

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

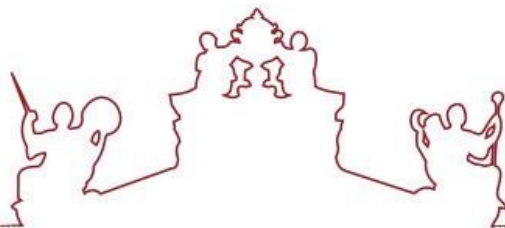
Relatório de Estágio

Atención a las mujeres a las que se induce el parto

María Cristina Navarro Rodríguez

Orientador(es) / Maria Oúlia Brites Zangão
Paula Bilro

Évora 2023



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Atención a las mujeres a las que se induce el parto

María Cristina Navarro Rodríguez

Orientador(es) / Maria Oúlia Brites Zangão
Paula Bilro

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 / Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais / A. Frias (Universidade de Évora) (Arguente)
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMIENTOS

Siempre estaré agradecida a Portugal porque me aportó una experiencia a nivel laboral tan gratificante que fue la causante de animarme a realizar posteriormente la especialidad, por todas las oportunidades que me ha dado este maravilloso país.

A la Universidad de Évora, por facilitarme este camino que en mi país sería casi imposible alcanzar y que me apasiona. Siempre será mi referente.

Dar las gracias a mi gran amigo Saúl, por su apoyo incondicional y por enseñarme el verdadero significado de la palabra amistad. Los momentos más bonitos de estos años se los debo a él, no hay palabras para agradecer la alegría que me ha transmitido.

Inmensamente agradecida a todas las mujeres a las que conocí en los diferentes servicios por los que he pasado y que, sin ninguna duda, dejaron ser tratadas por una alumna, con la peculiaridad de ser extranjera. Gracias por cada bebé que he podido ver nacer, por cada parto o cesárea, porque cada uno de ellos me aceleraba el corazón. Gracias por mostrarme con todo ello que ser matrona es un privilegio.

A mi familia, en especial a mi madre, porque soy una afortunada por tenerla.

¡A todos los mencionados, muchísimas gracias!

Título: Atención a las mujeres a las que se induce el parto

RESUMEN

Introducción: Las prácticas de Naturaleza profesional del Curso de Mestrado en Enfermería de salud materna y obstétrica, permiten la adquisición de competencias especializadas en el área citada. Además, fueron estudiados los cuidados de las mujeres sometidas a inducción del trabajo de parto. **Objetivo:** Describir las actividades e intervenciones desarrolladas que permitieron la adquisición de competencias específicas en enfermería de salud materna y obstétrica y percibir los cuidados necesarios para las mujeres sometidas a inducción del trabajo de parto. **Metodología:** Supervisión clínica. Realizadas varias aportaciones basadas en la revisión bibliográfica y la recogida de datos resultantes de la práctica clínica. **Resultados:** Objetivos y competencias alcanzados. **Conclusión:** Objetivos alcanzados. Las competencias adquiridas permiten prestar una asistencia de calidad. La evaluación de los cuidados prestados a la mujer es esencial, como indicador de calidad y por las consecuencias para la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido.

Descriptores (DeCS): Embarazada, Satisfacción, Trabajo de parto inducido, Parto, Oxitocina.

Título: Atenção às mulheres em trabalho de parto induzido

RESUMO

Introdução: O estágio de Natureza profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde materna e obstétrica, permite a aquisição de competências especializadas na referida área. Além disso, foram estudados os cuidados das mulheres submetidas a indução ao parto. **Objetivo:** Descrever as atividades e intervenções desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e perceber os cuidados precisos das mulheres grávidas submetidas à indução do trabalho de parto. **Metodologia:** Supervisão clínica. Foram feitas várias contribuições com base na revisão bibliográfica e na recolha de dados resultantes da prática clínica. **Resultados:** Objetivos e as competências foram alcançados. **Conclusão:** Objetivos atingidos. As competências adquiridas possibilitam a prestação de cuidados de qualidade. A avaliação da atenção a mulher é essencial, como indicador de qualidade e pelas consequências que tem para a saúde e o bem-estar da mãe e do seu recém-nascido.

Descritores (DeCS): Grávida, Satisfação, Trabalho de parto induzido, Parto, Ocitocina.

Title: Attention to women who are induced labor

ABSTRACT

Introduction: The internship of professional Nature of the Master's Course in Maternal and Obstetric health nursing, allows the acquisition of specialized skills in the mentioned area. In addition, the care of women undergoing labor induction was studied. **Objective:** Describe the activities and interventions developed that allowed the acquisition of specific skills in maternal and obstetric health nursing and to perceive the satisfaction of pregnant women undergoing labor induction. **Methodology:** Clinical supervision. In addition, several contributions were made based on the literature review and data collection resulting from clinical practice. **Results:** Objectives and competencies of the specialty were achieved. **Conclusion:** Objectives achieved. The acquired skills enable the provision of quality care. The evaluation of care provided to women is essential, as a quality indicator and for the consequences, it has for the health and well-being of the mother and her newborn.

Descriptors (DeCS): Pregnant woman, Satisfaction, Labor induced, Childbirth, Oxytocin.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN	12
2.	CONTEXTO CLINICO DE PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL .15	
2.1.	<i>Caracterización del Contexto</i>	15
2.1.1.	Atención Primaria del Área de Salud de Alentejo Central.....	16
2.1.2.	Atención Especializada del Área de Salud de Alentejo Central.....	19
2.1.3.	Hospital Universitario de la zona de Lisboa.....	24
2.2.	<i>Metodología</i>	28
2.2.1.	Objetivos	29
2.2.2.	Población Diana	30
2.2.3.	Método de Aprendizaje	30
3.	CONTRIBUTOS PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	33
3.1.	<i>Conceptualización</i>	34
3.2.	<i>Metodología</i>	38
3.2.1.	Población Diana	43
3.2.2.	<i>Resultados</i>	44
4.	ANÁLISIS REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS	51
4.1.	<i>Competencias Comunes de los Enfermeros Especialistas.....</i>	51
4.2.	<i>Competencias Específicas de los Enfermeros Especialistas de Salud Materna y Obstétrica</i>	52
4.2.1.	Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en las Prácticas de Atención Primaria en el Área de Salud de Alentejo Central 54	
4.2.2.	Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en Atención Especializada del Área de Salud de Alentejo Central....	57
4.2.3.	Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en el Hospital Universitario de la Zona de Lisboa.....	62
5.	CONSIDERACIONES FINALES.....	65

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÉNDICES.....	77
<i>Apéndice 1.....</i>	<i>77</i>
<i>Folletos realizados en atención primaria del área de salud de Alentejo Central.....</i>	<i>77</i>
<i>Apéndice 2.....</i>	<i>80</i>
<i>Folleto realizado en el Hospital Universitario de la zona de Lisboa</i>	<i>80</i>
<i>Apéndice 3.....</i>	<i>81</i>
<i>Planos de sesión y clases de preparación para el nacimiento y la parentalidad.....</i>	<i>81</i>
ANEXOS	99
<i>Anexo 1</i>	<i>99</i>
<i>Título provisional del curso de lactancia materna</i>	<i>99</i>
<i>Anexo 2</i>	<i>100</i>
<i>Asistencia al WEBINAR “Da Pré-Concepção ao Pós-Parto”</i>	<i>100</i>

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	22
<i>Tasa bruta de natalidad en Portugal en los últimos 61 años</i>	<i>22</i>
Figura 2.....	23
<i>N.º de partos en el área de salud de Alentejo Central, año 2021.....</i>	<i>23</i>
Figura 3.....	23
<i>N.º de cesáreas en el área de Salud de Alentejo Central, año 2021</i>	<i>23</i>
Figura 4.....	27
<i>N.º de partos en el Hospital Universitario de la zona de Lisboa, año 2021</i>	<i>27</i>
Figura 5.....	27
<i>N.º de cesáreas en el Hospital Universitario de la zona de Lisboa, año 2021.....</i>	<i>27</i>
Figura 6.....	40
<i>Diagrama de flujo de los artículos seleccionados.....</i>	<i>40</i>
Figura 7.....	45
<i>Distribución de la edad materna en las mujeres sometidas a ITP</i>	<i>45</i>
Figura 8.....	46
<i>Distribución de mujeres con ITP con relación a la paridad.....</i>	<i>46</i>
Figura 9.....	47
<i>Distribución en grupos dependiendo de la edad gestacional en las mujeres con ITP.....</i>	<i>47</i>
Figura 10.....	48
<i>Escala de dolor en las mujeres sometidas a ITP.....</i>	<i>48</i>
Figura 11.....	48
<i>Uso de analgesia epidural en las mujeres con ITP</i>	<i>48</i>

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	16
<i>Secuencia de las prácticas</i>	16
Tabla 2	39
<i>Método PICO</i>	39
Tabla 3	41
<i>Resumen de los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica</i>	41

1. INTRODUCCIÓN

El curso de “Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, otorga el grado académico y la “Ordem dos Enfermeiros”, reconoce la especialidad, para ejercer las competencias necesarias para la atención de la mujer, proporcionando un cuidado completo que abarque la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, tanto en los aspectos preventivos, de fomento, prestación de cuidados y rehabilitación de la salud. Comprende la atención a la madre, desde la valoración, seguimiento y acompañamiento durante el embarazo, parto y puerperio normal junto con el cuidado al recién nacido sano, hasta el 28 día de vida (BOE, 2009).

El plan de estudios tiene una duración de dos años y respeta las orientaciones de la Comunidad Europea, del “Nursing and Midwives Council” y de la “International Confederation of Midwives”. Garantiza una formación sólida, asegura la adquisición de competencias y permite la libre circulación en el espacio europeo.

El primer año académico consiste en formación teórica, con clases impartidas en dos modalidades, de forma presencial en la Universidad São João de Deus de Évora y online, a través de la plataforma Zoom. El segundo año académico, en el contexto de la Unidad Curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, se concede al alumno, poder llevar a la práctica los conocimientos adquiridos el año anterior. Estas prácticas asistenciales, se realizan en diferentes instituciones y servicios, tanto de atención primaria como especializada, bajo la supervisión de un tutor. Su finalidad es adquirir un perfil profesional polivalente y habilidades que consigan dar respuesta a las necesidades de la mujer, en sus distintas etapas del ciclo vital. La formación práctico-clínica constituye el eje central del “Mestrado” puesto que, se aprende haciendo.

Durante las prácticas, se elabora un relatório final, orientado por un docente de la escuela, que recopila información sobre los campos clínicos por los que ha transcurrido este aprendizaje y al mismo tiempo, hace hincapié en un tema que el alumno considere propio de interés, para demostrar competencias en la especialidad y pericia en el área de investigación.

Previo a este relatório final, se seleccionó el tema “Atención a las mujeres a las que se induce parto” (ITP). Se cumplimentó la propuesta de proyecto, que posteriormente fue aprobada por el Consejo Científico. En mi caso particular, el día 11/11/2021 fue enviado a los Servicios Académicos de la Universidad de Évora con el número de documento GD/39640/2021 y fue aprobado el día 22/11/2021.

El nacimiento representa el inicio y el comienzo de la vida, por ello, junto al parto, son momentos que afectan durante el resto de la existencia humana (Fernández Méndez et al., 2019). Es una situación especial en la vida de la mujer, que se vive de una forma individual y se caracteriza por un cambio de sentimientos, siendo una mezcla de angustia, miedo, ansiedad y esperanza (Dutra et al., 2021).

Desde los orígenes de la Humanidad, el parto se emplazaba en el ámbito doméstico, habitualmente apartado de la sociedad. El progreso científico y el desarrollo de la Obstetricia como ciencia, modificó el entorno en el que se producían los nacimientos. A partir de entonces, el parto se emplazó en los hospitales, suponiendo mejoras indiscutibles en las tasas de mortalidad materna y fetal. No obstante, estos cambios, produjeron en ocasiones, la deshumanización de este proceso, quebrantando los derechos fundamentales de las gestantes, privándolas de protagonizar el nacimiento de su bebé e impidiendo su participación y la toma de decisiones libres e informadas (Fernández, 2021). Al mismo tiempo, las supedita a un aumento de intervenciones, que cesan el equilibrio hormonal del nacimiento, alargan el proceso del parto, desgastan a la madre, provocan angustia al bebé, aumentan la probabilidad de un parto distócico y transforman el parto en una experiencia angustiante, disminuyendo la satisfacción materna (Çalik et al., 2018). De ahí, que la humanización del parto sea una necesidad urgente y manifiesta.

La inducción del trabajo de parto (ITP), es un método dirigido a desencadenar contracciones uterinas para que se inicie el parto, esto es, estimular artificialmente las contracciones para comenzar el trabajo de parto (TP) y que este se produzca por vía vaginal, facilitado con la aplicación de técnicas analgésicas y anestésicas, que ayudan en el proceso. El nivel de satisfacción de una mujer con su parto tiene efectos a corto y a largo plazo en su salud y su relación con el bebé. La insatisfacción aumenta el riesgo de estrés postraumático, perjuicio del vínculo madre-hijo, depresión posparto, determinación de no volver a quedar embarazada y la posible decisión de una cesárea con su próximo embarazo (Strandberg et al., 2021).

Es importante mejorar la experiencia de parto materno en TP inducido. Se debe promover que la parturienta se “empodere” en su parto, fomentando la capacidad natural de las mujeres de efectuar un parto con la menor intervención posible, así como la de la monitorización del bienestar físico y psicológico a través de una atención integral. Esto recuerda el concepto de “Parto Respetado”, aquel en el que se realizan las intervenciones puramente necesarias bajo la última evidencia científica y previo consentimiento informado, para que la mujer se sienta parte activa de su proceso y nacimiento del

recién nacido (Fernández Méndez et al., 2019).

Para lograr lo anteriormente expuesto, la Enfermera Especialista en Enfermería Maternal y Obstétrica (EESMO), debe realizar entre otros, mayores esfuerzos en la educación prenatal de la ITP, así como el aumento de la información prestada de la misma desde el ingreso hospitalario. Los planteamientos más efectivos a cargo de las matronas para conseguir una experiencia de parto positiva son apoyar a las mujeres durante el parto, el cuidado intraparto con una intervención mínima y la preparación y formación para el parto. Asimismo, la continuidad de la atención de la matrona mejora la experiencia del parto, incluyendo el autocontrol materno del dolor, la capacidad de afrontar el desafío del parto, el control del proceso del parto, el apoyo de expertos de confianza y la reducción de exámenes e intervenciones estresantes (Taheri et al., 2018).

El relatório tiene como referente el modelo de Enfermería de Afaf Meleis y las metas que estableció de la teoría de las transiciones, "describir los desencadenantes, anticipar la experiencia, predecir los resultados y proporcionar pautas para las intervenciones de enfermería" y "asegurar procesos y resultados saludables para los cambios que perciben los pacientes y sus familias" (Fernández-Sánchez et al., 2021).

Una transición se define como el "paso de una fase, condición o estado de la vida a otra". El marco de transiciones ofrece un vínculo claro y directo entre la investigación y la práctica de enfermería, lo que permite a las enfermeras enfocarse en los factores que pueden influir directamente en las experiencias de transición de los individuos (Fernández-Sánchez et al., 2021).

2. CONTEXTO CLINICO DE PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL

El programa formativo de prácticas transcurre en varias instituciones sanitarias de Portugal, pasando por todas las áreas de salud de la mujer a lo largo del año lectivo 2021-2022. La responsabilidad de la formación práctica a cargo de las propias matronas contribuye al desarrollo y mejora de la atención integral que se les brinda a las mujeres mediante el compromiso profesional, la ética y la evidencia científica más reciente.

El objetivo principal de la formación es que el alumno adquiera sus competencias profesionales específicas integrando conocimientos, actitudes y habilidades, mediante un programa que, pese a la dispersión geográfica de los centros, garantiza la equidad en la formación tanto teórica como práctica, respetando no obstante la idiosincrasia propia de cada centro formativo.

