

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

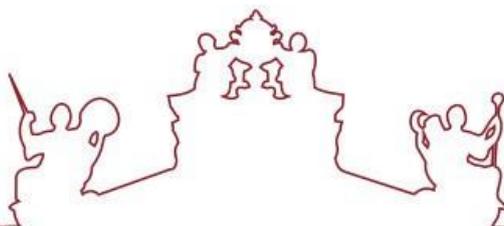
Relatório de Estágio

Promoción de la salud mental durante embarazo- puerperio

Saúl Herrador Reverendo

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2023



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

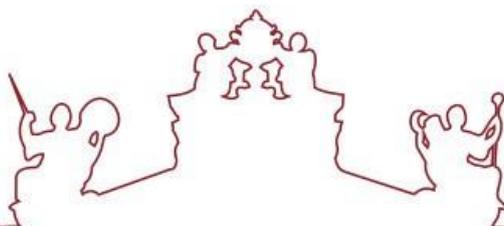
Relatório de Estágio

Promoción de la salud mental durante embarazo- puperperio

Saúl Herrador Reverendo

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2023



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 / A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais / Ana Cristina Ferrão () (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimientos

Gracias a la Fe a Dios y a confiar que siempre que se quiere se puede, aunque el camino sea difícil. Con esta Fe y los valores que pude lograr a lo largo de mi vida, se ha hecho posible lo que un día me parecía inalcanzable.

Gracias a mi compañero de vida, Alberto, quien apoyó y entendió el amor en la distancia, jamás tuvo reproche alguno y siempre creyó en mí y en mis ganas por aprender.

Agradezco a la universidad y a las profesoras por sus enseñanzas, en especial a María Da Luz, que con sus palabras hizo que no dejara mis sueños atrás.

Agradezco cada sonrisa, cada gesto y cada momento a Cristina Navarro, mi gran descubrimiento, mi compañera de biblioteca y lo más importante de todo, mi amiga, con la que el camino se ha hecho más sencillo y alegre en un momento en el que la soledad llenaba demasiadas horas en mi día.

Gracias a mi madre, Inés y mi abuela María, quienes se enfrentaron a una vida dura, pero no se rindieron y supieron luchar a su manera por disfrazar un entorno repleto de odio e injusticia en otro diferente, repleto de respeto, amor y agradecimiento.

Gracias a mi tía Celes, quien me acompaña espiritualmente desde siempre y aunque no tuvo la oportunidad de hacerlo de manera física, siempre me ha hecho sentir su energía positiva, convirtiéndome en la persona que soy y siempre he querido ser.

Resumen

Título: Promoción de la salud mental durante embarazo- Puerperio.

Introducción: La Maestría en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia de la Universidad de Évora y la realización del Estágio de Naturaleza Profesional con Relatório final, permite la adquisición de competencias y conocimientos en el área de salud.

Objetivo: Realización de análisis crítico del desarrollo de competencias realizado en estas rotaciones prácticas con Relatório final.

Metodología: Descripción y análisis crítico de experiencias clínicas vividas sobre la salud mental en mujeres embarazadas y puérperas.

Resultados: El período de tiempo dedicado a la promoción de la salud mental en la etapa de embarazo y puerperio es insuficiente, haciendo que crezca la ansiedad de las mujeres.

Conclusiones: Las competencias adquiridas durante las rotaciones prácticas contribuirán a promocionar la salud física y mental de la embarazada y puérpera, creando futuros protocolos que ayuden a la mujer, pareja y familias a sentirse seguros física y psíquicamente.

Descriptor: Mujeres embarazadas; Período Posparto; Depresión, posparto; Trastornos mentales, trastornos psicóticos.

Abstract

Title: Promotion of mental health during pregnancy- Puerperium.

Introduction: The Master's Degree in Nursing in Maternal Health and Obstetrics of the University of Évora and the realization of the Professional Nature Study with final Report, allows the acquisition of skills and knowledge in this area of health.

Objective: To carry out a critical analysis of the development of competences carried out in these practical rotations with The Final Report.

Methodology: Description and critical analysis of clinical experiences and study on mental health in pregnant and postpartum women.

Results: The period dedicated to the promotion of mental health in the stage of pregnancy and puerperium is insufficient, causing the anxiety of these women to grow.

Conclusions: The skills acquired during the practical rotations will contribute to promoting the physical and mental health of pregnant and postpartum women, creating future protocols that help women, partners, families to feel safe physically and mentally.

Descriptors: Pregnant women; Postpartum Period; Depression, Postpartum; Mental disorders, psychosis disorders.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 1. Introducción..... | 12 |
| 2. Contexto Clínico de prácticas de Naturaleza Profesional..... | 19 |
| 2.1 Caracterización del contexto | 21 |
| 2.2 Metodología (objetivos, población diana, método de aprendizaje) | 38 |
| 2.2.1 Objetivos | 38 |
| 2.2.2 Población diana | 41 |
| 2.2.3 Método de aprendizaje..... | 43 |
| 3. Contribución para mejorar la asistencia en Enfermería de Salud Materna y obstétrica | 45 |
| 3.1 Metodología (objetivo, abordaje, población diana) | 46 |
| 3.1.1 Objetivos | 57 |
| 3.1.2 Abordaje | 58 |
| 3.1.3 Población diana | 58 |
| 3.2 Contextualización (Revisión de la literatura) | 60 |
| 3.2.1 Período Gestacional..... | 61 |
| 3.2.2 Período posparto/ Puerperio | 67 |
| 3.3 Resultados | 71 |
| 4. Análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias | 85 |
| 4.1 Competencias comunes de los enfermeros especialistas | 86 |
| 4.2 Competencias específicas de los enfermeros especialistas en salud materna y obstétrica | 88 |
| 5. Consideraciones finales | 95 |
| 6. Referencias Bibliográficas..... | 98 |
| 7. Anexos..... | 104 |
| Anexo 1. | 104 |
| <i>Rueda de elegibilidad de tratamiento anticonceptivo de empresa Organon</i> | 104 |
| Anexo 2. | 105 |
| <i>Hoja de total de mujeres atendidas</i> | 105 |
| Anexo 3. | 106 |
| <i>Certificado sobre participación en jornadas de menopausia para matronas.</i> | 106 |
| 8. Apéndices | 107 |
| Apéndice 1 | 107 |

| | |
|--|-----|
| <i>Presentación de caso clínico real sucedido durante la rotación práctica en Hospital 1.</i> | 107 |
| Apéndice 2. | 115 |
| <i>Test cuádruple para el diagnóstico de anomalías en el 2º trimestre de embarazo.</i> | 115 |
| Apéndice 3 | 116 |
| <i>Esquema para paciente sobre toma de tratamiento en interrupción voluntaria del embarazo</i> | 116 |
| Apéndice 4. | 117 |
| <i>Colocación de implante en paciente real, previo consentimiento</i> | 117 |
| Apéndice 5 | 118 |
| <i>Figuras con datos sobre pacientes a las que se ofrecieron cuidados dentro de los servicios en los que se realizaron rotaciones prácticas.</i> | 118 |
| Apéndice 6. | 127 |
| <i>Propuesta de proyecto de Estágio. Modelo T-005.</i> | 127 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. | 20 |
| <i>Períodos de rotación práctica. Hospitales de Portugal y España</i> | 20 |
| Figura 2. | 22 |
| <i>Número de nacimientos Hospital 1, año 2021 (SNS, 2022)</i> | 22 |
| Figura 3. | 35 |
| <i>Número de partos y cesáreas Hospital 2. Informe de cuentas Hospital 2, año 2019.</i> | 35 |
| Figura 4. | 35 |
| <i>Número de nacimientos año 2021, Hospital 2. Número de nacimientos ,Año 2021 (SNS, 2022).</i> | 35 |
| Figura 6 | 48 |
| <i>Diagrama de Flujo PRISMA</i> | 48 |
| Figura 7 | 49 |
| <i>Síntesis de artículos manejados en Revisión bibliográfica.</i> | 49 |
| Figura 8 | 63 |
| <i>Proceso de protección de la placenta frente a cortisol y corticotropina (Caparros-González, 2021).</i> | 63 |
| Figura 9. | 71 |
| <i>Gráfico de barras relativo a nacionalidad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 71 |
| Figura 10. | 72 |
| <i>Gráfico de barras relativo a Estado Civil de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 72 |
| Figura 12. | 73 |
| <i>Gráfico de barras relativo a escolaridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 73 |
| Figura 13. | 73 |
| <i>Gráfico de barras relativo a paridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 73 |
| Figura 14. | 74 |
| <i>Gráfico de barras relativo a Abortos de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 74 |
| Figura 15. | 75 |
| <i>Gráfico de barras relativo a sentimiento de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 75 |
| Figura 16. | 75 |
| <i>Gráfico de barras relativo a sensaciones de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 75 |
| Figura 17. | 76 |
| <i>Gráfico de barras relativo preocupaciones de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 76 |
| Figura 18. | 76 |

| | |
|--|----|
| <i>Gráfico de barras relativo sentimiento de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 76 |
| Figura 19. | 77 |
| <i>Gráfico de barras relativo a escolaridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.</i> | 77 |
| Figura 20. | 78 |
| <i>Gráfico de barras relativo a nacionalidad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 78 |
| Figura 22. | 79 |
| <i>Gráfico de barras relativo a situación laboral de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 79 |
| Figura 23. | 79 |
| <i>Gráfico de barras relativo a escolaridad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 79 |
| Figura 24. | 80 |
| <i>Gráfico de barras relativo a paridad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 80 |
| Figura 25. | 80 |
| <i>Gráfico de barras relativo a complicaciones de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 80 |
| Figura 26. | 81 |
| <i>Gráfico de barras relativo a sentimientos de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 81 |
| Figura 27. | 82 |
| <i>Gráfico de barras relativo preocupaciones de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 82 |
| Figura 28. | 82 |
| <i>Gráfico de barras relativo a problemas de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.</i> | 82 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---------------------|-----------|
| Tabla 1..... | 36 |
|---------------------|-----------|

Número de partos años 2020- 2021, Hospital 3. Fuente: Memoria 2021 * Complejo Hospitalario Universitario 3. 2022 (c). Actividad Asistencial 2021 – Hospital 3 (gobiernodecanarias.org)...36

1.Introducción

Se elabora el presente Relatório referente a Estágio de Natureza Profissional con Relatório final (ENPRF) de Maestría de Enfermería en Salud Materna y Obstétrica, impartido en la Escuela Superior de Enfermería São João de Deus de la Universidad de Évora, con publicación en el Diario de la República de 7 de octubre; Aviso nº 15812/2019 y con registro en la Dirección General de enseñanza superior (R/A- EF 1783/2011/AL03).

El curso tiene el parecer favorable de la Orden de los Enfermeros (OE) (i.e., SAI-OE/2017/9022 y SAI-OE/2019/5981), que reconoce las competencias para la obtención del título de Enfermero Especialista de Enfermería en Salud Materna y Obstétrica (EEESMO) de acuerdo con el Reglamento de las Competencias Comunes de Enfermero Especialista (CCEE) (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de Fevereiro) y con el Reglamento de las Competencias de EEESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de Maio). El ENPRF, es una Unidad Curricular de carácter práctico, que cuenta con 60 European Credit Transfer System (ECTS) que se realizó durante el 2º año de curso, con inicio el 13 de septiembre de 2021 y terminó el 25 de junio de 2022.

Para la obtención de las competencias previstas por la Ley, la experiencia clínica fue alcanzado incluyendo cuidados de vigilancia de la salud de la mujer en el ciclo reproductivo, en los procesos de salud/ enfermedad durante los periodos preconcepcional, prenatal y postnatal y al recién nacido (RN) hasta los 28 días de vida, así como ginecología y climaterio.

El año lectivo estuvo dividido en dos semestres. El primer semestre se inició el 13 de septiembre de 2021 con finalización el día 29 de enero de 2022, con interrupción de la festividad navideña (23 de diciembre de 2021 a 3 de enero de 2022). El segundo

semestre, se llevó a cabo desde el 22 de febrero de 2022 a 25 de junio de 2022, con interrupción de la festividad de Semana Santa.

Las rotaciones prácticas. se realizaron en diferentes servicios hospitalarios y centros de salud, los cuales ofrecieron al estudiante la posibilidad de aprender técnicas y protocolos diferentes por parte de cada institución. Todas las rotaciones prácticas estuvieron supervisadas por una orientadora clínica, designada por la jefa de servicio, cuyas funciones consistieron en velar por las buenas prácticas del estudiante de enfermería en la especialidad de salud materna y obstétrica (EEESMO), evaluando día a día su aprendizaje. Durante todo el proceso práctico, el alumno se reunió con su orientadora pedagógica, Profesora Doctora María Da Luz Barros, a quien se reportó tanto las actividades que se realizaban, las técnicas aprendidas y utilizadas, así como cualquier tipo de problema que pudiera existir en cada rotación. Se realizaron dos reuniones conjuntas entre orientadora clínica, orientadora pedagógica y alumno. Estas reuniones se llevaron a cabo a mitad de la rotación y al finalizar la misma. Los temas a tratar en dichas reuniones fueron la evolución del alumno, los objetivos cumplidos, así como la puntuación alcanzada en cada rotación práctica.

Durante el primer semestre, se realizaron prácticas en servicios de cuidados de salud primarios, embarazadas/ ginecología y sala de partos, con una duración de seis semanas cada campo clínico. En el segundo semestre, la práctica clínica se llevó a cabo en sala de partos, urgencias obstétricas y ginecológicas, puerperio y neonatología.

Todos los campos clínicos estuvieron de acuerdo con las bases reguladas por las competencias comunes de enfermero especialista (CCEE) (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de fevereiro) y con Reglamento de las competencias de EEESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de maio).

Las prácticas realizadas en cada rotación permitieron al alumno adquirir y desarrollar

competencias específicas del área de la especialidad y competencias comunes a los enfermeros especialistas, sabiendo evidenciar conocimiento en las vertientes de cuidados especializados y de investigación, mostrando:

- Capacidad de reflexión crítica sobre las prácticas.
- Fundamentación de elección con base en la teoría.
- Capacidad para utilizar investigación y evidencia científica.
- Capacidad de comunicar conclusiones, conocimientos y capacidad de raciocinio tanto a especialistas como no especialistas, de manera clara.

Tras la finalización de las rotaciones prácticas, el estudiante mostrará sus conocimientos sobre cuidados especializados dentro del área de salud materna y obstetricia, utilizando su capacidad de reflexión crítica, fundamentando sus búsquedas científicas para ultimar en sus conclusiones de forma clara.

Considerando que se desarrollaron prácticas en enfermería, los cuidados se centraron en una teórica de enfermería para llevar a cabo unos cuidados de calidad. Se eligió a la Teórica Hildegard Peplau, y su Teoría de las Relaciones Interpersonales. Esta teoría basa sus cuidados en cuatro fases por las que pasan enfermera- paciente durante el proceso de cuidado. Estas fases son: Fase de orientación, momento en el que la paciente tiene una necesidad percibida y busca la asistencia de un profesional; fase de identificación, donde la enfermera facilita la explotación de los sentimientos para ayudar a la paciente a sobrellevar el problema percibido ; fase de aprovechamiento, en la que la paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de la ayuda que se le ofrece a través de la relación enfermera- paciente; fase de resolución, es el momento en el que las antiguas metas se van dejando gradualmente a un lado, a medida que se adoptan otras nuevas.

Hildegard Peplau veía al paciente como a un compañero durante su proceso de cuidado, alguien a quien hay que conocer lo suficientemente bien como para para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa, conceptualizando al paciente como compañero/a en el proceso enfermero, teniendo como objetivo que el paciente alcance el máximo grado de desarrollo personal. H.Peplau basó su modelo en la enfermería psicodinámica, en la que el personal de enfermería tiene que comprender su propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar sus dificultades percibidas.

Para H.Peplau la enfermera adopta varios roles en su relación enfermera- paciente, el primero de los Roles es de persona extraña, coincidiendo con la fase de identificación. El trato con el paciente es amable y cortés y no existe clima de confianza. El segundo Rol es de persona con recursos, donde la enfermera da respuestas al paciente sobre su propia salud de manera adecuada al paciente de acuerdo con sus capacidades y personalidad. Rol de docente, donde muestra sus dotes de enseñanza en base a lo que el paciente quiera aprender. Rol de líder, donde la enfermera ayuda al paciente de modo democrático, sustituto o consejero, siendo este último el más importante para la enfermería psiquiátrica.

Para H.Peplau, en su concepto de Metaparadigma, la persona es solo el individuo, sin incluir a la familia ni la comunidad. Esta persona se encuentra en un equilibrio inestable y es en ese momento cuando aparece la enfermedad. El entorno, se debe tener en cuenta la cultura del paciente, así como los valores. La salud, implica el movimiento de cada personalidad hacia una vida creativa y productiva en la comunidad. Enfermería, es un proceso interpersonal que actúa conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan el estado de salud. Es la relación que existe entre una persona enferma y una enfermera especializada, capaz de reconocer las necesidades del paciente para ayudar en su proceso hacia la salud.

Tras escoger un tema para profundizar en su conocimiento, el estudiante, expondrá todo lo dicho anteriormente en unas pruebas públicas, defendiendo sus argumentos de manera correcta. El tema escogido fue la “ Promoción de la salud mental en la mujer embarazada y puérpera”, un tema poco explorado en el ámbito sanitario y con escasez de protocolos y programas específicos para los propios profesionales que trabajan a diario con estas mujeres. Por este motivo se profundizó en el tema escogido con el objetivo principal de conocer los principales trastornos que podría padecer una mujer en el período de gestación o en el momento posparto, para ayudar tanto a la señora en cuestión como a sus familiares a identificar los signos de alarma relacionados con estos trastornos.

Gracias a los convenios internacionales con los que cuenta la Universidad de Évora, se ofreció la opción de realizar las prácticas en España y Portugal, convirtiendo la formación del estudiante especialista en un enriquecedor proyecto multicultural a nivel profesional y personal, que convertirán al enfermero generalista en un gran enfermero especialista con una visión holística tanto del trabajo desempeñado, como de sus habitantes y diferentes culturas, para poder brindar los cuidados precisos a la mujer en todas las etapas de su vida.

Son muchas las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz, que sufren algún tipo de trastorno mental y la mayoría de ellas no es consciente de ello o no lo cuenta por miedo a los prejuicios. El gran riesgo de mortalidad materna en el periodo perinatal evidencia la necesidad urgente de una mayor vigilancia en las puérperas, dentro de los 90 días posteriores al parto. Algunos estudios asocian los dolores que sufre la mujer en el parto a tener un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, además explican que las demandas del embarazo y el parto hacen que estas pacientes sean más vulnerables a trastornos como: depresión postparto, ansiedad, trastornos del estrés,

provocando mayores tasas de mortalidad con mayor riesgo durante el primer año después del diagnóstico (Munro et al., 2020). Otros estudios sugieren la relación bidireccional que existe entre la falta de sueño y la alteración del estado de ánimo (Okun et al., 2018), demostrando que la alteración del sueño es un síntoma prodromático de episodios depresivos nuevos y recurrentes. Sin embargo, nuevos estudios plantean la hipótesis de que los cambios en el sistema inmune que surgen a lo largo del embarazo pueden contribuir a un mayor riesgo de trastornos de salud mental de la puérpera (Schwarz, 2019).

El efecto que ha producido la pandemia debido a la COVID 19, ha sido un estado de incertidumbre generalizado para toda la población y este hecho ha provocado una gran ansiedad en embarazadas y puérperas que no sabían cómo iban a realizar su parto, que ocurriría con sus bebés y cómo afectaría este estado a cada caso. De algún modo u otro, esta situación ha ocasionado que embarazadas y puérperas sientan preocupaciones con el parto y el bienestar de sus hijos no nacidos y además esto se ha visto agravado por no poder estar acompañadas por sus familiares, falta de una persona de apoyo durante el parto, cambios en el plan de partos o que su bebé contraiga la enfermedad (Basu et al., 2021). Las mujeres embarazadas y puérperas refieren durante esta etapa niveles elevados de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Esto puede tener repercusiones negativas tanto para la mujer como para el desarrollo fetal y su progreso infantil.

Para el desarrollo del Relatorio, definimos los objetivos y actividades a desarrollar con base en el Reglamento nº 140/2019, de 6 de febrero, referente a las competencias comunes de Especialista en el Reglamento nº 391/2019, de 3 de mayo específicas del Especialista en Enfermería en Salud Materna y Obstétrica (EESMO). El presente Relatorio, tiene como objetivo presentar el trabajo realizado durante las prácticas de Enfermero especialista en salud materna y obstetricia en las diferentes áreas dedicadas a

la salud femenina, su familia y entorno. Estas prácticas se desarrollaron en varios hospitales de la capital portuguesa, así como en el archipiélago canario, dentro del territorio español. Para ello, el siguiente Relatório se compone de una introducción, un análisis del argumento, consideraciones finales, referencias bibliográficas, anexos y apéndices, redactado de acuerdo con la normativa APA, 7ª Edición (American Psychological Association) (APA, 2020), adecuada a trabajos académicos.

2. Contexto Clínico de prácticas de Naturaleza Profesional

Las prácticas de naturaleza profesional se desarrollaron en varios servicios clínicos dedicados a la salud de la mujer en todas las etapas de su vida. Estas prácticas se efectuaron durante los años 2021/2022 y se dividieron en dos semestres, cuyos contenidos prácticos abarcaron temáticas tanto de promoción de salud de la mujer gestante y puérpera, como de aquellas incluidas en edad de climaterio; así como de aquellas mujeres que no deseaban continuar con su gestación o la salud de su propio bebé estaba afectada.

Todas las rotaciones prácticas se realizaron en un contexto de Pandemia mundial, debido a la COVID- 19, de difícil gestión e incertidumbre, tanto para las mujeres que se ponían bajo el cuidado de los profesionales de la salud, como para los propios profesionales que tenían como cometido ético y moral cuidar desde un punto de vista holístico de estas señoras y velar por el bienestar de su familia con recursos materiales suficientes en esta época, pero muy pocos recursos humanos, donde cada día era mayor el número de bajas por parte del personal.

Es muy importante remarcar este acontecimiento tan duro para la ciudadanía mundial y tan extendido en el tiempo, para entender la situación personal y laboral de cada persona con la que se trató a nivel laboral como personal a lo largo de todo este año práctico. A nivel profesional, se ha podido comprobar un hartazgo muy superior al que se suele objetivar habitualmente en el personal sanitario y esto sin duda, repercute en el bienestar de las usuarias a las que se trata en todos los servicios.

Las prácticas de naturaleza profesional se realizaron en dos hospitales de Portugal y en Canarias, España. Esta variedad de experiencias permitió el conocimiento y aplicación de instrumentos utilizados en la práctica clínica, que permitieron la

investigación en salud, utilizando dos Software de registros de enfermería como el Sclinic en Portugal y los programas Drago y Philips en España. Estos programas permiten realizar una historia detallada tanto de la mujer como de su parto y todos los registros cardiotocográficos. Esta innovación tecnológica en cuanto a informática hace posible registrar el partograma completo de la mujer, pudiendo observar en línea desde cualquier punto del hospital los cambios sucedidos durante el trabajo de parto y esto es muy beneficioso para el equipo al completo y para el propio enfermero especialista, quien con observar la pantalla del ordenador y ver la evolución de las gráficas puede actuar de un modo u otro a la mayor brevedad.

Períodos de rotación práctica

Figura 1.

Períodos de rotación práctica. Hospitales de Portugal y España

| Hospital | Servicio | Período |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| Hospital 1. | Servicio de embarazadas y ginecología | 14-09-2021 / 22-10-2021 |
| | Consultas externas | 25-10-2021/ 03-12-2021 |
| Hospital 2. | Paritorio | 06-12-2021/ 21-01-2022 |
| Hospital 3. | Paritorio | 07-02-2022/ 28-02-2022 |
| | | 01-03-2022/ 18-04-2022 |
| | Puerperio | 20-04-2022/ 23-05-2022 |

2.1 Caracterización del contexto

En este apartado se realizará una descripción tanto de los recursos humanos, materiales y físicos de cada hospital y en concreto de las unidades por las que se ha rotado. Se enumerarán diferentes datos estadísticos para conocer dichos recursos y la población a la que ofrece sus servicios. Esta sección adquiere una gran relevancia dentro del contexto general de las prácticas de naturaleza profesional, pues es desde aquí desde donde se genera la adquisición de competencias y cumplimiento de objetivos del EESMO.

Hospital 1 – Servicio de internamiento de embarazadas y ginecología

La primera rotación de prácticas fue realizada en el Hospital 1, Uno de los grandes hospitales con los que cuenta Lisboa. El hospital 1, desde ahora será nombrado así debido a la confidencialidad, comenzó su actividad en septiembre de 1991, sustituyendo a un hospital antiguo y manteniendo el carácter de entidad pública al servicio de la ciudadanía. El hospital, atiende en la actualidad a una población de unos 350.000 habitantes. Algunos servicios del hospital responden a poblaciones de una importante zona de Lisboa, particularmente en las áreas de especialidad neonatología y neurocirugía (Hospital García de Orta E.P.E, 2022). Este hospital, tiene una capacidad de 545 camas y cerca de 2.500 profesionales distribuidos entre las diferentes especialidades. Entre las especialidades a destacar y la que resulta de relevancia para este informe es el área de Maternidad y Ginecología. Este servicio está acreditado por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) como hospital amigo de los niños desde el año 2005 y también cuenta con la acreditación de CHKS.

El hospital 1, atendió un total de 3.495 partos en el año 2021(SNS, 2022), este es un dato muy relevante para conocer la magnitud de mujeres atendidas no sólo a

nivel de ingresos en planta de embarazadas de riesgo, sino también en el paritorio, y poder tener una visión del volumen de cuidados ofrecidos por parte de los trabajadores/as, en particular el trabajo de las EESMO (Figura 2).

Figura 2.

Número de nacimientos Hospital 1, año 2021 (SNS, 2022)

| Periodo | Región de salud de LVT | Hospital | Número de nacimientos |
|----------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------|
| 2021-03 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 192 |
| 2021-08 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 440 |
| 2021-11 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 423 |
| 2021-10 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 441 |
| 2021-12 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 402 |
| 2021-01 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 188 |
| 2021-04 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 203 |
| 2021-02 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 140 |
| 2021-05 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 197 |
| 2021-09 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 413 |
| 2021-06 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 206 |
| 2021-07 | Región de salud de LVT | Hospital 1 | 250 |
| | | TOTAL | 3495 |

Nota. Creación de figura propia del alumno.

