\(2\), 74-82.](https://doi.org/10.1016/j.ree.2014.05.001)



“CASO CLÍNICO”

Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil - Las Palmas de Gran Canaria
Mestrado en Enfermería de Salud Materna e Obstetricia - Año Lectivo 2020/21
Docente: Prof.ª Dra. M. Otilia Zangiló

ANEXOS

ANEXOS A - Política de Aleitamento Materno del CHBM, EPE



POLÍTICA DE ALEITAMENTO MATERNO

1. A HISTÓRIA...

Em 1989 foi publicada uma declaração conjunta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF, intitulada de: "Proteger, promover e apoiar o aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade". O objetivo desta declaração foi aumentar a consciencialização do papel fundamental que os serviços de saúde têm na promoção do aleitamento materno e proporcionar-lhes linhas orientadoras para informarem e apoiarem as mães de forma apropriada.

A iniciativa "Hospital Amigo dos Bebés" surgiu em 1991 e foi criada para modificar as políticas das instituições de saúde, restabelecendo o aleitamento materno como a forma natural e "normal" de alimentação dos bebés.

2. A NOSSA MOTIVAÇÃO...

No sentido de cumprir as diretrizes da OMS e UNICEF, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE preconiza uma política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a declaração conjunta da OMS/UNICEF de 1989.

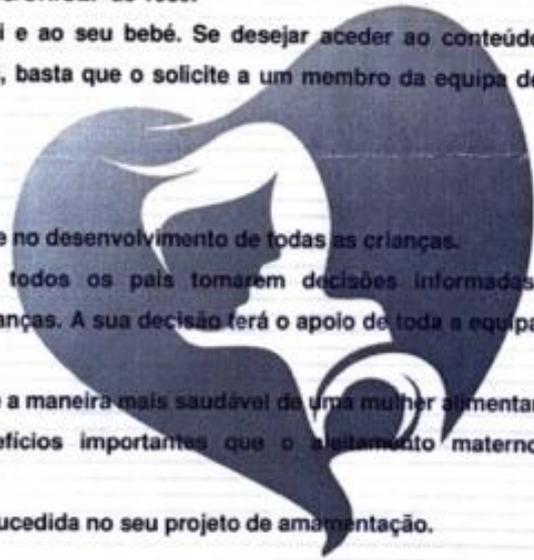
Esta política existe para a proteger a si e ao seu bebé. Se desejar aceder ao conteúdo integral da mesma pode fazê-lo. Para tal, basta que o solicite a um membro da equipa de saúde desta Instituição.

3. O NOSSO COMPROMISSO...

A alimentação é extremamente importante no desenvolvimento de todas as crianças. Esta Instituição respeita o direito de todos os pais tomarem decisões informadas, relativamente à alimentação das suas crianças. A sua decisão terá o apoio de toda a equipa de saúde.

Acreditamos que o aleitamento materno é a maneira mais saudável de uma mulher alimentar o seu filho e reconhecemos os benefícios importantes que o aleitamento materno proporciona a si e ao seu bebé.

Iremos incentivá-la e apoiá-la a ser bem sucedida no seu projeto de amamentação.



CHBM/06

ALEITAMENTO MATERNO

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE preconiza uma política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a declaração conjunta da Organização Mundial de Saúde e da UNICEF, de 1989.

Este é o seu guia para a política de aleitamento materno existente nesta instituição. Se desejar aceder ao conteúdo integral da mesma pode fazê-lo. Para tal basta que o solicite a um membro da equipa de saúde.