La enfermería es una profesión de acción, que se aprende haciendo. Así ha sido desde su creación, aunque en los últimos años se han visto modificaciones significativas en la formación debido a la pandemia por el coronavirus. La práctica en el campo clínico es el procedimiento con valor en la formación de los futuros profesionales, con ella se da la integración de la teoría y la práctica, postura que permite al estudiante valorar la profesión y visualizar su escenario futuro (Chávez, 2021).

2.1. Caracterización del Contexto

Las prácticas se llevaron a cabo siguiendo un orden, divididas en dos semestres separados por quince días de periodo vacacional. Se realizaron en varias instituciones sanitarias de diferentes ciudades portuguesas, todas ellas, públicas y acreditadas para la formación de matronas.

La organización de la formación permitió el inicio de estas en atención primaria, nivel básico e inicial de atención, facilitando el aprendizaje y adaptación. Posteriormente, continuaron en atención especializada.

Las cuatro primeras rotaciones por los diferentes servicios e instituciones tuvieron una duración de seis semanas en las que era necesario realizar un total de 21 turnos repartidos en mañanas, tardes o noches. Las dos últimas rotaciones tuvieron una duración de cuatro y ocho semanas respectivamente, afianzando los conocimientos en la sala de partos.

El periodo práctico, ofrece a los alumnos escenarios óptimos para observar modelos y reflexionar sobre lo que se ve, se oye, se percibe o se lleva a cabo, generando de este modo un proceso de socialización profesional de los alumnos (Vizcaya-Moreno

et al., 2018).

En la tabla 1 se representa la secuencia de las prácticas, en la que se especifica la fecha en la que se realizaron y el centro correspondiente.

Tabla 1

Secuencia de las prácticas

1º SEMESTRE		
13 de septiembre de 2021	25 de octubre de 2021	6 de diciembre de 2021
22 de octubre de 2021	3 de diciembre de 2021	21 de enero de 2022
Atención Primaria- Área de Salud de Alentejo Central	Atención Especializada- Área de Salud de Alentejo Central	Atención Especializada- Área de Salud de Alentejo Central
2º SEMESTRE		
7 de febrero de 2022	21 de marzo de 2022	25 de abril de 2022
19 de marzo de 2022	24 de abril de 2022	19 de junio de 2022
Atención Especializada- Área de Salud de Alentejo Central	Atención Especializada- Centro Hospitalario Universitario-Lisboa	Atención Especializada- Centro Hospitalario Universitario-Lisboa

2.1.1. Atención Primaria del Área de Salud de Alentejo Central

El Alentejo Central es la mayor región de Portugal en términos de área y la cuarta región más habitada del país. Está formado por 58 comarcas y casi 400 pedanías. El Alentejo es una región geográfica, histórica y cultural del centro-sur de Portugal. Literalmente, en portugués significa la región conquistada más allá del río Tajo, la situada más al sur. Está limitado al norte por la Región Centro, al este por España, al sur por la Región del Algarve y al oeste por la Región de Lisboa y también por el Océano Atlántico. La provincia de Évora, capital del distrito, es la que posee un número mayor de habitantes del Alentejo Central. Según los últimos datos demográficos disponibles, en el año 2021, había un total de 53.591 habitantes (Pordata, 2021). En el centro de salud están inscritos un total de 14.245 pacientes, de los cuales, 6.790 son hombres, 7.455 son mujeres y 3.004 de ellas, entre los 15 y los 49 años, están en periodo fértil (Servicio Nacional de Salud (SNS), 2022).

Según el Decreto-Ley n.º 2872008, el Programa del XVII Gobierno Constitucional reconoció la atención primaria de los centros sanitarios como la base central del sistema de salud. De hecho, los centros de salud constituyen la puerta de entrada de los ciudadanos a la prestación de cuidados, cumpliendo funciones importantes de fomento y protección de la salud y previsión de la enfermedad, atendiendo en la enfermedad y manteniendo la conexión con otros servicios para la perseverancia de estos.

Una intervención legislativa clave que surgió en las últimas actualizaciones trata de la formación de agrupaciones de centros de salud (ACES), servicios públicos de salud con autonomía administrativa, constituidos por varias unidades funcionales que agrupan uno o más centros de salud y que tiene como misión, garantizar la prestación de cuidados de salud primarios a una población, de una determinada área geográfica.

Estas unidades funcionales engloban unidades de salud familiar, unidades de atención personalizada, unidades de atención comunitaria, unidades de salud pública y unidades de recursos asistenciales compartidos, pudiendo existir también otras unidades o servicios que puedan ser considerados necesarios por las administraciones sanitarias autonómicas. Para que se sustenten estas unidades funcionales, se dispone de un equipo multidisciplinar, con autonomía organizativa y técnica, que confirma la cooperación con otras unidades funcionales del centro de salud y ACES.

Las áreas de intervención se basan en la Cartera Básica de servicios, que está dividida en:

- Vigilancia y promoción de la salud en las diversas fases de la vida;
- Salud del recién nacido, de pediatría y del adolescente;
- Salud de la mujer;
- Vacunación;
- Salud del adulto y del anciano;
- Cuidados en situaciones de enfermedad aguda, urgencias;
- Cuidados continuados en enfermedades crónicas y patologías múltiples;
- Cuidados en el domicilio;
- Conexión con otros servicios y especialidades.

Presta servicios en:

- Consultas de vigilancia y prevención;

- Salud infantil y juvenil;
- Salud de la mujer;
- Planeamiento familiar;
- Consulta preconcepcional;
- Salud de la embarazada;
- Consulta de puerperio;
- Screening de cáncer de cuello de útero;
- Screening de cáncer de mama;
- Control de terapia anticoagulante oral;
- Consulta de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión;
- Consultas médicas y de enfermería en el domicilio;
- Consultas de medicina general.

El equipo multidisciplinar que trabaja en esta unidad está compuesto por 8 médicos de familia; 8 enfermeros, de los cuales, uno es EESMO y 6 asistentes técnicos.

El servicio estaba organizado en turnos de mañana o tarde, desde las 08:00 hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y los fines de semana y feriados de desde las 08:00 hasta las 14:00 horas.

Este centro de salud inició su actividad el 15 de abril de 2009. Perteneció al ACES Alentejo Central.

En cuanto a la estructura física, se encuentra reformada. Se trata de un edificio de dos plantas comunicadas por escaleras y con la sala de espera en una planta intermedia. A la entrada hay una amplia sala de espera. A su izquierda, hay un mostrador con personal administrativo al que deben dirigirse los pacientes al llegar al centro, pues de esta manera, aparece reflejada su asistencia en el ordenador del personal sanitario que está en el interior. Bajando unas escaleras, hay un pasillo por el que los pacientes tienen acceso a un cuarto de baño y a las consultas. A la izquierda están la sala de tratamientos para curas y la sala de inyectables. Al fondo, hay tres gabinetes destinados a Salud Infantil, Salud Materna y Planeamiento Familiar. A la derecha están la sala para vacunas, el gabinete de apoyo a diabéticos e hipertensos, el cuarto de limpieza, vestuarios y el cuarto de baño del personal del servicio. Todos los despachos cuentan con un ordenador donde se registran los cuidados prestados y la información pertinente.

El acceso al piso superior puede realizarse por medio de escaleras que se

encuentran al principio y al final del pasillo. En el primer piso hay ocho despachos médicos, una biblioteca, otro cuarto de baño para pacientes y una sala de estar para el personal del centro. Además de esta infraestructura, la unidad dispone de un coche con el que realizan los cuidados a domicilio.

Por medio del soporte informático Sclenic, se accede a la historia de las mujeres. Además, permite el intercambio de información entre distintos profesionales de atención primaria y especializada.

2.1.2. Atención Especializada del Área de Salud de Alentejo Central

Tuvo una duración de 18 semanas, desde el 25 de octubre al 19 de marzo de 2022. Transcurrió en el servicio de ginecología-obstetricia con tres tutores clínicos diferentes correspondientes a las prácticas de embarazadas patológicas-ginecología, paritorio y puerperio-neonatología.

Esta institución de Atención Especializada, Entidad Pública Empresarial, es la mayor y principal unidad hospitalaria de la zona del Alentejo, la que ofrece mayor diferenciación y que, además de recibir a pacientes del Alentejo Central (152.865 habitantes), trata cada vez más pacientes que provienen del Alto Alentejo, Bajo Alentejo y Alentejo Litoral (345.939 habitantes), con un total de 498.804 habitantes (estimativa Eurostat, 2019).

Su área de influencia y su población tienen características muy particulares. El Alentejo corresponde aproximadamente el 30% del área territorial de Portugal, representando apenas el 6.8% de la población total. La densidad de población es más baja, el área corresponde a más del doble y el índice de envejecimiento es considerablemente superior en relación con otros hospitales del grupo.

El servicio de Obstetricia/ Ginecología incluye las áreas de Obstetricia, Ginecología, Paritorio y Quirófano Materno-Infantil (BOMI) donde se realizan las cesáreas y cirugías ginecológicas programadas. Las cirugías de ginecología más frecuentes realizadas son las histerectomías, tanto vaginales como abdominales. Un día a la semana, en el turno de tarde, se realizan histeroscopias quirúrgicas.

Esta institución es un Hospital Central de Apoyo Perinatal Diferenciado y recibe mayoritariamente parturientas de la región del Alentejo. El Servicio de Obstetricia/Ginecología presta acompañamiento a las embarazadas, puérperas, además de prestar asistencia a la mujer en todas las fases de su vida, desde la infancia hasta la

postmenopausia (Saúde., 2021).

En las consultas externas de obstetricia, el servicio da disposición a: ecografías del 1º trimestre, morfológica del 2º trimestre y del 3º trimestre; vigilancia de gestaciones de alto riesgo (embarazadas adolescentes, gemelares o con patologías médicas/obstétricas que justifiquen seguimiento por atención especializada; y seguimiento del embarazo de bajo riesgo).

En el área de ginecología se realizan consultas de ginecología en general, senología, planeamiento familiar, patología cervical e infertilidad y se efectúan endoscopias ginecológicas (histeroscopias).

El equipo que trabaja en él se constituye por veintisiete enfermeras, veintiún médicos especialistas y cinco residentes de la especialidad, doce asistentes operacionales y tres asistentes técnicos.

Se rige por los valores citados a continuación: Respeto por la dignidad y derechos de los ciudadanos; excelencia técnica; cultura de la mejor gestión; respeto por las normas ambientales; promoción de la calidad; ética, integridad y transparencia; motivación y trabajo en equipo (Hospital Espirito Santo E.P.E, 2021).

El servicio estaba organizado en turnos de ocho horas y media todos los días de la semana.

El servicio de ginecología y obstetricia se encuentra en la tercera planta del hospital. Para poder acceder al mismo, hay que atravesar una puerta electrónica que permite el acceso restringido de los profesionales con el uso de un código. Los bebés ingresados en el servicio disponen de un sistema de seguridad con pulsera electrónica. En el posible caso de salida del algún bebé del servicio sin previa autorización y desactivación de la pulsera, la puerta de entrada se cierra automáticamente. Se produce la activación del sistema de seguridad, al mismo tiempo que se activa una alarma acústica que se registra en la entrada del hospital. Allí se encuentra un profesional de seguridad que controla las entradas y visitas de los acompañantes al servicio.

Físicamente posee las siguientes zonas: Al fondo a la izquierda se encuentran el paritorio y el bloque operatorio, separados del resto de la planta por dos puertas basculantes. Debido a la situación actual de pandemia, antes de entrar a la zona de paritorio, hay una habitación denominada “gris”, en la que permanecían las embarazadas en el momento del ingreso hasta tener el resultado del test Covid negativo. Una vez que este era negativo, la embarazada pasaba a un cuarto del interior del mismo, llamados

cuartos de dilatación. Dispone de dos cuartos con un total de cuatro camas y cuatro sistemas de registro cardiotocográfico; un cuarto destinado para el puerperio inmediato que dispone de dos camas; una sala de estar de enfermería con una pantalla en la que se obtiene información continua del registro cardiotocográfico; un cuarto de baño; una sala de limpieza y la sala de partos.

Dentro de la sala de partos, el habitáculo está dividido en dos partes, una donde se sitúa la marquesa donde se acompaña al parto y se atiende a la mujer y otra, donde se prestan cuidados al recién nacido, que cuenta con una cuna caliente, con todo el material indispensable para intubación y reanimación.

El resto de las estancias que componen el ala izquierda son: Una habitación con dos camas para mujeres con sus respectivos recién nacidos que han tenido una cesárea; un cuarto acondicionado como paritorio para mujeres que tienen resultado positivo en el test Covid; vestuarios del personal; dos gabinetes médicos; almacén y sala de estar.

El hall o área central cuenta con los gabinetes para los administrativos, gabinete Nacer Cidadão y la sala de admisiones, donde se atienden las urgencias obstétricas y ginecológicas.

El área derecha cuenta con el gabinete del director del servicio; gabinete administrativo; un anexo que corresponde a la sala de diagnóstico prenatal; gabinete de enfermería; gabinete destinado a la realización de los test acústicos del recién nacido; sala de triaje pediátrica; sala de trabajo de enfermería; almacén de material hospitalario; tres cuartos de baño, dos de ellos para las usuarias del servicio y otro para los profesionales; una zona de limpieza; dos habitaciones destinadas a puérperas que han sido sometidas a cesárea con dos camas y sus respectivas cunas; tres habitaciones de puérperas que han tenido partos eutócicos o distócicos por ventosa o fórceps, cada una con dos camas y sus cunas; una habitación destinada para embarazadas con alguna patología que cuenta con tres camas y otra habitación también con tres camas, de puérperas cuyos bebés se encuentran ingresados en el servicio de neonatología. Al fondo del ala derecha, se accede al área destinada para pacientes de ginecología, compuesta de tres habitaciones, con dos camas cada una.

Durante el año 2020, este centro tuvo un total de 1047 partos. En cuanto al número de cesáreas, en el año 2020 hubo un total de 359, cifra que fue superada en el año 2021, con un total de 422.

En los últimos años, la zona del Alentejo Central ha experimentado una

disminución de la natalidad, siguiendo la tendencia del país, que muestra una caída en la tasa de natalidad, como se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1

Tasa bruta de natalidad en Portugal en los últimos 61 años



Nota. Pordata, Estadísticas sobre Portugal y Europa.

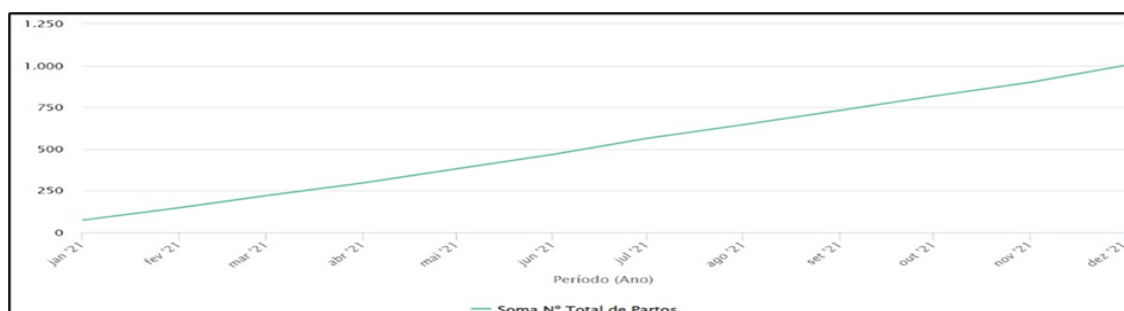
Las cesáreas deben realizarse siempre que sea necesario, sin abusar de ellas, por el aumento de riesgo y morbi-mortalidad materno-infantil. Una idónea atención al parto, profesionales con buena formación y protocolos actualizados, disminuyen la tasa de cesáreas.

La cesárea es una intervención positiva cuando se aplica por indicación médica frente a una patología. Cuando se realiza en población sana, puede suponer más daños que beneficios (Gutiérrez et al., 2011).

A continuación, se puede observar en las figuras 2 y 3, el número de partos y cesáreas realizados en esta institución. Referente al número de partos en 2021, hubo un total de 1000 y en cuanto al número de cesáreas, un total de 422.