La **Misión** del este hospital es proporcionar atención médica diferenciada a todos los ciudadanos, implementando políticas de salud a nivel nacional y regional, planes estratégicos y decisiones, asegurando a cada paciente, la atención que corresponde a sus necesidades y haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles, cubriendo las áreas de educación, formación e investigación, prevención y continuidad de la atención.

Como **Visión**, la institución, pretende establecerse como un establecimiento de referencia, consolidando sus áreas de excelencia y la prestación de atención de calidad, asegurando la sostenibilidad y accesibilidad, así como satisfacción de sus empleados y usuarios.

Los **Valores** del establecimiento son: Prestación de servicios públicos; Usuario en el centro de la prestación de los cuidados; cumplimiento de la normativa ética hospitalaria; equidad en la prestación de cuidados; eficiencia de los recursos hospitalarios; promoción de la calidad y excelencia en la gestión clínica; Preservación del patrimonio y protección del medio ambiente (Hospital García de Orta E.P.E, 2022).

El servicio de embarazadas con patología y ginecología se encuentra ubicado en la quinta planta, enfrente del servicio de púerperas y al lado de neonatología. Es de fácil acceso para cualquier usuaria y también para sus visitantes, aunque la distancia con el paritorio y los quirófanos de ginecología es grande, pues estos se sitúan en la primera planta y en los casos más emergentes, la enfermera especialista junto con él/la profesional en cuidados de enfermería, deben recorrer un pasillo con puerta de seguridad, tomar un ascensor hasta la primera planta y pasar nuevamente otra puerta de seguridad.

Durante la estancia en el servicio, la supervisión clínica se llevó a cabo por una

de las enfermeras especialistas y durante la primera semana, mientras la enfermera se encontraba de vacaciones, la supervisión fue llevada a cabo por otras cinco enfermeras especialistas del servicio.

El período de prácticas se desarrolló desde el 14/09/2021 y tuvo su final el 22/10/2021(Figura 1), manteniendo el primer contacto con la especialidad en salud materna y obstétrica, conociendo la patología asociada al embarazo de riesgo y adentrándome en un área de la enfermería en la que pasaré gran parte del resto de mi vida. Durante la rotación práctica en el servicio de embarazadas de riesgo y ginecología, se tuvo la oportunidad de ofrecer cuidados a muchas embarazadas que presentaban diferentes patologías, como fue el caso de la paciente “X” (Apéndice 1), se asignará esta letra para conservar su intimidad. Durante el ingreso de la paciente “X”, se tuvo la posibilidad de poner en práctica todos los conocimientos relacionados con el embarazo de riesgo y en este caso con la amenaza de parto prematuro, en una mujer de 44 años con un índice obstétrico de O131 (0= partos a término, 1= partos pretérmino, 3= Número de abortos /Interrupción del embarazo, 1= Número de hijos vivos). La señora tenía dificultades en cuanto a la barrera idiomática, pues no entendía Portugués, ni español. Solo hablaba inglés y su idioma natal, tailandés, lo que dificultó la tarea de la comunicación fluida con algunas personas de la plantilla de trabajadores/as del servicio.

La señora presentaba numerosos problemas fisiológicos como hiponatremia, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, estos problemas hacían que se mostrara lábil y triste, pensando en el bienestar de su hijo y en la posible pérdida fetal. Por estos motivos, a la hora de prestar cuidados a la paciente “X”, se tuvieron muy en cuenta los aspectos fisiológicos y también los psicológicos a la hora de interactuar con la paciente, pues la importancia de crear un vínculo afectivo, conociendo a la señora como compañeros, según refería Hildelgard Peplau y ganar su confianza para así

asegurar el bienestar materno-fetal, eran los objetivos principales para llegar a la fase de resolución, según la teoría de las relaciones interpersonales (Peplau, 1991), en las que se apoyaron estos cuidados.

El servicio se distribuye de la siguiente manera

Cuenta con doce camas destinadas a mujeres con problemas ginecológicos, divididas en cuatro habitaciones con 3 camas cada una. La primera habitación se reserva con el nombre de “Senología”, y allí ingresan todas aquellas mujeres con patología mamaria. A continuación, se disponen otras siete habitaciones dedicadas a mujeres con patología obstétrica. Estas habitaciones pueden ser tanto triples como dobles y todas ellas cuentan con su propio aseo. Justo enfrente del control de enfermería y dentro del grupo de habitaciones dedicadas a obstetricia, se encuentran las camas 16, 17 y 18 dentro de un mismo habitáculo, donde se realizan las inducciones de parto de aquellas que consideren los facultativos. Por último, existen dos habitaciones dobles que se utilizan de manera individual, destinadas a mujeres que precisan más intimidad bien pérdida de su bebé o por otros motivos como infección por COVID. En el mismo pasillo existen dos habitaciones para el descanso de los facultativos y tres despachos, destinados a reuniones del personal. También existen varios cuartos destinados a residuos, almacén, sala de ecografías y pruebas, office para el personal de enfermería y dos baños con duchas para las usuarias, así como un baño para el personal.

La plantilla de profesionales en el servicio se conforma en cada turno por 2 auxiliares de enfermería, dos o tres enfermeras generalistas y dos o tres enfermeras especialistas en salud materna y obstétrica, dos facultativos y dos o tres médicos internos, una o dos personas del servicio de limpieza.

Durante el tiempo que he permanecido en el servicio y debido al estado de

emergencia por el que pasa el país y el resto del mundo por la pandemia COVID- 19, la directiva del hospital 1, tomó la decisión de que las señoras que ingresaran en el servicio no pudieran permanecer con sus respectivas parejas o seres queridos que ellas eligieran, y solamente pudieran ser visitadas dos veces al día, en una franja horaria muy limitada y durante 15 minutos. Este hecho puede agudizar más aún el estado de preocupación de las mujeres y el miedo se puede apoderar de ellas, sobre todo de aquellas que tienen que permanecer ingresadas durante meses. Muchas enfermeras generales y enfermeras especialistas piensan que es un hecho que ayuda al silencio y al descanso, otras sin embargo, piensan que la pareja no es una visita sino un acompañante de vida, y esta etapa de vida sin duda es de las más duras que va a vivir la usuaria y no sería recomendable pasar tanto tiempo sin sus seres queridos cerca de ella.

Es función de la EESMO, cuidar tanto de la mujer como de su compañero/a dentro de la familia y la comunidad, sin embargo, debido a decisiones tomadas desde el poder legislativo, ha sido muy difícil llevar a cabo esta labor tan importante y posiblemente este hecho creó inseguridad tanto en las mujeres ingresadas como de sus familias en detrimento del bienestar físico y mental.

Hospital 1- Servicio de Consultas externas

La segunda rotación práctica tuvo la suerte de realizarla en el mismo hospital, pero conocí un trabajo diferente y que me apasionaba realmente como nunca habría pensado. Esta segunda rotación se llevó a cabo en el período de 25/10/2021 hasta el día 03/12/2021(Figura 1). La supervisión clínica estuvo a cargo de una de las enfermeras especialistas del servicio y la formación durante la rotación fue supervisada también por otra de las enfermeras especialistas, llegando a un total de cuatro enfermeras a cargo de la formación del alumno. Este hecho enriqueció los conocimientos del discente, adquiriendo formas de trabajar y técnicas diferentes.

Las consultas externas de este hospital se encuentran situadas en el primer piso del hospital, con un acceso muy fácil para las usuarias, pues se sitúan en la puerta principal. Para poder acceder a las consultas externas es necesario solicitar la cita en una máquina y gracias a eso, dentro de consulta se puede saber si la señora ha llegado a su cita o no y la hora a la que llegó.

En el momento en el que realicé mi rotación práctica, el servicio estaba en obras y a mi llegada se me hace saber que viven un momento relativamente de “caos” tanto por las obras, como por la plantilla del personal que forma las consultas externas, pues había varias enfermeras especialistas de baja médica, lo que significaba que existía gran presión para las trabajadoras del lugar.

En cuanto al espacio físico, el servicio está dividido en 4 consultas de enfermería especialista, 3 consultas para facultativos y médicos internos, una sala de ecografía y una sala para realización de amniocentesis. En el mismo lugar se habilitó un pequeño pasillo que hace las veces de office para el personal.

Las consultas que realizan las enfermeras especialistas son:

- Periparto.
- Materno- Fetal.
- Embarazo no deseado.
- Edad materna.
- Amniocentesis.

La plantilla de personal sanitario está compuesta de cinco enfermeras, aunque hay días en los que sólo hay dos o tres enfermeras especialistas, una o dos facultativas ginecólogas- Obstetras adjuntas, dos o tres médicos internos ginecólogas- Obstetras y una auxiliar de enfermería. En cuanto a la estructura y el método de trabajo que siguen

las enfermeras especialistas en el servicio de consultas externas, se divide de la siguiente manera:

Consulta Materno- Fetal/Embrio- Fetal

A esta consulta acuden las mujeres embarazadas que presentan alguna patología asociada o no al embarazo como puede ser Hipertensión arterial, diabetes gestacional, patología previa al embarazo o algún tipo de problema que presente el feto y precise de un control más exhaustivo durante la gestación. La mayoría de las mujeres viene acompañada por su pareja o algún familiar.

Para llevar a cabo esta consulta, la enfermera especialista recibe a la embarazada y su acompañante, realiza una breve entrevista sobre el embarazo y solicita el Boletín de la embarazada, donde aparecen todos sus datos desde el comienzo del embarazo y si no cuenta con dicho Boletín se le proporciona en la misma consulta, rellenando los datos relevantes como talla, peso, analíticas, tensiones arteriales y próximas consultas. Una vez realizada la entrevista, se procede a la auscultación de los latidos cardiorfetales por Doppler si está por debajo de las 28 semanas o se realiza un registro cardiotocográfico durante 20 minutos, siempre y cuando los resultados del registro surjan dentro de la normalidad, sino se realizará un registro más largo. Este registro lo examinará el/la facultativo especialista.

Consulta Periparto

A esta consulta son encaminadas desde el centro de salud las mujeres con un embarazo mayor de 40 semanas o que se aproxima a esa edad gestacional y aún no presentan signos de parto. La enfermera especialista se encarga de realizar una entrevista, valorar los datos tanto de analíticas como de ecografías y plasmarlo en el Boletín de la embarazada. Después de realizar todo esto, la EESMO realiza un registro cardiotocográfico para evaluar el bienestar materno fetal. En esta consulta es muy

importante enfatizar los signos de alarma para acudir al hospital (Sangrado, dolor, fiebre, movimientos fetales por debajo de 10 en una hora entre otros) , que también aparecen en las páginas del final del Boletín de la embarazada, explicar la ropa de bebé y de la madre que deben llevar al hospital el día del ingreso, la importancia del contacto piel con piel de madre e hijo, así como los beneficios de la lactancia materna. Tras esta consulta y si el parto no se ha desencadenado, la embarazada será citada una semana y unos días más tarde para inducir el parto en la planta 5ª del mismo hospital.

Consulta de edad Materna

Acuden a esta consulta las mujeres con una edad mayor de 35 años recomendado por su médico de familia. En esta consulta son muchos los parámetros a medir y la entrevista de enfermería lleva más tiempo. En primer lugar, se realiza una entrevista de enfermería, tanto de la gestante como de su pareja. Se recogen datos de ambos, tanto de enfermedades que padezcan como las que puedan padecer sus familiares. Se solicita el Boletín de la embarazada, así como ecografías y analíticas. Se mide la tensión arterial en ambos brazos y dos veces. Con estos datos y una analítica que se realiza in situ, se envían todos los datos a laboratorio quien, con un programa informático, valoran el estado del bebé e informa si el bebé padece trisomía 13, 18 o 21. Si estos resultados están por debajo de 150 o cerca, es conveniente que la gestante se realice una amniocentesis que se solicita desde esta misma consulta. En caso de que los resultados estén en rangos normales, pero las embarazadas sigan con dudas, y dentro del segundo trimestre, pueden realizarse otro cribado, llamado “Test cuádruple”. Se trata de una prueba sencilla en la que, con solo una gota de sangre de un dedo de la gestante, aplicada sobre un pequeño cartón y enviada después a laboratorio, donde gracias a técnicas de reacción química, pueden valorarse varios parámetros de enfermedad genética (Apéndice 2), para conocer el porcentaje de posibilidades de padecer alguna

enfermedad genética. Con esta prueba sencilla y casi indolora, se puede detectar la Alfa-Feto proteína (AFP), que indicaría problemas en el tubo neuronal, Síndrome de Down u otras anomalías cromosómicas (Głowska-Ciemny et al., 2022).

Consulta de embarazo no deseado

A esta consulta acuden aquellas mujeres embarazadas y que por diversos motivos no desean continuar con el avance del embarazo. Es una consulta muy transitada, en ocasiones hay más de 17 mujeres, y la carga de trabajo para una sola enfermera especialista, hace que siempre se termine la consulta horas más tarde.

Para acceder como paciente a esta consulta es necesario haber visitado a su médico de familia y acudir con una ecografía de confirmación del embarazo, informe psicológico, un informe del propio médico así de un informe donde se indica que la mujer está informada del procedimiento y está plenamente segura de finalizar con la continuación del embarazo. Cuando acuden a consulta, la mayoría de las gestantes acude con miedo, vergüenza, incluso una pena que refleja su propia mirada.

Para comenzar la interrupción del embarazo se indica a la gestante que firme una serie de documentos que ya traen leídos desde su domicilio. Tras una breve entrevista y una revisión de los documentos se inicia el tratamiento de manera ambulatoria, ya que este procedimiento es llevado a cabo mediante la toma de varios fármacos como mifepristona en una sola toma y misoprostol tomado en varias ocasiones. Este tratamiento sólo podrá iniciarse si la señora no ha cumplido las 10 semanas + 4 días de gestación, según protocolo hospitalario. En cualquier caso, si sobrepasa esta edad gestacional, sólo podrá realizarse la interrupción del embarazo por otros medios y siempre justificados por un médico y en algunos casos mediante denuncia policial en caso de haber sido una gestación producto de un abuso sexual.

Debido a que las propias mujeres deben continuar con el tratamiento oral y vaginal en su domicilio, se realiza un esquema diseñado por la enfermera especialista y por el estudiante en enfermería especialista en salud materna y obstetricia, donde de manera esquemática y muy visual, se pide a la señora realizar una fotografía a los datos para no olvidar la pauta en su domicilio (Apéndice 3), donde se podrá comprobar la imagen que las propias mujeres verán en sus domicilios, dependiendo de la edad gestacional).

Se podría decir que esta consulta es la que más me ha impactado y a la vez ha cambiado mi forma tanto de ver, como de sentir. Llegué como un alumno de ideas fijas y propias de una persona que ama la vida sin incluir todos los sentimientos y circunstancias de cada uno y después de 6 semanas salí amando la vida, pero desde otro punto de vista, removiendo cada esquina de mis pensamientos y colocándolos de tal forma en la que individualizar cada caso era lo más sensato para ser enfermero especialista.

Antes de abandonar la consulta se explica a las mujeres los métodos anticonceptivos existentes y los que más convienen a su situación. Antes de irse la mayoría de las mujeres han decidido tanto método anticonceptivo como resuelto sus dudas con los mismos. Los métodos anticonceptivos más utilizados y elegidos por las mujeres son: Implante subcutáneo (Implanon). Se realiza técnica aséptica por parte de la enfermera, donde tras aplicar una pequeña dosis de anestésico subcutáneo, se inyecta un dispositivo de tamaño muy pequeño en la cara anterior del brazo de la señora, teniendo una duración de hasta tres años, pudiendo retirarlo siempre que la señora decida, acudiendo al servicio donde se lo insertaron o a su centro de atención primaria (Apéndice 4), píldora anticonceptiva y Dispositivos intrauterino (DIU). Otras mujeres deciden no tomar aceptar métodos anticonceptivos por sus propias creencias, aunque son muy pocas.

Para apoyarse en el tratamiento electivo para cada mujer, es de gran ayuda apoyarse en la rueda de elegibilidad que la empresa Organon cedió al servicio. Los datos generales que tiene la rueda son: Edad, sobrepeso, enfermedades, tabaquismo, antecedentes médicos, patologías previas como cáncer de mama, dolores de cabeza, aborto, amamantamiento, interacciones médicas o anomalías intrauterinas, entre otras. De este modo, eliges una opción si existiera y giras la rueda, indicándote cual es el mejor tratamiento para esa señora. Este tratamiento siempre debe hablarse tanto con la mujer como con su médico, quien valorará la posibilidad de otro tratamiento (Anexo 1).

Consulta de Amniocentesis

Son derivadas a esta consulta todas aquellas gestantes que tengan factores predisponentes a padecer alguna trisomía o malformación física. La mayoría son encaminadas desde consulta de Edad materna y tras realizar el cribado que se realiza en esa consulta de primer o de segundo trimestre, si los datos no son favorables para la madre y/o el bebé, es recomendable la realización de la prueba de amniocentesis para tener una certeza del 99% de patologías en el bebé. La amniocentesis es una prueba invasiva en la que se extrae líquido amniótico del saco amniótico del bebé, a través de una punción en el abdomen de la gestante y bajo el ombligo. Se trata de una técnica relativamente sencilla que conlleva riesgos pero se obtienen unos resultados fiables sobre el desarrollo del bebé (Bernal et al., 2018). Esta prueba se lleva a cabo dentro de una sala en calma, a oscuras y por parte de un médico obstetra especializado.

Hospital 2. Paritorio

Este hospital, fue inaugurado en 1995 como primer hospital privado, pasando a gestión pública el 1 de enero de 2009. Es la unidad hospitalaria que sirve a las agrupaciones de los centros de salud de una zona muy habitada de Lisboa, con 523.112 pacientes inscritos a fecha 2017, representando un 14 % de los pacientes de la región de

Lisboa y Valle del Tajo y cerca del 5% de los pacientes inscritos a nivel nacional (Saúde., 2019.).

La **Misión** del Hospital, es proveer de cuidados de salud diferenciados y de calidad, garantizando padrones de desempeño técnico- científico de eficaz y eficiente gestión de recursos y de humanización.

Como **Visión**, el establecimiento, se ofrece como hospital de referencia en términos de facilidad de acceso y calidad de actividad asistencial, de articulación con los servicios de salud primarios y cuidados de salud continuados, de promoción de trabajo multidisciplinar y económicamente sostenible.

Los **Valores** que brinda el hospital 2, son honestidad y justicia con terceros, ya sean proveedores, pacientes o entidades (Saúde., 2019.).

La tercera rotación práctica se desarrolló en Paritorio, ubicado en la primera planta del hospital, comunicado por dos entradas, una de las entradas por la puerta principal, con un acceso más complicado, por donde accede el personal y visitantes y otra entrada directa tanto a paritorio como a pediatría por donde son admitidas tanto las pacientes que acuden por urgencia obstétrica y ginecológica como los pacientes pediátricos.

La supervisión clínica de esta rotación práctica estuvo a cargo de una de las enfermeras especialistas del servicio, quien trabajó con esmero en mostrar al estudiante enfermero técnicas y protocolos para realizar el trabajo de manera exitosa.

El servicio de paritorio distribuye de la siguiente manera

1 enfermera jefa

1 responsable enfermera especialista

26 enfermeras especialistas en salud materna y obstetricia.

14 enfermeras generalistas.

2 bajas por maternidad.

En el servicio hacen un total de 44 enfermeras, que trabajan en diferentes turnos. El día se divide en tres turnos en los que trabajan un número diferente de profesionales. En el turno de mañana trabajan 7 enfermeras especialistas (EESMO)+ 1 responsable, en el de la tarde igual y durante el turno de la noche trabajan 4 enfermeras especialistas (1 jefe de equipo, 1 triaje, 1 para los paritorios 1,2,3 y otra para los 5 y 6) y 3 enfermeras generalistas (1 para el bloque operatorio, 1 para reanimación postparto y 1 para ginecología).

Los horarios de mañana son de 08:00 a 15:30, de tarde van de 15:00 a 22:30 y de noche de 22:00 a 08:30. A veces algunas enfermeras doblan turno, bien por conveniencia o bien por falta de personal. El hospital 2 se encuentra enclavado entre dos municipios con mucha población, pero con muy mala comunicación. Los únicos transportes disponibles son: Autobús, Taxi, Uber, Cabify o vehículo propio. Los autobuses tienen varias líneas regulares, pero sus horarios son muy reducidos hacia ciertos destinos y es por ello por lo que, en mi caso, he tenido que contratar los servicios de Cabify y Uber para llegar al hospital.

A 31 de diciembre de 2019, el hospital contaba con un total de 2.447 trabajadoras de sexo femenino y 681 de sexo masculino y 32 trabajadores con discapacidad.

En cuanto a los partos realizados durante los años 2017, 2018 y 2019 en el hospital 2, se realizaron un total de 1.499, 1.492 y 1.484 respectivamente al año indicado y un número elevado de cesáreas, así como partos distócicos (Figura 3). En cuanto al número de nacimientos atendidos en el año 2021, existe una disminución notable respecto al año 2019 (Figura 4).

Figura 3.

Número de partos y cesáreas Hospital 2. Informe de cuentas Hospital 2, año 2019.

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Partos Eutócicos | 1.499 | 1.492 | 1.484 |
| Partos Distócicos | 287 | 334 | 357 |
| Cesáreas | 866 | 827 | 905 |
| Total | 2.652 | 2.653 | 2.746 |
| % Cesáreas | 32,7% | 31,2% | 33,0% |

Nota. Creación de figura propia del alumno.

Figura 4.

Número de nacimientos año 2021, Hospital 2. Número de nacimientos ,Año 2021 (SNS, 2022).

| Periodo | Región de salud de LVT | Hospital | Número de nacimientos |
|----------------|------------------------|------------|-----------------------|
| 2021-03 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 181 |
| 2021-04 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 199 |
| 2021-06 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 222 |
| 2021-10 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 246 |
| 2021-01 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 178 |
| 2021-05 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 237 |
| 2021-08 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 168 |
| 2021-09 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 196 |
| 2021-02 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 194 |
| 2021-07 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 207 |
| 2021-11 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 230 |
| 2021-12 | Región de salud de LVT | Hospital 2 | 193 |
| | | Total | 2451 |

Nota. Creación de figura propia del alumno.

Hospital 3. Paritorio

El hospital se encuentra enclavado en un lugar estratégico para dar respuesta a una gran población de Canarias, con fácil acceso a la autopista que une la isla de norte a sur. Pertenece a un gran complejo hospitalario insular materno- infantil, lo que favorece la comunicación entre los dos hospitales que, en situaciones especiales como urgencias vitales, resta tiempo de desplazamiento, posibilitando de este modo un tratamiento precoz en la vida de esa persona.

Se trata de un hospital creado en 1982, anexo a otro hospital fundado en 1971, que nace con la intención de atender a mujeres y niños/as y que juntos forman un complejo hospitalario de los más importantes de todas las Islas Canarias. En la actualidad el complejo hospitalario cuenta con aproximadamente 4.852 profesionales y atiende una gran cantidad de partos cada año, llegando en 2020 a los 3.693 partos y 3.608 en 2021 (Tabla 1).

Tabla 1.

*Número de partos años 2020- 2021, Hospital 3. Fuente: Memoria 2021 * Complejo Hospitalario Universitario 3. 2022 (c). Actividad Asistencial 2021 – Hospital 3 (gobiernodecanarias.org).*

| PARTOS | 2020 | 2021 | Variación absoluta | Variación relativa |
|---------------------------------|--------------|--------------|---------------------------|---------------------------|
| Partos totales | 3.693 | 3.608 | -85 | -2,30% |
| Partos vaginales | 3.377 | 3.248 | -129 | -3,82% |
| Cesáreas | 316 | 360 | 44 | 13,92% |
| Recién Nacidos | 3.771 | 3.676 | -95 | -2,52% |
| Relación Cesáreas/Partos | 8,56% | 9,98% | 1,42% | 16,61% |

Nota. Esta tabla muestra el número de nacimientos durante los años 2020 y 2021.

Hospital 3. Servicios de Puerperio y Neonatología (Transición)

La planta o servicio de puerperio, se encuentra en la sexta planta del hospital. Se divide en los pasillos (Norte y Sur), lo que ayuda a dividir los cuidados de madres y bebés de manera ordenada y equitativa. Tiene veinte habitaciones dispuestas a ambos lados de cada pasillo y cada habitación tiene dos camas y un baño. El servicio de puerperio cuenta con una amplia plantilla de trabajadoras que atarean en turnos de doce horas y en algunos casos de 7,30 horas. En el turno de mañana hay un total de tres especialistas en salud materna y obstetricia, dos enfermeras generalistas, dos o tres auxiliares de enfermería, una limpiadora y una celadora.

El servicio de transición forma parte del bloque de Paritorio y de neonatología. Está formado por dos enfermeras por turno y una auxiliar de enfermería. Juntas se encargan del cuidado inmediato, si fuera necesario, del neonato, siempre que existan problemas de salud o así lo decidan los neonatólogos. El espacio físico del servicio se encuentra enclavado entre puerperio inmediato y paritorio. Cuenta con cuatro incubadoras dotadas con todo lo necesario para los cuidados neonatales precisos. Las enfermeras dedicadas a este servicio son en su mayoría enfermeras especialistas en pediatría y cuentan con muchos años de experiencia en el sector. Son las encargadas de velar por el bienestar del neonato junto con las matronas y el equipo de facultativos. Siempre acompañan los expulsivos junto con las enfermeras de salud materna y obstetricia y en caso de existir algún problema de salud con el neonato, actúan de manera rápida y eficiente de manera autónoma y conjunta cuando llega el médico neonatólogo.

2.2 Metodología (objetivos, población diana, método de aprendizaje)

En este apartado se describe la metodología utilizada durante las prácticas de naturaleza profesional, narrando los objetivos generales y específicos que se desea conseguir; la población diana que recibió los cuidados de enfermería especializada en salud materna y obstetricia y el método de aprendizaje desarrollado.

2.2.1 Objetivos

Durante las prácticas de Naturaleza Profesional, se deben adquirir competencias específicas como enfermero especialista en salud materna y obstétrica, así como la adquisición de aptitudes comunes de dicha especialidad.

Tras la elección de un tema relacionado con la enfermería en salud materna y obstétrica, en este caso, “La Promoción de la salud mental durante embarazo y puerperio”, se realizó una revisión de la literatura científica de 64 artículos, de los cuales 18 se ajustaron al tema propuesto. Se obtuvieron las ideas principales de cada artículo, que servirán de guía de conocimiento tanto al estudiante como a los profesionales que se dedican al cuidado de la mujer embarazada y puérpera, contribuyendo a un cuidado holístico basado en la literatura científica.