Comissão de Aleitamento Materno

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos e Serviço de Pediatria

Telefones: 21 214 73 68 (Obstetrícia); 21 214 73 73 (Pediatria)

www.chbm.min-saude.pt

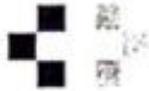
Política de Aleitamento Materno



<p>POLÍTICA DE ALEITAMENTO MATERNO</p>	<p>COMO A AJUDAREMOS A SER BEM SUCEDIDA NO SEU PROJETO DE AMAMENTAÇÃO:</p>	<p>A generalidade dos bebés não necessita de mais nenhum alimento, além do leite materno, nos primeiros 6 meses de vida. Se, por alguma razão clínica, o seu bebé necessitar de algum outro alimento essa questão será discutida entre si e os profissionais de saúde;</p>
<p>A alimentação é importante no desenvolvimento de todas as crianças.</p> <p>O Centro Hospitalar respeita o direito de todos os pais receberem informação, clara e imparcial, que os habilite a tomar decisões informadas relativamente à alimentação das crianças. A sua decisão terá o apoio de toda a equipa de saúde.</p> <p>Acreditamos que o aleitamento materno é a maneira mais saudável de uma mulher alimentar o seu filho e reconhecemos os benefícios importantes que o aleitamento materno proporciona a si e ao seu bebé.</p> <p>Estamos disponíveis para lhe dar incentivo e apoio para ser bem sucedida no seu projeto de amamentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toda a equipa de saúde foi especialmente treinada e recebeu formação para a ajudar a amamentar o seu bebé; • Durante a gravidez terá oportunidade de ter uma consulta individual com um profissional de saúde, onde será discutida a temática da alimentação infantil e que responderá às dúvidas que possa ter; • Terá oportunidade de ter o seu bebé em contacto pele com pele o mais precocemente possível após o parto. Quando mãe e bebé estiverem prontos para a primeira mamada a equipa de saúde estará presente para a apoiar e ajudar; • Haverá um profissional de saúde disponível para lhe explicar como deve colocar o seu bebé a mamar adequadamente e para a ajudar com as refeições do bebé enquanto estiver no hospital; • Ser-lhe-á demonstrada a técnica de extração manual de leite e ser-lhe-á fornecido um folheto informativo ao qual poderá recorrer quando estiver em casa; 	<ul style="list-style-type: none"> • O seu bebé estará sempre consigo, «contudo, se ele necessitar de ser submetido a algum procedimento técnico, será convidada a acompanhá-lo; • Será encorajada a alimentar o seu bebé sempre que ele demonstrar sinais de fome; • Recomendamos-lhe que evite o uso de tetinas, chupetas e próteses mamilares enquanto o seu bebé está a aprender a mamar. Esta recomendação relaciona-se com o facto destes utensílios poderem alterar a forma como o bebé suga na mama e que pode fazer com que seja mais difícil para ele mamar eficazmente; • Quando tiver alta do hospital ser-lhe-á fornecida uma lista de contactos úteis no apoio ao aleitamento materno quando estiver em casa
<p></p>	<p></p>	<p></p>
<p></p>	<p></p>	<p></p>



ANEXOS B - Recomendaciones para el Puerperio en el CHUIMI



Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR MATERNO INFANTIL



UNIDADES DE PUERPERIO P6T Y P7T - HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

RECOMENDACIONES PARA EL PUERPERIO

DEBES HACER:

- Lavar la zona perineal 1 o 2 veces /día, no más, con agua y jabón (no hacer baños de asiento, el agua debe correr de delante hacia atrás). Mantener la zona bien seca. Esto es importante para evitar posibles infecciones y si te han realizado una episiotomía o has sufrido algún desgarro, para favorecer la correcta cicatrización de los tejidos.
- Cambiar frecuentemente de compresas La zona perineal deberá estar lo más seca posible para favorecer la cicatrización. Los puntos se caerán solos.
- Tomar una dieta sana y variada, rica en fibras para evitar el estreñimiento, tomar abundantes líquidos (agua). Evitar el consumo de alcohol, tabaco y disminuir el uso de estimulantes (café, té, Coca-Cola).
- Favorecer la deambulación y/o movilización.
- Cuidar tu suelo pélvico.
- Acudir a la matrona, previa petición de cita, en la primera semana tras el parto.
- Vigilar signos de alarma. Debes acudir de urgencia a tu matrona o médico de familia durante el puerperio si presentas alguno de estos síntomas:
 - Fiebre. Temperatura axilar superior a 38°C
 - Hemorragia vaginal mayor a regla o con abundantes coágulos
 - Loquios malolientes
 - Enrojecimiento o dolor en mamas
 - Dolor en periné
 - Dolor o inflamación en las piernas
 - Dificultad respiratoria
 - Molestias al orinar o incontinencia urinaria



Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR MATERNO INFANTIL

DEBES EVITAR

- El uso de flotadores para sentarse ya que favorece que se abran los puntos (si los hubiese).
- Hacer baños de inmersión (evitar piscinas y baños de bañera) y usar tampones al menos hasta que pasen seis semanas del parto.
- Iniciar las relaciones sexuales una vez realizada la valoración perineal por la matrona.
- En caso de ser vacunada de la rubeola en el puerperio durante su estancia en el hospital, debe evitar quedarse embarazada durante los 3 meses posteriores, dado los posibles efectos nocivos en un nuevo feto.
- Después del parto continuará con un sangrado de color rojizo los 3-5 primeros días tras el parto que cambiarán a marrón claro o rosado y por último a un color blanquecino que puede durar hasta la sexta semana.

RECOMENDACIONES CESÁREA

Si te han practicado una cesárea, además de las recomendaciones anteriores:

DEBES HACER:

- Lavar la herida quirúrgica en la ducha diaria con agua y jabón
- Mantenerla bien seca.
- Lavarse bien las manos antes de tocar la herida quirúrgica.
- Ante cualquier signo de infección (herida caliente, enrojecida y/o con supuración) deberá acudir a su Centro de Salud.
- La herida se sutura de forma continua y no es necesario retirar puntos.
- No exponga la herida al sol durante el primer año.

SUELO PÉLVICO

Cuida tu suelo pélvico en el postparto, un objetivo primordial en esta etapa, además de disfrutar del recién nacido, descansar todo lo que puedas (lo necesitas, así que pide ayuda para lo que te haga falta) e ir adaptándote poco a poco a la nueva situación. Sigue estos consejos, desde el momento en que des a luz:

Ayuda Materna del sur, s/n
35016 - Las Palmas de Gran Canaria
Telf: 928 42 40 00
Telf: 928 44 43 00



1. Cuida siempre tu postura.

- Es muy importante mantener una postura correcta: cuando estés tumbada, al levantarte y tumbarte en la cama, cuando estés sentada, de pie o dando de mamar al bebé.
- No pases mucho tiempo de pie, pero tampoco inmovilizada durante periodos prolongados. En estos momentos hay que favorecer la circulación para evitar problemas vasculares. Así que da paseos cortos y moviliza tus tobillos con ejercicios circulatorios mientras estés tumbada para favorecer el retorno venoso.

2. Nada de esfuerzos.

Tu cuerpo ha pasado por nueve meses de cambios y necesita su tiempo para recuperarse. Estas son algunas de las cosas que **NO** deberías hacer, si quieres proteger tu suelo pélvico en el postparto.

- Cargar peso.
- Ejercicios abdominales tradicionales, que someten al abdomen y al suelo pélvico a un aumento de presión que no están en condiciones de asumir.
- No empujes a la hora de ir al baño: hay que evitar el estreñimiento y los esfuerzos para defecar, manteniendo una alimentación rica en fibra y una correcta hidratación. Cuando sientas ganas de ir al baño, acude inmediatamente, y recuerda que también en el WC debes mantener una postura correcta que facilite la salida de las heces y le reste presión a tu periné.