Figura 2

N.º de partos en el área de salud de Alentejo Central, año 2021



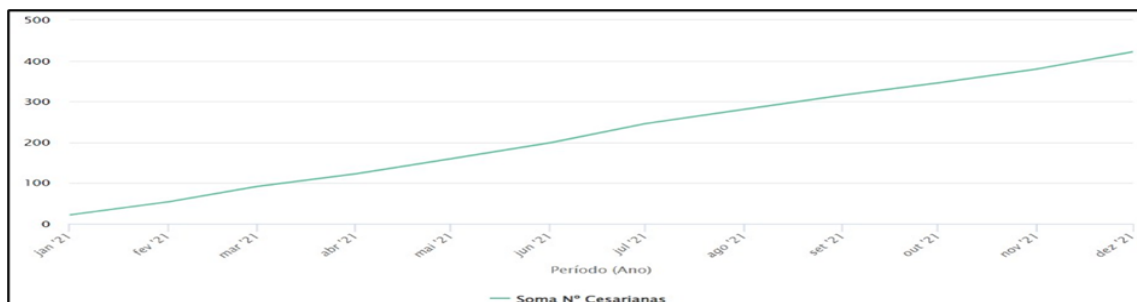
Nota. <https://transparencia.sns.gov.pt>.

Se sugiere utilizar el sistema de clasificación de Robson propuesto por la OMS, como estándar global para analizar y relacionar las tasas de cesárea, y hacer una evaluación al respecto en las instituciones sanitarias longitudinalmente y entre ellas.

Se debe recalcar que se llevarán a cabo todas las cesáreas que sean necesarias, y que las mujeres necesiten, sin intención de llegar a una tasa determinada (Salud, 2015).

Figura 3

N.º de cesáreas en el área de Salud de Alentejo Central, año 2021



Nota. <https://transparencia.sns.gov.pt>

Atendiendo a lo que algunos autores afirman sobre las mujeres a las que se les ha realizado una cesárea, se obtiene como resultado que su experiencia es menos satisfactoria en cuanto al nacimiento de su bebé que aquellas que lo hicieron por vía vaginal, teniendo el riesgo añadido de poder sufrir depresión posparto, junto con dificultades para la instauración de la lactancia materna (Aguilar Cordero et al., 2013).

2.1.3. Hospital Universitario de la zona de Lisboa

La recta final de este año de prácticas transcurre en una Sala de Partos de Lisboa, con una duración de 12 semanas. Un periodo de tiempo amplio que consiguió innumerables beneficios en mi formación. Tener la posibilidad de hacer prácticas en distintas instituciones, brinda al alumno la posibilidad de experimentar otras realidades de trabajar.

La historia de esta maternidad consigue transmitir un ejemplo de lucha en la sociedad. Un médico alcanzó su sueño, aunque éste se materializó después de su fallecimiento. Consistía en la creación de un espacio adecuado para las embarazadas y las puérperas, que permitiera la prestación de cuidados de calidad. Estos valores de superación, base de la cual se regía este médico y profesor, se mantienen hoy en día en la institución.

Para fortuna de la sociedad, el 31 de mayo de 1932, es inaugurado este centro, que hace homenaje a la vida y obra de quien por ella luchara. El día 5 de diciembre de 1932, abre finalmente al público. Perteneció al servicio público de salud, especializado en obstetricia.

Desde que abrió, hasta el año 2005, nacieron en ella más de 540 mil niños, número que ha hecho de este establecimiento, un referente en Portugal.

El papel de este establecimiento ha ido más allá de la asistencia a los nacimientos, ya que, ha sabido acompañar en la evolución científica y se ha adaptado a los nuevos desafíos del siglo XXI (Maternidade Dr. Alfredo da Costa, 2022).

Durante el primer año de la especialidad, junto con otros dos compañeros, en la asignatura de lactancia materna, se realizó un trabajo relacionado con los bancos de leche. En Portugal, está localizado en esta institución. Por lo tanto, es un referente no sólo en acompañar en los nacimientos, sino en cuidar a los bebés. La lactancia materna y el uso de la leche humana donada pasteurizada a través de los bancos de leche humana constituyen la estrategia de mayor impacto en la disminución de la mortalidad infantil en el mundo (García-Lara, 2012). La donación de leche materna es un acto que salva vidas.

Está localizado en la freguesia de las Avenidas Novas, en el núcleo de la capital portuguesa y forma parte del Centro Hospitalar Lisboa Central.

El equipo que trabaja en la unidad de Sala de Partos está constituido por 49 EESMO, divididos en 6 equipos, de los cuales, 5 tienen un turno rotatorio y uno de ellos, turno fijo de mañanas. El personal de estos equipos, en cada turno de mañana, tarde o

noche, se distribuyen en diferentes áreas de atención: Urgencias-triaje, sala de partos, Unidad de Cuidados Intermedios (URCI) y Unidad Polivalente de Ginecología y Obstetricia (UPGO).

Aunque la institución tiene 90 años, está reformada y mantiene la esencia de un edificio antiguo. El paritorio está formado por ocho salas de partos que están a ambos lados del pasillo, una sala de reanimación neonatal, que cuenta con una incubadora de transporte y un quirófano en el que son realizados los partos distócicos de las mujeres con test Covid positivo. Las embarazadas cuya prueba de Covid era negativa, en caso de parto distócico, eran dirigidas a un quirófano ubicado en el primer piso. Tanto en Évora como en este hospital, el quirófano no estaba ubicado en la misma planta que el paritorio. La cuestión de la infraestructura de una sala de partos también es importante, debe facilitar el trabajo en casos de urgencias y emergencias.

El 1 de junio de 2022 fue inaugurada una sala Snoezelen. Este concepto de habitáculo se entiende como una sala acondicionada con materiales que generan experiencias sensoriales diversas que buscan la estimulación de los sentidos para crear una atmósfera agradable y facilitar una sensación de bienestar.

El concepto Snoezelen parte de la idea de que a través de los sentidos, la vista, el oído, el gusto y el olfato el mundo accede a sensaciones producidas por la luz, el olor, el sonido, produciendo sensaciones agradables, por lo que es necesario potenciar todas estas entradas sensoriales. La filosofía de intervención Snoezelen tiene como finalidad aumentar la calidad de vida, proporcionando una vivencia grata y una experiencia placentera, donde se valore el bienestar emocional y se consiga un nivel de relajación, al mismo tiempo que se reduzcan las conductas disruptivas y las sensaciones poco atractivas (Solé et al., 2019).

La distracción de los sentidos en la sala de Snoezelen disminuye la intensidad del dolor de la madre, la duración del trabajo de parto y la incidencia de episiotomía (Jamshidi Manesh et al., 2015).

Esta habitación dispone de sofá para el acompañante, televisión con programas musicales, musicoterapia; una decoración en el techo que hace imaginar las estrellas, cromoterapia; aromaterapia; una amplia zona de ducha, donde la mujer puede permanecer con la bola de pilates y realizar hidroterapia y unos accesorios de sujeción para hacer ejercicios. Permite a la mujer realizar técnicas de relajación, meditación y a la vez, favorecer el trabajo de parto por medio de los ejercicios de movilidad.

La zona de admisión y urgencias cuenta con tres gabinetes médicos; un gabinete para la realización de ecografías; una sala con dos monitores de registro cardiotocográfico y tres baños, de los cuales, el más amplio, es destinado también para hidroterapia, práctica realizada con frecuencia en esta sala de partos junto con la bola de pilates. El efecto del calor local durante el baño estimula la redistribución del flujo sanguíneo muscular, aumentando la relajación y el confort. El baño caliente o hidroterapia es un método no farmacológico que utiliza el agua caliente como objeto terapéutico, que proporciona abundantes ventajas durante el TP, como mayor tolerancia al dolor, disminución del estrés, regulación del patrón de contracciones uterinas y satisfacción con el proceso del parto. El uso simultáneo de terapias de baño caliente asociado a ejercicios perineales con pelota suiza durante la fase de dilatación, llevan consigo una reducción significativa del dolor y promoción del confort (Henrique et al, 2016).

Las ocho salas donde se producen los nacimientos a través de partos eutócicos disponen de camas articuladas, monitor para registro cardiotocográfico, bola de pilates y un armario con distinto material para venopunción o sondaje vesical. El paritorio solo cuenta con una cuna donde se prestaban los cuidados y reanimación al recién nacido.

En la URCI se presta una vigilancia más estrecha de las embarazadas con alguna patología, como determinadas preeclampsias, síndromes de HELLP, coagulopatías, etc.

La UPGO cuenta con 3 camas en las que se da atención a las pacientes con un resultado de test Covid positivo.

Por medio de una pantalla de grandes dimensiones que se encuentra en la parte central del pasillo de la sala de partos, el personal tiene acceso continuo a la vigilancia del registro cardiotocográfico de las mujeres ingresadas y de las que están en la zona de urgencias. Esta información se completa junto a la que se escribe en una pizarra que está al lado de la pantalla, con los datos personales, obstétricos y ginecológicos más relevantes.

En la actualidad, a través de internet, se puede acceder a información actualizada del número de partos y cesáreas que se realizan en cada centro o región del país, como podemos observar en las figuras 4 y 5.

Figura 4

N.º de partos en el Hospital Universitario de la zona de Lisboa, año 2021

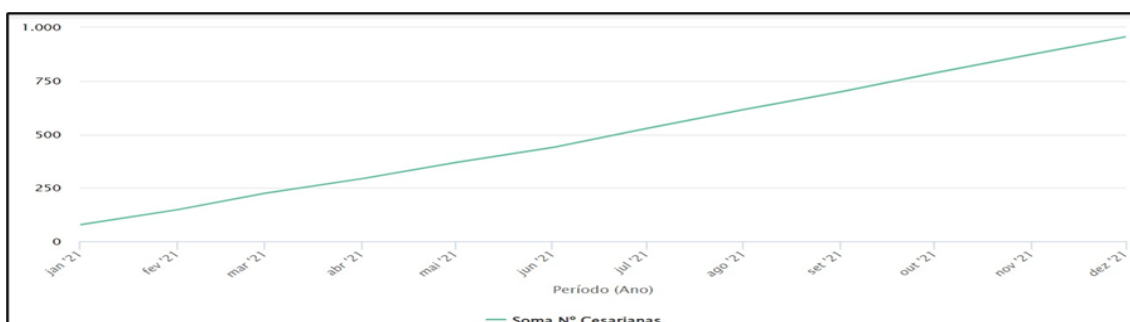
	Período	Região	Instituição	Localização Geográfica	Nº Total de Partos
1	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	2.866
2	Novembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	2.629
3	Outubro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	2.377
4	Setembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	2.106
5	Agosto 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	1.864
6	Julho 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	1.590
7	Junho 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	1.347
8	Mai 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	1.101
9	Abril 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	866
10	Março 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	648
11	Fevereiro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	421
12	Janeiro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, -9.1371248	217

Nota. <https://transparencia.sns.gov.pt/>

Por la información detallada en la figura 4, en el año 2021, se realizaron un total de 2.866 partos en esa institución.

Figura 5

N.º de cesáreas en el Hospital Universitario de la zona de Lisboa, año 2021



Nota. <https://transparencia.sns.gov.pt/>

Se llevaba a cabo un registro en papel de la evolución del trabajo de parto junto con el partograma que era rellenado por el personal médico. La visualización de los partogramas permite de una forma rápida, saber datos destacados de la situación del trabajo de parto de las embarazadas, sobre todo, la situación de la bolsa amniótica, la dilatación cervical o la presentación fetal. Proporcionan un resumen pictórico del TP y alertan a los profesionales sanitarios sobre cualquier problema con la madre o el feto (Lavender et al., 2018).

Una vez que se producía el parto, todos los datos quedaban reflejados en el Sclenic y en el boletín de salud de la embarazada.

2.2. Metodología

La metodología de aprendizaje utilizada durante las prácticas pertenecientes a “Estágio de Naturaleza Profesional” en el contexto clínico, se realizó gracias a la supervisión clínica de un matró/a experimentado en esa área, junto con la orientación pedagógica de un docente adscrito a la Universidad. Al mismo tiempo y motivado por estos profesionales que nos han transmitido su saber hacer y sus conocimientos, desarrollé varios proyectos para aumentar mi formación, entre ellos destacan, clases de preparación para el nacimiento, folletos informativos, cursos especializados en temas de interés como la lactancia y participación en formaciones impartidas por el centro donde en esemomento estaba de prácticas.

La Supervisión Clínica es un proceso dinámico, sistemático, interpersonal y formal, entre el supervisor y el alumno, con el objetivo de estructurar el aprendizaje, la construcción de un conocimiento y el desarrollo de competencias profesionales, analíticas y reflexivas. Su finalidad es promover la decisión autónoma, valorizando la protección de la persona, la seguridad y la calidad de los cuidados (Velásquez, 2016).

El ejercicio de Enfermería en Supervisión Clínica es determinante para asegurar un soporte efectivo e integral en la relación supervisada, garantizando la calidad en el proceso de acompañamiento y desarrollo de competencias personales y profesionales, para la construcción crítica-reflexiva y la consolidación de la identidad profesional. Se constituye, a través del desarrollo de competencias, como un componente efectivo y de soporte para la promoción de seguridad y de calidad de los cuidados prestados, para obtener ganancias en la salud (Arreciado, 2013)

Al finalizar las prácticas, se certifican si procede las competencias, el acto que permite reconocer, validar y certificar el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes en los diversos dominios de intervención, para ratificar la formación, experiencia o cualificación del Enfermero en un área diferenciada, avanzada o especializada, bien como la comprobación de otros requisitos exigidos para el ejercicio de la profesión (Enfermeiros, 2018).

Esta dinámica de enseñanza-aprendizaje por distintas instituciones, permite no sólo la interacción con los pacientes, sino con distintos profesionales que, a modo personal, ha resultado muy enriquecedor, puesto que pude comprobar que incluso dentro de un mismo país, dependiendo de la institución, la forma de trabajar es diferente.

Para valorar la evolución y aprendizaje, se realizaban en cada periodo de prácticas

dos reuniones con la supervisora clínica y la orientadora de prácticas de la Universidad. Una de ellas, más o menos a las dos o tres semanas de comenzar y la otra, al finalizar. La primera reunión tenía como finalidad identificar los puntos en los que el alumno debería mejorar y en la segunda, comprobar si ese cambio se había producido y dar una calificación acorde a los objetivos y competencias alcanzadas.

En la actualidad, la formación de enfermeros especialistas está en un continuo proceso de adaptación y transformación, acorde con los cambios socioculturales, epidemiológicos y demográficos, que van unidos a la globalización y a la complejidad de la dinámica social. Debido a la complejidad de la sociedad actual se necesita incorporar variables psicológicas, sociales y culturales en la formación enfermera desde una perspectiva transcultural y holística que permita a estos profesionales liderar y generar cambios para hacer frente a las dificultades mundiales (Alonso Martínez & Puente Alcaraz, 2020).

Se aconseja fomentar el desarrollo de la competencia genérica de pensamiento crítico y reflexivo, además de adecuar y preparar al alumno con una perspectiva integral, que genere competencias que articulen el ser, el saber y el saber hacer (Veliz et al., 2021).

Se espera que, además, la enfermera actualice constantemente sus conocimientos, es decir, que realice una formación continuada y que despliegue un conjunto de habilidades técnicas centradas en el cuidado de la mujer, con un compromiso ético profesional (Veliz et al., 2021).

A través de la experiencia adquirida en la práctica, el enfermero aprende a focalizarse y ver lo relevante de cada situación individual y a realizar las acciones que correspondan. En la enseñanza de la enfermería, la armonía entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica constituye el proceso enseñanza aprendizaje (Tessa, 2014).

Por medio del cuidado, los estudiantes les dan sentido a las teorías de enfermería y las articulan con la práctica, lo que permite la incorporación de lo disciplinar para la resolución de problemas en la práctica clínica (Estrada, 2019).