Se eligió un tema relacionado con la promoción en salud mental en embarazo y puerperio cuando observé el poco tiempo que se dedica por parte de la enfermería y obstetricia a las mujeres en esta materia dentro de los hospitales y centros de salud. Las inquietudes aumentaron, cuando comencé a leer bibliografía acerca de la salud mental en embarazo y puerperio y asombrarme ante las cifras de afectadas con alguna patología mental durante su proceso. Sumado a lo anterior, son muchos los años que me dediqué a trabajar con personas que padecían algún trastorno mental, entre ellos, mujeres embarazadas y puérperas que ingresaban en la Unidad de Internamiento Breve dentro

del hospital en el que trabajaba.

Objetivos generales

- Cuidar a la mujer dentro de la familia y comunidad en el ámbito de la planificación familiar durante el período preconcepcional, prenatal, durante el trabajo de parto, en el período postnatal, en el climaterio, así como en los procesos de salud/ enfermedad ginecológica y durante su edad fértil dentro de la comunidad. (Enfermeiros, 2019).
- Conseguir capacidades comunes de enfermero especialista en salud materna y obstétrica.
- Realizar búsquedas de carácter científico relacionadas con la salud mental en la mujer embarazada y período de puerperio, relacionado con el tema que se quiere desarrollar durante el período de prácticas, contribuyendo de esta manera a los cuidados positivos en ambas etapas de la vida de la mujer, dando importancia no sólo al bienestar físico, sino también al mental y fomentando el ámbito social, para asegurar una vivencia efectiva de manera holística en la vida de la mujer.
- Narrar las actividades realizadas durante el período de prácticas dentro del Relatório final, para presentar en las pruebas públicas frente al jurado.

Objetivos específicos

- Promover la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, de la planificación familiar y durante el período preconcepcional.
- Efectuar diagnóstico precoz y prevenir complicaciones para la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, planificación familiar y durante el período preconcepcional.

- Providenciar cuidados a la mujer con disfunciones sexuales, problemas de fertilidad e infecciones sexualmente transmitibles.
- Promover, diagnosticar y providenciar la salud de la mujer durante el período prenatal y en situación de aborto.
- Promover la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimizar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
- Diagnosticar y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido.
- Providenciar cuidados a la mujer con patología asociada y/ o concomitante con la gravidez y /o con trabajo de parto.
- Promover la salud de la mujer y el recién nacido en el período de puerperio.
- Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido durante el puerperio.
- Prestar cuidados en situaciones que puedan afectar negativamente la salud de la mujer y el recién nacido en el puerperio.
- Promover la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia.
- Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer durante el período de climaterio.
- Proporcionar cuidados a la mujer que vive el proceso de adaptación a la menopausia.
- Promover la salud ginecológica de la mujer.
- Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones relacionadas con afecciones del aparato genito urinario y/ o de mama.

- Providenciar de cuidados a la mujer con afecciones del aparato genito urinario y / o de mama y facilitar su adaptación a la nueva situación.

Objetivos personales

- Ser capaz de ofrecer cuidados de calidad como enfermero especialista de manera autónoma.
- Ayudar a solucionar cualquier problema o duda que pueda surgir por parte de la señora en el proceso que se encuentre, promocionando su salud.
- Fortalecer el vínculo madre- hijo, así como reforzar vínculo madre- hijo- pareja.
- Velar por la intimidad tanto de la señora a la que ofrecemos nuestro cuidado como de su familia al completo.

2.2.2 Población diana

Durante las rotaciones por diferentes hospitales, se realizaron cuidados especializados de enfermería en salud materna y obstetricia a mujeres en diferentes etapas de la vida, desde los 13 años hasta los 67 años y con vivencias diferentes y procesos tan positivos como un trabajo de parto y no tan positivos como, cirugías ginecológicas y enfermedades como cáncer.

Se realizaron prácticas en diversos servicios obstétrico- ginecológicos y en cada uno, tomando contacto con mujeres en diferentes franjas de edad:

- Servicio de embarazadas de riesgo: Edades entre los 15 y los 67.
- Servicio de consultas externas: Edades entre los 13 y los 43.
- Servicio de paritorio en Lisboa: Edades entre 17 y 44.
- Servicio de paritorio en Canarias: Edades entre 19 y los 44.
- Servicio de puérperas en Canarias: Edades entre los 18 y 45.

No sólo se mantuvo un contacto estrecho con estas mujeres, también se tuvieron en

cuenta las necesidades tanto de sus parejas como de sus familiares y como no, de sus hijos a los que se ofreció el mejor de los cuidados. Todos los cuidados ofrecidos tanto a madres como a bebés se realizaron siempre bajo consentimiento verbal y explicando cada una de las técnicas que se llevarían a cabo. En cada cuidado prestado siempre se tuvo en cuenta el Metaparadigma de enfermería, teniendo como centro de nuestros cuidados a la Madre- Bebé- familia, adecuando los cuidados de enfermería especializada en salud materna y obstétrica que realizaríamos, priorizando la salud y sin olvidar el entorno.

Para llevar a cabo los cuidados precisos y de calidad, se tuvo en cuenta en todo momento el modelo de cuidado de Hildegard Peplau y sus cuatro fases por las cuales se establecen relaciones interpersonales durante el cuidado: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución (Henao-López, 2020).

- **Orientación:** Donde se enfatiza en la expresión de los sentimientos y las necesidades, es el primer encuentro entre la enfermera y la mujer. Es en este momento donde la enfermera debe atender a la mujer embarazada y puérpera de manera efectiva, transmitiendo de manera asertiva sus conocimientos y procesando la información que le llega desde la mujer en su proceso.
- **Identificación:** La enfermera representa una figura de ayuda y que proporciona apoyo. En esta fase enfermera y mujer se conocen, existe una comunicación recíproca, donde la mujer pregunta sus dudas y expresa sus inquietudes. Es en esta fase donde la enfermera puede comprender las necesidades de la mujer y acompañante o familia, minimizar miedos, romper tabúes, hablar abiertamente de sus sentimientos sin sentirse juzgados.

- **Aprovechamiento:** La enfermera ayuda a utilizar al máximo todas las posibilidades y alternativas que hayan encontrado juntos. Es en este punto donde la enfermera puede captar las necesidades de la mujer y su acompañante o pareja y ofrecer la ayuda necesaria.
- **Resolución:** La gestante o puérpera alcanza un nivel de independencia y elabora una idea global sobre la relación establecida durante el proceso.

A largo plazo, todas las experiencias vividas en el proceso de embarazo y parto tendrán efectos positivos y negativos sobre la vida y bienestar de la mujer (Henao-López, 2020) y como consecuencia del su hijo. Es por este motivo que se debe entablar un vínculo con la madre y pareja/ familia que refuerce fortalezas y ayude con las debilidades desde un punto de vista profesional, con una escucha activa, hablando abiertamente sobre cualquier tema de preocupación de la mujer y su pareja y sin hacer juicios de valor.

2.2.3 Método de aprendizaje

El aprendizaje se basa fundamentalmente en la práctica y la reflexión crítica por parte del discente. Es el mismo quien debe darse cuenta de las necesidades fundamentales que precisa una mujer en cualquiera de las etapas de su vida y es por este motivo que no sólo puede basar su aprendizaje meramente en la práctica, sino que es necesario estudiar y leer literatura científica para poder profundizar en los cuidados y saber cuál es el proceder más correcto.

El aprendizaje estuvo acompañado siempre por una orientadora pedagógica, quien veló por el bienestar del estudiante en prácticas y aseguró un correcto aprendizaje mediante reuniones privadas y conjuntas, inspeccionando que se estaban logrando los

objetivos marcados por la Orden de los Enfermeros de Portugal (Enfermeiros, 2019) dentro del marco europeo, plasmando dichos objetivos en documentos que fueron puntuados de 0 a 20 puntos, donde 0 es insuficiente y 20 excelente. Además de la orientadora, el alumno estuvo acompañado siempre por una supervisora clínica quién instruyó desde un punto de vista científico los cuidados que debían ofrecerse a la mujer en cualquier etapa de su vida, a su bebé y su familia.

Había una supervisora clínica por cada rotación práctica y fue ella quien decidió si el alumno había superado o no sus prácticas y fue en dos reuniones junto con la orientadora pedagógica donde se habló de la rotación y de los puntos a mejorar, dotando de una nota final al alumno.

El acompañamiento de la mujer y su familia dentro de cada institución sanitaria permitió desarrollar y añadir habilidades prácticas, conocimiento, confianza y seguridad para poder valorar las necesidades que presentan y ofrecer el mejor de los cuidados a lo largo de nuestra carrera profesional. La riqueza de las experiencias permitió cumplir los requisitos de La Directiva europea, transpuesta en la legislación portuguesa mediante la Ley 9/2009, de 4 de marzo, con varias actualizaciones (Anexo 2).

3. Contribución para mejorar la asistencia en Enfermería de Salud Materna y obstétrica

Tras algunos años dedicados a la enfermería general y observando los protocolos y guías con los que se cuentan en cada unidad hospitalaria, surgieron varias dudas sobre el tiempo invertido en la salud emocional y mental respecto a la salud física. La primera duda fue entender por qué se invierte más tiempo en conseguir una recuperación física, relegando la psíquica a un segundo plano. La segunda fue como conseguir las herramientas necesarias para promocionar la salud mental y como evitar posibles complicaciones relacionadas con la misma. Como reflexión personal y para dar respuesta a las dudas se pudo intuir que la falta de tiempo y de personal podría ser uno de los factores que influiría en este inconveniente, así como la falta de cursos ofrecidos en esta área al personal de enfermería especialista.

Los enfermeros en Salud Materna y Obstétrica tienen el deber moral y profesional de conocer todos los aspectos relacionados con la mujer en todas sus etapas de la vida, así como de su familia. Es preocupante que una de cada cinco madres presentará enfermedad mental perinatal con mayor prevalencia de depresión durante el embarazo (Lasheras, 2017) y aún más alarmante que los profesionales que más cerca se encuentran de estas mujeres no cuenten con recursos para abordar estos problemas de la manera más rápida y eficaz. Es preciso contar con programas específicos de investigación y de formación en salud mental perinatal, creando una red de servicios comunitarios y hospitalarios (Lasheras, 2017). De este modo se apoyará a todos los profesionales de la salud que trabajen con mujeres embarazadas y puérperas, proporcionando estrategias para comprender los procesos fisiológicos y patológicos mentales durante el parto, instruyendo a madres y familias cuando deben acudir a un profesional y donde pueden hacerlo, evitando así que el problema se haga más grande o

tenga un desenlace funesto. Teniendo en cuenta que un 10% de las mujeres que están embarazadas presentan depresión y que un 50% de estas continuarán con la depresión en el postparto y que el trastorno de la ansiedad se presenta en casi todas las embarazadas en grados leves, moderados y graves (Ruiz, 2018), es de vital importancia la formación dentro del área de la salud mental en mujeres embarazadas y puérperas; concibiendo, planeando, coordinando, supervisando, implementando y evaluando proyectos e intervenciones de promoción de la salud mental en la vivencia del embarazo (Enfermeiros, 2019).

3.1 Metodología (objetivo, abordaje, población diana)

Se realizó una revisión de la literatura con recogida de datos en cada rotación práctica de cada mujer y familia a la que se ofreció cuidados de enfermería especialista en salud materna y obstétrica. Los datos fueron recogidos teniendo por base un instrumento recomendado por la Dirección General de Salud para la evaluación de Salud Mental en el Embarazo y Primera Infancia, dentro del manual de orientación para profesionales de la salud (Cepêda, 2006). Para profundizar y explorar el tema se utilizó una metodología descriptiva, cualitativa (Castro., 2018). La fuente de información directa es la señora embarazada y puérpera, quien, mediante una conversación distendida con preguntas abiertas, habló acerca de sus sentimientos y vivencias durante la etapa que estaba viviendo. La guía de ayuda para la realización de preguntas fue aceptado por el Ministerio de Salud- Dirección General de Salud de Portugal (Cepêda, 2005), para determinar cómo se siente la mujer durante el embarazo y tras dar a luz.

Para favorecer el conocimiento de los temas a tratar, se realizaron búsquedas bibliográficas en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Dialnet, utilizando los descriptores Mesh: Mujeres embarazadas; Período Posparto; Depresión, posparto;

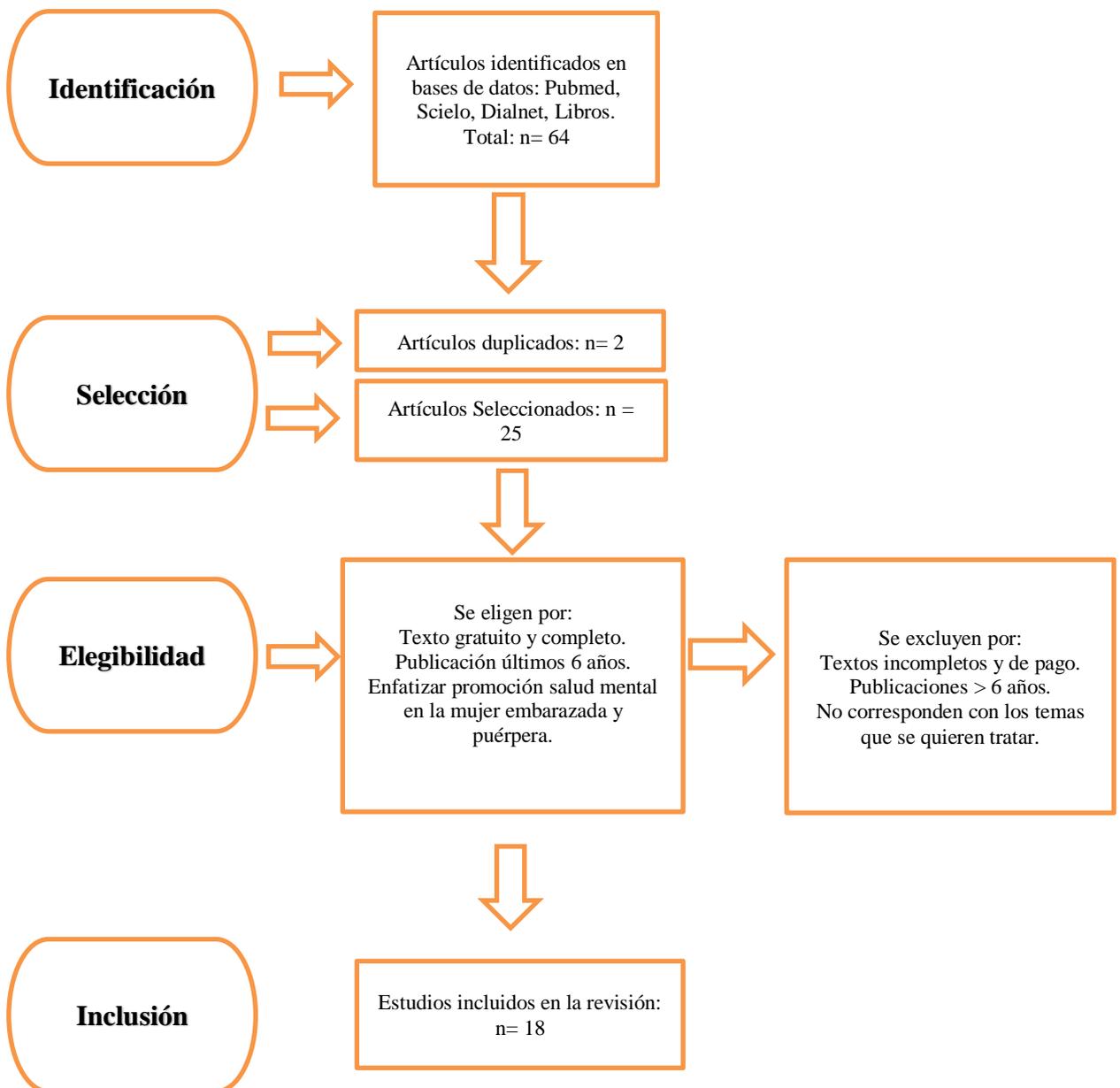
Trastornos mentales, trastornos psicóticos y revisando libros escritos con base científica actualizada y relacionada con los argumentos citados. Se realizó una identificación de 64 artículos en una primera lectura, con dos de los artículos duplicados. Tras realizar una criba, se seleccionaron 25 artículos para la revisión bibliográfica del relatório. Estos artículos se seleccionaron por gratuidad, publicación menor a 6 años y tratar de temas relacionados con la salud mental en mujeres embarazadas y puérperas. Se excluyeron aquellos artículos que no gratuitos o no completos, que no ofrecieran información sobre el tema citado o que estuveiran publicados hace más de seis años. Finalmente, se incluyeron en la revisión bibliográficas 18 artículos (Figura 7).

A partir de la estrategia PICO (P: población/pacientes; I: intervención; C: comparación/control; O: resultado) se elaboró una pregunta de partida: “¿Cómo se enfatiza la promoción de la salud mental en mujeres embarazadas y puérperas?”.

De este modo se creó un Diagrama de flujo PRISMA (Figura 6) y una síntesis de los artículos manejados en la revisión bibliográfica (Figura 7).

Figura 6

Diagrama de Flujo PRISMA.



Nota. Identificación, inclusión y exclusión de artículos. Creación propio alumno.

Figura 7

Síntesis de artículos manejados en Revisión bibliográfica.

| Estudio <i>(Autores, año y título)</i> | Objetivo | Metodología | Resultados |
|--|--|--|---|
| Bedaso et al (2021). <i>The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis</i> | Relacionar el apoyo social y los problemas de salud mental durante el embarazo. | Se realizó una revisión de la literatura y se utilizaron escalas de evaluación de la calidad para evaluar la heterogeneidad. | Se relacionó el bajo apoyo social con el aumento de depresión y ansiedad en el embarazo. |
| Brockington, I (2017). <i>Late onset postpartum psychoses.</i> | Demostrar la existencia de dolencias mentales desde el siglo XVIII hasta nuestros días | Revisión de la literatura con 447 pacientes a lo largo de la historia con reportes sobre pacientes puérperas. | Es muy complicado datar con exactitud la aparición de la psicosis puerperal y cuáles son los factores que la desencadenan, aunque todo apunta a un trastorno autoinmune según apuntan algunos autores. |
| Caparrós et al (2021). <i>Matronas y profesionales de psicología ante el screening y prevención de estrés específico del embarazo.</i> | Ofrecer información actualizada sobre el estrés en el embarazo y sus consecuencias para madre y neonato. Ofrecer estrategias a los profesionales que trabajan con embarazadas y puérperas para reducir el estrés de estas. | Utilización de diferentes escalas de medida de ansiedad y estrés en mujeres embarazadas de fácil manejo para conocer su estado de salud mental. | El estrés acarrea no sólo problemas en las gestantes sino también en sus hijos. Como alternativa para paliar estos efectos, se ha mostrado eficaz la terapia cognitivo- conductual de manera tanto on line como o presencial. |
| Ceriani Cernadas, J. M (2020). <i>Postpartum Depression: Risks and early detection</i> | Detectar los factores de riesgo de la depresión postparto. | Observación de la mujer embarazada previo al parto o en el postparto los síntomas de depresión postparto fueron: Ansiedad, tristeza profunda, llanto, cambio de humor. | Los primeros síntomas de depresión postparto pueden reconocerse desde el embarazo, especialmente en mujeres con factores de riesgo previos. |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Ceulemans, M et al (2021). <i>Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study.</i> | Evidenciar la afectación de la salud mental de la embarazada y lactante durante la Pandemia Covid-19. | Realizar estudio transversal en mujeres embarazadas y puérperas hasta tres meses tras parto mediante encuestas, aplicando escalas de ansiedad y depresión, durante los meses de junio y julio de 2020. Meses afectados por Pandemia Covid-19. | Se objetivó un aumento de ansiedad y depresión en un grupo de mujeres embarazadas y puérperas de 9041. Hubo un aumento significativo relacionado con ansiedad y síntomas depresivos durante la pandemia. Por lo que es altamente recomendable promover los cuidados en salud mental de este grupo de mujeres y sus hijos en momentos de crisis y Pandemias. |
| Coo Calcagni, Soledad et al (2021). <i>Salud mental en madres en el período perinatal.</i> | Evaluar la prevalencia de cuadros ansiosos y depresivos en centros de salud en una zona concreta, asociando factores de riesgo específicos. | Realización de cuestionarios y su análisis a 158 mujeres embarazadas en su tercer trimestre y tres/6 meses tras el parto, valorando la evolución de sus síntomas. | Se identificó una prevalencia elevada de sintomatología ansiosa y depresiva destacando el apoyo percibido y el nivel educacional materno, así como antecedentes de aborto previo. |
| Dutsch-Wicherek, M. M (2020). <i>Psychiatric disorders and changes in immune response in labor and postpartum.</i> | Afirmar que los cambios repentinos de niveles hormonales en la mujer embarazada y puérpera son los responsables de trastornos mentales en la mujer tras el parto. | Revisión de la literatura neurobiológica en la respuesta inmune de la embarazada y puérpera, como responsable de los trastornos psiquiátricos en esta población. | Se relacionó la disminución repentina de hormonas como el estrógeno tras la salida de la placenta, así como los cambios repentinos hormonales en el embarazo con el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en el postparto, aunque la evidencia es insuficiente. |
| Guimarães, Fernanda Jorge et al (2019). <i>Enfermedad mental en mujeres embarazadas.</i> | Analizar la ocurrencia de trastornos mentales en gestantes y los factores asociados al mismo. | Estudio transversal cuantitativo en embarazadas, aplicando cuestionario (SRQ-20), asociando variables sociodemográficas y enfermedad mental. | Un alto porcentaje del estudio en estas gestantes asoció trastornos de salud mental en gestantes con no tener pareja, estudios básicos, embarazo no planeado y enfermedades previas crónicas. |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Herrera, k (2018). <i>Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo.</i> | Evidenciar que la evolución del embarazo está influenciada más por un problema del entorno social en el que se desenvuelve la mujer embarazada que por un riesgo biológico verdadero | Revisión de la literatura científica relacionada con la ansiedad y la depresión en el embarazo, relacionándolo con su entorno sociocultural y psicosocial. | La depresión perinatal tiene que considerarse un problema serio de salud pública que debe investigarse desde otras perspectivas, con diferentes metodologías para poder proporcionar datos inmediatos sobre una posible presencia de depresión, considerando siempre el aspecto sociocultural. |
| Hildingsson, I & Larsson, B. (2021). <i>Women's worries during pregnancy; a cross-sectional survey using the Cambridge Worry Scale in a rural area with long distance to hospital.</i> | Evaluar el alcance y el contenido de las preocupaciones durante el embarazo y evaluar las propiedades psicométricas de la versión sueca de la Cambridge Worry Scale. | Estudio transversal de 280 mujeres reclutadas para un proyecto de continuidad y completadas en un cuestionario a mediados del embarazo. | Las mujeres con más miedo y síntomas depresivos tienen riesgo de mayores preocupaciones. Es a este grupo de mujeres a quien hay que identificar para comenzar a trabajar en grupos de apoyo. |
| Jalali, A. et al (2020). <i>Cognitive-behavioral counseling and mental health of pregnant women.</i> | Determinar los efectos del asesoramiento cognitivo-conductual sobre la salud mental de las embarazadas. | Realización de ensayo clínico de calidad de vida con un grupo control en el que participaron 60 mujeres gestantes que participaron en sesiones grupales de asesoramiento cognitivo-conductual semanal de 70- 90 minutos, aplicando después Escala de Goldberg | Las sesiones cognitivas- conductuales mejoraron la salud mental de las nulíparas. |
| Martínez-Paredes et al (2019). <i>Depresión en el embarazo.</i> | Presentar una revisión de tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, las características clínicas, las complicaciones y el tratamiento. | Búsqueda en bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. | En Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29% de depresión en el embarazo. Los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Por ello, el diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos. |
| Matos, E (2020). <i>Psicología del postparto.</i> | Explicar al lector un programa preventivo abordado desde lo social, lo sanitario, lo comunitario y lo familiar | Profundización en procesos fisiológicos y emocionales propios de la diada madre- hijo, mediante el estudio de publicaciones científicas llevadas a la literatura. | No todas las experiencias en la diada madre- hijo son iguales, cada puerperio debe valorarse de diferente manera. |
| Moses-Kolko, E. L & Hipwell, A. E (2016). <i>First-Onset Postpartum Psychiatric Disorders Portend High 1-Year Unnatural-Cause Mortality Risk.</i> | Señalar que los trastornos psiquiátricos en la mujer embarazada tienen efectos de largo alcance en generaciones futuras y por ende son un gran problema de salud pública. | Revisión de publicaciones científicas que evidencian la importancia de la continuación de cuidados ambulatorios en mujeres con trastorno psiquiátrico y sus bebés. | Existe una gran necesidad de redes de apoyo y monitoreo riguroso de nuevas madre y mujeres sin hijos con trastornos psiquiátricos nuevos o crónicos. |
| Osborne, L. M (2018). <i>Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers.</i> | Evidenciar la importancia de reconocer la psicosis puerperal a la mayor brevedad posible, adaptando la situación a un tratamiento adecuado para la puerpera. | Artículo basado en la evidencia científica con casos clínicos que argumentan los signos y síntomas de las afectadas. | La mayoría de las mujeres que presenta este trastorno es multipara, presentaba otros trastornos psiquiátricos como la bipolaridad. Se trata de una emergencia sanitaria y la mujer debe ser ingresada para su tratamiento. |
| Ruiz, G (2018). <i>IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en salud mental.</i> | analizar las características más relevantes la depresión y la psicosis en el periodo del puerperio para posibilitar un diagnóstico precoz y actuar consecuente a este, mejorando así la salud y la calidad de vida de la mujer afectada | Análisis de 25 artículos entre los años 2000- 2017, relacionados con el tema a estudiar de psicosis y depresión postparto, trabajando con bases de datos Cuiden, Dialnet, Cochrane y Scielo. | Mostrar la prevalencia y las posibles causas y factores de riesgo, la sintomatología de la psicosis y la depresión tanto en la gestación como en el postparto, la forma de diagnosis y por último hablaremos de su tratamiento. |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Vázquez, M. B et al (2021). <i>Psychometric Properties of the Spanish Version of the Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ).</i> | Explicar que un nivel alto de estrés en el embarazo puede tener resultados obstétricos negativos como prematuridad, mayor duración en el trabajo de parto y peor desarrollo cognitivo en el hijo. | Se invitó a participar al estudio a 635 embarazadas en su primer trimestre de embarazo. Se preguntó sobre aspectos sociodemográficos, así como rellenar una escala de depresión Edimburgo. | Un mayor nivel de ansiedad en el embarazo refleja unos resultados perjudiciales tanto para la madre como para el bebé. |
| Villavicencio, S. (2020). <i>Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto.</i> | Conocer los rasgos identificativos de los trastornos psiquiátricos para realizar un abordaje eficaz con la mujer puerpera. | Revisión de fuentes bibliográficas entre 2015 y 2020 en inglés y español, relacionadas con los trastornos psiquiátricos en el periodo postparto. | La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el puerperio es alta, pese a que solo se desarrollan patologías. Por este motivo es importante que el personal de la salud pueda identificar factores de riesgo y realizar una historia clínica detallada para facilitar el diagnóstico. |

Como apéndice a lo citado en el cuadro anterior, se citan algunos datos relevantes para conocer más datos acerca de los artículos utilizados en la revisión de la literatura:

Artículo Bedaso et al (2021): Se trata de una revisión sistemática en la que se relaciona el bajo apoyo social con el riesgo de padecer trastornos mentales. Se utilizó la herramienta Newcastle-Ottawa Scale para la evaluación de la calidad y el metanálisis se realizó mediante STATA. De los 3760 artículos identificados, 67 artículos con 64.449 mujeres embarazadas formaron parte de la revisión sistemática actual y el metanálisis. Del total de 67 artículos, 22 y 45 artículos incluidos en el análisis narrativo y el metanálisis, respectivamente. Del total de artículos incluidos en el análisis narrativo, 20 artículos informaron una relación significativa entre el bajo apoyo social y el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión, ansiedad o que se habían producido autolesiones. Como conclusiones del estudio, se pueden extraer que el bajo apoyo social muestra asociaciones significativas con el riesgo de padecer trastornos mentales (Bedaso et al., 2021).