3. Protege tu suelo pélvico

- No olvidemos que en estos momentos tu musculatura del suelo pélvico se encuentra más débil que nunca. Cuando cojas al bebé, estornudes o tosas, de manera inevitable también estarás sometiendo a tu suelo pélvico a un momento puntual de esfuerzo. Y debes protegerte.
- A veces, incluso, puede ocurrir que ante un esfuerzo, sientas que se produce algún escape de orina. Por eso es recomendable que antes de toser o estornudar coloques las manos por debajo del ombligo para servir de freno y ayudar a tus músculos abdominales hasta que poco a poco se recuperen y hagan correctamente su función, además de mantener una postura correcta y acordarte de contraer los músculos perineales de manera simultánea al esfuerzo.



4. Ejercita tu suelo pélvico para una mejor recuperación.

- Puedes empezar a ejercitar tu suelo pélvico desde las horas siguientes al parto, para favorecer la recuperación perineal mediante el bombeo sanguíneo que provocan las contracciones de esta musculatura
- Si durante el embarazo ya habías entrenado los músculos de tu suelo pélvico, te será más sencillo contraerlos, pues contarás con una mejor conciencia de la zona y sabrás si estás ejercitándola correctamente. Si tienes dudas, coméntaselo a tu matrona para que pueda asesorarte en la realización adecuada de los ejercicios de Kegel y trabajo del core abdominal.
- Los ejercicios de suelo pélvico en el postparto inmediato (primeras 48 horas hasta una semana) deberán ser contracciones suaves, mantenidas unos segundos y sin que lleguen a provocar dolor.
- Con estas suaves contracciones aumentarás el riego sanguíneo en tu periné, lo que favorecerá la cicatrización de los tejidos, la reabsorción del edema y la disminución del dolor.
- Puedes practicar estos ejercicios en distintas posiciones: tumbada, a cuatro patas o sentada sobre cojines, pero siempre manteniendo una postura correcta (columna vertebral en auto-elongación, pelvis neutra, transversal activo) y respirando de manera natural.

5. Usa una faja pélvica.

- Al igual que ocurría durante el embarazo, por efecto de la hormona relaxina que ayuda a flexibilizar las articulaciones a fin de favorecer el alumbramiento, la pelvis mantiene cierta inestabilidad en el postparto, incluso algunas mujeres pueden sentir molestias y dolor a nivel lumbar y pélvico.
- Una pelvis laxa unida a un suelo pélvico debilitado en el postparto ponen en riesgo la estabilidad de tus órganos internos (vejiga, uretra, útero, vagina y recto) desprotegiéndolos y suponiendo un factor de riesgo para la aparición de prolapsos (descenso de alguno de dichos órganos).
- Para protegerte, además de descansar y evitar esfuerzos, es recomendable utilizar una faja abdominal, sólo durante el primer mes y acompañada de la activación del transversal inferior del abdomen. Transcurrido este tiempo no se debe seguir utilizando, ya que debilitaría más aún los músculos y lo que necesitamos es todo lo contrario: volver a tonificarlos y fortalecerlos.



- Si tu bebé nació por cesárea cuando se hayan absorbido los puntos (10-15 días), es importante tocar suavemente la cicatriz. Lávate bien las manos y pon la mano sobre la herida, desliza suavemente los dedos sobre la herida haciendo pequeñas vibraciones que van a ayudar a que los tejidos internos no se adhieran y que el músculo abdominal no tenga limitaciones.
- Es recomendable que apliques frío sobre la herida. El frío ha de ser seco para que la herida no se humedezca, por lo que envuélvelo en una servilleta y después en una bolsita de plástico. La aplicación de frío limita la inflamación, disminuye el dolor y ayuda a recuperar la función del músculo.