2.2.1. Objetivos

La Ordem dos Enfermeiros describe una serie de objetivos que el alumno de la especialidad de Salud Materna e Obstétrica debe conseguir, citados a continuación:

1. Cuidar de la mujer/ acompañante incluidos en la familia y comunidad.
 - En el ámbito de planeamiento familiar y periodo pre-concepcional;

- En el período pré-natal;
 - En el ámbito de salud sexual y reproductiva;
 - En los distintos estadios de trabajo de parto (TP) en situación de salud/ desvío de salud;
 - En el periodo puerperal en situación de salud/ desvío de esta;
 - En el período pós-natal;
 - Acompañar en procesos de salud/ enfermedad ginecológica.
2. Demostrar responsabilidad ético-deontológica y motivación para la mejoría de la calidad, gestión de los cuidados y desarrollo de aprendizajes profesionales.
 3. Verificar una adquisición de conocimientos.
 4. Defender un relatório de prácticas.

2.2.2. Población Diana

A lo largo de la formación se prestaron cuidados a mujeres con un amplio abanico de edad, que abarcaba desde la adolescencia al climaterio. Tuve la oportunidad de realizar asesoramiento de métodos anticonceptivos a aquellas mujeres jóvenes y acompañar a mujeres de edad más avanzada tras alguna intervención de ginecología. Aunque la población asistida más amplia, se centró en las mujeres cuya edad se incluía en el periodo fértil, puesto que las prácticas en el paritorio tuvieron una duración mayor.

Para el estudio de la temática elegida, la ITP, mi interés se centró en las mujeres que la recibieron en los paritorios de las instituciones donde realizaba las prácticas.

La orientación y la promoción de la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad, corre a cargo de la matrona. Incluye la educación prenatal, la preparación para la maternidad, la salud de las mujeres en cuanto a su salud sexual o reproductiva y el cuidado de sus respectivos niños (BOE, 2009).

La EESMO debe estar presente en todas las etapas de la vida de la mujer y participar en los programas que se ocupan de su salud sexual y reproductiva y de salud materno- infantil(Gómez, 2022).

2.2.3. Método de Aprendizaje

La formación de esta profesión está regulada a nivel internacional por la Unión Europea, en la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Para que la atención a la mujer sea adecuada, los alumnos deben dotarse de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión.

El primer año de formación teórica, a través de técnicas educativas, se prioriza el aprendizaje activo tutorizado. Para favorecer la adquisición de conocimientos y destreza en el área, los responsables de esta formación utilizaron sesiones expositivas, talleres, resolución de casos, elaboración de trabajos tanto en grupo como individuales, experiencias simuladas, búsquedas bibliográficas, etc.

El segundo año es de formación práctica-asistencial, ligada a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios. Esto favorece el pensamiento crítico y permite la integración de la formación teórica con la formación clínica e investigadora.

Debido a los procesos de globalización e internacionalización, la salud y la educación van unidos a cambios permanentes, puesto que deben dar respuesta a los mismos. La sociedad debe transformarse si su finalidad es dar respuesta a indicadores de calidad que se exigen en las instituciones sanitarias. Por esta razón, es necesario reconsiderar la docencia y la profesionalización dentro del área sanitaria para seguir avanzando y alcanzar nuevos retos que coloquen al futuro profesional en un rol activo, creativo, reflexivo y crítico, básico para una práctica de enfermería idónea, segura, competente y experimentada (Demandes Wolf & Infante Penafiel, 2017).

Para llegar a desarrollar el pensamiento crítico, es beneficioso contar con docentes ingeniosos y creativos, que utilicen técnicas de enseñanza, aprendizaje y de evaluación que potencien este tipo de pensamiento, fundamental cuando es necesario tomar decisiones clínicas cuyo fin último sea la mejora de la calidad asistencial. Los docentes ayudados con nuevos programas de formación pueden favorecer el análisis crítico en el que el alumno pueda pensar y desarrollar el saber hacer y ser en la ejecución del rol con racionalidad y autonomía profesional (Galvarino, 2009).

El pensador crítico ejemplar se caracteriza por sus habilidades cognitivas, por su disposición y la forma de enfrentarse a los retos de la vida. La indagación y búsqueda es parte fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje porque permite a los participantes (estudiantes y profesores) establecer un punto de partida para registrar los conocimientos en determinado dominio y para desarrollar nuevas ideas (Aymes, 2013).

El desarrollo del pensamiento crítico tiene un impacto en la calidad de los cuidados, junto con otorgar la máxima eficacia en los distintos roles de su quehacer profesional y la adquisición de autonomía intelectual para dar respuesta a las exigencias que la realidad

actual exige a los enfermeros (Demandes Wolf & Infante Penafiel, 2017).

A la hora de orientar la formación, los profesionales de la enfermería han de tener en cuenta dos premisas: la formación debe permitir la adquisición de competencias y una vez alcanzadas, cada uno ha de construir y procurar su conocimiento de forma permanente. Es un acto de responsabilidad profesional personal la formación continuada. La persona puede elegir de forma voluntaria como desea actualizar sus conocimientos, pues puede hacerlo a través de la lectura, la experimentación, la investigación, la participación en distintos programas de formación, etc (VázquezGuillamet et al., 2014).

3. CONTRIBUTOS PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Antes de empezar con la andadura del proceso docente es fundamental que los tutores conozcan el perfil, nivel de conocimientos, necesidades formativas y las expectativas de los alumnos, así como sus fortalezas y debilidades. Una pequeña integración con el alumno en la que se consiga conocer las motivaciones para formarse como EESMO, saber si tuvieron contacto con el mundo obstétrico ginecológico antes de realizar la especialidad, sus miedos, metas a las que quiere alcanzar, nivel de formación teórica y básica necesaria para cada servicio y si ha existido una toma de contacto previa con la investigación anteriormente (De la Fuente, 2010).

Las matronas supervisoras de prácticas que colaboran con la universidad en este proceso de aprendizaje tienen la responsabilidad y el deber de contribuir a difundir el conocimiento y conseguir la adaptación del alumno en el servicio donde en un futuro, puede ejercer la profesión.

La formación sanitaria jamás debe ser estática, debe evolucionar con las necesidades de los tiempos, los aspectos sociales, políticos, perfiles demográficos y epidemiológicos. Esta última característica es muy tenida en cuenta en la actualidad debido a la pandemia del virus Covid 19. Se necesitan matronas que impartan docencia, con una sólida formación pedagógica y una amplia experiencia en la práctica.

La mayoría de los méritos alcanzados en el hospital se logran por el personal de enfermería, por ello, se deben buscar nuevas vertientes de aprendizaje, mayor desarrollo de conocimientos al mismo tiempo que se profundice en el campo de la investigación, para que en un futuro la EESMO sea independiente y autónoma, por lo que es esencial, tener la convicción de querer representar dignamente la profesión (Villar et al., 2007).

Dejando atrás el modelo tradicional que se ha realizado durante muchos años, en el cuál, el profesor era el que sabía y el alumno se limitaba a aprender, se busca una nueva tendencia de aprendizaje que dé la posibilidad al alumno de construir su propio conocimiento y pensamiento Enfermero. Para conseguirlo, hay que permitir y favorecer el intercambio de ideas, de experiencias, con una cultura de retroalimentación por las dos partes, es decir, por parte del alumnado y por parte del docente. Promover procesos de aprendizaje y evolución del conocimiento con mayor utilización del pensamiento crítico y reflexivo (Larrañaga, 2012).

La realización de prácticas no es la mera simulación de la actividad profesional

que realizan otras enfermeras. Saber cómo actuar (conocimiento en la acción) de las/os enfermeros, sólo puede llevar al éxito y ser transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se encuentra completamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción en situaciones clínicas concretas y, en diálogo crítico reflexivo con las tradiciones de la enfermería (Rivera, 2013).

También hay que ahondar más en el campo de la investigación ya que con ello se logrará entender demasiadas cosas antes no entendibles o el descubrimiento de nuevas situaciones.

Recomendaciones:

- Promover nuevas formas de aprendizaje para los alumnos, que favorezcan el pensamiento crítico y reflexivo;
- Incorporar la participación de los alumnos en la investigación;
- Vincular la docencia y el servicio para beneficio de los estudiantes;
- Asumir como estudiantes el compromiso hacía el aprendizaje independiente;
- Mayor participación de la EESMO en la gestión del cuidado y no sólo en la administración (Villar et al., 2007).

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) se trata de una de las mejores estrategias que posee la profesión y que se define como el "proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas utilizando las mejores pruebas útiles que se sustentan en la investigación, su experiencia profesional y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos que estén disponibles" (Rodríguez Campo & Paravic Klijn, 2011).

3.1. Conceptualización

El principio básico que organiza el ideal de un parto humanizado es exactamente la idea de una naturaleza femenina a partir de la cual el cuerpo de la mujer es visto como naturalmente preparado para dar a luz, bastando para eso estimular que el organismo siga sus procesos sin cualquier intervención. (Russo, 2020)

Las experiencias de las mujeres en el cuidado de la maternidad son un problema de salud pública en todo el mundo, como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 2018 *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* (Organization, 2018).

El parto y nacimiento constituyen una de las vivencias de mayor impacto psicológico para las mujeres, donde el uso de técnicas en la atención al parto, en un

sistema médico intervencionista, ha supuesto la pérdida de protagonismo y autonomía de las parturientas y se las ha sometido a una situación de vulnerabilidad al restringir sus necesidades y expectativas. Es por ello que la OMS ha instado, tanto a profesionales sanitarios como a instituciones, a verificar este paradigma de asistencia, impulsando la no medicalización del parto y con ello la reducción de prácticas innecesarias (Fernández Méndez et al., 2019).

En condiciones normales, el TP comienza después de la semana 40 de gestación. Inicia con actividad progresiva del miometrio que a su vez provoca cambios en el cérvix y la ruptura de las membranas corioamnióticas. La ITP pretende emular este proceso y para ello contempla la activación secuencial o simultánea de dos etapas: la primera, la dilatación y el borramiento del cuello uterino y la segunda, la producción de contracciones uterinas (Aragón-Hernández et al., 2017).

En las últimas décadas, la incidencia de la ITP ha aumentado de forma notable. Conforme la proporción de mujeres con complicaciones del embarazo se ha incrementado en el mundo, la tasa de inducciones con indicación médica ha aumentado de forma concomitante, con el objeto de disminuir los resultados adversos y desfavorables. Parte de este aumento está relacionado con el incremento del número de inducciones médicas y obstétricas debido a complicaciones tales como diabetes gestacional o preeclampsia, asociado a un aumento de la edad materna y del Índice de Masa Corporal en la población obstétrica actual (Matos, 2015). Aproximadamente el veinticinco por ciento o más de todos los embarazos terminarán en ITP (Alfirevic et al., 2020).

La edad gestacional “ideal” para el parto no es necesariamente igual para todas las embarazadas, el abordaje de cada embarazada debe ser individualizado (Santos & Ramalho, 2016).

La OMS no aconseja la ITP en una gestación no complicada antes de las 41 semanas. La opinión del American College Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) es que la realización de una inducción electiva antes de las 39 semanas se debe desaconsejar (Santos & Ramalho, 2016).

La inducción electiva generalmente es motivada por cuestiones de naturaleza psicosocial y logística (motivos profesionales y familiares; distancia desde el lugar de residencia a los hospitales; voluntad de la embarazada de ser acompañada por su obstetra durante el parto; deseo de abreviar las alteraciones físicas y emocionales del embarazo, etc.). La preocupación de la embarazada ante un eventual aumento del riesgo fetal,

neonatal y materno de un parto vaginal después de las 39 semanas de gestación es un factor importante en el momento de decidir sobre la fecha de nacimiento y el tipo de parto (Aragón-Hernández et al., 2017).

Los procesos neurohormonales tienen un papel fundamental en el TP, sobre todo, los mecanismos oxitocinérgicos, ya que tienen el control tanto de los aspectos fisiológicos del TP y nacimiento como de las experiencias psicológicas subjetivas del nacimiento. Existen ciertos factores que pueden influir en el progreso del TP y la experiencia de este, puesto que afectan en los procesos neurohormonales, como la información sensorial del útero y del entorno externo (Olza et al., 2020).

Los procesos neurobiológicos inducidos por la liberación de oxitocina endógena durante el parto influyen en el comportamiento y los sentimientos maternos hacia el parto, para facilitarlos. Las experiencias psicológicas durante el mismo pueden promover una gran transición a la maternidad.

Según el filósofo británico Henry Dale, que acuñó el término oxitocina, éste término proviene de origen griego y significa “parto rápido”. La liberación de oxitocina durante el TP puede mejorarse mediante técnicas fisiológicas de varias maneras, por ejemplo, mediante la activación suave de los nervios sensoriales en la piel, lo que estimula la liberación de oxitocina y disminuye los niveles de estrés y dolor. Se pueden alcanzar efectos parecidos mediante interacciones calmantes y de apoyo. Estos tipos de interacciones pueden ser inducidos por la pareja, persona significativa de la mujer o la EESMO. El apoyo y la estimulación táctil (toque) pueden activar aún más el sistema de oxitocina y, por tanto, reducir los niveles de miedo, estrés y dolor (Olza et al., 2020).

Un entorno hormonal equilibrado es fundamental para el mantenimiento de la gestación, así como para el inicio del parto. Las hormonas actúan a través de numerosas vías bioquímicas, para silenciar o activar el músculo liso miométrico y también sirven para estabilizar o remodelar la composición cervical. Bajo la regulación de la progesterona y el estrógeno, la oxitocina a menudo se asocia con la inducción y estimulación del TP (Irani & Foster, 2015).

Un factor que pueden afectar negativamente el progreso del TP es el estrés, puesto que inhibe la liberación de oxitocina y ello conlleva a un aumento del dolor y el miedo, afectando negativamente en el progreso del TP. Una consecuencia que deriva de todo ello es que lleva consigo una cascada de intervenciones médicas, las cuales pueden también interferir con la liberación de oxitocina, como, por ejemplo, la anestesia epidural,

que produce un bloqueo en el cerebro de los pulsos de oxitocina, reduciendo la actividad de algunos de los mecanismos neuroendocrinos adaptativos. En las mujeres en las que se alivia el dolor se puede observar que responden de manera diferente a sus recién nacidos.

Para optimizar la función de los procesos neuroendocrinos incluso cuando es necesario recurrir a intervenciones en el parto destaca la necesidad de cuidados de matronería, que se fundamentan en la importancia de un apoyo individualizado de la EESMO durante el TP, consiguiendo una disminución del dolor, el miedo y el estrés (Olza & Villarrea, 2020).

Factores importantes que reducen el estrés durante el parto son: el entorno del parto, atención intraparto con una intervención mínima y la preparación para el parto, con un apoyo personalizado por parte de las matronas, puesto que su apoyo tiene un efecto positivo en la autodeterminación y el empoderamiento de la madre (Walter et al., 2021).

A pesar de que la ITP una técnica segura, es preciso conocer que los partos inducidos implican riesgos tanto para la madre como para el feto. En general, la duración del parto inducido es mayor, y existe riesgo de una estimulación mayor del útero. De ello deriva que en los partos inducidos exista un aumento de la posibilidad de finalizar con parto por cesárea, el aumento de partos vaginales instrumentales, la mayor necesidad de anestesia epidural, hemorragias posparto y estancias hospitalarias más prolongadas. En cuanto a los recién nacidos, la inducción electiva amplía el porcentaje de bebés que necesitan cuidados intensivos neonatales después del nacimiento. Por este motivo, es necesario que antes de tomar la decisión de finalizar el embarazo con una inducción, se valoren de forma detenida los riesgos y los beneficios esperados (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (Obstetricia, 2015).

La ITP se ha centrado en la eficacia y seguridad de varios métodos, con poca atención prestada a las mujeres, a sus experiencias y preferencias. La ITP debe ser, en lo posible, una experiencia agradable y la madre debe considerarla como una contribución positiva para asegurar su salud y la de su hijo (Obstetricia, 2015). Sin embargo, puede ser una vivencia desafiante para las mujeres, ya que pueden sentirse incómodas, sin apoyo e inadaptadas en el entorno. El hospital, a menudo supone un lugar ruidoso, concurrido, con falta de privacidad y con reglas impuestas.