Artículo Brockington, I (2017): Es una revisión de la literatura, en la que se muestran datos de encuestas donde la aparición de la psicosis puerperal, puede aparecer días posteriores tras el parto, semanas o incluso meses, desencadenada por diferentes factores que podrían favorecer este trastorno (Brockington, 2017a).

Artículo Caparrós et al (2021):

En la evaluación inicial, durante la acogida, se realizaron una serie de preguntas para conocer el estado general y de salud de la embarazada y/o puérpera, por parte del enfermero en formación en la especialidad de salud materna y obstetricia. Se explicó a todas las mujeres que el objetivo de las conversaciones y preguntas era contribuir al conocimiento del futuro enfermero especialista sobre la salud materna mental durante el

embarazo y el puerperio y sus vivencias personales. De este modo, la información obtenida tuvo como base la entrevista de información y de enseñanza. Esta es una estrategia de comunicación profesional a través de la cual los enfermeros establecen un proceso que proporciona a la persona cuidada y a los miembros de su familia, informaciones sobre la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la explicación de los problemas y de su tratamiento, con el fin de ayudarlos a comprender y en ciertos casos, de aceptar la situación (Caparros-González, 2021).

Artículo Ceriani Cernadas, J. M (2020): Según el artículo, la frecuencia de padecer depresión posparto en el primer mes tras el parto oscila entre el 10-20 %, aunque este dato puede verse aumentado a un 26 % si las madres son adolescentes, solteras y teniendo un estatus social más bajo. Los factores que pueden indicar que una mujer padece depresión posparto son, la tristeza profunda, ansiedad, llanto frecuente, cambios de humor, entre otros. Es importante en este período de tiempo derivar a la señora a un psicólogo y si estos síntomas continúan, necesitarán la ayuda de un psiquiatra y de algún fármaco que el profesional valore. Es importante en la valoración de la señora realizar preguntas relacionadas con su salud mental, detectando la depresión posparto con la Escala Edimburgo (Escala para detectar posible trastorno depresivo en mujeres puerperas).

Artículo Ceulemans, M et al (2021): Se trata de un estudio trasversal, que trata de evaluar la salud mental de mujeres embarazadas y puérperas durante el período de Pandemia Covid-19. En el estudio participaron 9.041 mujeres (incluidas 3907 mujeres embarazadas y 5134 mujeres lactantes). La prevalencia de síntomas depresivos mayores ($SED \geq 13$) fue del 15% en la cohorte de embarazo y del 13% en la cohorte de lactancia. Se encontraron síntomas de ansiedad generalizada de moderada a grave entre el 11% y el 10% de las mujeres embarazadas y lactantes. Las puntuaciones medias para mujeres

embarazadas y lactantes fueron $14,1 \pm 6,6$ y $13,7 \pm 6,6$, respectivamente. Los factores de riesgo asociados con la mala salud mental incluyeron tener una enfermedad mental crónica, una enfermedad somática crónica en el período posparto, fumar, tener un embarazo no planificado, estado profesional y vivir en el Reino Unido o Irlanda (Ceulemans et al., 2021).

Artículo Coo Calcagni, Soledad et al (2021): El artículo expone que los síntomas depresivo y ansioso, tienen una importante prevalencia en el período de embarazo y posparto y esto puede impactar negativamente con el bienestar materno- fetal. Durante el embarazo, los cuadros depresivos, tienen una prevalencia de 7 a 15 % de ingresos altos y de 19 a 25 % en países de ingresos medios- bajos. En el posparto esta prevalencia, se aproxima al 10 % en países de ingresos altos y al 20 % en países de ingresos medios- bajos.

El estudio se llevó a cabo por un grupo de psicólogas que entrevistaron a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación y 3 y 6 meses tras el parto. Los instrumentos de valoración fueron: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) y Escala de Ansiedad Perinatal (PASS)(Coo Calcagni et al., 2021).

Artículo Dutsch-Wicherek, M. M (2020): El artículo refleja que existe evidencia acumulada que sugiere que los trastorno mentales que se presentan en el embarazo y puerperio, pueden deberse a respuestas inmunes. Refiere que hasta un 85 % de mujeres púerperas sufren trastornos del estado de ánimo en este período y que la mayoría no precisa medicación (Dutsch-Wicherek et al., 2020).

Artículo Guimarães, Fernanda Jorge et al (2019): El artículo se trata de un estudio trasversal cuantitativo durante la gestación, donde demuestra que el embarazo es un período de cambio a nivel físico y psicológico, asociado a mayor fragilidad de la salud mental. El estudio se llevó a cabo con 141 gestantes mayores de 18 años en un área

concreto de salud. En cuanto a la salud mental de la gestante, se verificó que el 31,9% (24,3-40,3) de las participantes presentaron un cuadro sugestivo de enfermedad mental, mientras que el 68,1% (59,7-75,7) no presentaron indicación de tal enfermedad. El estudio reveló que el 31,9% de las gestantes presentaron sugerencia de enfermedad mental, asociado a su estado civil, soltera, bajo nivel de escolaridad, gestación no planeada y tener hipertensión arterial (Guimarães et al., 2019).

Artículo Herrera, k (2018): El siguiente artículo recoge información en la que refleja que la evolución del embarazo está relacionada más por un problema del entorno social que envuelve a la mujer que por un riesgo biológico verdadero. Es importante para llegar a evitar tratamientos farmacológicos el apoyo familiar, la relación sanitario-paciente y la psicoterapia (Herrera, 2018).

Artículo Hildingsson, I & Larsson, B. (2021): Este artículo habla de las principales preocupaciones de mujeres embarazadas siendo la principal preocupación en el primer trimestre el miedo al aborto espontáneo, en el segundo trimestre le preocupa su rol como madre, y en el tercer trimestre continúan los miedos y la ansiedad por la maternidad y dar a luz. De una muestra de 200 mujeres gestantes, el 25 %, informó sobre preocupaciones con que algo estuviera mal con la salud de su bebé, un 22% sobre riesgo de aborto espontáneo y un 20 % sobre el momento de dar a luz. Dentro del mismo estudio se demuestra que mujeres con síntomas depresivos durante el embarazo desarrollan menos apego prenatal (Hildingsson & Larsson, 2021).

Artículo Jalali, A. et al (2020): Se trata de un ensayo clínico con un grupo control, en el que participaron 60 mujeres embarazadas con menos de 20 semanas de gestación, asignadas en el estudio de manera aleatoria, 30 participantes para grupo experimental y 30 para grupo control. El artículo expone que el 50% de las mujeres embarazadas desarrollan algún grado de ansiedad, de los cuales 8.5-10.5% es ansiedad generalizada,

1.4-5.2% es trastorno de pánico, 1.2-5.2% es obsesión y 3% es trastorno de estrés postraumático. El estudio realizó ocho sesiones semanales de asesoramiento cognitivo conductual de 70- 90 minutos para el grupo experimental y tras estas sesiones se realizaron cuestionarios en los que se mostraba que la intervención cognitivo-conductual fue significativamente efectivo en el grupo experimental, ya que mejoró su capacidad para hablar de sí mismas y cuidar de sus hijos (Jalali et al., 2020).

Artículo Martínez-Paredes et al (2019): Se trata de una revisión de la literatura, referente a la depresión en el embarazo, recogiendo 55 artículos relacionados con la temática propuesta. Habla de los factores que influyen en mayor proporción en la salud mental en embarazadas son el embarazo no planificado, un aborto previo, bajo nivel educativo frente a uno superior de la pareja y antecedentes de violencia. Los factores que influyen en la salud mental en menor proporción son el desempleo y el bajo nivel económico. Para reconocer la depresión en el embarazo, se utilizaron en el estudio dos preguntas avaladas por Clinical Excellence (NICE). Estas preguntas fueron: ¿Durante el último mes, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza? y ¿Durante el último mes, ha sufrido de forma más o menos continua una pérdida de interés o del placer que le causaba realizar ciertas actividades? A las mujeres con resultados positivos se le realizó una entrevista más extensa para conocer si tenía ideas de autolesión o suicidio. En cuanto al tratamiento a realizar con estas mujeres propone la psicoterapia y la farmacoterapia con antidepresivos para disminuir el estrés perinatal y promocionar y prevenir en materia de salud pública (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019).

Artículo Moses-Kolko, E. L & Hipwell, A. E (2016): Este estudio aprovecha una cohorte de más de 1,5 millones de mujeres con edades hasta los 42 años de vida en la población danesa. Este estudio asocia la salud mental y cinco grupos de mujeres: madres y no madres con y sin enfermedad psiquiátrica y con y sin inicio de la

enfermedad posparto dentro de los 90 días a seguir del parto. Los datos revelaron que el riesgo de mortalidad por causas no naturales a un año fue dos veces mayor para las madres con trastornos psiquiátricos posparto de inicio de 90 días en relación con las madres con inicio de enfermedad psiquiátrica en cualquier momentos antes o después de la ventana posparto de 90 días. Es por este motivo por el que se incide en la vigilancia exhaustiva dentro de los 90 días posparto para evitar incidentes graves (Moses-Kolko & Hipwell, 2016).

Artículo Osborne, L. M (2018): El artículo relata cuan peligrosa es la psicosis posparto y como afecta a 1-2 de cada 1000 mujeres y constituye una emergencia psiquiátrica. El inicio de la psicosis posparto es repentino y ocurre dentro de las primeras semanas tras el parto. Las características clínicas incluyen disminución de la conciencia, desorganización, confusión, despersonalización y delirios extraños relacionados con el niño tras el parto. De 130 casos observados, se extrajeron datos como que el 25 % de las pacientes se encontraba desorganizada, un 20 % desorientada, el 10 % alteración de la conciencia y un 5 % desarrollaron catatonía (Osborne, 2018).

Artículo Vázquez, M. B et al (2021): El objetivo de este estudio fue adaptar el Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (PRAQ) a la población española, así como analizar su validez y fiabilidad. Una muestra de 367 embarazadas nulíparas con un estado de riesgo normal rellenó un cuestionario sociodemográfico y obstétrico-ginecológico, el PRAQ, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Artículo Villavicencio, S, (2020): Se trata de una revisión de la literatura en la que se utilizaron 25 artículos relacionados con la salud mental en mujeres puérperas. Se destacaron los principales trastornos mentales relacionados con el puerperio y su tratamiento. En la mayoría de las patologías el tratamiento se trata de psicoterapia y en

algunos casos farmacología, seguido del apoyo familiar y profesional (Villavicencio., 2020).

3.1.1 Objetivos

Además de los objetivos generales y específicos enumerados en el punto 2.2.1, se deben tener en cuenta objetivos enfocados al tema que se quiere trabajar en este Relatório de acuerdo con la salud mental en el embarazo y el puerperio.

Objetivo general

- Conocer las emociones que ha sentido la mujer durante el embarazo y en el puerperio obteniendo información acerca de su estado, profundizando en su salud mental, para dar respuesta a sus necesidades.

Objetivos específicos

- Conocer los trastornos en salud mental perinatal más frecuentes y como abordarlos desde el punto de vista de la enfermería en salud materna y obstetricia.
- Identificar las principales preocupaciones de la madre respecto a su embarazo y postparto, así como las que surjan en la crianza de su bebé por parte de madre o familia.
- Reconocer los principales signos de alarma de cualquier trastorno del ánimo que pueda afectar de manera negativa a madre- bebé- familia.
- Garantizar un ambiente relajado y de confianza con la madre y su pareja para que expresen con naturalidad sus inquietudes.
- Explicar a la madre y pareja los signos y síntomas por los que acudir a un profesional de la salud, como hacerlo y los lugares disponibles para ello.
- Romper barreras y estigmas relacionados con la salud mental, dando naturalidad a los cambios producidos en el embarazo y en el postparto.

3.1.2 Abordaje

Abordamos gestantes que ingresaron en el servicio de embarazadas de riesgo, así como puérperas que fueron dadas de alta de paritorio a planta de puerperio y pasaron varios días en dicho servicio a quienes se prestaron cuidados durante el tiempo que duró su ingreso por parte del enfermero especialista en prácticas.

Se mantuvieron conversaciones fluidas entre enfermero en prácticas y gestantes, teniendo por base el instrumento recomendado en la prestación de cuidados por la Dirección General de Salud (DGS, 2006), generando un ambiente cálido y amable entre gestante, pareja y familia.

Para mantener la confidencialidad, en ningún momento se obtuvo ningún dato que pudiera revelar la identidad de la señora, únicamente se obtuvo su sentimiento y en cualquier caso la patología desarrollada durante el embarazo o su puerperio. Para identificar a cada una de ellas se numeró su ficha de manera anónima.

3.1.3 Población diana

En el transcurso de las rotaciones prácticas se tuvo la oportunidad de cuidar de madres, sus respectivos hijos y sus parejas, integrando en los cuidados especializados de enfermería a sus familias y entorno más cercano. Los datos más relevantes incluidos en este Relatorio fueron aquellas mujeres embarazadas internadas en servicio de embarazadas y ginecología del Hospital N° 1 en Portugal y mujeres puérperas en servicio de puérperas en el Hospital 3 de Canarias.

Se mantuvieron conversaciones con cuestiones relacionadas con sus expectativas de parto y puerperio y sus vivencias y se explicó que dichas respuestas se reflejarían en un trabajo individual de carácter anónimo donde no se manifestarían sus datos personales.

Las consultas formuladas, se realizaron desde el Manual de orientación para profesionales de la salud, perteneciente la Dirección General de Salud (DGS, 2006) ,

con el título “Promoción de salud mental en el embarazo y primera infancia”(Cepêda, 2006).

Se incluyeron en el Relatório:

Mujeres embarazadas internadas en Hospital N°1: 15

Ninguna de las mujeres con las que se mantuvo una conversación durante su ingreso estuvo acompañada, debido a la situación pandémica y los nuevos reglamentos del Estado y del Hospital. Sólo tenían una visita organizada, una vez al día, durante 20 minutos aproximadamente y la persona que visitaba era siempre su pareja.

Mujeres puérperas en servicio de puerperio Hospital N°3: 15

Las edades de las puérperas eran mayores de 18 años y hasta los 42 años. Todas ellas estaban acompañadas durante todo el día por su pareja o acompañante y todas querían mantener una conversación con el estudiante de enfermería especialista, en prácticas y la matrona titular, siempre que se entraba en la habitación.

3.2 Contextualización (Revisión de la literatura)

Se sabe que desde el siglo XVIII, estos problemas, como las psicosis postparto pueden durar hasta varias semanas después del parto (Brockington, 2017b). Han pasado varios cientos de años y la mujer gestante o puérpera sigue padeciendo los mismos problemas. La patología psiquiátrica materna es un importante problema de salud pública. Estos problemas pueden tener muchas consecuencias, entre ellas y más drástica, el suicidio. Según estudios el rango de edad de estas mujeres está por encima de los 30 años, tiene una vida estable y está casada.(Moses-Kolko & Hipwell, 2016). Algunas entrevistas realizadas a mujeres embarazadas y gracias a la Cambridge Worry Scale, se ha podido conocer que un alto porcentaje de estas gestantes de nuestros días, siente miedo al parto y a los síntomas depresivos, así como al aborto espontáneo o al desarrollo del bebé dentro del útero (Hildingsson & Larsson, 2021).

El embarazo y el postparto son dos etapas de especial fragilidad para el desarrollo de cuadros de salud mental materna que afectan negativamente tanto en la salud como en la relación materno- infantil. Convertirse en madre conlleva cambios a nivel emocional, social y fisiológico y es por este motivo que puedan desarrollarse problemas de salud mental en la mujer (Coo Calcagni et al., 2021). Pese a que la ciencia ha avanzado mucho en cuanto a los problemas de salud físicos y mentales, estos últimos siguen siendo uno de los problemas principales para la mujer embarazada (Jalali et al., 2020). El embarazo trae consigo muchas tensiones y numerosas mujeres se adaptan a dichas tensiones buscando apoyo familiar y social, pero no siempre es así, apareciendo problemas mentales y espirituales.

El postparto, como el embarazo, son períodos de alta vulnerabilidad en padecer síntomas depresivos. En muchas ocasiones estos síntomas comenzaron en el embarazo y

continúan en el postparto. La frecuencia mundial respecto a esta enfermedad fluctúa entre 10- 20% de las puérperas según algunos autores (Matos, 2020). La prevalencia es tres veces más alta en países desarrollados y es más frecuente en mujeres de nivel socioeconómico bajo.

3.2.1 Período Gestacional

En el período gestacional, los factores de riesgo de padecer un trastorno mental como la depresión pueden ser: Embarazo en la adolescencia, embarazo no planificado, tener sentimientos negativos sobre la gestación, ser madre soltera, tener más hijos, tener conflictos con la pareja, no tener apoyo social, tener rentas bajas o tener un bajo nivel de escolaridad (Guimarães et al., 2019). En un estudio en el que participaron 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación, se concluyó que las señoras con mayor apoyo social y mayor autoestima son las que presentan menor nivel de depresión intraparto y postparto (Herrera, 2018). En un estudio citado por la misma autora en el que participaron 208 mujeres, se pudo observar que el 16,6 % sufrió alguna pérdida significativa de un ser querido previa a su gestación o en el transcurso, el 31,8% consideró su embarazo como un hecho negativo, 55,7% no había planificado su embarazo, un 61,5% tenía 11 puntos en la Escala de Goldberg (Escala de ansiedad y depresión) y un 80,7% refirió no sentir apoyo social. Estos datos son importantes para entender cómo influye el entorno social y psicosocial en la mujer embarazada y de las causas que pueden influir en trastornos mentales durante ese período (Herrera, 2018).

En la actualidad y debido a la pandemia de COVID- 19, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), alrededor de un 10% de las mujeres embarazadas, experimentan un trastorno mental, principalmente depresión (Ceulemans et al., 2021). Antes de la era COVID- 19, un gran estudio mostró que entre el 4% y el 8% de las mujeres tenían síntomas depresivos moderados a muy graves durante el embarazo y el

período postnatal. Durante la Pandemia, estos síntomas se han visto agravados por las preocupaciones y los miedos con respecto a riesgo de infección y hospitalizaciones (Ceulemans et al., 2021).

La depresión es el problema de salud mental más frecuente durante el embarazo representado por señales como depresión del estado de ánimo, baja autoestima, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, estado de ánimo irritable, pérdida de apetito, fatiga, falta de concentración. Esto puede llevar a las gestantes a pensamientos de autolesión o incluso a ideas suicidas (Bedaso et al., 2021). Estos trastornos no sólo afectan a las gestantes, también pueden conllevar problemas en la salud infantil, pudiendo aparecer estrés prenatal, relacionado con bajo peso al nacer, prematuridad, alteración del desarrollo neonatal y afectación del neurodesarrollo infantil (Caparros-González, 2021).

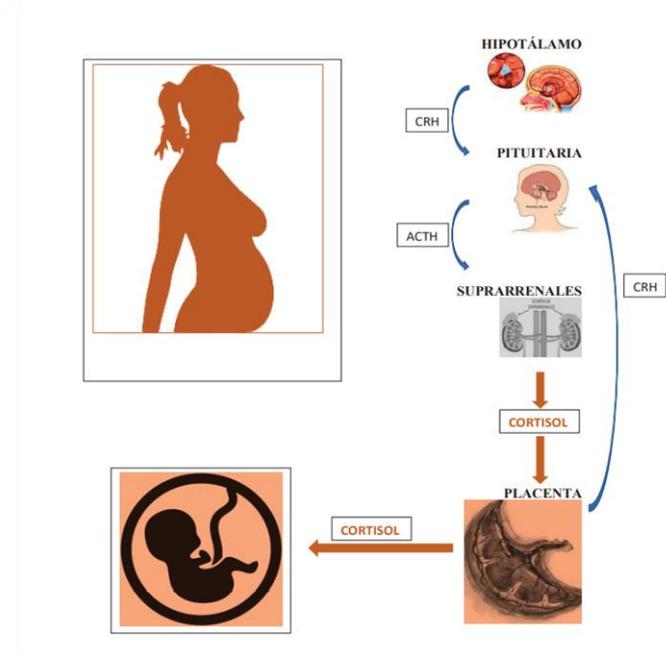
Para entender cómo afecta el nivel de estrés psicológico en el embarazo y en el bebé, se deben tener en cuenta los cambios neuroendocrinos debido a la activación del eje Hipotalámico- Pituitario- Adrenal (HPA), aumentando los niveles de cortisol. En primer lugar, ocurre el estímulo estresante, produciendo en el hipotálamo la liberación de la Hormona liberadora de Corticotropina (CRH), que en la pituitaria estimula la secreción de Hormona Adenocorticotropa (ACTH). Esta hormona alcanza la corteza de las glándulas suprarrenales donde se produce el Cortisol. El Cortisol es la hormona del estrés y ofrece al organismo la oportunidad de hacer frente a un estímulo estresante. En este proceso la placenta realiza una doble función. Por un lado, libera CRH, y por otro protege al bebé durante el embarazo evitando grandes cantidades de Cortisol (Caparros-González, 2021).

Otras vías por las que puede afectar el estrés a la embarazada y al bebe en desarrollo son las citoquinas y el triptófano, catecolaminas, microbiota del canal del parto y las

especies de oxígeno reactivas. (Figura 8).

Figura 8

Proceso de protección de la placenta frente a cortisol y corticotropina (Caparros-González, 2021).



Nota. En esta imagen se observa como el eje Hipotalámico- Pituitario- Adrenal, eleva los niveles de cortisol. La placenta actúa liberando la hormona liberadora de corticotropina y protege al bebé, evitando grandes cantidades de cortisol, impidiendo el estrés en el bebé.

Es muy importante permanecer alerta a los signos que sugieran que la gestante está sufriendo un trastorno psicológico para poder actuar con la mayor brevedad posible antes de que la señora sufra algún mal mayor como los comentados en el párrafo anterior. Por este motivo se enumeran algunas de las patologías más conocidas y sus síntomas:

Episodio depresivo mayor durante el embarazo y puerperio (Herrera, 2018)

- Marcada disminución de interés o placer
- Insomnio o hipersomnia.
- Sentimientos de menosprecio o culpa.
- Pérdida significativa de peso.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Poca capacidad de concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Agitación psicomotora.

Como factores de riesgo que pueden causar este episodio serán el estrés, factores genéticos, episodios anteriores de depresión y sensibilidad emocional aumentada. Aquellas mujeres con depresión postparto tienen un riesgo más alto de volverlo a presentar en el siguiente embarazo (Herrera, 2018).

Diagnóstico

Será diagnosticado como episodio depresivo mayor durante el embarazo y puerperio, cuando se presenten 5 o más de los síntomas referidos en este apartado, durante un período de al menos dos semanas y al menos uno de los síntomas sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019).

Tratamiento durante el embarazo

En primer lugar, es recomendable una buena relación entre el profesional de la salud y la mujer embarazada, así como el apoyo familiar para lograr efectos positivos en la mujer y un buen abordaje de la patología. En segundo lugar la psicoterapia y los fármacos antidepresivos, siendo la psicoterapia la terapia de elección, aunque no está al alcance de todas las familias, económicamente hablando (Herrera, 2018).

Ansiedad

Puede aparecer en forma de desorden de ansiedad 5%, ataques de pánico 5%, ansiedad generalizada 3%, trastorno obsesivo compulsivo 6%, fobia social y otras fobias 13% y estrés postraumático 10%. Son muchos los cambios hormonales y neurotransmisores que surgen en el período perinatal que podrían estar involucrados con los síntomas de ansiedad, aunque se debe considerar también el diagnóstico diferencial del hipotiroidismo (Herrera, 2018).

La prevalencia de los cuadros ansiosos ha sido poco estudiado, pese a su alta prevalencia y llama poderosamente la atención dado que la ansiedad durante el embarazo se asocia a problemas obstétricos, como la preeclampsia, bajo peso del bebé y parto prematuro, sin dejar de lado los problemas emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia (Coo Calcagni et al., 2021), pudiendo aparecer con riesgo elevado de déficit de atención, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desórdenes conductuales y ansiedad durante la niñez (Herrera, 2018), además la sintomatología conexas con la ansiedad está relacionada con sintomatología depresiva en el postparto.

Diagnóstico

Los síntomas deben causar deterioro en el funcionamiento de la paciente y sin tratamiento pueden convertirse en un problema crónico (Herrera, 2018).

Como instrumentos de medición de la ansiedad en mujeres embarazadas, se puede utilizar la Escala de Ansiedad Perinatal (PASS), donde la mujer podrá autorrealizarse el test, en el que se reflejarán sus sentimientos, como miedo a que su bebé pueda sufrir algún daño, pensamientos difíciles de controlar y sus inquietudes (Coo Calcagni et al., 2021).

Tratamiento durante el embarazo

Al igual que en el episodio depresivo mayor, es recomendable la psicoterapia en primera instancia, pudiendo evitar el uso de antidepresivos (Herrera, 2018).