CAMBIO EMOCIONALES EN EL PUERPERIO

- Es muy importante que verbalices tus emociones, especialmente si las consideradas negativas: sentimientos de inadecuación, no adaptación, incapacidad, cansancio, ira, rechazo, etc, para evitar la aparición de sentimientos y estados depresivos.
- Es muy importante dormir o descansar durante los primeros días cada vez que duerma tu bebé como manera de prevenir depresión postparto.
- El apoyo que recibas de tu entorno es muy importante así que no dudes en pedir ayuda.
- Si tus familiares notan cambios en tu estado de ánimo o en tu comportamiento, es muy importante que avisen o busquen ayuda en tu centro de salud.
- Tras el parto muchas mujeres experimentan estados emocionales considerados normales.
- Si observas algunos de los siguientes cambios acude a tu matrona o médico de familia: en el sueño, en tu energía, en el apetito, ansiedad, irritabilidad, sentimientos de inadecuación, de sentirte sobrepasada, de incapacidad para el cuidado de tu bebé, de vergüenza, de culpa, o de haber fallado como madre, confusión mental, delirios, cambios de humor y una incapacidad para el funcionamiento, pesadillas sobre el parto, no querer interactuar con tu bebé o llevarle al hospital donde nació.



RECIÉN NACIDO (RN)

- Fomentar el contacto piel con piel.
- **BAÑO:** No debe ser diario (2 a 3 veces en semana será suficiente) al menos hasta el primer mes de vida ya que la piel del bebé está madurando. Usar jabón de Ph neutro especial para bebés en muy poca cantidad y solo para las zonas sucias. No es aconsejable usar pomadas o cremas porque pueden interferir en la barrera cutánea.
- No colocar manoplas y calcetines. Las manos y los pies son las zonas con más receptores táctiles, le sirven al bebé para tocar y percibir.
- **CORDÓN UMBILICAL:** Limpiar con agua y jabón. Secar muy bien. Mantener seco y por fuera del pañal.
- Es recomendable que siga la pauta de "Dormir boca arriba, Jugar boca abajo".
- El RN debe dormir sobre un colchón duro y sin almohada.
- Mantener el entorno libre de humo (tabaco).
- El hipo y los estornudos frecuentes son normales.
- Es aconsejable sacarle de paseo, pero que no reciba luz solar directa diaria.

ANEXOS C - Recomendaciones de LM en el CHUIMI



UNIDADES DE PUERPERIO P6T Y P7T - HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO INFANTIL DE CANARIAS

LACTANCIA MATERNA

Es el mejor alimento para el bebé, no es necesario ningún tipo de suplemento (ni agua) durante los primeros 6 meses de vida y se recomienda continuar hasta los 2 años junto a la alimentación complementaria.

- El pecho no tiene horario, pon a tu bebé al pecho cuando lo pida, si está buscando o tiene más actividad, no esperes a que lllore.
- Las tomas nocturnas son muy importantes para la continuidad de la Lactancia Materna.
- El bebé debe drenar correctamente el pecho, una vez subida la leche debemos dar un pecho por toma.
- No se recomienda la chupa ni el biberón durante el inicio de la lactancia materna (por lo menos primer mes de vida) por su interferencia en el establecimiento de la lactancia materna.
- Las cacas serán de color mostaza o verde, semi-liquidas con grumos (como granitos de arroz).
- Utilizar un sujetador apropiado para madres lactantes que no oprima el pecho.
- No es necesario lavar el pecho ni antes ni después de cada toma, ni es aconsejable el uso de cremas ni pomadas.



- Si presenta grietas o heridas en el pezón, debes corregir la postura de amamantamiento, puedes poner un poco del calostro en la grieta/herida para su curación. No obstante, ante cualquier duda o eventualidad (dolor, hinchazón, enrojecimiento, grietas) acudir a tu matrona en el centro de salud (previa cita), ella podrá ayudarte. Además cuentas con diferentes Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna en la isla a los que puedes acudir sin cita previa y en cualquier municipio aunque no sea el tuyo.
- Durante la lactancia materna puede que no tenga menstruación, pero si ovulará por lo que deberá usar anticonceptivos (el preservativo es el más adecuado durante la cuarentena). Su matrona le asesorará de forma individualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles.

¿Cómo saber si el bebé está bien alimentado?:

- Hace entre 8 y 12 tomas de pecho al día. (como mínimo)
- Tiene buen color.
- Su orina es clara.
- Está alerta, responde a estímulos.