Los aspectos psicológicos del TP y el parto han cobrado poca atención en la planificación de los servicios de atención de la maternidad o en la práctica clínica. El parto, deja memorias para toda la vida en las mujeres. Independientemente de su

trasfondo cultural, las mujeres necesitan compartir sus historias de nacimiento para integrar completamente una experiencia que es tanto física como emocionalmente intensa (Olza et al., 2018).

La educación prenatal sobre qué esperar de la ITP de acuerdo con el método utilizado, probablemente debería mejorarse, ya que, el conocimiento acerca del proceso de inducción y sus métodos es moderado-escaso, siendo lo más valorado la seguridad para su hijo/a (Quijada-Cazorla, 2019).

La satisfacción es el resultado más frecuente obtenido como medida de la calidad de la atención a los procesos asistenciales y la optimización de esta es un objetivo en los cuidados de la salud (Zamora-Soler & Maturana-Ibáñez, 2019).

3.2. Metodología

Una vez elegido un tema, los cuidados de la mujer sometida a ITP, se cumplimentó la propuesta de proyecto, que fue aprobada. Posteriormente, se procedió a la búsqueda bibliográfica.

Se debe recopilar información relevante y actualizada que esté relacionada con nuestro tema de estudio. Para ello, a través de la revisión de la literatura se detecta, se obtiene y se consulta bibliografía y otros materiales que pueden resultar útiles. Una característica de esta revisión es que debe ser selectiva puesto que se publican cada año en todo el mundo miles de artículos de revistas, periódicos, libros y otras clases de materiales en el área de la salud.

Gracias al aporte de conocimiento que lleva consigo la revisión de la literatura, se consigue la aproximación al entendimiento de un tema, constituyendo la primera etapa del proceso de investigación, puesto que ayuda a discernir entre lo que se sabe y se desconoce del mismo. Además, constituye una importante herramienta para informar y desarrollar la práctica e invitar a la discusión en el trabajo académico. Dentro de la disciplina enfermera hay una creciente y gran cantidad de literatura e investigación que son relevantes para la práctica (Guirao Goris, 2015).

La búsqueda de bibliografía se realizó en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Scielo. Para obtener artículos cuyo contenido se adecuase a la temática, las condiciones que debían cumplir para la búsqueda en las bases de datos consultadas eran las siguientes:

- Descriptores: Embarazada, Satisfacción, Trabajo de parto inducido, Parto, Oxitocina.

- Ecuación booleana, AND;
- Acceso al texto completo;
- Referencias bibliográficas disponibles;
- Inglés, portugués y español;
- Fecha de publicación dentro de los últimos diez años.

Para efectuar una búsqueda bibliográfica efectiva y obtener buenos resultados, se formuló una pregunta estructurada, dividida en componentes.

El proceso de revisión debe estar bien desarrollado y planificado de antemano para reducir sesgos y eliminar estudios irrelevantes o de baja calidad. Los pasos a seguir para la realización de una revisión bibliográfica incluyen, formular correctamente la cuestión clínica para responder a la pregunta PICO (Linares-Espinós, 2018).

En la tabla número 2 que aparece a continuación se representa el método PICO.

Tabla 2

Método PICO

	Palabras clave	Descriptor
P (Población)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pregnant ○ Woman
I (Intervención)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inducción del trabajo de parto ○ Satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Induction of labor ○ Patient satisfaction
Co (Contexto)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabajo de parto 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Labour ○ Birth

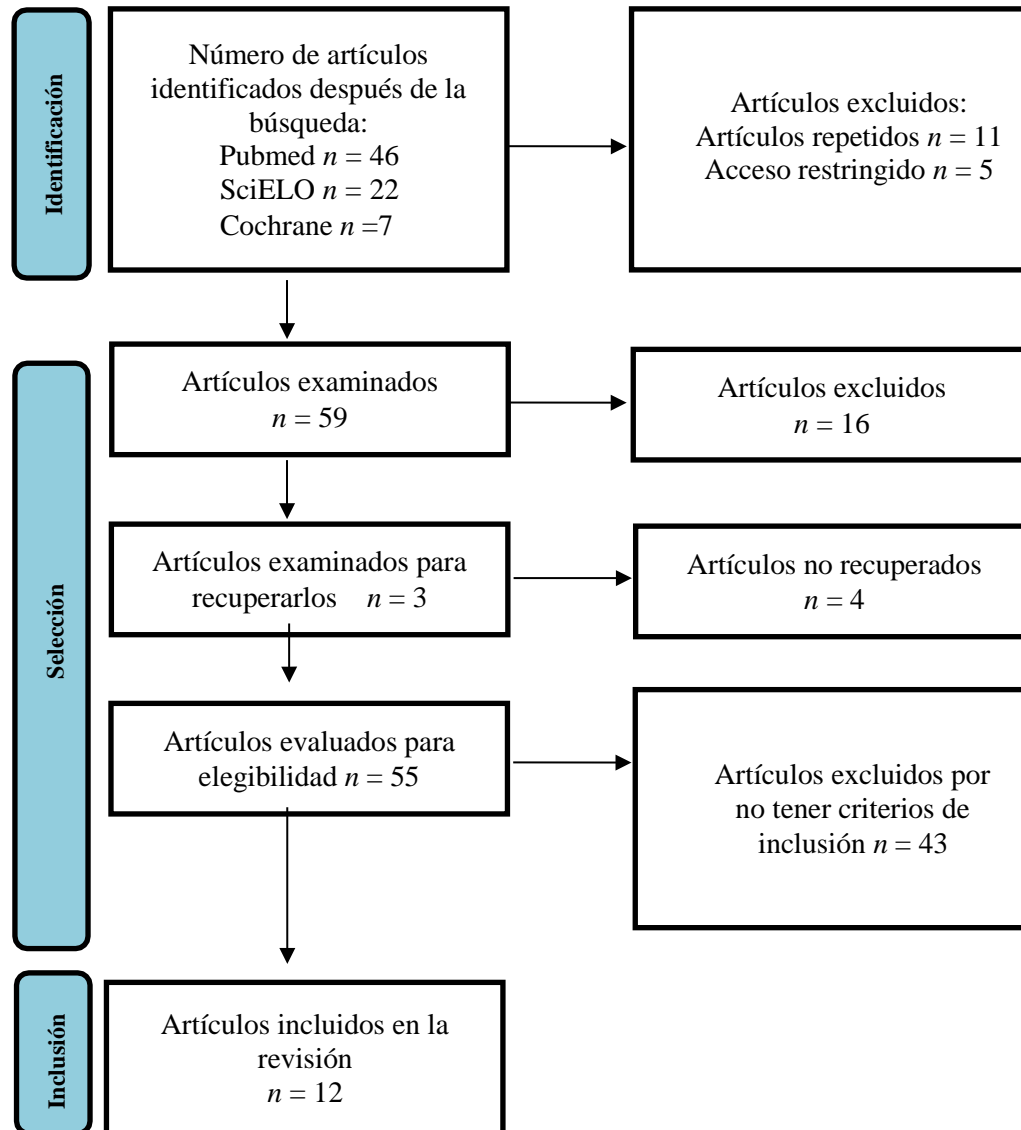
La pregunta PICO en este caso fue: ¿Qué cuidados debe recibir la mujer con ITP?

Una vez aplicados estos criterios, fueron seleccionados doce artículos, que permitieron una mejor comprensión de la temática.

En la figura 6, se representa el flujograma relativo a la selección de estos.

Figura 6

Diagrama de flujo de los artículos seleccionados



En la tabla 3 que se presenta a continuación, se expone el resumen de los artículos seleccionados para la revisión de la literatura.

Tabla 3

Resumen de los artículos seleccionados para la revisión bibliográfica

Título	Autor/Año	Objetivo	Conclusiones
Women's Psychological Experiences of Physiological Childbirth: a Meta-synthesis	Olza et al., 2018	Sintetizar estudios cualitativos sobre las experiencias psicológicas de las mujeres en el parto fisiológico.	Dar a luz es una experiencia psicológica intensa y transformadora que genera una sensación de empoderamiento. Los beneficios de este proceso se pueden maximizar a través del apoyo físico, emocional y social para las mujeres.
The Role of Oxytocin and The Effects of the Stress During Childbirth .Neurobiologic a and Basic Implications of Mother and Child	Walter., 2021	Demostrar que la oxitocina influye en multitud de comportamientos sociales humanos, incluida la reproducción.	La oxitocina desempeña un papel central para garantizar la salud y la seguridad de la madre y del niño durante el parto y más allá.
La satisfacción de las mujeres con el manejo de su parto en roturas prematuras de membranas	Fernández Méndez et al, 2019	Determinar el nivel de satisfacción delas mujeres según el manejo del parto.	Es primordial tener en cuenta las preferencias y satisfacer las expectativas individuales de las mujeres y familiares respecto al parto y nacimiento en base a las mejores prácticas existentes y la evidencia disponible.
Overview of the Mechanisms of Induction of Labor	Irani & Foster, 2015	Proporcionar una breve descripción del proceso natural de TP y sus características bioquímicas, hormonales y mecánicas que pueden aprovecharse en los métodos para la ITP.	Formación actualizada de los profesionales de salud que presten cuidados a las mujeres. El parto consta de muchos procesos preparatorios queestán en funcionamiento mucho antes del inicio del TP diagnosticable.
Birth as a Neuro-psyco-social Event: An Integrative Model of Maternal Experiences and the Irrelation to Neurohormonal Events During Childbirth	Olza et al, 2020	Los procesos neurohormonales en particular, los mecanismos oxitocinérgicos no sólo controlan aspectos fisiológicos del TP y parto, sino que contribuyen a las experiencias de éste.	Las mujeres y sus parejas se beneficiarían al comprender el papel crucial que desempeña la oxitocina endógena en el proceso psicológico y neuroendocrino del TP.

Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo	Quijada-Cazorla et al., 2019	Mejorar la vivencia del parto, incorporar la perspectiva de las mujeres a la evaluación del proceso asistencial. Comparar la satisfacción en el parto inducido frente al de inicio espontáneo.	Se ha observado mayor satisfacción en los partos de inicio espontáneo frente a los inducidos. Son susceptibles de mejorar la asistencia a la dilatación y el expulsivo, así como el apoyo en el uso de los diferentes métodos para aliviar el dolor.
Overview of the Mechanisms of Induction of Labor	Olza & Villamea, 2020	Describir el proceso natural de TP y sus características bioquímicas, hormonales y mecánicas que pueden aprovecharse en los métodos empleados para la ITP.	Con el aumento de la obesidad y los problemas de salud en mujeres de edad reproductiva, la ITP puede volverse una práctica común en obstetricia. Por ello, los profesionales deben estar bien formados.
Paríndo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade	Russo, 2020	Constituir un nuevo sentido a la maternidad a partir de una concepción de naturaleza corporal y el papel que representa la oxitocina en ese proceso.	El principio básico de un parto humanizado es la idea de una naturaleza femenina a partir de la cual el cuerpo de la mujer está preparado para dar a luz sin cualquier intervención.
Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso	Aragón-Hernández et al., 2017	Emitir un consenso actualizado y analizar los diferentes aspectos de la práctica cotidiana relacionada con la ITP.	La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común en la práctica general de la obstetricia, cuya indicación enfrenta presiones nuevas, derivadas del cambio en el perfil epidemiológico y social que experimenta la población de mujeres embarazadas en la mayor parte del mundo.

Home versus Impatient Induction of Labor	Alfirevic et al, 2020	Existen riesgos para la madre y el bebé debido a la inducción. Evaluar si son superados por los riesgos de continuar con el embarazo.	La inducción puede ser una experiencia desafiante para las mujeres, ya que pueden sentirse incómodas, sin apoyo y sin control.
El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera	Zamora-Soler & Maturana-Ibáñez, 2019	Cómo medir y analizar los en los campos de la gestión sanitaria, la gestión clínica y los servicios sanitarios dos grandes aspectos: la satisfacción y la experiencia del paciente.	Se debe tener en cuenta una cuestión clave a la hora de analizar la calidad de la atención sanitaria, la experiencia del paciente, que va a permitir la mejora y el mantenimiento de la atención prestada.
Elective Induction of Labor at 39 Weeks vs Expectant Management of Pregnancy: a Systematic Review	Santos & Ramallo, 2016	Comparar la inducción electiva a las 39 semanas con un comportamiento expectante en embarazos no complicados.	Hay una preocupación de cara al creciente porcentaje de inducción electiva del TP. No parece haber evidencias suficientes que permitan definir mejor la edad gestacional para la ITP. Asociaron la inducción, a un TP más prolongado y doloroso, con una menor satisfacción de la embarazada.

Durante la prestación de cuidados en las prácticas se recopilaron datos sobre las mujeres sometidas a ITP, entre ellos figuraban:

- Datos sociodemográficos (Edad, estado civil, nacional, formación...)
- Historia Obstétrica, del embarazo y parto (Gestaciones, partos, seguimiento del embarazo, realización de cursos de preparación para el nacimiento, plan de parto, edad gestacional, motivo de ingreso, conocimiento previo de la ITP, expectativas ante el parto, información aportada por los profesionales, métodos utilizados para la ITP, evaluación del dolor...).

3.2.1. Población Diana

Las mujeres que recibieron ITP, en los turnos de los diferentes paritorios donde se han desarrollado las prácticas, teniendo en consideración los factores de inclusión y exclusión. Se citan a continuación varios criterios de inclusión:

- Gestaciones únicas;
- Gestaciones a término;
- Presentación cefálica.

Se pretende describir de forma cualitativa la experiencia de la mujer cuando se aplica el procedimiento de la inducción al parto, por lo que se podría decir que se trata de un estudio transversal, en el cual la recolección de datos se realiza en un solo periodo de tiempo, tras la aplicación de la ITP.

Siempre manteniendo la confidencialidad de los datos en los registros, para proteger la intimidad personal y familiar y así, garantizar y proteger las libertades públicas y los derechos fundamentales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales).

3.2.2. Resultados

Se obtuvo información de un total de 43 mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 42 años. En relación con otras variables sociodemográficas a las que tuve acceso, se observó que la mayoría estaban casadas, tenían formación básica o universitaria y estaban en situación profesional activa.

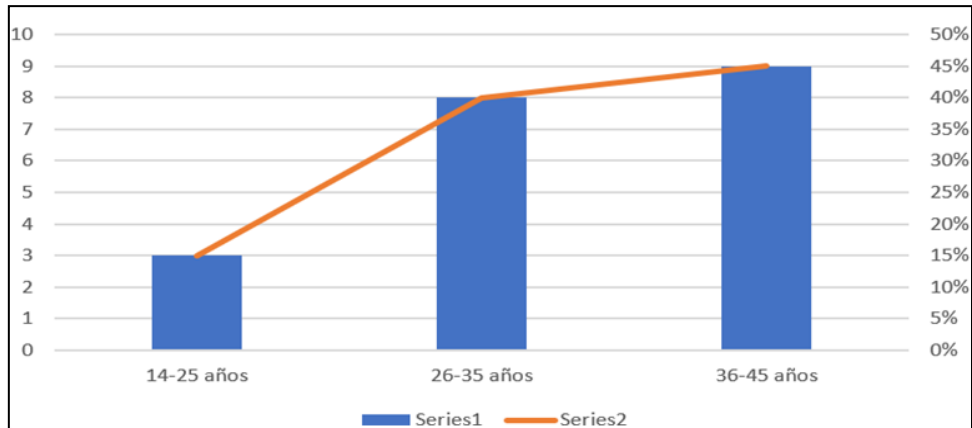
Los datos obstétricos se relacionan con la coyuntura económica y financiera de Portugal, que ha ayudado a agravar una tendencia que se mantiene desde hace décadas. Según las estadísticas, desde el 2011, año en el que el país luso tuvo que pedir ayuda financiera a la Unión Europea, nacieron casi 15.000 niños menos, una caída que no atiende a una única razón, sino a múltiples factores, pero que se resume a la falta de condiciones para tener hijos en la sociedad portuguesa.