Trastorno de estrés postraumático en el embarazo (TEPT)

Las mujeres que padecen este trastorno manifiestan volver a sentir el evento traumático, desconexión del bebé, ausencia de realidad, pesadillas, irritabilidad, en algunos casos rechazo a una nueva maternidad o incluso tocofobia (miedo al embarazo y parto). Estos síntomas pueden llegar a la cronificación durante meses o años, siendo el insomnio es más frecuente (Vázquez., 2021). Este trastorno no sólo afecta a las gestantes, también puede afectar a su pareja, al entorno, a la familia y por supuesto a su bebé. El TEPT, se ha asociado a una menor tasa de inicio a la lactancia materna y mayor incidencia de bajo peso al nacer (Vázquez., 2021).

Los factores de riesgo que pueden desencadenar el TEPT están relacionados con factores traumáticos no asociados al parto, como haber sufrido abusos durante la niñez; factores biológicos o sociales como la edad avanzada o el poco apoyo social; factores asociados a un parto anterior, como estrés durante el parto, parto instrumental, baja satisfacción generalizada con el parto. Como factores protectores de este trastorno puede ser la existencia de un plan de parto, buena comunicación con los profesionales de la salud, consentimiento informado y el apoyo social sentido por la embarazada (Vázquez., 2021).

Tratamiento durante el embarazo

El mejor tratamiento estudiado hasta la fecha es la combinación entre fármacos como la sertralina y la paroxetina (Inhibidores de la recaptación de serotonina) junto con tratamiento psicoterapéutico (Vázquez., 2021).

3.2.2 Período posparto/ Puerperio

Como se relató en el comienzo del apartado de esta revisión, el período posparto, es una etapa en la vida de las mujeres donde pueden desarrollar algún trastorno psiquiátrico, debido a la vivencia de un periodo estresante como es la maternidad donde existen grandes cambios hormonales y emocionales. Aproximadamente un 13% de las mujeres sufrirá algún tipo de trastorno mental en su postparto, siendo la depresión postparto la afectación más frecuente en el puerperio (Villavicencio., 2020). Los trastornos psiquiátricos más comunes durante el período postparto son la depresión postparto, el episodio depresivo o maniaco como manifestación del trastorno bipolar y la psicosis postparto. Pese a no estar claros los factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos, uno de los elementos más predictivo es la morbilidad psiquiátrica previa. Se cree que tanto la psicosis postparto como la depresión son manifestaciones de un trastorno bipolar (Dutsch-Wicherek et al., 2020).

Se conocen cuatro etapas en el postparto o puerperio (Matos, 2020)

Puerperio inmediato, puerperio temprano, puerperio ampliado y puerperio emocional.

Puerperio inmediato: Comprende las 24 horas después de haber nacido el bebé. Es el momento en el que los picos hormonales de la mujer se encuentran en su mayor nivel. Muchas mujeres refieren haberse sentido “fuera de la realidad”, un momento en el que desconecta con la realidad, de lo que le rodea. Las dos hormonas protagonistas en esta etapa son la oxitocina y las endorfinas. El aumento de oxitocina, según algunas investigaciones (Matos, 2020), demostró aumento del umbral del dolor, disminución de la inflamación, disminución de la presión arterial y los niveles de cortisol. Demostró mejor estado de tranquilidad y calma que potencia el aprendizaje. Este período es un momento en el que bebé y madre se enamoran, se vinculan y comienza la diada madre-

bebé. Cuando la madre se siente con miedo o amenazada por algún agente externo, las hormonas oxitocina y endorfinas se bloquean y se activa la adrenalina, antagonista de las dos anteriores. Es por este motivo que se debe facilitar la seguridad de la mujer, desde una postura de respeto, admiración y cuidado para que estas hormonas positivas para la mujer continúen activas.

Puerperio temprano: Trascurre desde el segundo día hasta la finalización de la primera semana. Esta etapa es un momento muy sensible, debido a la nueva adaptación a su nueva realidad. En esta etapa la mujer sufre los entuertos, contracciones uterinas necesarias para la involución del útero; también aparece la evacuación de los loquios, resultado de la cicatrización del desprendimiento de la placenta desde el útero.

En esta etapa es de gran ayuda que los profesionales doten de gran información a la mujer sobre los aspectos fisiológicos que están sucediendo en su cuerpo. De este modo, se estará contribuyendo al buen funcionamiento psíquico en esta etapa (Matos, 2020).

Puerperio ampliado: Transcurre desde la segunda semana hasta el final de la denominada cuarentena. Es una etapa en la que la madre comienza a recuperar su vida social y personal. La manera de relacionarse en este periodo será la que la mujer necesite, sin existir una manera adecuada de hacerlo (Matos, 2020).

Puerperio emocional: Es el momento de involución puerperal. Momento en el que ya ha terminado el sangrado y su cuerpo va volviendo a la normalidad en lo anatómico y funcional. Emocionalmente hablando la mujer se encuentra en un estado rico e intenso que ayuda a su crecimiento personal. Una vez concluido un mes tras el parto, comienza el período de mayor soledad para la mujer puerpera. Comienza el cuidado del hogar y cuidado de los demás hijos, lo que puede repercutir negativamente en el estado emocional de la madre y por consiguiente del bebé. Es por este motivo que la madre debe recibir apoyo logístico y emocional, evitando la sensación de sobrecarga que

podría favorecer la patología depresiva postparto (Matos, 2020).

El parto prematuro y el desprendimiento de placenta está relacionado con mayor riesgo de depresión postparto, psicosis postparto, ansiedad y trastorno del estrés postraumático. Se ha observado también una mayor prevalencia de depresión postparto después de la atonía uterina, el parto inducido, la prolongación de la maduración cervical, el descenso prolongado, la restricción del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer, la anomalía del líquido amniótico y la sospecha de sufrimiento fetal (Dutsch-Wicherek et al., 2020). En el siguiente apartado se detallarán los trastornos mentales postparto más usuales, así como la identificación, síntomas y tratamiento:

Baby Blues (Tristeza postparto)

Se muestra aproximadamente en el 60 % de las mujeres durante el puerperio. No se conoce exactamente su patogenia, pero se cree que podría deberse a cambios hormonales durante el postparto. Puede aparecer entre el segundo y tercer día tras el parto y podría prolongarse hasta una semana. Si se extendiera más de una semana, se debería pensar en depresión postparto. En cuanto a su sintomatología, suele ser leve, presentando tristeza, irritabilidad, ansiedad, insomnio, disminución de la concentración y labilidad emocional (Villavicencio., 2020). Para abordar este problema, es muy importante una buena comunicación con la puérpera y se debe indicar siempre un buen descanso sobre todo durante la noche y un buen apoyo familiar.

Depresión Postparto

La American Psychiatric Association, la define en el DSM-V como un episodio depresivo mayor con inicio en el periparto si existen síntomas del estado de ánimo dentro de las 4 semanas posteriores al parto y se establece que debe existir un estado del ánimo deprimido y pérdida de interés o placer por las actividades cotidianas casi todos los días durante dos semanas, además de 5 o más de los siguientes síntomas: Pérdida de

peso, alteraciones en el patrón del sueño, retraso psicomotor, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa y pensamientos frecuentes de muerte o suicidio (Villavicencio., 2020).

La Depresión Postparto tiene una frecuencia de oscilación entre el 10- 20 % de ser padecida por las púerperas, pudiendo alcanzar incluso el 26 %. Su prevalencia puede ser más alta en madres solteras, adolescentes y sobre todo en aquellas que tienen un estatus social más bajo, bajo nivel de educación o cuentan con menos recursos (Ceriani Cernadas, 2020). El cuadro clínico cursa con labilidad emocional, fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, angustia, alteraciones del sueño, ideas obsesivas con el bienestar del bebé, temor de no hacerle daño o incluso indiferencia por el bebé (Villavicencio., 2020). Como en el estado depresivo mayor, tanto la psicoterapia, el apoyo familiar y su pareja, así como complementarlo con tratamiento farmacológico, ayudará a recuperarse del trastorno.

Psicosis Postparto

De todos los trastornos mentales perinatales mencionados, es el más peligroso y el menos comprendido. Afecta a 1-2 por cada 1000 mujeres y es una emergencia psiquiátrica que requiere hospitalización y tratamiento rápido (Osborne, 2018). El inicio de la psicosis se presenta de manera repentina y ocurre dentro de las primeras dos semanas tras el parto, manifestándose con síntomas como insomnio, ansiedad, irritabilidad o fluctuación del estado de ánimo.

Los factores de riesgo conocidos para este trastorno son antecedentes personales de trastorno bipolar, antecedentes familiares con trastorno bipolar, episodio previo de psicosis postparto, primiparidad y pérdida de sueño (Osborne, 2018). La psicosis postparto puede surgir como una complicación de la depresión o haber sido tratada inadecuadamente. Es muy peligrosa y puede llevar a desenlaces fatales como maltrato

del bebé y al propio suicidio de la puérpera (Ruiz, 2018). No se conoce realmente la etiología de este trastorno, aunque se han identificado factores genéticos, inmunológicos y hormonales involucrados en el desarrollo de esta patología. Ante la sospecha de psicosis, se debe realizar un examen completo físico y mental, realizando pruebas para descartar causas orgánicas (Villavicencio., 2020).

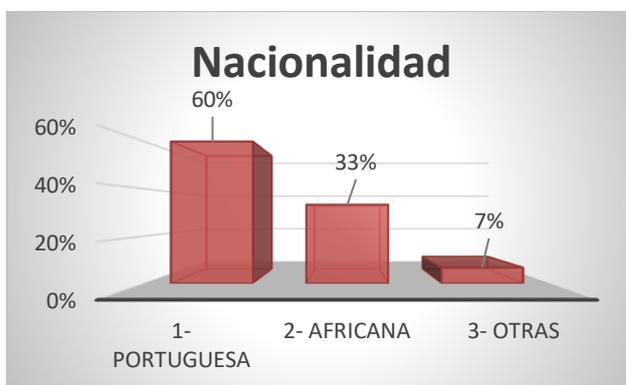
Como se ha indicado anteriormente, el tratamiento es hospitalización y utilización de farmacoterapia y psicoterapia, así como el apoyo familiar y sanitario.

3.3 Resultados

Todos los datos recabados, fueron volcados en el programa desarrollado por Microsoft Excel, dentro del paquete Office. Gracias a este programa se pudo trabajar toda la información que fui recogiendo sobre promoción de salud mental, obteniendo una amplia visión general sobre la información que se quiso recabar(Apéndice De este modo se observó que el 60% de las embarazadas era de origen portugués, el 33% de origen africano y el 7% de otras nacionalidades (Figura 9).

Figura 9.

Gráfico de barras relativo a nacionalidad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

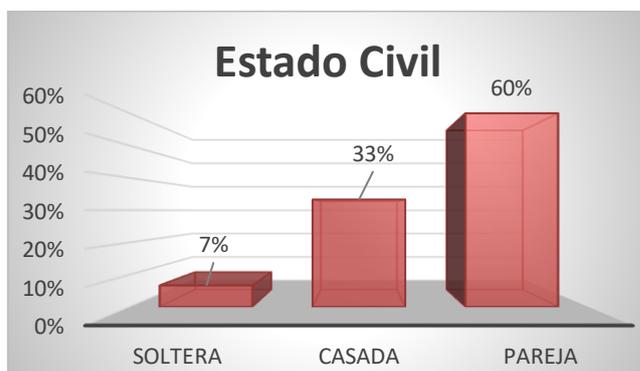


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

De este número de mujeres, se supo que el 60% vivía en pareja, el 33% casada, y el restante 7% era soltera (Figura 10).

Figura 10.

Gráfico de barras relativo a Estado Civil de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

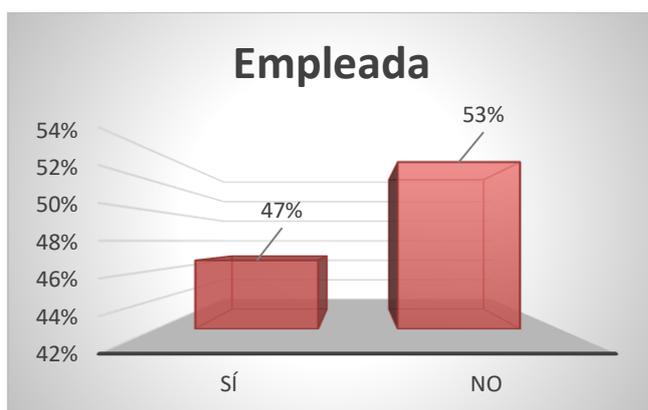


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En cuanto a los datos laborales, el 47 % de las embarazadas tenía un empleo y el 53% estaba desempleada (Figura 11).

Figura 11.

Gráfico de barras relativo a situación laboral de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

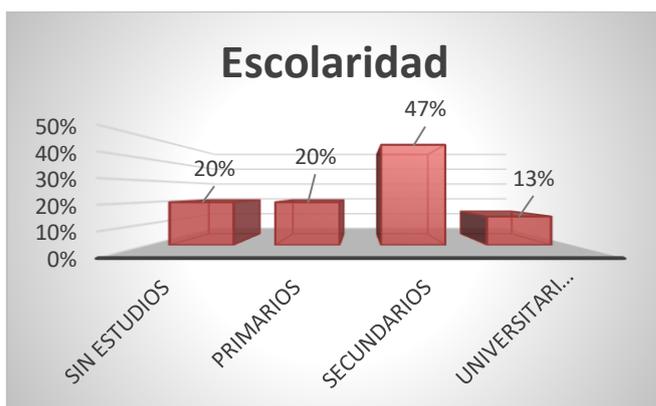


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

La mayoría de estas mujeres estuvo escolarizada, teniendo la mayoría estudios secundarios con un 47%, , estudios universitarios un 13%, estudios primarios un 20% y sin estudios otro 20% (Figura 12).

Figura 12.

Gráfico de barras relativo a escolaridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

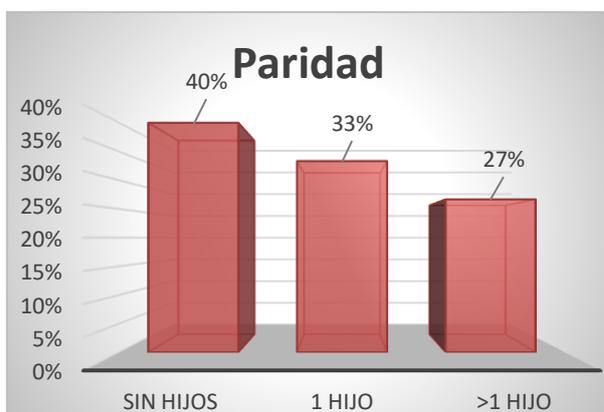


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En relación a la paridad, el 40 % de las mujeres aún no había tenido hijos, frente al 33% que ya tenía un hijo o el 27% que tenía más de un hijo (Figura 13).

Figura 13.

Gráfico de barras relativo a paridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

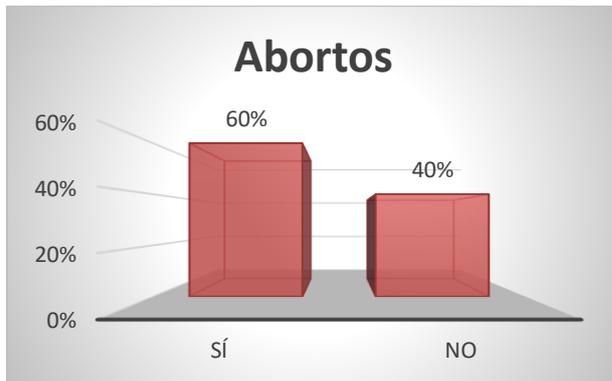


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

De número de mujeres, un alto porcentaje había padecido un aborto, el 60%, frente al 40% que no había pasado por esa experiencia (Figura 14).

Figura 14.

Gráfico de barras relativo a Abortos de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Se realizaron varias preguntas a las mujeres en el período prenatal, indagando acerca de la vivencia con el embarazo y las preocupaciones relacionadas tanto con el embarazo como con el momento del nacimiento, asimismo se preguntó sobre los sentimientos del padre del bebé y del entorno más cercano. Se prestó una mayor atención a datos relacionadas directamente con los sentimientos positivos de la embarazada, así como los relacionados con su ansiedad, temores y miedos que sentía. Los resultados fueron los siguientes: El 53% de las embarazos refirió haber tenido un embarazo en el que surgieron problemas; ya podían haber sido problemas relacionados con el malestar de los primeros meses, así como los relacionados con alguna patología en el embarazo. Para el 47% restante, todo surgió sin problemas y tuvieron un embarazo sin altercados (Figura 15).

Figura 15.

Gráfico de barras relativo a sentimiento de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Para el 73% de las embarazos la noticia de ser madre, fue un hecho alegre que causó felicidad y el 7% no tomó la noticia con demasiada alegría en el momento que aconteció. Para el 100% de las familias de las embarazadas el hecho de tener un nuevo bebé en la familia, fue una gran noticia (Figura 16).

Figura 16.

Gráfico de barras relativo a sensaciones de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.



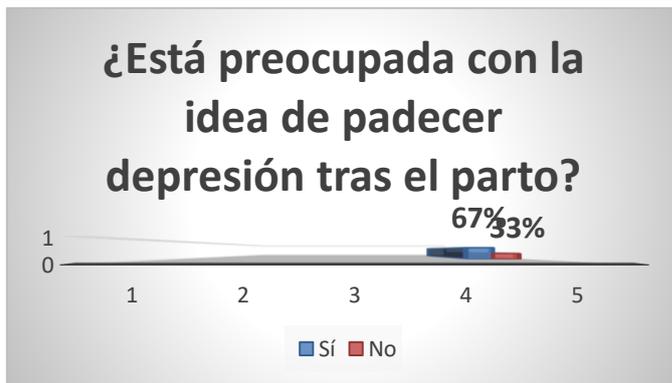
Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Se preguntó acerca de su conocimiento sobre patologías de salud mental tras dar a

luz y si conocían la depresión postparto. Todas habían escuchado algo sobre el tema. De esta manera el 67% de las mujeres sentía cierta preocupación en cuanto a padecer algún tipo de trastorno de tipo depresión frente a un 33% que se sentía segura de que no iba a padecer depresión (Figura 17).

Figura 17.

Gráfico de barras relativo preocupaciones de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

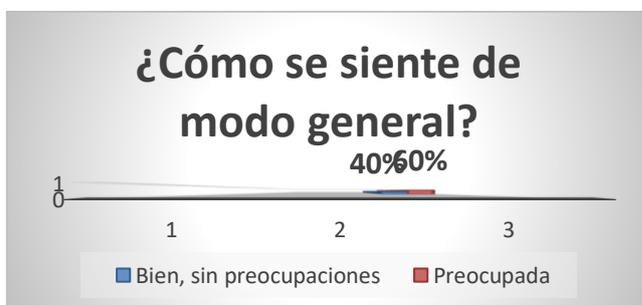


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Un 60% de las encuestadas sentía preocupación sobre su embarazo y sobre la salud de su bebé, frente a un 40% que se mostraron tranquilas y con ideas positivas sobre el embarazo y parto (Figura 18).

Figura 18.

Gráfico de barras relativo sentimiento de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.

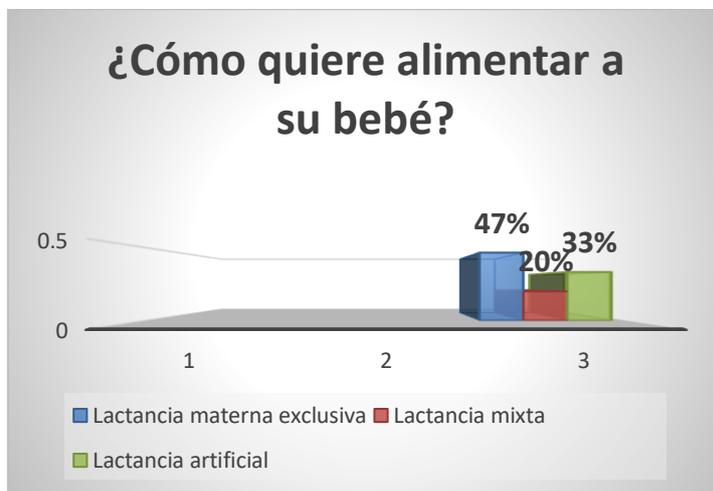


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En cuanto a la alimentación de su bebé, un 47% sostuvo que quería realizar lactancia materna exclusiva. Un 20 % decidió alimentar a su bebé con lactancia mixta debido a su cansancio diario y con las labores diarias y un 33% se decantó por alimentar a su bebé con lactancia artificial, aún conociendo los beneficios que aporta la leche materna (Figura 19).

Figura 19.

Gráfico de barras relativo a escolaridad de gestantes hospitalizadas, Hospital 1.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En el segundo semestre, durante el período formativo práctico en el hospital nº 3 en España, Se tuvo la oportunidad de cuidar y hablar con mujeres que ingresaron en el servicio de puerperio durante al menos 24 horas. Se obtuvieron los siguientes datos:

El 87% de las púerperas a las que se les preguntó, era de nacionalidad española, el 7% era de África y el otro 7% restante pertenecía a otros países (Figura 20).

Figura 20.

Gráfico de barras relativo a nacionalidad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.

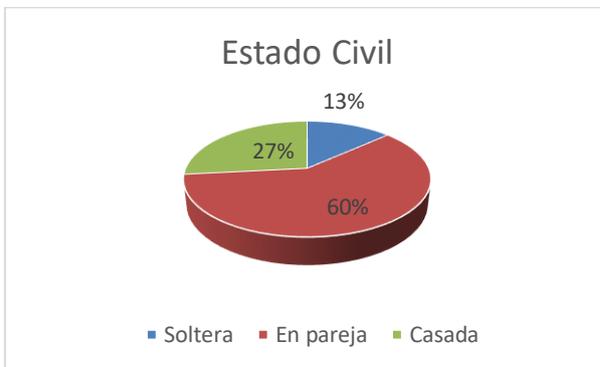


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

El 13% de estas señoras refirió estar soltera en el momento de tener su bebé, el 60% en pareja y el otro 27% casada (Figura 21).

Figura 21.

Gráfico de barras relativo a Estado civil de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.

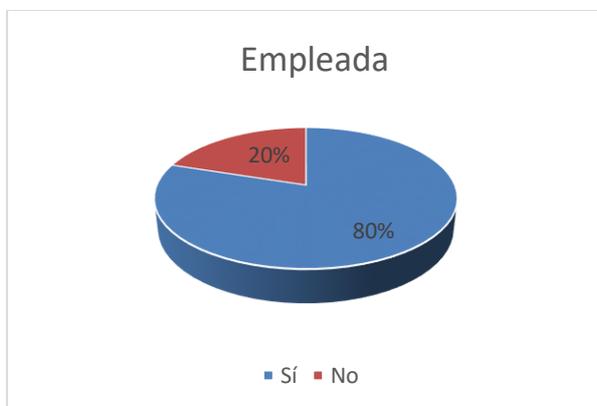


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

El 80% de las mujeres puérperas era empleada en el momento de tener a su bebé, frente al 20% que no lo estaba (Figura 22).

Figura 22.

Gráfico de barras relativo a situación laboral de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

El 13% de ellas dijo no tener estudios, un 20% tenía estudios primarios, un 47% estudios secundarios y un 20% universitarios (Figura 23).

Figura 23.

Gráfico de barras relativo a escolaridad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.

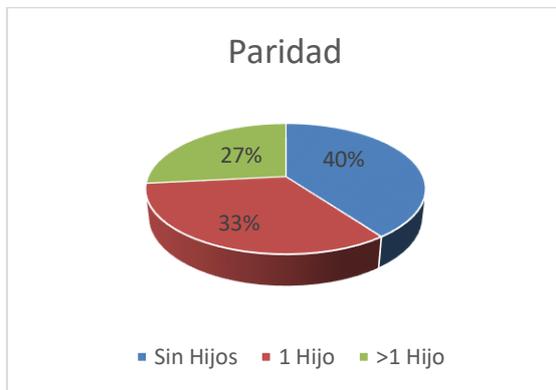


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

El 40% no tenía hijos previos a este, el 33% ya contaba con un hijo y el 27% tenía más de un hijo. De este número de puérperas un amplio porcentaje, 60% tenía abortos previos, frente a un 40% que no había tenido (Figura 24).

Figura 24.

Gráfico de barras relativo a paridad de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En cuanto a las preguntas realizadas, se escogieron cuatro de las preguntas más relevantes de las contestadas. El 73% de las puérperas refirieron no haber tenido ningún problema durante el parto, frente a un 27% que expuso que para ellas hubo algunos problemas como parto instrumentado, demasiadas horas en trabajo de parto o desaceleraciones del bebé que colmaban sus preocupaciones (Figura 25).

Figura 25.

Gráfico de barras relativo a complicaciones de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

En relación a sus sentimientos con su bebé en este momento, un 60% se muestra

tranquila, sin embargo un 40% muestra preocupación por no saber si su bebé está mamando bien, por no saber si su desarrollo será positivo o por pensar que está durmiendo mucho (Figura 26).

Figura 26.

Gráfico de barras relativo a sentimientos de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.

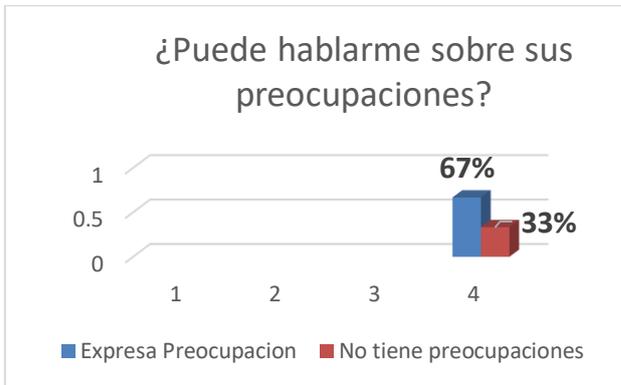


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Se verificó que un 67% de las señoras mostraban preocupaciones por varios motivos, entre las más destacadas cabe citar alguna señora que vive en un centro de acogida y no sabe como criará a su bebé debido a que llegó a España como inmigrante ilegal, sin familia ni pareja. Otra señora expresa su miedo a enfrentarse a la vida con su hijo, debido a ser víctima de violencia de género y alguna comenta su miedo a padecer algún trastorno de salud mental (Figura 27).

Figura 27.

Gráfico de barras relativo preocupaciones de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.