Solicita cita al pediatra/enfermera de pediatría en tu centro de salud para la primera revisión del bebé.

Ante cualquier duda relacionada con su lactancia puede consultar la página web: www.tulactancia.com En esta puedes realizar consultas personales de Lactancia Materna a un grupo de profesionales expertos en Lactancia Materna, encontrarás información de interés sobre la Lactancia y crianza y los horarios y lugares de reunión actualizados de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna.

Consultar con el médico, matrona o enfermera de pediatría antes de tomar ningún tipo de medicamento. Además puede serte útil la página web: www.e-lactancia.es

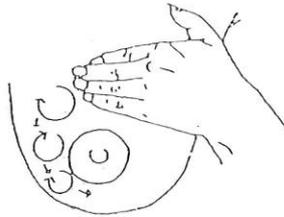
ANEXOS D - Hoja explicativa para la Técnica de Marmet en el CHUIMI

Extracción manual de leche de pecho *TECNICA MARMET*

PARA ESTIMULAR LA BAJADA DE LA LECHE y el fluir de la misma.

1. Dé un masaje en las células productoras de leche y en los conductos.

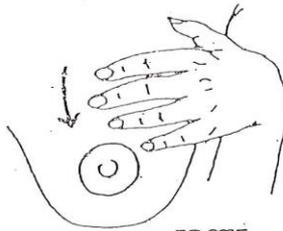
- Comience en la parte de arriba del seno. Oprima firmemente hacia la caja torácica (costillas). Use un movimiento circular con los dedos en un mismo punto.
- Después de unos segundos proceda a otra área del seno.
- Forme una espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola.
- El movimiento es similar al que se usa en el autoexamen del seno.



DE UN MASAJE

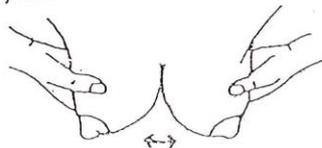
2. Frote cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca un cosquileo.

- Continúe este movimiento desde la base del seno hacia el pezón todo alrededor.
- Esto ayudará a relajar a la madre y estimulará el aflojamiento de la leche.



FROTÉ

3. Suavemente sacuda ambos senos inclinándose hacia adelante así la gravedad ayudará la bajada de la leche.



SACUDA

PROCEDIMIENTO

Este procedimiento deberán usarlo aquellas madres que están extrayendo su leche en lugar de amamantar al bebé y por aquellas otras que deseen establecer, aumentar o mantener la producción cuando el bebé no puede amamantar.

- Extraiga la leche de cada seno hasta que el fluir sea más lento.
- Ayude a aflojar la leche (con el masaje, el frotamiento y el sacudir) en ambos senos. Esto puede hacerse simultáneamente.
- Repita una o dos veces más el procedimiento de extraer la leche de cada seno y de ayudar a aflojar la leche. El fluir de la leche generalmente disminuye más pronto la segunda o tercera vez ya que los depósitos quedan vacíos.

TIEMPO

El procedimiento deberá tomar aproximadamente de 20 a 30 minutos.

- Extraiga la leche de cada seno de 5 a 7 minutos.
- Dé el masaje, el frotamiento y sacuda los senos.
- Extraiga nuevamente de cada seno de 3 a 5 minutos.
- Dé el masaje, el frotamiento y sacuda los senos.
- Extraiga una vez más de 2 a 3 minutos.

Nota: Si su producción de leche ya está establecida, use lo anterior sólo como guía de tiempo. Alterné el pecho cuando el fluir de la leche disminuya considerablemente.

Nota: Si muy poca o casi nada de leche existe todavía, siga estas direcciones para el tiempo muy cuidadosamente.