Se presentan los datos que fueron recopilados, introducidos y codificados correctamente a través de hojas de cálculo Excel, con su respectivo análisis.

En la figura 7 que aparece a continuación, se proporciona información acerca de la edad materna a la que las mujeres se sometieron a ITP.

Figura 7

Distribución de la edad materna en las mujeres sometidas a ITP



La información que se obtiene en cuanto a la edad materna es que la mayoría se sitúa entre los 36 y los 45 años (45%).

La edad media en la que las mujeres portuguesas dan a luz a su primer hijo supera la barrera de los 30, lo que en muchos casos reduce las posibilidades de embarazos posteriores. Son muchos y rápidos los cambios que están experimentando las sociedades de países industrializados. Tales cambios afectan al funcionamiento económico y social, así como las formas de vida de la población, y repercute directa o indirectamente en la decisión y la capacidad de afrontar el proceso maternal (Maroto-Navarro et al., 2004).

Relativamente a otra característica sociodemográfica, se constató que un gran porcentaje de mujeres que se sometieron a ITP en relación con su lugar de procedencia, eran de nacionalidad portuguesa (70%), dado que todas las prácticas se realizaron en Portugal, seguidas de las mujeres de nacionalidad hindú (20%).

La comunidad india en Portugal, está ampliamente concentrada en el Área Metropolitana de Lisboa. Ya en 1992 se aproximaba a los 9.000 individuos. Está muy ligada al proceso de descolonización de Mozambique y en las vicisitudes políticas de este país que se sucedieron del decenio posterior a la independencia, que tuvo lugar en 1975 (Macaísta Malheiros, 2008).

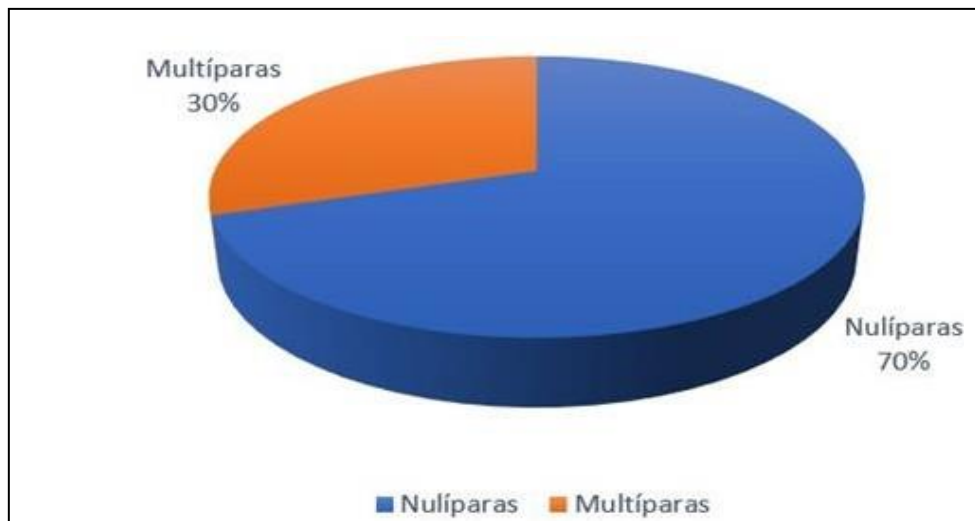
Entre las características obstétrico-ginecológicas, a través del índice obstétrico, se observa en la figura 8 que, para la mayor parte de las mujeres, un 70 % de ellas, se trataba de su primer parto.

Existe una tendencia a nivel mundial de retrasar el momento del embarazo, siendo

más frecuente esta característica en países desarrollados. La incidencia de recién nacidos de madres de edad materna avanzada ha ido en incremento a nivel mundial con las complicaciones que conlleva (Macías Villa et al., 2018).

Figura 8

Distribución de mujeres con ITP con relación a la paridad

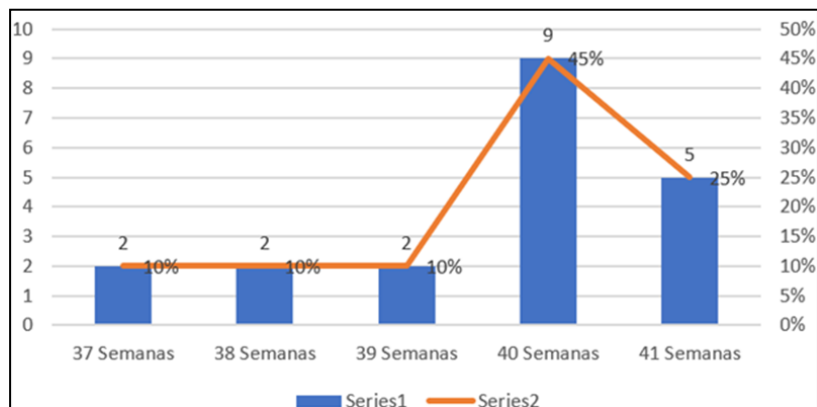


Una característica obstétrico-ginecológica importante dentro de la ITP es la edad gestacional. Como puede observarse en la figura 9, el porcentaje más alto se encuentra dentro de las 40 semanas de gestación (45%).

El embarazo medio dura 40 semanas desde el comienzo del último período menstrual de la mujer. Los embarazos que se prolongan más allá de las 42 semanas se describen como “postérmino” o “posfecha” y la mujer y su médico podrían decidir provocar el parto mediante la inducción (Middleton et al., 2020).

Figura 9

Distribución en grupos dependiendo de la edad gestacional en las mujeres con ITP



El “Dolor en el TP” está considerado como un tipo de dolor agudo que posee características propias y mecanismos fisiológicos particulares que lo diferencian abiertamente de otros tipos de dolor. Por lo tanto, se considera uno de los eventos más importantes, intensos y dolorosos en la vida de la mujer.

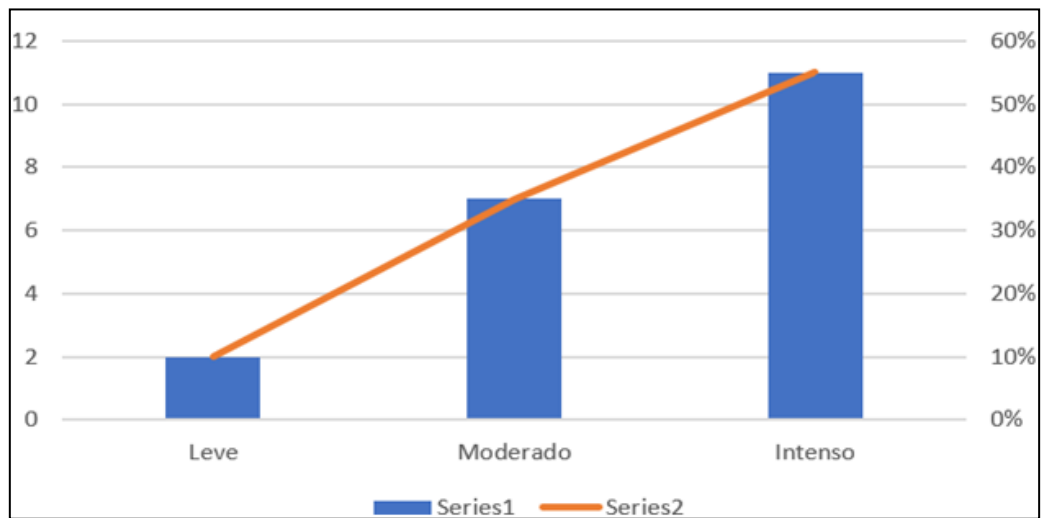
La variabilidad en la intensidad de este dolor está en relación con varios factores como la dilatación cervical, la duración y la frecuencia de las contracciones uterinas, la edad de la paciente, la paridad o el número de semanas de embarazo.

Cuando se realiza la evaluación clínica se debe incorporar la comprensión fisiológica del dolor y los factores que alteran la percepción del mismo para proporcionar un manejo eficaz del dolor agudo, que repercute en el impacto favorable durante el proceso de parto para la madre y su recién nacido (Cortés et al., 2020).

Más del 50% de las pacientes a las que sometieron a ITP tuvieron una sensación intensa de dolor, como se representa en la figura 10.

Figura 10

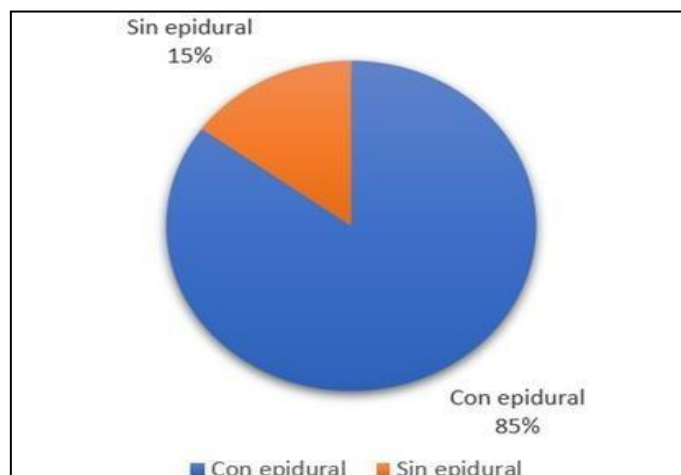
Escala de dolor en las mujeres sometidas a ITP



El uso de métodos artificiales para la ITP suponía dentro de las características clínicas, un dolor intenso. Por ello, se ofrecían métodos de alivio del dolor, tanto farmacológicos, como no farmacológicos. En la figura 11, se representan las mujeres que decidieron el uso de método farmacológico para aliviar el dolor, la analgesia epidural.

Figura 11

Uso de analgesia epidural en las mujeres con ITP



El dolor durante el TP es causado por dolor fisiológico visceral y somático, pero también está influenciado por circunstancias psicosociales individuales de la mujer. En general, la analgesia neuroaxial en el marco de la ITP puede mejorar la analgesia materna

y, para algunas pacientes, puede mejorar la seguridad del parto. Métodos alternativos de alivio del dolor durante el TP incluyen estrategias no farmacológicas como tacto y masaje, aromaterapia, hidroterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, acupuntura/acupresión e hipnosis e intervenciones farmacológicas como opiáceos intravenosos y óxido nitroso inhalado (Warner, 2021).

El nacimiento de un hijo aunque pueda tratarse de la experiencia más extraordinaria del ser humano, para la madre supone también, una de las más dolorosas.

Uno de los descubrimientos más importantes en la historia de la humanidad fue el surgimiento de la anestesia, convirtiéndose en el motor del avance de la medicina en los siglos pasados. En contraposición se puede observar que en el afán de abarcar todo, se interviene en un proceso natural como es el parto (Eugenio Canessa et al., 2014).

Dentro del uso de métodos farmacológicos para aliviar el dolor, se encuentra la analgesia epidural, que fue administrada en un 85% de las mujeres sometidas a ITP.

La finalización de la ITP con parto eutócico mejoró la satisfacción. La forma de finalización del parto influyó en la satisfacción percibida. Se puede hacer una asociación significativa entre la satisfacción materna y varios aspectos como la duración del TP, la utilización de oxitocina para acelerar el TP, la realización de un mayor número de intervenciones médicas o la asistencia a un programa de preparación al parto (Navas Arrebola et al., 2020). La duración del parto había influido de forma significativa produciendo una menor satisfacción.

A pesar de que el parto se trata de un proceso fisiológico, su asistencia siempre ha necesitado de cuidados y atenciones. El aumento de los conocimientos procedentes de los avances tecnológicos ha producido el cambio en la forma de vida en la sociedad. Hoy en día, el uso de la tecnología es casi imprescindible en todas las disciplinas y adquiere una especial relevancia en las prácticas sanitarias. Teniendo esto en cuenta, para los profesionales sanitarios, la atención ha adquirido cada vez un carácter más técnico, aunque ello ha repercutido en la mejora del nivel de vida de los individuos. De forma negativa se ha asociado en los últimos tiempos la tecnificación de la atención y el uso de la tecnología en la asistencia al parto, con la deshumanización de los cuidados. El hecho de utilizar una tecnología cada vez más compleja, marca un distanciamiento entre los usuarios de la atención y el trato humanizado (Garrido, 2017).

Se han observado mayores beneficios cuando son las matronas las responsables

de la atención al embarazo, parto y puerperio, respecto a cuándo esta atención es llevada a cabo por otros modelos médicos o de atención compartida. Se citan a continuación algunas de las ventajas que acarrea: aumento de la posibilidad de parto vaginal espontáneo, disminución en el uso de analgesia regional, disminución de la incidencia de episiotomías, aumento de la sensación de control y empoderamiento por parte de las mujeres, aumento de la satisfacción, aumento del éxito en cuanto a la lactancia materna, aumento de la percepción de buen apoyo recibido por parte del acompañante lo que deriva en una vivencia positiva para la pareja (Herrera-Gómez, 2022).

La experiencia negativa de ITP se asoció a una falta de preparación e información sobre los beneficios y los riesgos y su curso, a la intensidad del dolor, la duración de la inducción y hasta cierto punto, peor resultado médico, en particular, la emergencia de un parto por cesárea.

La mayoría de las mujeres embarazadas acuden a servicios prenatales a clases de preparación para el nacimiento, pero el contenido de estas es probablemente muy heterogéneo. Además, el apoyo personalizado para el manejo del dolor, sin duda sería bueno para mejorar la experiencia materna. (Blanc- Petitjean et al., 2021).

La mayoría de las mujeres se sentían satisfechas con el proceso de ITP ya que el recién nacido se encontraba bien y el nacimiento se había producido tras un parto eutócico. Resaltaron aspectos de mejora al aplicar este método, como la disminución de la estancia hospitalaria, aumento de la información prestada por parte de los profesionales o la disminución de la sensación intensa de dolor.

4. ANÁLISIS REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

Las competencias esenciales para la práctica de la partería describen el conjunto mínimo de conocimientos, habilidades y comportamientos profesionales requeridos por un individuo para usar la calificación de matrona.

Los cuidados de salud y, consecuentemente, los cuidados de enfermería asumen hoy una mayor importancia y exigencia técnica y científica, siendo la diferenciación y la especialización, cada vez más, una realidad que comprende la generalidad de los profesionales de salud.

La International Confederation of Midwives (2019) subraya que las competencias promueven:

- La autonomía de las matronas para ejercer en todo el ámbito de la práctica de la partería y en todos los entornos;
- El papel de la matrona para ofrecer apoyo psicológico y promover el parto natural;
- El papel de la matrona en la defensa de los derechos humanos, el consentimiento informado y la toma de decisiones para las mujeres;
- El papel de la matrona para promover la práctica basada en la evidencia, incluida la reducción de intervenciones innecesarias;
- El papel de la matrona para evaluar, diagnosticar, actuar, intervenir, consultar y referir según sea necesario, incluso proporcionar intervenciones de emergencia. (2019)

La certificación de las competencias clínicas especializadas asegura que el enfermero especialista posee un conjunto de conocimientos, capacidades y habilidades que, ponderadas las necesidades de salud de la población diana, moviliza para actuar en todos los contextos de vida de las personas y en los diferentes niveles de prevención.

4.1. Competencias Comunes de los Enfermeros Especialistas

Son las competencias compartidas por todos los enfermeros especialistas, independientemente de su área de especialidad, demostradas a través de su elevada capacidad de elaboración, gestión y supervisión de cuidados y, también, a través del apoyo efectivo a la práctica profesional especializada en el ámbito de la formación, investigación y asesoramiento.

Los dominios de las Competencias Comunes de la Enfermera Especialista son los siguientes:

- Responsabilidad profesional, ética y legal;
- Mejora continua de la calidad;
- Gestión de la atención;
- Desarrollo del aprendizaje profesional.

Competencias comunes del EESMO, (*Diário da República*, núm.26, de 6 de febrero de 2019, pág. 4744, <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>)

El hecho de acceder a la especialidad con una base de conocimientos y experiencia previos es fundamental. Además, la interacción previa con pacientes, profesionales e instituciones ayuda a definir el área en la que una persona tiene más motivación para ejercer sus funciones.