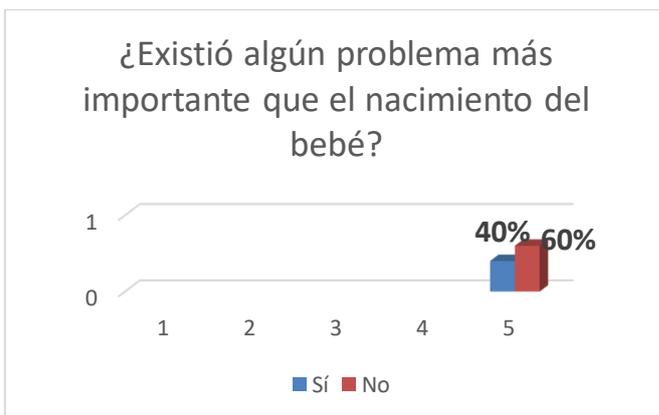


Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

A la pregunta referida a si existió algún problema que cobrara más importancia que el nacimiento del bebé, un 40% expresa que sí existió, frente a un 60% que indica que no. El porcentaje de mujeres que afirmó que estos problemas existían, hablaron de su situación financiera, problemas con la justicia y problemas con sus parejas (Figura 28).

Figura 28.

Gráfico de barras relativo a problemas de puérperas hospitalizadas, Hospital 3.



Nota. Creación propio alumno. Realización en base de datos Microsoft Excel.

Con estos resultados, se constata que la mayoría de las mujeres a las que se prestó cuidados habían escuchado hablar en alguna ocasión sobre patologías relacionadas con la salud mental dentro del embarazo y tras dar a luz y una alto porcentaje de las mujeres sentía preocupación de poder padecer problemas de ese tipo. Tanto en el curso del embarazo como en el puerperio, las mujeres sintieron preocupación y ansiedad secundario a la salud de su bebé. En el momento del embarazo expresaron sus sentimientos de angustia por el desarrollo intrauterino de su hijo y una vez nacido mostraron su inquietud por no conocer realmente si su hijo se alimentaba correctamente. Por estos motivos se verifica que el sentimiento de ansiedad predomina en la generalidad de las mujeres a las que se prestó cuidados, en las diferentes etapas de su embarazo y posparto.

La exploración de esta temática, contribuye también para dar respuesta al objetivo Tres de Desarrollo Sostenible- Salud de Calidad en la medida en que además de otros aspectos se propone que hasta 2030, sea reducido un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles vía prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

Limitaciones del trabajo desarrollado

En cuanto a las limitaciones existentes a lo largo de todo el trabajo desarrollado, cabe destacar que el factor tiempo, ha sido sin duda el mayor de los inconvenientes, debido a que no es posible pasar todo el tiempo que se quiere con la mujer y su familia, durante su estancia hospitalaria, puesto que dependes siempre de una enfermera y debes ajustar tu tiempo al suyo y planificar de manera que todas las internas queden debidamente atendidas y cuidadas. Otra limitación a destacar es la barrera idiomática que existió con algunas mujeres que no hablaban idiomas como el portugués, el inglés o el castellano y

esto dificultó la realización de ciertas técnicas a la hora del parto, como el control de la respiración, el pujo o las posiciones más adecuadas a las que podían optar; las recomendaciones ofrecidas durante el puerperio y en el momento del alta hospitalaria; y los propios sentimientos de las mujeres, sus parejas y sus familias. Por otro lado se obtuvieron informaciones que consideramos importantes, con las que se pretenden en un futuro elaborar un trabajo de investigación explorando esta temática.

A nuestro entendimiento, el hecho de prestar cuidados a embarazadas y puérperas en dos países distintos ha generado una riqueza multicultural, un cambio en la mentalidad que se tenía previa a comenzar las prácticas y sobre todo muchas ganas de continuar cuidando y trabajando por el bienestar de quien más lo necesita.

4. Análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias

Durante las rotaciones de Naturaleza Profesional, se movilizaron competencias de EESMO y competencias comunes, permitiendo la obtención de competencias clínicas especializadas reguladas de modo que se asegurasen los cuidados especializados a los ciudadanos/as continuados y de calidad (i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de Fevereiro; Reg. nº 391/2019 de 3 de Maio). Estas competencias se midieron mediante una tabla de ítems realizada por el departamento de enfermería de la Universidad de Évora.

A lo largo de las rotaciones se procuró tener por base los principios de Hildegard Peplau, en la medida en que fue pionera de la enfermería en salud mental y psiquiátrica. Se procuró respetar las fases de relación enfermero- paciente defendidas por la autora (Orientación, identificación, explotación y resolución). En la fase de orientación e identificación se procuró ser receptivos con la embarazada y puérpera y su familia insertados dentro de la comunidad, analizándolos de manera holística. En la fase de explotación desempeñé los papeles de profesor, entrevistador, consejero, observador y medidor (Peplau, 1991). Por último, en la fase de resolución, en que la mujer y familia insertados dentro de la comunidad se preparaban para el alta, se planearon acciones en conjunto de modo que se asegurara el bienestar. Para la obtención de las competencias exigidas se tuvo una postura crítica y reflexiva. Se trabajó a diario por buscar el bienestar de las mujeres a las que se ofrecían cuidados en todas las rotaciones prácticas.

Se realizaron lecturas relacionadas con la promoción de la salud mental, libros como Psicología posparto (Matos, 2020), Parir (Olza, 2017) y Madre (Roig, 2022) que abordan no sólo temas relacionados con la salud mental en la mujer, sino también buscan el equilibrio físico y mental y bienestar materno- fetal/ materno, materno- bebé.

Se asistió a las jornadas de menopausia para matronas, donde se actualizaron

conocimientos relacionados con la nutrición y dietética, vida activa y ejercicio físico, sexualidad y anticoncepción, aportaciones en el terreno de la sexología para mujeres en climaterio, tratamientos farmacológicos, fitoterapia y otros, salud mental y menopausia (Anexo 3). Para aumentar los conocimientos en la actualidad se realiza curso en el abordaje de las urgencias obstétricas, donde se abordan temas como las modificaciones durante la gestación, urgencias en los tres trimestres de embarazo, urgencias hipertensivas como preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, RCP (Reanimación cardiopulmonar) en la gestante y RCP neonatal. Este curso esta avalado por la empresa FNN cursos para personal sanitario.

4.1 Competencias comunes de los enfermeros especialistas

De acuerdo con el Reglamento n°. 140/2019 publicado en el Diario de la República del día 6 de febrero de 2019, el enfermero especialista es a quien se le reconoce la competencia científica, técnica y humana para proporcionar cuidados de enfermería especializados en las áreas de especialidad en enfermería.

Las competencias comunes de enfermero especialista envuelven las dimensiones de educación de los clientes y de los pares de orientación, consejo y liderazgo, incluyendo la responsabilidad de descodificar, diseminar y llevar a cabo investigación relevante y pertinente que permita avanzar y mejorar de manera continua a la práctica de la enfermería (OE, 2019).

Durante las rotaciones clínicas prácticas, se desarrollaron las competencias comunes de enfermero especialista gracias a la labor de las supervisoras clínicas, quienes hicieron posible que se desarrollaran tanto la capacidad de reflexión crítica como el conocimiento basado en la literatura científica, desarrollando una práctica profesional ética y legal en el área de la especialidad de acuerdo con el código deontológico de la misma.

A- Responsabilidad profesional, ética y legal

Durante todas las rotaciones clínicas, se pasó por un período de integración en el que se pudo conocer el trabajo que se realizaba y presentación a todo el personal del servicio, se consultaron protocolos existentes respetando el anonimato y confidencialidad. Se individualizaron los cuidados y se procuró una práctica basada en la evidencia. Se fomentaron prácticas seguras y se protegieron en todo momento los derechos humanos.

B- Mejora continua de calidad

Se procuró tener en consideración la gestión de riesgos y la promoción de un ambiente seguro.

C- Gestión de cuidados

Se colaboró en la toma de decisión junto con el equipo, mejora de información para la toma de decisión en el proceso de cuidar, se utilizaron los recursos de manera eficiente para promover la salud y se ofrecieron cuidados de calidad de acuerdo con el modelo de gestión de Hildegard Pepleu, ayudando a las madres a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud, trabajando con y para ellas a fin de conseguir que se produzcan cambios a través de las relaciones interpersonales.

D- Desarrollo de los aprendizajes profesionales

Con el objetivo de ampliar información y apoyar las actividades realizadas, se realizaron jornadas presenciales propuestas por enfermeras especialistas, relacionadas con la especialidad y se realizaron varias lecturas de libros como Parir (Olza, 2017). Madre (Roig, 2022). y psicología del postparto (Matos, 2020). Que

favorecieron realizar una buena gestión de los sentimientos y las emociones.

Se optimizó el conocimiento con búsquedas de estudio, compartiendo con los enfermeros, reconociendo por su parte que la evaluación física se prioriza frente a la evaluación mental en la mujer embarazada y puérpera.

Se reconocieron los recursos personales, como el Don de gentes, el trabajo en equipo y la creación de buen ambiente de trabajo, así como las propias limitaciones, como el conocimiento profundo del trabajo diario, relacionado con la obstetricia y la ginecología y la soltura en técnicas de parto, que es de imaginar que la experiencia será la genere dichas destrezas.

Se identificaron necesidades de formación como realización de cursos extracurriculares en urgencias obstétricas, todavía cursando y faltando un test final; lecturas de libros relacionadas con los sentimientos de la mujer embarazada y puérpera, revisión de artículos científicos afines a la salud mental de las mujeres embarazadas y en el postparto, así como artículos relacionados con el embarazo y puerperio.

4.2 Competencias específicas de los enfermeros especialistas en salud materna y obstétrica

En base al Reglamento nº. 391/2019 de las Competencias específicas de enfermero especialista en enfermería de salud materna y obstétrica, publicado en el Diario de la República de 3 de mayo de 2019, serán adquiridas durante su formación las siguientes capacidades respecto al cuidado de la mujer dentro de la familia y la comunidad:

- En el ámbito de la planificación familiar y durante el período preconcepcional.
- Durante el período prenatal.
- Durante el trabajo de parto.

- Durante el período postnatal.
- Durante el período de Climaterio.
- En procesos de salud/Enfermedad ginecológica.
- En edad fértil.

Fue posible adquirir las capacidades anteriores durante las rotaciones prácticas en los tres hospitales citados anteriormente, asumiendo responsabilidades de manera autónoma en situaciones normales y participando activamente en situaciones patológicas, gracias a las semanas determinadas para cada rotación y a los múltiples servicios hospitalarios dedicados a la obstetricia y ginecología. En las distintas áreas de competencias específicas de enfermero especialista en salud materna y obstetricia, respetamos las cuatro fases del proceso de relación interpersonal de enfermería según Hildegard Peplau: Orientación, identificación, exploración y resolución.

En cada servicio se adquirieron diferentes competencias relativas a enfermero especialista en obstetricia y ginecología:

Cuida de la mujer dentro de la familia y comunidad en el ámbito de planeamiento familiar y durante el período preconcepcional.

En el período en el que transcurrió la práctica clínica en las consultas externas, los aprendizajes que llevaron a la adquisición de competencias pasaron por la consulta de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y planificación familiar, se apeló al Consenso sobre anticoncepción 2020, emanado por la Sociedad Portuguesa de Medicina de Reproducción.

Fue posible establecer buena relación terapéutica para poder aconsejar de manera adecuada a cada mujer y su pareja, procurando siempre que fuera posible involucrar a su pareja. Autoras como (Wigginton, 2018). Consideran que en términos de

responsabilidad la mujer es el elemento de la pareja que se preocupa de la búsqueda de métodos anticonceptivos.

Cuida de la mujer dentro de la familia y comunidad durante el período prenatal.

Servicio de internamiento de embarazadas y ginecología

Los cuidados se centraron en la mujer y su embarazo, monitorizando la salud materna y el bienestar fetal y evaluando en todo momento los cambios significativos que pudiesen interrumpir el embarazo. Todas las intervenciones se realizaron con el consentimiento de la mujer embarazada o con patología ginecológica, creando un ambiente de intimidad y seguridad y haciendo partícipe en todo momento a su pareja, acompañante o familiar.

Se implementaron y evaluaron intervenciones con la mujer en situaciones de patología fetal, problemas en el embarazo, pérdida fetal o complicaciones ginecológicas.

Servicio de consultas externas

El servicio de consultas externas permitió ampliar los conocimientos del estudiante desde varios puntos de vista y en momentos diferentes tanto del embarazo, como de la vida de cada pareja. Se diagnosticaron precozmente complicaciones en la salud de la mujer y de su bebé, realizando exámenes auxiliares de diagnóstico necesarios en la detección de embarazo de riesgo, informando de manera asertiva y empatizando con la mujer y su pareja sin realizar juicios de valor sobre sus propias decisiones y creencias.

Se evaluó el bienestar materno- fetal por medios clínicos y técnicos apropiados, planeando, implementando y evaluando intervenciones con el fin de potenciar un embarazo saludable.

Se informó sobre medidas de alivio para el malestar durante el embarazo y se explicaron los motivos por lo que se debía acudir a urgencias del hospital.

Se realizaron explicaciones en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo y se administraron los fármacos pautados de manera oral dentro de la consulta, realizando seguimiento diagnóstico en días diferentes, apoyando a la mujer y su pareja durante todo el proceso, colaborando con otros miembros del equipo y derivando a los profesionales de salud mental siempre que lo necesitaran.

Se informó y orientó tanto a la mujer, pareja y/o acompañante sobre sexualidad y contracepción tras aborto y se realizaron técnicas invasivas de métodos anticonceptivos bajo consentimiento informado, explicando los beneficios y los inconvenientes del método anticonceptivo elegido.

Cuida de la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el trabajo de parto.

Paritorio y servicio de transición

Se atendieron las necesidades de la mujer en trabajo de parto, así como el de su acompañante, actuando de acuerdo con el plan de parto, en caso de existir, garantizando intervenciones de calidad y respetando en todo momento el deseo de la mujer y su acompañante.

Se identificó y monitorizó el bienestar materno- fetal durante el trabajo de parto, identificando los patrones de riesgo de manera continua, actuando a la mayor brevedad, dentro de las competencias como enfermero especialista en salud materna y obstetricia, cooperando con otros profesionales, recuperando dicho bienestar.

Se acompañó todo el trabajo de parto y momento del expulsivo del bebé realizando técnicas seguras tanto para la madre como para el bebé, minimizando los riesgos potenciales que pudieran aparecer dentro de este período.

Se implementaron intervenciones en caso de emergencia, como retención de placenta, hemorragia y otras patologías, trabajando con otros miembros de la salud de manera coordinada y segura, siguiendo los protocolos definidos en cada paritorio.

Se identificaron alteraciones morfológicas en el recién nacido y se trabajó con otros profesionales en la reanimación del bebé y otras situaciones de emergencia.

Se evaluó la integridad del canal del parto y se aplicaron técnicas de reparación en caso de laceración o episiotomía. El número de suturas realizadas a las embarazadas fue de 24 y el tipo de sutura fue continua para la mucosa vaginal, puntos sueltos y puntos colchoneros en las zonas que más refuerzo necesitaban. Para la reconstrucción perineal se utilizó en muchas ocasiones puntos intradérmicos. Todas las suturas eran Vicryl, un material reabsorbible, que se pueden mojar y curar sin problemas. En todo momento se intentó preservar la integridad perineal, pero en muchas ocasiones no fue posible, explicando a la madre lo sucedido y los pasos a seguir en la reparación de este.

Se aseguró en todo momento un ambiente tranquilo y de intimidad, implementando y ofreciendo medidas de apoyo psicológico y emocional tanto a la parturienta como a su acompañante.

Cuida a la mujer dentro de la familia y comunidad durante el periodo postparto.

Puerperio

Se identificó y monitorizó el estado de salud de la puérpera y del recién nacido durante su estancia en el servicio, se impulsó y animó a madre y pareja al autocuidado de su propia salud, así como la de su bebé, informando de los recursos disponibles dentro de la comunidad, capaces de responder a sus necesidades. Se explicaron técnicas de amamantamiento seguro y se expusieron las ventajas de la lactancia materna, se hizo énfasis en las señales de alarma por los que volver al hospital referente al bebé como a sí misma, y se mostraron los signos y síntomas más comunes de trastorno de la salud mental durante esta etapa y por último, se promocionó la salud mental de la madre, creando un ambiente de confianza con la pareja y familia y se informó sobre los grupos de apoyo en centros de salud con otras puérperas y matronas. Fue muy interesante y

enriquecedor promover la capacidad de autocuidado de la madre y del hijo. La visita domiciliaria no estaba contemplada en ninguno de los establecimientos en los que se ofrecieron cuidados, sin embargo, se instruyó a madre, pareja y en algunos casos a su familia a realizar unos cuidados tanto al bebé como a ella misma y se instó a volver al hospital en caso de sangrados, dolores, fiebre o signos de infección. Se recordó que no están solos en el proceso de cuidado del bebé y de la recuperación postparto y todas sus dudas podrían ser resueltas desde los centros de atención primaria por parte de su enfermera especialista en salud materna y obstétrica.

Cuida a la mujer dentro de la familia y comunidad durante el período de climaterio.

Climaterio

Fueron varias situaciones las que permitieron realizar un abordaje a la mujer en el periodo de climaterio, apoyando el proceso de transición y adaptación a la menopausia (Freire., 2016). En el período de menopausia, la mujer vive un ciclo delicado e inestable con numerosos cambios en su vida y en su sexualidad, lo que hace que la mujer busque apoyo tanto en su familia como con los profesionales de la salud como las enfermeras. Fue posible concebir, planear, evaluar e intervenir en acciones de promoción de salud mental en la vivencia de la menopausia, así como informar y orientar a la mujer con alteraciones en el climaterio.

Con la realización de las rotaciones prácticas también fue posible desarrollar acciones que permitieran cuidar a la mujer dentro de la familia y comunidad a vivir procesos de salud/ enfermedad ginecológica.

Para contribuir al desarrollo de competencias relacionadas con la especialidad, se realizaron reuniones y coloquios con diferentes profesionales de la obstetricia, ginecología y neonatología, donde se expusieron diferentes casos clínicos reales que sucedían en ese momento dentro de los servicios durante el período de prácticas de Sala

de partos, todas las mañanas durante una hora. Con el objetivo de ampliar información y apoyar las actividades realizadas, se realizaron cursos extracurriculares y jornadas presenciales relacionados con la especialidad, donde se abordaron temas como las urgencias obstétricas y la menopausia. De este modo se dio respuesta a la Competencia D1- Desarrollo de autoconocimiento y asertividad en el dominio de desarrollo de aprendizajes profesionales, como se puede observar en el *Apéndice 5*, en el Certificado de las Jornadas de menopausia para matronas, donde se trataron temas como:

Nutrición y dietética, vida y ejercicio activo, sexualidad y anticoncepción, salud sexual y climaterio, salud mental y menopausia y tratamientos farmacológicos.

5. Consideraciones finales

Tener como centro de los cuidados a la mujer siempre fue una de mis grandes pasiones desde que tengo uso de razón y el reto más difícil en mi carrera profesional. Las capacidades de las mujeres son infinitas y tanto es así que pueden incluso albergar y dar vida a una criatura. Uno de los problemas que puede haber, es que esas capacidades muchas veces se ven afectadas por diferentes motivos a lo largo de su camino y es necesario en esos momentos que se sientan apoyadas, comprendidas, guiadas y sobre todo escuchadas. La figura de la enfermera especialista en salud materna y obstetricia se fue gestando para dar respuesta a todas esas necesidades, incluyendo la recuperación de pérdida de salud y el acompañamiento en su trabajo de parto, expulsivo y ayuda en el cuidado de su bebé.

Durante estos dos años teórico-prácticos, he tenido la oportunidad de estudiar materias relacionadas con la especialidad que me servirán de base de conocimientos con los temas más importantes relacionados con la enfermería especialista en salud materna y obstetricia.

Las prácticas clínicas proporcionaron momentos para la adquisición de competencias de enfermero especialista y EESMO. Autores como (Almeida, 2006), refieren que las prácticas son vistas como un momento de aprendizaje de excelencia, donde se espera que el alumno desarrolle competencias de acción en situaciones reales y competencias reflexivas que le posibiliten transformar la experiencia en aprendizaje.

Desde que se indicó que debíamos escoger un tema relacionado con la salud materna y obstetricia para profundizar en su estudio y realizar una exposición pública del mismo, siempre tuve en mi mente dos temas. Por un lado, la intervención de la música en el embarazo como instrumento en el desarrollo de la salud materno fetal y por otro la

promoción de la salud mental en la mujer embarazada y puérpera, como plasmé en el modelo T-005 de propuesta de proyecto(Apéndice 6). Valoré ambos y tras realizar una búsqueda bibliográfica de ambos y leer acerca de sendos temas, pude observar lo poco explorado de un tema tan importante como la salud mental de la mujer embarazada y puérpera y el gran papel que tiene la enfermera especialista en su promoción y prevención de problemas mayores.

Me reafirmé en la elección del tema cuando comencé con las rotaciones prácticas, donde pude ver en cada uno de los hospitales como se ocupa una pequeña parte del tiempo en la promoción de la salud mental en la mujer embarazada y puérpera. Pensé que invirtiendo un poco más de tiempo en explicar a las mujeres y parejas los cambios que podrían surgir a nivel mental en cada etapa del ciclo del embarazo y tras el parto, a quien acudir y dónde acudir, se podrían evitar problemas mayores.

Para realizar unos cuidados de enfermería de calidad y estructurados, se consideró el modelo de enfermería de la enfermera Hildegard Peplau el más adecuado, pues entiende la enfermería como un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que conscientemente solucione los problemas que interfieren en su vida diaria. Es preciso trabajar con mujer embarazada y puérpera, así como con su familia para satisfacer las necesidades fisiológicas como las mentales para llevar a cabo un proceso terapéutico efectivo. Además, la práctica holística, permitió como enfermero una autorreflexión, autodominio de sentimientos y emociones hacia las situaciones vividas a lo largo de las rotaciones prácticas.

De esta manera se considera, por tanto, que este trabajo puede contribuir a promover habilidades que permitan desarrollar prácticas que promuevan la salud mental de la mujer embarazada y puérpera, dándole un sentido holístico a los cuidados de enfermería especialista en salud materna y obstetricia. De esta manera y como EESMO, se podría

continuar trabajando ,en este sentido, creando comisiones creadas por enfermeros especialistas, formados en promoción de la salud mental en embarazadas y puérperas. Estos grupos de trabajo o comisiones tendrán la labor de establecer programas específicos en salud mental perinatal, planeando, coordinando, implementando y evaluando dichos programas.

6. Referencias Bibliográficas

- Almeida, T. (2006). Contributos da supervisão na Gestão do stress dos alunos em Estágio. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro. In.
- Basu, A., Kim, H. H., Basaldua, R., Choi, K. W., Charron, L., Kelsall, N., . . . Koenen, K. C. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, *16*(4), e0249780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, *18*(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Bernal, L. M., Bernal, M. C., & Gollop, T. (2018). Amniocentesis precoz y biopsia de vellosidad corial. Pérdidas fetales y anomalías congénitas en un grupo de gestantes brasileñas. *Nova*, *16*, 51-61
- Brockington, I. (2017). Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*, *20*(1), 63-69. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0675-8>
- Caparros-González, R. A. (2021). Matronas y profesionales de psicología ante el screening y prevención de estrés específico del embarazo. In B. Romero-González (Ed.), (Vol. 95, pp. 12). Rev Esp Salud Pública.
- Castro., A. B. S. (2018). *El aeiou de la investivación en enfermería*.
- Cepêda, T. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de orientação para profissionais de saúde. In I. Brito (Ed.), *Manual de orientação para profissionais de saúde*. (pp. 46). Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.: Direcção-Geral da saúde.

- Cepêda, T. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. In I. Brito. (Ed.), (pp. 46). Ministério de Saúde. Direcção- Geral da Saúde.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2020). Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*, 118(3), 154-155. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
(Depresión postparto, los riesgos y su temprana detección).
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., . . . Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 100(7), 1219-1229. <https://doi.org/10.1111/aogs.14092>
- Chamy P, V., Cardemil M, F., Betancour M, P., Ríos S, M., & Leighton V, L. (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74, 331-338.
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, 92, 724-732.
- Dalia, C. D. (2018). Calidad del Cuidado de las Personas Adultas Mayores Desde una Perspectiva Epistemológica y Social: Programa Mantente. In.
- Dutsch-Wicherek, M. M., Lewandowska, A., Zgliczynska, M., Szubert, S., & Lew-Starowicz, M. (2020). Psychiatric disorders and changes in immune response in labor and postpartum. *Front Biosci (Landmark Ed)*, 25, 1433-1461. <https://doi.org/10.2741/4863>
- Enfermeiros, O. d. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Regulamento n.º.140/2019*. Diário da República.

- Enfermeiros, O. D. (2019a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In (pp. 6). Diário da República.
- Enfermeiros, O. D. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. In (pp. 6). Diário da República.
- Freire., A. L. (2016). Assistência de enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade:Relato de experiência na atenção básica. In A. C. D. Vila. (Ed.), (Vol. 1, pp. 12).
- Glowska-Ciemny, J., Pankiewicz, J., Malewski, Z., von Kaisenberg, C., & Kocylowski, R. (2022). Alpha-fetoprotein (AFP) - new aspects of a well-known marker in perinatology. *Ginekol Pol.* <https://doi.org/10.5603/GP.a2021.0226>
- Guimarães, F. J., Santos, F. J. D. S., Leite, A. F. B., Holanda, V. R. D., Sousa, G. S. D., & Perrelli, J. G. A. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18, 499-534.
- Henao-López, C. P. (2020). Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto. In S. P. Osorio-Galeano (Ed.), (Vol. 17, pp. 14). *Revista Ciencia y cuidado*.
- Herrera, K. W. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. In (Vol. 3, pp. 5). *Revista Médica Sinergia*.
- Hildingsson, I., & Larsson, B. (2021). Women's worries during pregnancy; a cross-sectional survey using the Cambridge Worry Scale in a rural area with long distance to hospital. *Sex Reprod Healthc*, 28, 100610. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100610>

- Hospital Da Região metropolitana de Lisboa. (2022). *História do Hospital*.
- Jalali, A., Heydarpour, S., Tohidinejad, F., & Salari, N. (2020). Cognitive-behavioral counseling and mental health of pregnant women. *Heliyon*, 6(2), e03463. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03463>
- Lasheras, G. (2017). VI Jornada de salud mental perinatal. In I. Echevarria (Ed.), *Resúmenes de ponencias y comunicaciones de la VI jornada de salud mental perinatal*. (pp. 19).
- Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48, 58-65.
- Matos, E. R. (2020). *Psicología del postparto*.
- Moses-Kolko, E. L., & Hipwell, A. E. (2016). First-Onset Postpartum Psychiatric Disorders Portend High 1-Year Unnatural-Cause Mortality Risk. *Am J Psychiatry*, 173(6), 559-561. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030317>
- Munro, A., MacCormick, H., Sabharwal, A., & George, R. B. (2020). Pharmacologic labour analgesia and its relationship to postpartum psychiatric disorders: a scoping review. *Can J Anaesth*, 67(5), 588-604. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01587-7> (L'analgésie pharmacologique pour le travail obstétrical et sa relation aux troubles psychiatriques postpartum: une étude exploratoire.)
- OE. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Regulamento n.º.140/2019*. Diário da República.
- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*, 41(5), 703-710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>

- Osborne, L. M. (2018). Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 45(3), 455-468. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.005>
- Peplau. (1991). Relações interpessoais em enfermagem: Um quadro conceitual de referência para a enfermagem psicodinâmica. In: Bloomsbury.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. In (pp. 274): Loures; Lusociência.
- Rodriguez-Cabezas, L., & Clark, C. (2018). Psychiatric Emergencies in Pregnancy and Postpartum. *Clin Obstet Gynecol*, 61(3), 615-627. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000377>
- Roig, P. (2022). Madre. In (pp. 279).
- Ruiz, G. S. L. (2018). IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en salud mental. In D. G. Rodríguez (Ed.), Conocer la depresión y la psicosis en el embarazo y puerperio (pp. 7).
- Saúde., S. N. d. (2019.). *Relatório e contas Hospital Professor Fernando Fonseca*.
- Schwarz, J. M. (2019). Frank Beach Award Winner - The future of mental health research: Examining the interactions of the immune, endocrine and nervous systems between mother and infant and how they affect mental health. *Horm Behav*, 114, 104521. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.04.008>
- SNS. (2022). *Notícias Nascimento Digital e Registo de Nascer Utente*. Noticias de nacimiento digital y registro de usuarios de nacimientos - Transparencia (sns.gov.pt)
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>

Villavicencio., S. A. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el período postparto.