© 1978, 1979, 1981 Chele Marmet

ANEXOS E - Tríptico de LM y cuidados del recién nacido del CHUIMI

Cuidados generales del recién nacido

- Coloca al bebé boca arriba para dormir, es la postura más segura. Evita acostarlo boca abajo o de lado.
- Mantén siempre la cabeza sujeta cuando lo levantes.
- Acuéstalo después de cada toma, cuando haya eructado.
- Es importante mantener el aire de tu casa libre de humo de tabaco, fumar en otra habitación o al lado de la ventana es igualmente perjudicial.
- Si toma el pecho es normal que haga una deposición después de cada toma, y las cacas serán líquidas con grumos (como granitos de arroz), de color mostaza o verde. También es normal que hagan una deposición cada 2 ó 3 días.
- No utilices bastoncillos para limpiarle los oídos o la nariz, es perjudicial.
- Las toallitas húmedas se deben usar únicamente en situaciones especiales (cuando no estás en casa), ya que tienen alcohol y jabones que pueden irritar la piel.
- Baña a tu bebé a diario y sécalo bien poniendo especial cuidado en los pliegues (axilas, ingles, cuello) Después aplícale un aceite o crema hidratante, los polvos de talco no se recomiendan. Aprovecha este momento para hablarle, jugar y hacerle un suave masaje en el cuerpo.
- Acude a NIDOS cuando el personal bañe a tu bebé y así podrás ver como lo hacen. Si tienes dudas aprovecha y pregunta.
- Si el bebé tiene fiebre, más de 37,9°C de temperatura rectal, consulte inmediatamente al pediatra.

Recuerde que el uso de teléfonos móviles y fumar están prohibidos en todo el recinto hospitalario.

Lactancia Materna

- La leche materna es el alimento ideal para tu bebé.
- La lactancia materna es natural pero no es algo insintivo, es una técnica que debes aprender y practicar.
- Pon tu bebé al pecho lo antes posible, el calostro satisface por completo las necesidades del recién nacido. No es necesario ningún suplemento.
- El pecho no tiene horario. Pon a tu bebé al pecho cuando lo pida (si está buscando o con más acuides). No esperes a que lllore.
- El bebé debe vaciar bien el pecho. La leche que más alimenta (más rica en grasas), es la del final de la tetada.
- El vaciado de las mamas contribuye, en gran medida, al éxito de la lactancia. Si tienes problemas, existen técnicas para ello, pregúntale a la matrona y ella te enseñará.
- No se recomienda dar chupa ni biberón durante el inicio de lactancia materna (primer mes de vida).
- No es necesario darle agua mientras está tomando el pecho.

Servicio Centro de la Salud
Dirección General del Complejo Hospitalario Materno - Neonatal

Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Buena colocación del niño al pecho:

Rozar los labios del bebé con el pezón, estimulando el reflejo de búsqueda (boca bien abierta).

Pegar todo el cuerpo del niño, piel con piel, encarándolo a ti.

Mirale, hablale, deja que te coja un dedo, comunícate.

El bebé sujeta pezón, areola y parte inferior del pecho. No pinzar el pecho, cogerlo desde abajo.

Retira el pecho colocando tu dedo en las encías del bebé.

¿Cómo saber si el bebé está bien alimentado ?

- Toma el pecho entre 8 y 12 veces al día.
- A los 10 días recupera el peso con el que nació.
- Tiene buen color.
- Su orina es clara.
- Está alerta, responde a estímulos.

Cuidados del ombligo.

- Limpialo con una gasa empapada en alcohol de 70° cada vez que le cambies el pañal, desde la zona más próxima a la piel hasta el extremo más distal, y colócalo por fuera del pañal doblado hacia arriba. No lo tapes, si lo haces tardará más en caerse.
- Hasta que se le caiga el ombligo procura que no se moje demasiado cuando lo bañes. No importa que le caiga un poco de agua.
- Se caerá entre los 7 y los 15 días. En ocasiones puede tardar hasta 30 días y no es motivo de preocupación.
- Deberás consultar si tiene mal olor, mal color, o supura.