4.2. Competencias Específicas de los Enfermeros Especialistas de Salud Materna y Obstétrica

De acuerdo con los cambios introducidos por la Ley N.º 156/2015, el título de Enfermero Especialista se otorga al titular del título de Enfermero, luego de considerar los procesos de formación y certificación de competencias, en un área clínica de especialización, en los términos del reglamento de la especialidad, aprobado por la Ordem de los Enfermeros y por el miembro del Gobierno responsable del área de salud. La Asamblea General de la Ordem de Enfermeras, reunida en sesión ordinaria el 12 de mayo de 2018, al amparo de lo dispuesto, aprobó el presente Reglamento de Competencias Específicas de la Especialidad en Salud Materna y Obstétrica, realizada en febrero de 2019.

Muchas son las competencias que se hacen necesarias para el enfermero en su práctica profesional. Como señala Piña-Jiménez:

Construir competencias supone un asunto de movilización de saberes y de su disposición puesta al servicio de una acción eficaz. Las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o actitudes, aunque movilizan y orquestan tales recursos, la movilización ocurre en cada situación y cada situación es única; ejercitar la competencia supone operaciones mentales complejas, sostenidas por esquemas de pensamiento, que se adaptan a cada situación. Las competencias profesionales se crean en formación, pero también a merced de la navegación

cotidiana del practicante y de su enfrentamiento a una gama diversa de situaciones prototípicas (2013, p. 76).

Las competencias específicas de la enfermera especialista en enfermería de salud materna y obstétrica son las siguientes (*Diário da República*, núm. 85, de 3 de mayo de 2019, 13560. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>):

- Cuida de las mujeres incluidas en la familia y la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el periodo previo a la concepción, estableciendo e implementando programas de intervención y educación para la salud con el fin de promover familias saludables, embarazos planificados y experiencias positivas de sexualidad y paternidad;
- Cuida a la mujer incluida en la familia y la comunidad durante el periodo prenatal, con el fin de mejorar su salud, detectar y tratar las complicaciones de manera temprana, promoviendo el bienestar materno-fetal;
- Cuida a las mujeres incluidas en la familia y la comunidad durante el trabajo de parto y parto, dando a luz en un ambiente seguro, con el fin de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina;
- Cuida de la mujer incluida en la familia y la comunidad durante el periodo postnatal, para mejorar la salud de la mujer en el postparto y del recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la paternidad;
- Cuida de la mujer incluida en la familia y la comunidad durante el periodo climatérico, apoyando el proceso de transición y adaptación a la menopausia;
- Atiende a mujeres incluidas en la familia y comunidad para experimentar procesos de salud/ enfermedad ginecológica;
- Cuida a la población diana, es decir, mujeres en edad fértil, incluidas en la comunidad, promoviendo una atención de calidad, culturalmente sensible y congruente con las necesidades de la población.

En el transcurso del año práctico, la prestación de cuidados realizados se basaba en el modelo de enfermería de Afaf Meleis. Desde el nacimiento hasta la muerte, la vida está marcada por una sucesión de pasajes únicos de profundo carácter personal. A lo largo del ciclo vital experimentamos múltiples transiciones, en algunos casos meramente circunstanciales, que buscamos deliberadamente a través de eventos como el matrimonio, embarazo, cambio de profesión, cirugía u otros (Canaval, 2007).

Es fundamental el papel de la enfermera como facilitadora del proceso de transición, porque es ineludible adoptar una verdadera relación de ayuda, estar dispuestos a escuchar, comprender las experiencias de las mujeres y los significados que le dan a sus vivencias relacionadas con la sanidad, ya que son una fuente privilegiada de información.

En el artículo “Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas” se afirma que “algunos autores relacionan la satisfacción materna con el apoyo continuo y personalizado de los cuidadores, especialmente la matrona, durante el parto” (2021, p. 2).

Las mujeres experimentan procesos de transición a lo largo de su vida, como, por ejemplo, el inicio de su actividad sexual, el nacimiento de un hijo o el paso al climaterio, procesos que exigen desarrollar habilidades para enfrentar los nuevos desafíos. Es imprescindible el diseño de estrategias que faciliten esos procesos para que la transición sea lo más favorable posible. En este aspecto, la EESMO debe anticipar, evaluar, diagnosticar y ayudar a enfrentar los cambios, promoviendo un nivel máximo de autonomía y bienestar.

Experimentar una transición exige tener nuevos conocimientos o cambiar comportamientos, entre otros. Corresponde a la matrona preparar e informar a la mujer y sus acompañantes, por medio de un proceso de adquisición de nuevas habilidades relacionadas con la situación de transición, donde la salud y el bienestar se perciben como resultados. La matrona debe asumir un rol de “facilitadora de transiciones”, que capacite a la mujer a la hora de tener que tomar de decisiones (Santos et al., 2015).

4.2.1. Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en las Prácticas de Atención Primaria en el Área de Salud de Alentejo Central

Los objetivos que la especialidad en Enfermería Materna y Obstétrica de la Universidad de Évora pretende en esta fase de formación responden a lo que la Ordem de los Enfermeros define como competencias que deben adquirir y desarrollar los enfermeros especialistas:

- Promover la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional;
- Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional;

- Proporcionar cuidados a la mujer con disfunciones sexuales, problemas de fertilidad e infecciones sexualmente transmisibles;
- Promover la salud de la mujer durante el periodo pré-natal y en situaciones de aborto;
- Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones en la salud de la mujer durante el periodo pré-natal y en situación de aborto;
- Proporcionar cuidados a la mujer y facilitar su adaptación, durante el periodo pré-natal y en situación de aborto;
- Promover la salud de la mujer y del recién nacido en el período postnatal;
- Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido durante el período postnatal;
- Proporcionar cuidados en las situaciones que puedan afectar negativamente la salud de la mujer y del recién nacido en el período postnatal (Ordem dos Enfermeiros, 2013)

Al realizar las prácticas durante un periodo relativamente corto en esta unidad, hubo situaciones, como el aborto, que en ese momento no asistí, pero que a posteriori, cuando estaba en las prácticas en atención especializada, tuve la oportunidad de prestar cuidados.

Otras situaciones, sin embargo, relacionadas con el planeamiento familiar, administración e implante de anticonceptivos hormonales, programas de prevención de cáncer de cuello de útero, consulta preconcepcional, vigilancia y seguimiento del embarazo y puerperio, consultas sobre la lactancia y las infecciones sexualmente transmisibles permitieron aumentar de forma notable mis conocimientos, pues eran los principales motivos de consulta de las mujeres.

Los profesionales sanitarios, de forma concreta los enfermeros, desempeñan un papel fundamental en la educación contraceptiva de los jóvenes, no sólo en el sentido de potenciar su capacidad de elección y adhesión a los métodos contraceptivos, para evitar embarazos no deseados, sino también alertando de la importancia de los métodos de barrera como protección contra las enfermedades de transmisión sexual, y de la vigilancia regular de la salud sexual y reproductiva (Santos, 2018).

Portugal dispone de acceso universal a las consultas y métodos anticonceptivos. Los más comúnmente dispensados fueron la anticoncepción hormonal oral y el implante anticonceptivo subdérmico. Realicé extracciones de implantes subdérmicos y coloqué otros nuevos. Esta técnica es realizada en España por la matrona y, por tanto, su práctica

siempre contribuye a la calidad de mi trabajo.

Con ayuda del Programa Nacional para la Vigilancia del Embarazo de Bajo Riesgo- 16/09/2016, tanto en la asistencia clínica como en las sesiones de preparación para el parto, se puso a disposición de las mujeres y sus personas significativas información actualizada.

En las consultas de seguimiento del embarazo evaluábamos diferentes parámetros, como el peso, la tensión arterial, resultados de la muestra orina que se realizaba ese día por medio de un combur test, altura uterina, auscultación del foco fetal, entre otros, que quedaban registrados en el Boletín de Salud de la embarazada. Al igual que los resultados de las analíticas, vacunas administradas y los movimientos fetales. Se comprobaba las fechas de realización y los resultados de las ecografías realizadas.

La preparación para el parto, en Portugal, es considerada un derecho expuesto en la Ley nº 142/99 de 31 de agosto (1999). Mi supervisora clínica nos ofreció a mi compañera de prácticas y a mí la posibilidad de impartir sesiones de preparación para el nacimiento. Supuso profundizar más en ese campo de actuación. Antes de la pandemia, esas sesiones se daban de forma presencial en la biblioteca del centro, pero debido a la situación actual, fueron realizadas online, con las plataformas Zoom o Teams.

Cuando las embarazadas con una edad gestacional próxima a la semana 28 acudían a la consulta, se proporcionaba un folleto con información referente a las sesiones (Apéndice 1). Durante cuatro viernes, se realizaron sesiones para cinco embarazadas, que asistieron de forma virtual regularmente. Al inicio de cada sesión, se preguntaba a las señoras, si los datos e información prestada los compartían con sus personas significativas, puesto que, aunque se realizaban de forma online, siempre acudían solas.

Las sesiones de preparación para el nacimiento contribuyen para empoderar a la mujer/pareja, puesto que consiguen la adquisición de información sobre el trabajo de parto y parto, delineamiento de objetivos realistas, aprendizaje de estrategias para gestionar el dolor y facilitan la toma de decisiones informadas y la obtención de un sistema de apoyo adecuado de otras personas significativas y de profesionales de salud. Entender la percepción de autoeficacia de la mujer en el pré-parto puede ayudar a los profesionales de salud a preparar adecuadamente a la embarazada para el parto y de esa forma, contribuir para la promoción de una experiencia de parto más positiva (Sousa et al., 2019).

Se trataron entre otros, los siguientes temas: Método psicoprofiláctico de

preparación para el parto y parentalidad; Vigilancia del embarazo: Ejercicios de movilidad y postura; Molestias del embarazo en los diferentes trimestres y consejos para aliviarlas; Señales de alerta y de ida a la maternidad; Maleta que deben preparar con las cosas que van a necesitar en el hospital y una visita al paritorio, para que se fueran familiarizando con las distintas instalaciones y procedimientos que iban a encontrar desde su ingreso hospitalario (Apéndice 1).

En Portugal existe un programa de screening oncológico para el cáncer de mama, colorrectal y cuello de útero. Estos programas de prevención, con gran impacto positivo en la sociedad, han demostrado la reducción de mortalidad aproximadamente en un 30% en el cáncer de mama, 20% en el cáncer colorrectal y 80% en el cuello de útero. Las mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 60 años, se deben hacer la prueba cada cinco años, si han iniciado su vida sexual. El screening de cáncer de cuello de útero, lo puede realizar con frecuencia, el cual, examina las células de la parte inferior del útero. Consiste en la búsqueda del Virus del Papiloma Humano por medio de una citología en medio líquido. La mujer se coloca tumbada en una camilla en posición de litotomía. Mediante un espéculo en la vagina, se puede visualizar el cuello del útero. Se toma una muestra con un cepillo de las células de esa zona, que posteriormente se depositan en un frasco con preservativo líquido y se envían al laboratorio.

La revisión de la mujer durante el puerperio desde una perspectiva bio-psico-social y la comprobación de la lactancia, por la posible aparición de complicaciones, también eran tratados por la EESMO.

4.2.2. Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en Atención Especializada del Área de Salud de Alentejo Central

Las mujeres que son admitidas en este servicio fundamentalmente provienen del paritorio o de quirófano y tras el parto o la cesárea, permanecen durante 48 horas posteriores para hacer una vigilancia del puerperio.

Las embarazadas con alguna patología tienen una vigilancia centrada en los registros cardiotocográficos y distintas pruebas analíticas y ecográficas. Normalmente se ubicaban en dos cuartos, correspondientes a las camas número 14,15,16,17, y 19.

Las patologías más frecuentemente observadas en el servicio durante las prácticas fueron: colestasis del embarazo; amenazas de parto prematuro debido a longitud de cuello uterino corto; restricciones de crecimiento intrauterino; abortos en curso; abortos retenidos; embarazos ectópicos; abscesos tubo ováricos; metrorragias pós-conización;

preeclampsias; diabetes gestacionales tipo I mal controladas; pielonefritis; hidramnios; oligoamnios; interrupciones médicas de embarazo; inserción de placenta baja, entre otras. A lo largo de las prácticas en la planta de Obstetricia/Ginecología los turnos seguían un orden de actividades a realizar. Se comenzaba con el pase de turno facilitado por una pizarra situada en el gabinete de enfermería, en la que se visualizaban los datos más destacados de las mujeres ingresadas. Se dividían las pacientes dependiendo del número de enfermeras y de las prácticas que en ese momento estuvieran cursando sus respectivos alumnos. Se comenzaba la actividad con la revisión de la medicación pautada junto con la comprobación de los signos vitales. Se preparaban las vacunas de la Hepatitis B de los recién nacidos que iban a tener alta clínica y se registraban en el Boletín de vacunas, Boletín de salud infantil y en su Historia Clínica. Se procedía a los baños de los recién nacidos y a la administración de las vacunas ya preparadas.

El primer día después del parto, las enfermeras enseñaban a las madres el baño y el segundo día, debían bañar las madres a los bebés y reforzar la enfermera el aprendizaje. Posteriormente, se revisaban los apósitos de aquellas mujeres que habían sido sometidas a cualquier intervención, incluidas las cesáreas, al igual que los perineos de aquellas que habían tenido un parto. Se llevaban a cabo los registros cardiotocográficos de las embarazadas que estaban con alguna patología, se mostraba tal registro al médico que estuviera de servicio y se anexaba al proceso. Se verificaban aspectos como el primer levante, el aseo de las mujeres, su tolerancia de alimentos, pérdidas vaginales, situación emocional y eliminaciones.

Al realizar las prácticas en el puerperio intenté profundizar más en el tema de lactancia materna y por medio de un centro educativo llamado FNN accedí a un curso sobre el tema, cuyo título provisional adjunto en anexos (Anexo 1).

En el paritorio, no había un orden establecido de actividades a realizar, ya que, dependía de la situación específica de cada mujer. Una vez que se decidía el ingreso, se anotaban los datos importantes en la Historia, junto con los signos vitales. Se enviaban al laboratorio, la prueba de Sars-Cov 2 y analítica.

Las actividades más significativas en este contexto fueron: registro cardiotocográfico, toque vaginal, evaluación del dolor, técnica epidural, inducción del trabajo de parto, acompañamiento durante el parto, preparación de las mujeres que se sometían a cesárea y prestación de cuidados en el puerperio inmediato.

En la sala de partos, se efectuaba un aprendizaje de la habilidad más técnica, que,

a su vez, debía tener conocimiento teórico.

Una vez que la mujer daba a luz, se realizaba el puerperio inmediato en otra habitación contigua a la sala de partos. Allí, la puérpera junto a su acompañante, permanecían durante un intervalo de aproximadamente dos horas en el que se fomentaba la lactancia materna y el contacto piel con piel. A las dos horas se realizaban una serie de actividades: vigilancia de las pérdidas hemáticas y el útero, para comprobar que estuviera contraído, globo de seguridad de Pinard formado; se facilitaba la evacuación de la orina a través de una sonda vesical si la mujer había tenido epidural; se retiraba el catéter epidural ante la evaluación de una situación de normalidad; y se proporcionaba algún alimento dependiendo de la hora a la que había sido el parto.

Se destaca que las mujeres sólo podían estar acompañadas durante el expulsivo y las dos horas posteriores al parto. Las instituciones deben fomentar el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y no solamente en el expulsivo. Las evidencias indican que la participación activa de la pareja en la gestación, parto y posparto disminuye el riesgo materno e incide en el bienestar madre-hijo. El soporte emocional permanente durante el alumbramiento puede reducir el dolor de las gestantes, favorece el parto natural y hace más confortable la experiencia (Lafaurie-Villamil & Valbuena-Mojica, 2020).