In I. B. Ortiz. (Ed.), (Vol. 5, pp. 11). Revista médica Sinergia.virtual, E. (2022).

In.

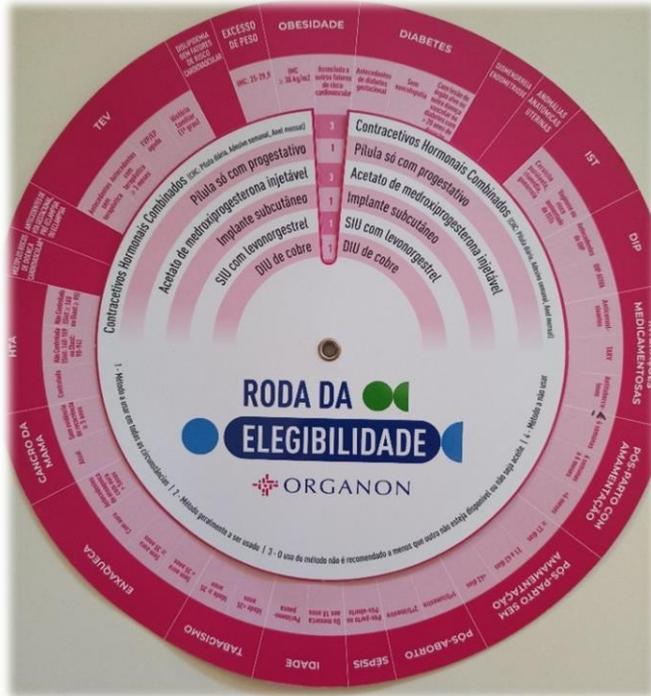
Vázquez., S. M. (2021). trastorno de estrés postraumático perinatal: Magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en población española. In. Universidad de Jaén, escuela de Doctorado.

Wigginton, B. (2018). Who takes responsibility for contraception, according to young Australian women? In M. L. Harris (Ed.), (Vol. 15, pp. 2-9). sexual reproductive Healthcare.

7. Anexos

Anexo 1.

Rueda de elegibilidad de tratamiento anticonceptivo de empresa Organon



Nota. En esta imagen se puede observar la facilidad que ofrece la rueda de elegibilidad de método anticonceptivo, que, junto con los datos aportados por parte de la señora y su historia clínica, se puede aconsejar el método anticonceptivo menos perjudicial para ella y más adecuado.

Anexo 2.

Hoja de total de mujeres atendidas

uó évora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

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 SARA HERMINIA REGUEIRO Nº 47070

| | |
|---|-----|
| 1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100) | 102 |
| 2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente | |
| • Partos eutócicos (40) | 43 |
| • Participação activa em partos pélvicos | 2 |
| • Participação activa em partos gemelares | 2 |
| • Participação activa noutros partos | 2 |
| • Episiotomia | 8 |
| • Episiorrafia / perineorrafia | 24 |
| 3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) | 98 |
| • Gravidez | 200 |
| • Trabalho de parto | 10 |
| • Puerpério | |
| 4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100) | 115 |
| 5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100) | 111 |
| 6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco | 10 |
| 7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas. | 24 |

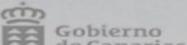
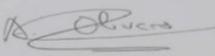
Rubrica Professor

Nota. Requisitos de La Directiva europea, transpuesta en la legislación portuguesa mediante la Ley 9/2009, de 4 de marzo, con varias actualizaciones.

Anexo 3.

Certificado sobre participación en jornadas de menopausia para matronas.

| | |
|---|--|
|  Servicio Canario de la Salud |  Gobierno de Canarias |
| D./Dña. Carlos Jorge Acosta GERENTE DE ATENCION PRIMARIA DEL AREA DE SALUD DE GRAN CANARIA | |
| CERTIFICA | |
| Que D./Dña. HERRADOR REVERENDO SAUL con DNI N° 47521856S ha participado como discente en la actividad formativa JORNADAS DE MENOPAUSIA PARA MATRONAS , con el número de registro: 76379 , dentro del Programa de Formación Continua de esta Gerencia de Atención Primaria, impartido entre el 06/05/2022 y el 06/05/2022 . Actividad acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias (Expediente n° 05000399-1006) con 0,60 créditos. Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. | |
| Y para que así conste y a los efectos oportunos expedimos el presente certificado en Las Palmas de Gran Canaria a 01-07-2022. | |
| GERENTE DE ATENCION PRIMARIA DEL AREA DE SALUD DE GRAN CANARIA | |
|  |  |
| | Carlos Jorge Acosta Actividad acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continua de las Profesionales Sanitarias con 0,60 Créditos. |
| |  |

| | |
|--|--|
|  Servicio Canario de la Salud |  Gobierno de Canarias |
| SERVICIO CANARIO DE LA SALUD GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA AREA DE SALUD DE GRAN CANARIA | VºBº Responsable de Formación |
| 01-jul.-22 REGISTRO DE CERTIFICADOS N° 76379 |  |

Programa del Curso

- Nutrición y Dietética
- Vida activa y ejercicio físico.
- Sexualidad y anticoncepción.
- Aportaciones desde la sexología para la atención a la salud sexual de las mujeres en climaterio.
- Tratamientos farmacológicos, fitoterapia y /u otros.
- Salud mental y la menopausia

Nota. Certificado de asistencia a jornadas de menopausia para matronas.

8. Apéndices

Apéndice 1

Presentación de caso clínico real sucedido durante la rotación práctica en Hospital 1.

Caso clínico

Servicio de embarazadas y ginecología

1. caso: Paciente planta de embarazadas de alto riesgo y ginecología.

Introducción

El caso clínico que se presenta a continuación se desarrolla en el ámbito de la Unidad Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final” durante el segundo año del “Mestrado Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica” en la primera rotación de prácticas en Hospital 1, en el servicio de “Grávidas e ginecología” en el período de 13 de septiembre de 2021 hasta el 24 de octubre de 2021.

La rotación en el servicio estuvo orientada bajo la supervisión clínica de una de las enfermeras especialistas perteneciente al servicio y fue supervisada y orientada de manera académica por la Doctora MDLB.

La elaboración de este caso clínico se realizó según la normativa de citación de documentos APA, sexta edición.

Se escogió el caso de esta paciente de 44 años de origen tailandés, por la aportación significativa que supone su caso al contenido del Relatório final en el que estoy trabajando. Su contribución no sólo pone de manifiesto los grandes miedos que siente una mujer embarazada y puérpera, sino también da realidad a la idea que tengo del sufrimiento que padecen estas mujeres y familias durante las etapas de embarazo y puerperio y las carencias que existen dentro de nuestra profesión al hablar de salud mental y su promoción.

- El siguiente caso clínico consta de varios puntos:

- Presentación del caso clínico.
- Valoración de los patrones funcionales según Gordon.
- Evolución y seguimiento.
- Conclusiones.
- Diagnósticos enfermeros y plan de cuidados.
- Bibliografía.

Presentación del caso

Paciente de 44 años, de origen tailandés, Índice obstétrico de: 0131.

Acompañada por su marido. Vienen desde Francia, donde les indican a las 24 semanas, que su embarazo es de alto riesgo y es posible que no evolucione y finalmente el bebé no llegue a sobrevivir.

La paciente y su marido deciden viajar hasta Portugal, de donde es su marido, para continuar con el embarazo, pese a ser de alto riesgo.

A su llegada al hospital presenta 25+5 semanas de embarazo y tras realizar los exámenes a la paciente, esta presenta Preeclamsia, restricción del crecimiento fetal y una hiponatremia grave.

Durante la semana que la paciente permaneció ingresada en la Unidad de Embarazo de riesgo, fueron muchos los momentos que hicieron que su salud mental se viera débil y apenas sin consuelo.

Fueron muchos los motivos que hicieron que su tristeza y pesar aumentara. El primero de los motivos fue ver como su bebé podía perder la vida y la propia de la paciente. A esta angustia se sumó la barrera idiomática, pese a que la mayoría del personal sanitario pudiera comunicarse en inglés con la paciente, no se llegan a expresar los sentimientos debidamente si no es en una lengua controlada al 100 %.

Los días pasaban y la paciente sólo podía estar acompañada de su Marido durante unos minutos al día debido a la justificación de la Directiva del hospital 1 durante la pandemia.

Los días pasaron y finalmente a las 26+ 5 días fue necesario realizar una cesárea urgente debido al estado de la paciente y del bebé.

Tras la cesárea, nace un bebé de sexo femenino, de 520 gramos, con un APGAR de 0/4/6 y es llevada a neonatología.

Gracias a los avances y el tesón de su madre y su padre, la bebé continúa con vida sana y creciendo día a día.

Valoración de la paciente: (Dalia, 2018).

Patrón 1. Percepción-mantenimiento de la salud:

La paciente recibió información detallada de su estado de salud, siempre con su marido presente, pues la información es dada en un idioma diferente tanto al idioma de la usuaria como de los sanitarios que forman el equipo.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

La paciente debe llevar una dieta estricta debido a su hiponatremia grave y preeclamsia, es por ello por lo que sólo podrá beber una cantidad máxima de líquidos de 1 litro, con un balance hídrico por turno.

Patrón 3. Eliminación

Se realiza un control estricto tanto de orina como de heces por turno.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Pese a ser una mujer joven y sana previo al embarazo, la paciente debe llevar una vida cama- sillón sin excederse de su actividad.

Esto provoca en la paciente cierto grado de incomodidad y desgana.

Patrón 5. Sueño-descanso

La paciente no tiene problemas de sueño, pero su descanso se ve afectado por las interrupciones del personal sanitario cada vez que se realiza una técnica para saber cómo está el bienestar fetal y de la propia paciente.

Patrón 6. Cognitivo-perceptivo

La paciente muestra dolor en cada turno debido tanto a la incomodidad que provoca el catéter venoso central que porta en la subclavia como posteriormente del dolor de la cicatriz a nivel abdominal que se realiza en la cesárea.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto

La paciente muestra mucho nerviosismo y preocupación debido al estado de su bebé cuando se encuentra intrauterino, y más tarde muestra bastante miedo por el bienestar de su bebé, cuando se encuentra en UCIR.

Patrón 8. Rol-relaciones

En la actualidad solo vive con su marido, y después del cambio de ciudad y de país, estos solo cuentan con el apoyo de algunos amigos del marido que no pueden visitar a la paciente debido al estado de alarma por COVID 19.

Patrón 9. Sexualidad-reproducción

La paciente comenta durante el acompañamiento que se realiza por parte de enfermería, que tuvo un aborto hace algún tiempo.

Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés

Durante su ingreso en la planta la paciente muestra una increíble capacidad de adaptación al miedo y al estrés.

Es importante especificar en este punto que tanto antes como después de tener a su bebé, la paciente necesitó mucho apoyo por parte del personal sanitario.

Fue en este punto donde se vieron los puntos fuertes, así como los débiles de todos

los que trabajan en el servicio.

Patrón 11. Valores-creencias

No se hace referencia a ninguna creencia y tampoco realizan ningún tipo de ritual cultural.

Evaluación y seguimiento:

Se realiza una evaluación y seguimiento por turno y durante las demandas de la paciente, intentando resolver sus dudas y calmar su sensación de agobio y ansiedad, dedicando más tiempo a sus necesidades tanto físicas como psíquicas.

Conclusiones:

El embarazo en edades tardías es una condición cada vez más habitual en nuestros días, sobre todo en mayores de 36 años. El hecho de quedarse embarazada en edades avanzadas puede significar ganancia excesiva de peso, síndrome hipertensivo en el embarazo, rotura prematura de membranas en el embarazo, parto prematuro, Apgar bajo, menor peso del bebé, mortalidad neonatal.(Chamy P et al., 2009).

Gracias a la aplicación del método científico y a los patrones funcionales de Gordon, se pueden sistematizar los cuidados de la paciente, mediante un enfoque holístico, pudiendo aplicar los cuidados adecuados en cada momento.

Es de vital importancia poner atención a todos los signos que presenten las puérperas, pues pueden mostrar características importantes que indiquen algún problema de salud mental como puede ser la psicosis puerperal. Una mayor atención a este trastorno puede ayudar a proporcionar un tratamiento adecuado para prevenir consecuencias perjudiciales tanto para la madre como para el bebé.(VanderKruik et al., 2017).

Estos signos pueden ser desorganización, comportamiento extraño, delirio, etc. Esto puede llevar tanto al suicidio como al infanticidio. (Rodriguez-Cabezas & Clark, 2018).

En este caso, se agrava el problema cuando la madre tiene una amenaza de parto prematuro y después una separación de madre- bebé al ingreso del neonato.

Algunas referencias bibliográficas recomiendan cuando aparecen signos de psicosis puerperal:

- Obtener una consulta psiquiátrica para cualquier paciente con sospecha de psicosis posparto.
 - Hospitalizar al paciente para su evaluación, evaluación de seguridad y tratamiento.
 - Examen completo para enfermedades físicas tratables.
 - Comience con litio y agregue un antipsicótico atípico o benzodiazepina según sea necesario para una mayor reducción de los síntomas psicóticos. Continuar el tratamiento con litio durante 6-9 meses.⁴⁷
 - Evite el uso de antidepresivos sin un estabilizador del estado de ánimo.
- (Rodríguez-Cabezas & Clark, 2018).

Pero las primeras personas en observar estos cambios son los enfermeros especialistas, y solo se pueden observar estos cambios y evitar problemas mayores con el poder de la conversación y la palabra y para ello se necesita tiempo, un tiempo de oro que ayudará no solo a calmar la ansiedad y llegar a otros problemas mayores, sino también a salvar vidas.

Diagnóstico enfermero y Plan de cuidados: (virtual, 2022).

1. **Ansiedad**, manifestado por nerviosismo, irritabilidad, llanto, Relacionado con Hospitalización.

Objetivos:

Que la paciente describa su ansiedad e identifique estrategias para reducir su ansiedad.

Intervenciones:

Terapia de relajación, reducción de la ansiedad.

Se ayudará a la paciente a calmar su ansiedad brindando tranquilidad, dando apoyo, se permanecerá con ella durante más tiempo.

Se dará espacio a la paciente y dejaremos que llore y hable.

2. Riesgo de infección.

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud, relacionado con herida quirúrgica por cesárea.

Objetivos:

La persona informará los factores de riesgo relacionados con la infección y las precauciones necesarias, evidenciados por los siguientes indicadores:

- Demuestra una técnica meticulosa de lavado de manos en el momento del alta.
- Describe los métodos de transmisión de la infección.
- Describe la influencia de la nutrición en la prevención de infecciones.

Intervenciones:

Control de heridas quirúrgicas.

Bibliografía caso clínico:

- Chamy P, V., Cardemil M, F., Betancour M, P., Ríos S, M., & Leighton V, L. (2009). RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74, 331-338.
- Dalia, C. D. (2018). Calidad del Cuidado de las Personas Adultas Mayores Desde una Perspectiva Epistemológica y Social: Programa Mantente. In.
- Rodríguez-Cabezas, L., & Clark, C. (2018). Psychiatric Emergencies in Pregnancy and ostpartum. *Clin Obstet Gynecol*, 61(3), 615-627. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000377>
- Roig, P. (2022). Madre. In (pp. 279).
- Ruiz, G. S. L. (2018). IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en salud mental. In D. G. Rodríguez (Ed.), *CONOCER LA DEPRESIÓN Y LA PSICOSIS EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO* (pp. 7).
- Saúde., S. N. d. (2019.). *Relatório e contas Hospital Professor Fernando Fonseca*.
- Schwarz, J. M. (2019). Frank Beach Award Winner - The future of mental health research: Examining the interactions of the immune, endocrine and nervous systems between mother and infant and how they affect mental health. *Horm Behav*, 114, 104521. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.04.008>
- SNS. (2022). *Notícias Nascimento Digital e Registo de Nascer Utente*. Noticias de nacimiento digital y registro de usuarios de nacimientos - Transparencia (sns.gov.pt)
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>

Apéndice 2.

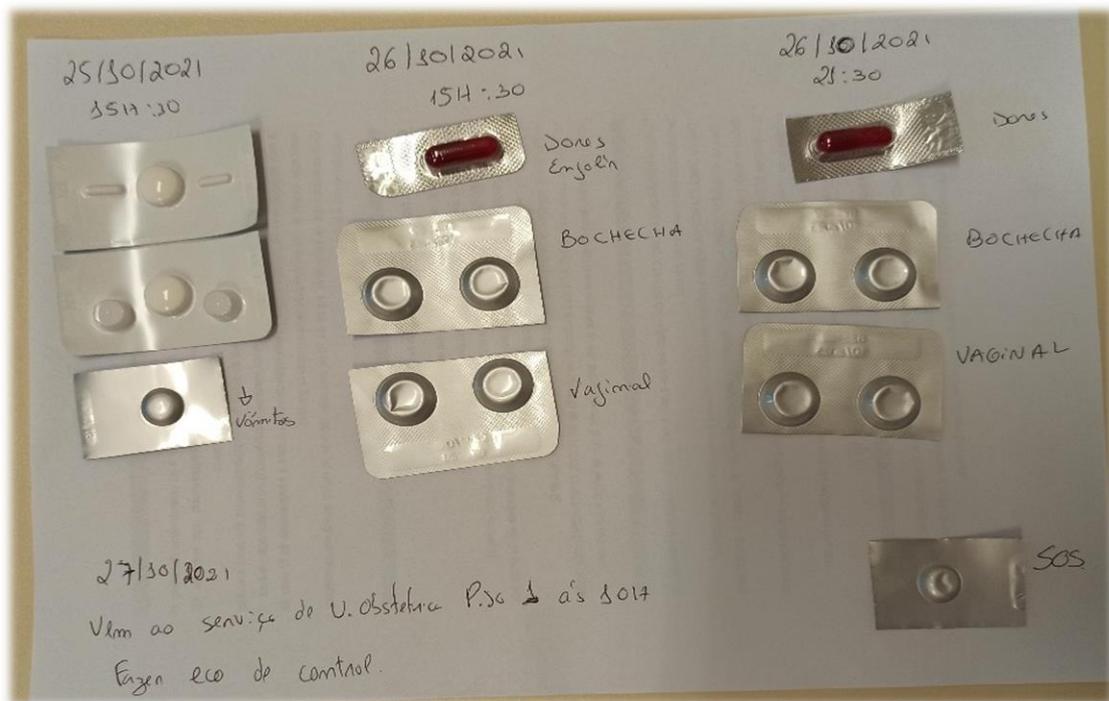
*Test cuádruple para el diagnóstico de anomalías en el 2º trimestre de embarazo.
Realización de test cuádruple para diagnóstico de aneuploidías fetales.*



Nota. En esta imagen se observa cómo se realiza el test cuádruple del segundo trimestre para saber si existen aneuploidías en el bebé. Se toma una muestra de sangre de un dedo y se plasma la sangre en los cuatro círculos. Tras esta prueba se deja secar y se envía a laboratorio externo junto con los informes de la madre.

Apéndice 3.

Esquema para paciente sobre toma de tratamiento en interrupción voluntaria del embarazo



Nota. En esta imagen se puede observar esquema realizado para la toma de tratamiento en domicilio para no sufrir equivocaciones. Se le pide a las mujeres gestantes que acuden a la consulta de Interrupción voluntaria del embarazo, que tomen una foto con sus teléfonos móviles y cuando tomen el tratamiento en su domicilio, lo hagan mirando la foto. Esquema realizado por el propio alumno bajo la supervisión clínica de la EESMO.

Apéndice 4.

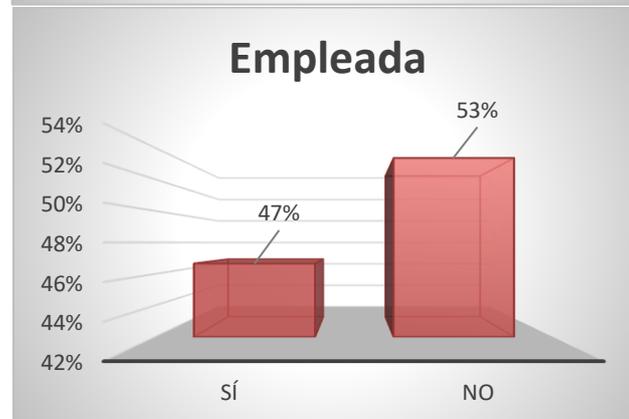
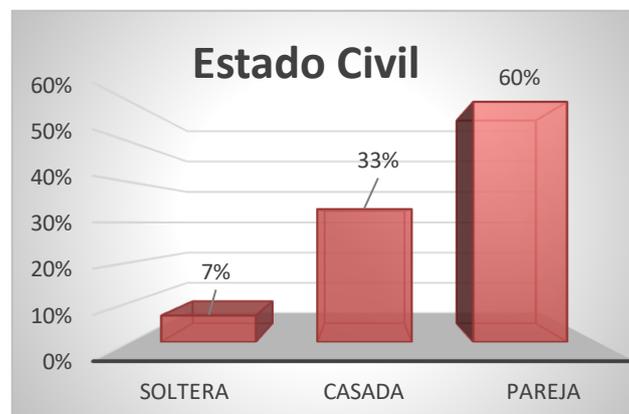
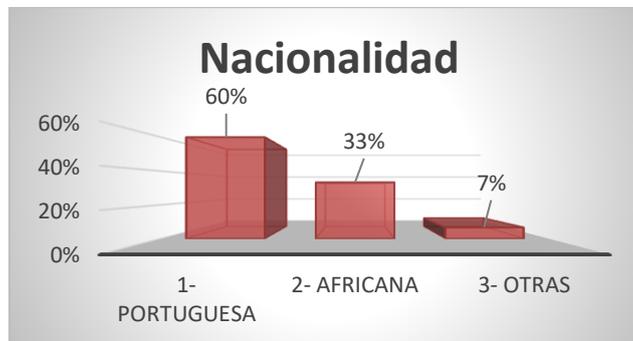
Colocación de implante en paciente real, previo consentimiento

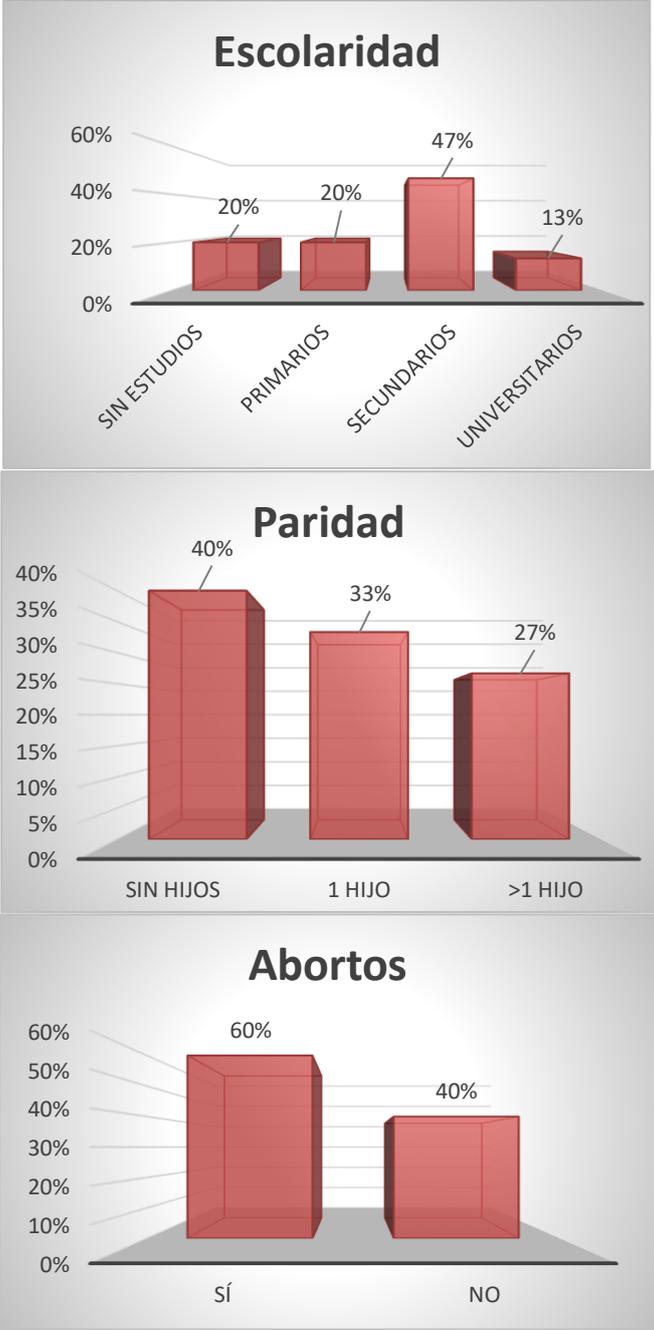


Nota. En esta imagen se puede observar como el propio estudiante de enfermería en salud materna y obstetricia realiza los pasos pertinentes para insertar implante anticonceptivo, de manera aséptica, bajo anestesia local y realizando las explicaciones pertinentes a la mujer atendida. Estas imágenes fueron tomadas por la propia enfermera especialista, encargada de la formación del estudiante.

Apéndice 5

Figuras con datos sobre pacientes a las que se ofrecieron cuidados dentro de los servicios en los que se realizaron rotaciones prácticas.



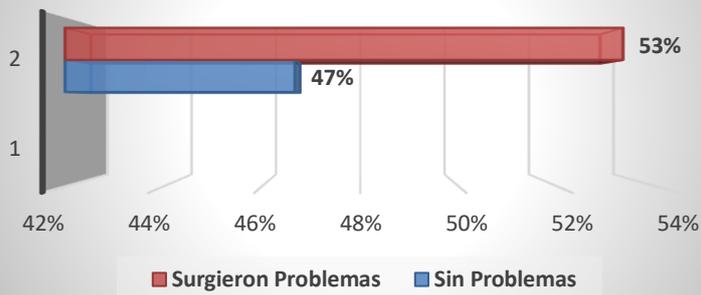


Nota. Figuras sobre datos Sociodemográficos de las señoras a las que se prestaron cuidados durante el período de prácticas en Portugal y España.

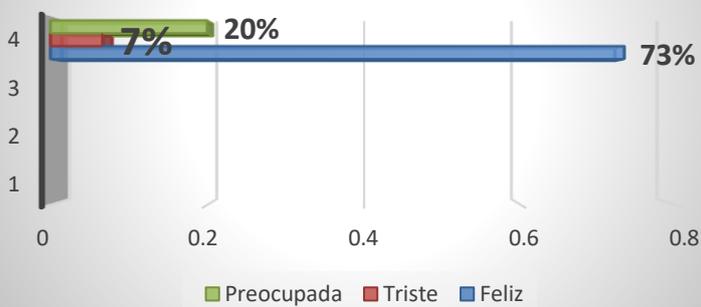


Nota. Figuras sobre datos sociodemográficos de las mujeres cuidadas en el período posparto en España.

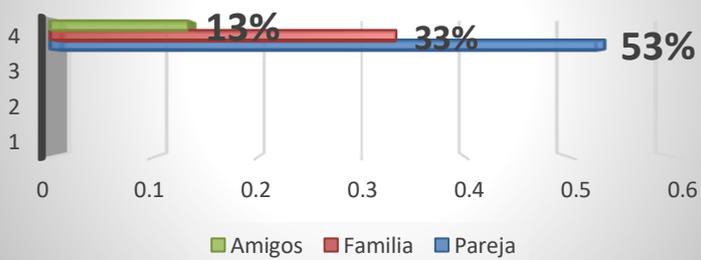
¿Cómo fue el embarazo?



¿Cómo se sintió al saber que estaba embarazada?



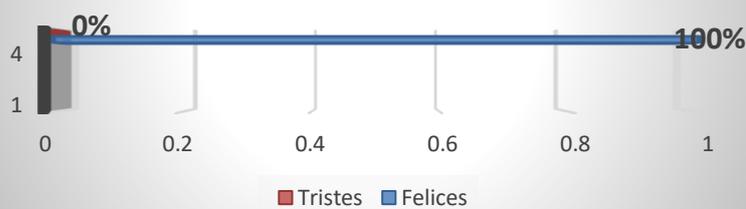
¿A quién contó primero la noticia del embarazo?



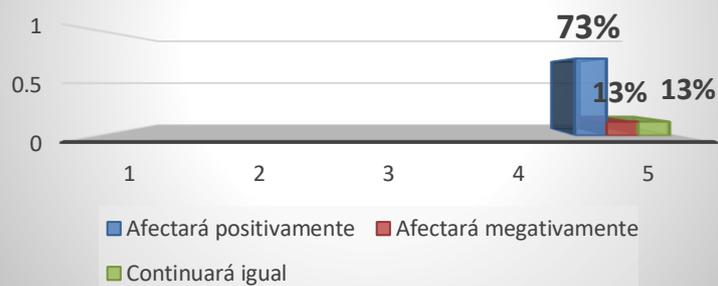
¿Cómo se tomó la noticia del embarazo el padre del bebé?



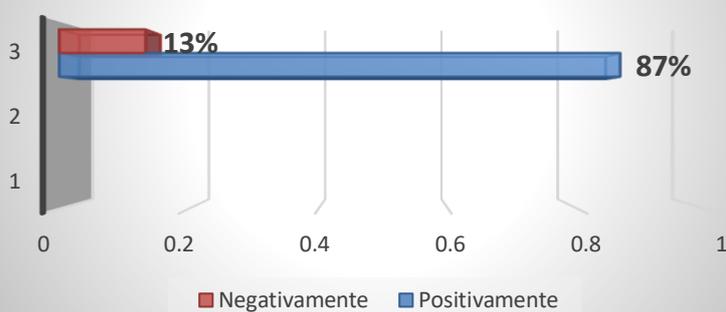
¿Cómo reaccionó la familia al conocer la noticia del embarazo?



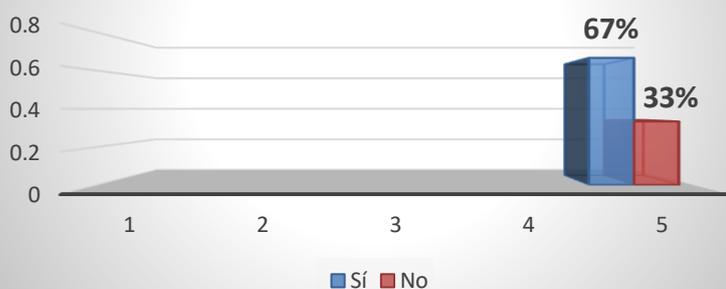
¿Cómo cree que afectará la llegada del bebé a su vida y a su entorno?



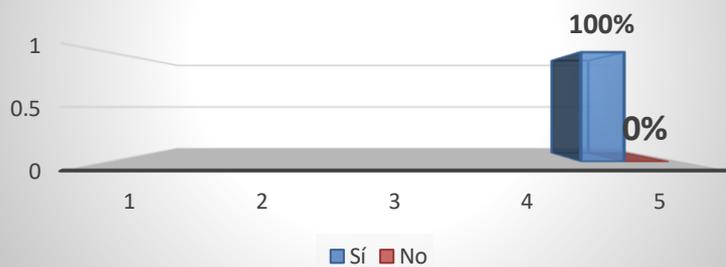
¿Cómo piensa que afrontará los cambios?



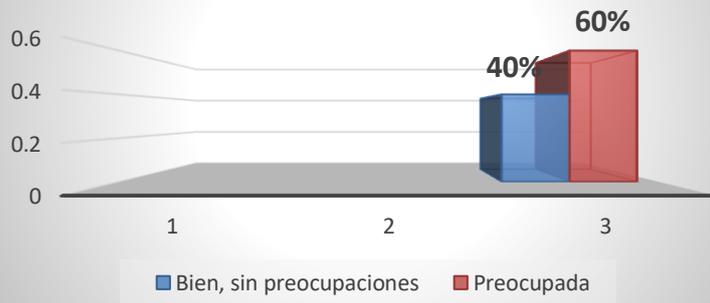
¿Está preocupada con la idea de padecer depresión tras el parto?



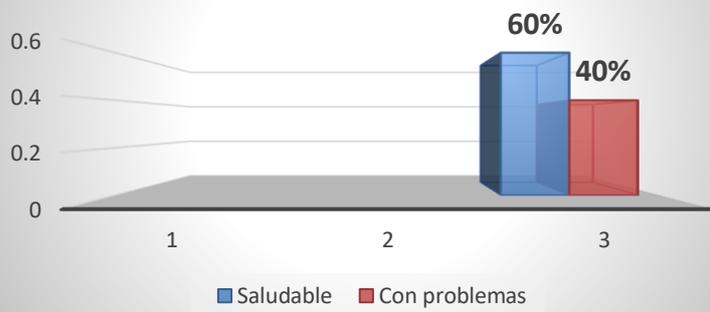
¿Ha notado cambios en usted misma desde que se quedó embarazada?



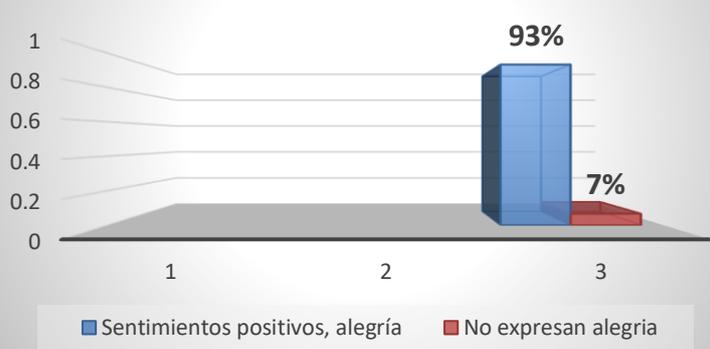
¿Cómo se siente de modo general?

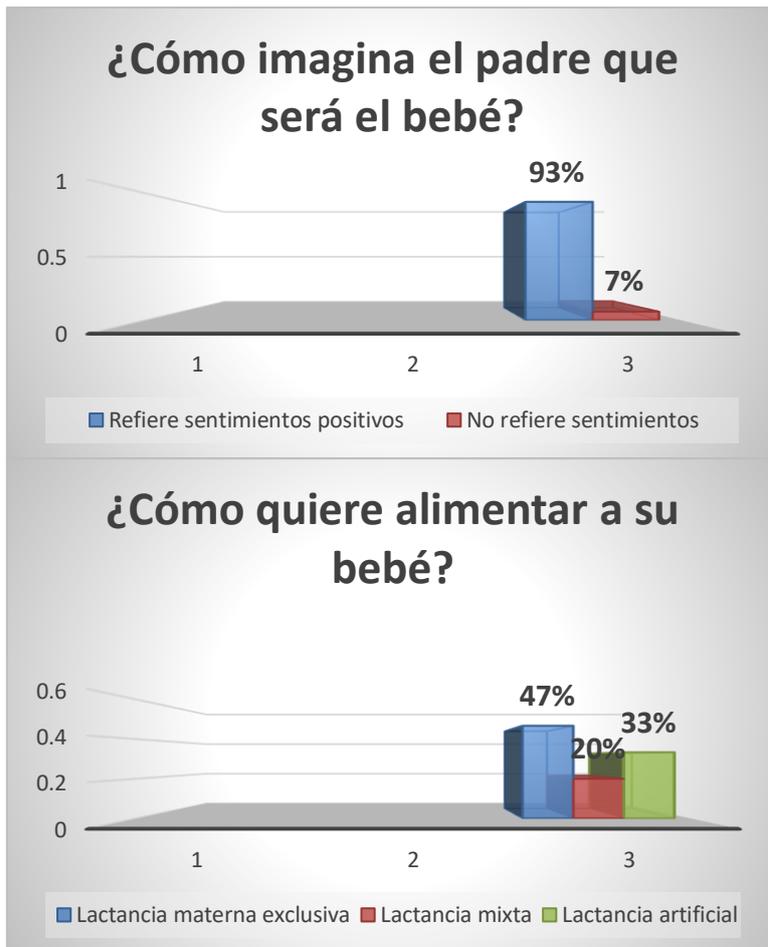


¿Cómo cree que está ahora su bebé?

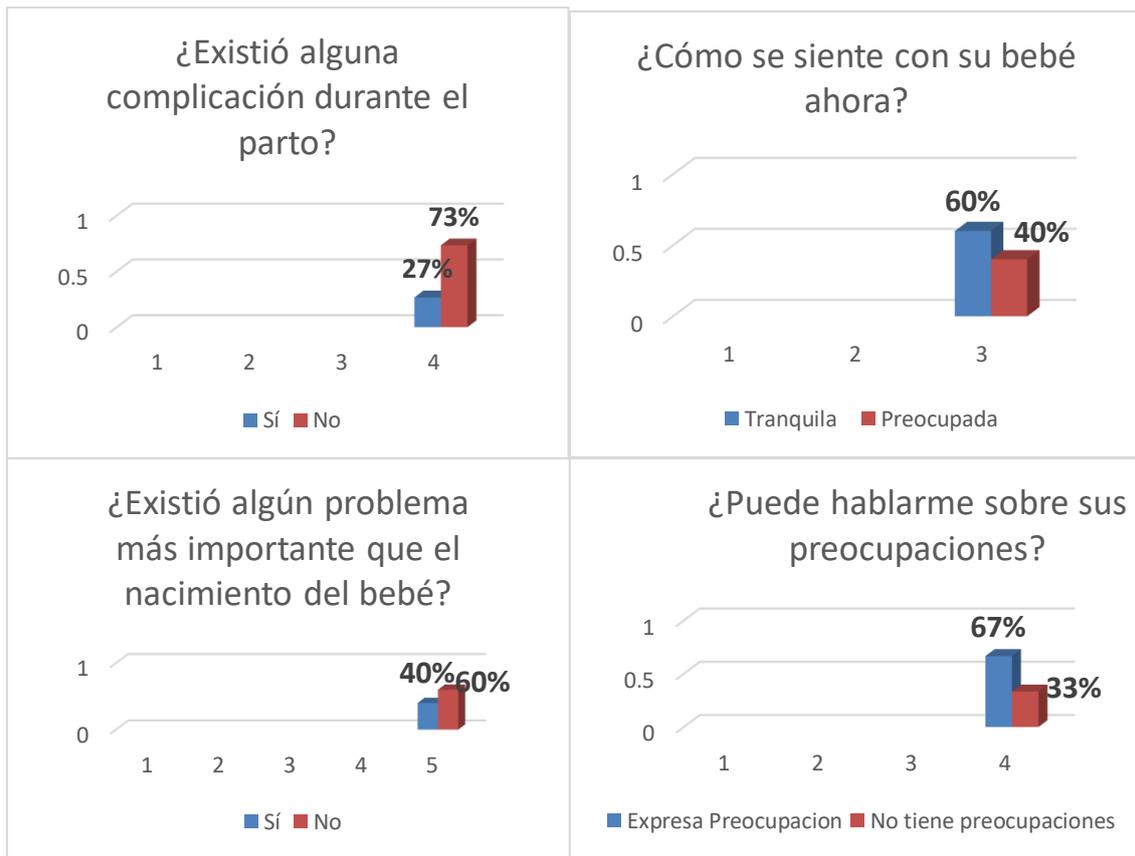


¿Cómo imagina que será su bebé?





Nota. Figuras realizadas por propio alumno en programa Microsoft Excel, donde se muestran datos relevantes a preguntas realizadas en conversaciones abiertas con mujeres en el período prenatal.



Nota. Figuras realizadas por propio alumno en programa Microsoft Excel, donde se muestran datos relevantes a preguntas realizadas en conversaciones abiertas con en el período posnatal.

Apêndice 6.

Propuesta de proyecto de Estágio. Modelo T-005.

| | | |
|---|--|---|
|  Serviços Académicos | Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado | MODELO T-005 |
| | PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO | Ano Letivo: 2021 / 2022 |
| 1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA | 2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO | |
| (A ser emitido apenas em GesDOC) | (A ser emitido apenas em GesDOC) | |
| 3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE | | |
| Nome Completo: <u>Saúl Herrador Reverendo</u> | | |
| Número: <u>M-47020</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado | | |
| Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> | | |
| Especialidade/Plano Alternativo: _____ | | |
| 4. CONTACTOS DO ESTUDANTE | | |
| Telef.: <u>+34 649680323</u> E-mail: <u>m47020@alunos.uevora.pt</u> | | |
| 5. PROPOSTA | | |
| <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 | | |
| <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto | | |
| Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) | | |
| <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. | | |
| 6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção) | | |
| | | |
| 7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) | | 8. LÍNGUA DE REDAÇÃO |
| APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO: | | <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês |
| <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação | | <input checked="" type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês |
| <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados | | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) | | |
| PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO: | | |
| <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto | | |

| |
|--|
| 9. TÍTULO DO TRABALHO |
| Título (na língua de redação): Promoción de la salud mental durante embarazo- puperperio. |
| Título em Inglês: Promotion health during pregnancy-puperium. |
| 10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação) |
| Nome: <u>Maria da Luz Ferreira Barros</u> |
| Universidade/Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem João de Deus - Universidade de Évora</u> |
| N.º Identificação Civil: <u>08257980 -6ZZ3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</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>Pregnant; Postpartum; Depression; Mental; Disorders;</u> |
| 12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA |
| Promoción de salud mental en embarazo y puerperio. |

Resumen:

Se elabora la presente propuesta de proyecto de “*Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde e Obstétrica*” en la Escuela Superior de Enfermería São João de Deus de la Universidad de Évora, con publicación en el Diario de la República de 7 de Octubre; Aviso nº 15812/2019 y con registro en la Dirección General de enseñanza superior (R/A- EF 1783/2011/AL03).

“*O Estágio de Natureza profissional*” se realiza durante el 2º año de curso. Las rotaciones de práctica se realizan en diferentes servicios hospitalarios y centros de salud, los cuales ofrecen al estudiante la posibilidad de aprender técnicas y protocolos diferentes por parte de cada institución.

Las prácticas de segundo año se distribuyen de la siguiente manera: Embarazadas de riesgo y ginecología , consultas externas, Partorio y puerpério. Tras la finalización de las prácticas, el estudiante deberá mostrar sus conocimientos sobre cuidados especializados dentro del área de salud materna y obstetricia, utilizando su capacidad de reflexión crítica, fundamentando sus búsquedas científicas para concluir en sus conclusiones de forma clara. Tras escoger un tema para profundizar en su conocimiento, el estudiante, deberá exponer todo lo dicho anteriormente en unas pruebas públicas, defendiendo sus argumentos de manera correcta. Gracias a los convenios internacionales con los que cuenta la Universidad de Évora, se ofrece la opción de realizar las prácticas en España y Portugal, convirtiendo la formación del estudiante especialista en un enriquecedor proyecto multicultural a nivel profesional y personal, que convertirán al enfermero generalista en un gran enfermero especialista con una visión holística tanto del trabajo desempeñado, como de sus habitantes y diferentes culturas, para poder brindar los cuidados precisos a la mujer en todas las etapas de su vida. Son muchas las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz, que sufren algún tipo de trastorno mental y la mayoría de ellas no es consciente de ello o no lo cuenta por miedo a los prejuicios.

Se sabe que desde el siglo XVIII, estos problemas, como las psicosis postparto pueden durar hasta varias semanas después del parto (Brockington, 2017). Han pasado varios cientos de años y la mujer gestante o puerpera sigue padeciendo los mismos problemas. La enfermedad psiquiátrica materna es un importante problema de salud pública. Estos problemas pueden tener muchas consecuencias, entre ellas y más drástica, el suicidio. Según estudios el rango de edad de estas mujeres está por encima de los 30 años, tiene una vida estable y está casada (Moses-Kolko & Hipwell, 2016). El gran riesgo de mortalidad materna en el periodo perinatal, evidencia la necesidad urgente de una mayor vigilancia en las madres, dentro de los 90 días posteriores al parto. Algunos estudios asocian los dolores que sufre la mujer en el parto a tener un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, además explican que las demandas del embarazo y el parto hacen que estas pacientes sean más vulnerables a trastornos como: depresión postparto, ansiedad, trastornos del estrés, provocando mayores tasas de mortalidad con mayor riesgo durante el primer año después del diagnóstico (Munro et al., 2020). Otros estudios sugieren la relación bidireccional que existe entre la falta de sueño y la alteración del estado de ánimo (Okun et al., 2018), demostrando que la alteración del sueño es un síntoma prodrómico de episodios depresivos nuevos y recurrentes. Sin embargo, nuevos estudios plantean la hipótesis de que los cambios en el sistema inmune que surgen a lo largo del embarazo pueden contribuir a un mayor riesgo de trastornos de salud mental de la madre. (Schwarz, 2019).

Para el desarrollo del proyecto, definimos los objetivos y actividades a desarrollar con base en el Reglamento nº 140/2019, de 6 de febrero, referente a las competencias comunes de Especialista en el Reglamento nº 391/2019, de 3 de mayo específicas del Especialista en Enfermería en Salud Materna y Obstétrica (EESMO).

| Plan de Actividades: | | |
|--|--|--|
| Período Preconcepcional | | |
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| Lograr aptitudes en el ámbito de la planificación familiar de la mujer y de la familia, dentro de la comunidad, durante el período preconcepcional, implementando programas de intervención y de educación para la salud, potenciando la salud de la mujer y la familia. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, de la planificación familiar y durante el período preconcepcional. • Efectuar diagnóstico precoz y prevenir complicaciones para la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, planificación familiar y durante el período preconcepcional. | <ul style="list-style-type: none"> • Planeo, coordino, superviso, implemento y evalúo proyectos e intervenciones de educación sexual y salud preconcepcional. • Informo sobre métodos anticonceptivos. • Planeo, coordino, implemento y evalúo intervenciones de protección de salud y prevención de infecciones sexuales. • Evalúo riesgos potenciales sobre desórdenes a nivel mental, utilizando instrumentos de la Direção Geral de Saúde. |
| Período Prenatal | | |
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| Lograr aptitudes que permitan cuidar de la mujer, dentro de la comunidad y durante el período prenatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover, diagnosticar y providenciar la salud de la mujer durante el período prenatal y en situación de aborto. | <ul style="list-style-type: none"> • Creo, planeo, coordino, implemento y evalúo programas, proyectos e intervenciones de promoción de salud prenatal, salud mental en la vivencia del embarazo, en lactancia materna. • Informo a la mujer sobre la decisión de interrupción voluntaria del embarazo. • Informo sobre las medidas de alivio en los momentos incómodos del embarazo. • Realizo seguimiento de los hábitos adquiridos. • Promuevo el Plan de parto. • Coopero con otros profesionales de salud en el tratamiento de la mujer. |

| Trabajo de Parto | | |
|---|--|--|
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| Lograr aptitudes durante la prestación de cuidados de enfermería especializada en salud materna y obstetricia, permitiendo cuidar a la mujer dentro de la familia y comunidad, durante el trabajo de parto. | <ul style="list-style-type: none"> Promover la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimizar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Diagnosticar y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido. Implantar medidas de alivio del dolor para prevenir posibles desórdenes mentales. | <ul style="list-style-type: none"> Actúo de acuerdo con el plan de parto, garantizando intervenciones de calidad y riesgos controlado. Garantizo un ambiente seguro durante el trabajo de parto. Identifico y controlo el trabajo de parto. Identifico y monitorizo el riesgo materno- fetal durante el trabajo de parto. Asumo la decisión de transferir, asegurar la transferencia y cuidar de la parturienta durante el transporte. Permito la creación de un buen vínculo familiar durante esta etapa. Promuevo el trabajo en equipo. |
| Período Postparto | | |
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| Lograr competencias en sentido de potenciar el cuidado de la púérpera y del recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad. | <ul style="list-style-type: none"> Promover la salud de la mujer y el recién nacido en el período de puerperio. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido durante el puerperio. | <ul style="list-style-type: none"> Informo y oriento sobre recursos disponibles en la comunidad para dar respuesta a las necesidades de la púérpera y recién nacido. Informo y oriento sobre contracepción. Apoyo sobre lactancia materna, adaptación postparto y parentalidad responsable. Informo sobre el cuidado de su hijo. Identifico complicaciones postparto. Realizo formación continuada sobre alteraciones que pueden aparecer en el puerperio. Derivo a otras especialidades de salud mental cuando sea necesario. Evalúo de forma precoz la salud mental en el puerperio inmediato. |

| Período de Climaterio | | |
|---|---|--|
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| <ul style="list-style-type: none"> Lograr competencias en sentido de potenciar la salud en el período de climaterio, apoyando el proceso de transición y adaptación a la menopausia. Adquirir competencias comunes de los enfermeros especialistas en los dominios de responsabilidad ética y legal, de la gestión de los cuidados y del aprendizaje a nivel profesional. | <ul style="list-style-type: none"> Promover la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer durante el período de climaterio. Garantizar que la práctica de los cuidados respeta los derechos humanos y profesionales; desarrollo del conocimiento y gaantiza un ambiente seguro. | <ul style="list-style-type: none"> Creo, planeo, coordino, superviso, implemento y evalúo programas, proyectos e intervenciones de rastreo y de promoción de salud durante el climaterio, de salud mental en la vivencia de la menopausia. Informo y oriento a la mujer con alteraciones asociadas al climaterio. Reconocer las competencias en el área de la especialidad; Orientar y garantizar una correcta toma de decisiones; |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Desempeñar el papel de especialistas cuando los cuidados requieren ese nivel de competencia. |
| Período proceso salud y enfermedad Ginecológica | | |
| Objetivos Generales | Objetivos específicos | Actividades |
| Lograr competencias en sentido de potenciarla salud en procesos de salud/ enfermedad ginecológica. | <ul style="list-style-type: none"> Promover la salud ginecológica de la mujer. Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones relacionadas con afecciones del aparato genito urinario y/ o de mama. | <ul style="list-style-type: none"> Informo y oriento a la mujer sobre salud ginecológica. Diagnostico y monitorizo afecciones del aparato genito urinario y /o de mama. |

| Cronograma de Actividades | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Actividades | 2021. | | | | 2022. | | | | | | | | | | | |
| | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. | Ene. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
| Elección del tema | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliografía. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración Proyecto. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega Proyecto. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reuniones orientadora. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación cuestionarios. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de datos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elab. Final Proyecto. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correcciones. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega Final Relatório | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bibliografía:

Brockington, I. (2017). Late onset postpartum psychoses. *Arch Womens Ment Health*, 20(1), 87-92. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0680-y>

Cepêda, T (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e primeira Infância. Manual de orientação para profissionais de saúde. In I. Brito (Ed), *Manual de orientação para profissionais de saúde.* (pp.46). PORTUGAL. Ministério de Saúde. Direcção- Geral da Saúde: Direcção-Geral da Saúde.

Moses-Kolko, E. L., & Hipwell, A. E. (2016). First-Onset Postpartum Psychiatric Disorders Portend High 1-Year Unnatural-Cause Mortality Risk. *Am J Psychiatry*, 173(6), 559-561. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030317>

Munro, A., MacCormick, H., Sabharwal, A., & George, R. B. (2020). Pharmacologic labour analgesia and its relationship to postpartum psychiatric disorders: a scoping review. *Can J Anaesth*, 67(5), 588-604. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01587-7> (L'analgésie pharmacologique pour le travail obstétrical et sa relation aux troubles psychiatriques postpartum: une étude exploratoire.)

Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Schetter, C. D., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*, 41(5), 703-710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>

Schwarz, J. M. (2019). Frank Beach Award Winner - The future of mental health research: Examining the interactions of the immune, endocrine and nervous systems between mother and infant and how they affect mental health. *Horm Behav*, 114, 104521. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.04.008>

Nota. Elaboración de propuesta de proyecto aprobado por Organismo Universitario y Orientadora académica para su elaboración.