Un aspecto que podría ser mejorado es el tiempo posterior a la cesárea que la madre está alejada de su bebé, puesto que una vez que se prestaban los cuidados al recién nacido, este no realizaba el tiempo suficiente de contacto piel con piel con su madre y mucho menos, se fomenta la lactancia materna. Sólo después de dos horas que la mujer permanecía en reanimación, se producía el encuentro. La EESMO debe plantearse aspectos importantes como el periodo de reactividad del bebé para intentar la lactancia en caso de voluntad materna y la parte psicológica de la madre, puesto que el bebé interactúa en ese periodo más con cualquier profesional o acompañante que con la madre. Las instituciones y los profesionales podrían mejorar la humanización de las cesáreas. La evidencia científica disponible incide en el beneficio que representa el contacto piel con piel tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que se debiera fomentar dicha práctica tanto en los partos vaginales, como en las cesáreas sin factores de riesgo (Costa, 2019).

Uno de los Indicadores de Buenas Prácticas Clínicas es el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido una vez que se produce el nacimiento por la gran cantidad de beneficios que aporta a ambos como la reducción del nivel de estrés en la madre, el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y a adaptación del recién

nacido a la vida extrauterina. Sin embargo, se separa en la mayor parte de los hospitales a la madre y a su hijo durante la recuperación después de la cesárea, es decir, varias horas. Disponer de un protocolo consensuado entre los servicios implicados permite aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales, con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor (Costa Romero et al., 2019).

Las usuarias de este centro compartían habitación y baño tanto en el trabajo de parto como en el puerperio. Se debe fomentar un ambiente terapéutico en el que, aunque las mujeres y sus bebés tengan que compartir habitación, cuidemos de su intimidad y en los momentos en los que acuden los acompañantes, consigan tranquilidad. Las características del ambiente físico pueden influenciar directamente en el comportamiento y el bienestar del usuario. El ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana tanto de los pacientes como de sus acompañantes (Cedrés de Bello, 2000).

El baño del recién nacido se realizaba sólo con la madre. Promover la educación sanitaria conjunta, madre y acompañante en momentos como el baño, al tratarse de una tarea que puede ser delegada y que permite la unión del bebé en una rutina diaria con otra persona que no es la madre. Además, de permitir un tiempo para que la mamá lo dedique a aspectos propios personales. Esto no se realizaba por causa de la pandemia y desconozco si se llevaba a cabo con anterioridad.

Los padres, específicamente, deben recibir información dirigida hacia ellos. Se debe considerar la necesidad de soporte familiar. Implicar en la educación al acompañante de la mujer para que dentro de los distintos roles desarrollados por cada componente familiar se continúe en una misma línea: facilitar la adquisición y el mantenimiento de las conductas generadoras de salud (Baena Antequera & Jurado García, 2015).

Debido al virus Sar-Cov 2, el tiempo que los acompañantes podían permanecer en la planta era muy limitado, incluso siendo portadores de test con resultado negativo. El acompañamiento durante todo el trabajo de parto debería ser fundamental por la gran cantidad de beneficios que aporta. Sin olvidar que debemos hacer partícipes de este proceso a los acompañantes y en muchas ocasiones, por ejemplo, al alta hospitalaria, se proporcionaba mucha información solo a la madre, tanto por parte de la EESMO, como de los pediatras. En casos donde había un desvío de la normalidad, como, por ejemplo, ictericia y que los bebés necesitaban fototerapia, asimilar esta información sólo por la madre, causaba angustia o sentimientos de soledad.

En esta institución, el baño del recién nacido se llevaba a cabo antes de pasadas las primeras 24 horas de vida. Según la evidencia científica actual, el primer baño del bebé debe retrasarse por lo menos 24 horas, juntamente con la no retirada del vérnix caseoso que proporciona una serie de beneficios, entre los que destacan la adecuada termorregulación, hidratación de la piel, ausencia de descamación de la piel, reducción de eritema tóxico neonatal, cicatrización de heridas y colonización de la piel por bacterias no patogénicas. Añadiendo que, debe evitarse la separación de la madre y su recién nacido en las primeras 24 horas, favoreciendo así el contacto piel con piel. La realización de procedimientos de cuidado precoces puede interrumpir el proceso adaptativo al medio extrauterino (Ruschel, 2018).

Después del baño, se realizaba la cura del cordón umbilical con alcohol 70°. La OMS recomienda en su última revisión realizar la cura en seco en países con cuidados obstétricos adecuados y una baja tasa de mortalidad neonatal. La cura en seco del cordón umbilical consiste en la limpieza del muñón con agua tibia, jabón neutro y después mantenerlo bien seco. Es la estrategia más adecuada en entornos en los que la tasa de onfalitis es baja. (Leante Castellanos et al., 2019)

En el ámbito de la enfermería, el pensamiento crítico es fundamental. La formación de matronas autónomas, empoderadas de su rol, que sean capaces de realizar una práctica reflexiva, es sinónimo de una atención de calidad hacia el paciente (Estrada Zapata, 2019).

Se debe promover en los profesionales sanitarios el uso adecuado del instrumental al llevar a cabo una sutura. Por la experiencia profesional personal durante once años en quirófano, poseo cierta habilidad en esta técnica, que comprobé que muchos EESMOs realizaban solo con el portaagujas, y no juntamente con la disección.

La falta de cumplimiento en cuanto a las medidas de protección individual lleva consigo el riesgo de accidentes biológicos, por tanto, se deben realizar prácticas seguras con el instrumental cortopunzante. Incluir en la formación aspectos de bioseguridad y prácticas seguras favorece el empoderamiento de la comunidad universitaria en el ámbito de la cultura del autocuidado y la bioseguridad (García Gómez, 2016).

Durante mi última semana en esta institución sanitaria, acudí tres días al servicio de neonatología para realizar unas prácticas de observación, que me ayudaron a comprender mejor la labor de las enfermeras de pediatría, las causas más frecuentes de ingreso en el servicio, las diferentes prácticas de lactancia que utilizan o el acompañamiento de los progenitores entre otros.

4.2.3. Abordaje para la Adquisición de Competencias Específicas de EESMO en el Hospital Universitario de la Zona de Lisboa

Las áreas donde se focalizaron mis prácticas en este periodo fueron: Urgencias, donde aprendí a hacer el triaje y el paritorio. Aunque también pasé por la URCI, para aprender la medicación y los procedimientos más frecuentemente realizados. Es un hospital de referencia que brinda al alumno una buena consolidación de sus prácticas.

Uno de los beneficios observados en este centro fue la posibilidad de que la mujer podía estar acompañada desde su ingreso en la sala de partos hasta dos horas posteriores al parto. El acompañante sólo salía del cuarto cuando se realizaba la técnica epidural o en el caso de ser un parto instrumentado o cesárea. El acompañamiento brinda numerosos elementos positivos a la tríada familiar. La vivencia y el acompañamiento mutuo de ambos progenitores en el nacimiento del hijo favorecen la creación del vínculo parental, estrechan los lazos familiares y contribuyen a facilitar el nuevo equilibrio familiar (Peláez, 2014).

Pero no es el único beneficio que me gustaría recalcar, ya que el acompañamiento y el fomento de actividades con las mujeres era admirable. Aunque la infraestructura de los cuartos era pequeña, se promovían actividades como el uso de la bola de pilates, el mantenimiento de la posición vertical o la deambulación durante la dilatación. Aunque la mujer decidiera una técnica farmacológica de alivio del dolor como la “walking epidural”, permitía conservar la sensibilidad y las matronas podían continuar optimizando el trabajo de parto, con ausencia de dolor. En la actualidad, se pueden utilizar soluciones anestésicas locales de muy baja concentración con una reducción en las dosis totales de anestésico local administrado. Esto, permite una preservación mucho mayor de la función motora de las extremidades inferiores en la parturienta, con un efecto positivo posterior en la deambulación materna (Stewart & Fernando, 2011).

La constante formación de los profesionales que allí ejercían me permitió la oportunidad de ver técnicas como el rebozo, nacimientos en la silla de partos o partos lócus modificados. Procedimientos que intentaré hacer en mi próxima andadura profesional si las mujeres a las que atienda, así lo desean. Además, pude asistir de forma virtual al WEBINAR realizado el día 5 de mayo de 2022 como conmemoración del día internacional de la matrona, que trató del tema: “Da Pré-Concepção ao Pós-Parto” (Anexo 2).

No sólo enfatizo en la profesionalidad de los EESMO que allí trabajaban, sino

también su curiosidad por seguir aprendiendo e investigando. La mayor parte de ellos, impartían clases de preparación para el nacimiento los sábados en horario de mañana y tarde en el mismo hospital y estaban en constante búsqueda de factores de mejora de la atención. Pude comprobar cómo implementaron la utilización de una prenda, llamada “Sling Casulo” que se colocaba por debajo del camisón para que, en el momento del nacimiento, se realizara contacto piel con piel y ayudará entre otros a la lactancia, a disminuir el llanto o relajar al bebé. Se puede sumar otro beneficio, puesto que, con este dispositivo, se cuidaba la intimidad de la mujer, al cubrir las mamas.

El método canguro o también llamado piel con piel resulta beneficioso tanto para el niño de término como pretérmino en relación a la termorregulación, establecimiento de la lactancia materna, desarrollo neurológico, vínculo madre-hijo, desarrollo infantil y la reducción de la estancia hospitalaria. Sobre todo, ayuda en la humanización del cuidado, ya que permite que madre e hijo no se separen (Lucchini et al., 2012).

Uno de los EEESMO impartió una charla en la que se instaba a realizar un cuidado lo más respetado posible, minimizando el número de toques vaginales o disminuyendo las técnicas de venopunción con mantenimiento de sueroterapia que no fueran imprescindibles. Los tactos vaginales pueden ser incómodos, dolorosos y molestos. Existen otros métodos para evaluar el progreso del TP como el uso de ecografías, la evaluación del comportamiento de la madre y los signos físicos externos del progreso, como la línea púrpura que aparece entre las nalgas de la madre a medida que avanza el parto. Sin embargo, estos métodos no son la práctica habitual (Moncrieff, 2022).

Cuando un alumno se rodea de profesionales con tanta motivación por lo que hacen, eso se consigue transmitir y se contagia. En los casos en los que se producía una interrupción médica del embarazo, se prestaba especial atención a aspectos psicológicos tanto de la madre como de la persona significativa y se brindaba la oportunidad de escribir lo que sentían en ese momento y depositarlo en una caja que se podían llevar a su domicilio.

En el proceso de duelo perinatal los profesionales desempeñan un rol significativo. La relación que se crea entre ellos y los padres resulta decisiva pues puede facilitar u obstaculizar su cuidado. Para los padres, el duelo perinatal es una situación traumática y demandan un cuidado sensible. El apoyo integral a los padres en esos momentos debe ser fundamental y exige la implicación de los sanitarios tanto en el plano personal como en el profesional (Martín et al., 2017).

Mi supervisora clínica era promotora de los partos lótuos modificados, la cual, me animó a elaborar un folleto sobre el tema que se entregaba a las mujeres y sus acompañantes con información relativa a los beneficios de la técnica (Apéndice 2). Recibía ese nombre puesto que, en el momento del nacimiento, al bebé no se le procedía a cortar el cordón umbilical hasta pasados de tres a veinte minutos posteriores al alumbramiento. Pasado ese tiempo, cuando el cordón ya había dejado de latir, se procedía al clampaje. El parto de lótuos, o no ruptura umbilical, es la práctica en la que el cordón umbilical no se separa de la placenta después del nacimiento, no se sujeta ni se corta el cordón. El pinzamiento tardío (o no pinzamiento en absoluto) es la forma fisiológica de tratar el cordón. Esperar a que la pulsación se detenga o esperar al menos un minuto después del nacimiento antes de pinzar y cortar el cordón (Zinsser, 2018).

Las matronas deben promover el pinzamiento tardío del cordón umbilical, principalmente en prematuros, bebés con crecimiento intrauterino retardado o bebés pequeños para su edad gestacional, ya que, disminuye la mortalidad. La sangre que circula por el cordón umbilical al nacer no es “sangre del cordón”, es sangre del bebé.

La sangre que el bebé debe recuperar de la placenta contiene reservas de hierro para un periodo de entre 3 y 8 meses, hasta 8 meses si el pinzamiento se hace después de pasados 3 minutos. La adecuada concentración de hierro previene la anemia neonatal y favorece la óptima mielinización y desarrollo neurológico de su cerebro. Además, las células madre que circulan en todo el sistema fetoplacentario las necesita el recién nacido, pues forman parte de su sistema inmune, se establecen en su médula ósea al nacer y reparan tejidos dañados. Su pérdida intencional podría predisponer al bebé a ciertas patologías, como enfermedades pulmonares crónicas, asma, diabetes, parálisis cerebral, infecciones y neoplasias (Belart, 2022).

Otro aspecto que pude aprender con mi supervisora clínica fue la biomecánica del parto. Las técnicas de biomecánica materno fetal, lo que quiere decir, ayudar al feto a colocarse en la óptima posición, facilita el equilibrio entre las diversas estructuras corporales y por tanto, la consecución de un parto eutócico. El feto consigue colocarse en una posición adecuada para el nacimiento cuando se equilibran las estructuras corporales junto con las hormonas que desencadenan el parto. Los movimientos de los que depende el nacimiento son el descanso y la rotación fetal a través de la pelvis materna. Al aplicar la biomecánica al parto permite crear más espacio pélvico para que este sea más fluido y la regularización de la dinámica uterina (Nogales et al., 2021).

5. CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo como base las recomendaciones de la OMS, que aconseja la ocurrencia de un parto normal, de forma espontánea, sin inducciones, las actuaciones y cuidados de la matrona deben fomentar el alcance de este objetivo por parte de las mujeres. Para ello, los profesionales sanitarios debemos disponer de suficiente conocimiento fundamentado en evidencia científica que nos permita incorporar en el trabajo de parto medidas que favorezcan su fluidez sin recurrir a métodos como la ITP, salvo en los casos en los que sea absolutamente necesario. Centrar la actuación del EESMO en la fluidez de hormonas naturales.

Empoderar a la mujer no sólo con información referente a los procesos que puede encontrar en el momento del parto, como la ITP. Entre otros destaco: proporcionar información relativa a comportamientos tanto de ella como de su acompañante que generen de forma natural oxitocina; indicar los beneficios de la posición vertical, puesto que el bebé debe hacer un descenso y rotación dentro de la pelvis materna; incidir en el acompañamiento de la persona significativa desde el ingreso hospitalario para evitar situaciones de miedo o estrés.

Pero la fluidez del TP no sólo se focaliza en actuaciones que realice la mujer, sino en propiciar un ambiente agradable por parte de la institución. Al haber realizado las prácticas en un centro de referencia dentro de Portugal, permitió la posibilidad de conocer espacios terapéuticos dentro de la sala de partos, como es el espacio Snoezelen y la importancia de su uso. Este permite un menor intervencionismo, utilizando por ejemplo métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, como la hidroterapia. Es fundamental crear un ambiente donde la mujer sienta privacidad y que le permita conectar con su parto, puesto que es otra manera de producir oxitocina de forma natural.

El mínimo intervencionismo sobre la mujer conlleva a resultados satisfactorios del parto. El nivel de satisfacción de la mujer debe ser la guía y el fin de nuestros cuidados prestados. La mejora continua de la calidad de los cuidados debe regir la profesión.

La formación de los EEESMO debe ser continua para conseguir el nivel adecuado de satisfacción por parte de las mujeres. Para ello, debemos evolucionar con nuevos aprendizajes sobre biomecánica del parto, optimización de posiciones fetales, empleo de ecografías, incentivo de posiciones asimétricas o verticales o relajación del suelo pélvico, puesto que todas ellas, contribuyen a la consecución de un parto fisiológico.

Se debe realizar una valoración integral e individualizada de la mujer y tener en

cuenta sus deseos y expectativas.

Al margen de los datos obstétricos, como conclusión a este relatório sería resaltar la importancia de las mujeres. Debemos ensalzar lo que hacen, empoderarlas por medio de información, hacerlas partícipes en el momento tan especial como el nacimiento, respetarlas y acompañarlas de la mejor manera posible.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. J., Sáez, I., Menor, M. J., Mur, N., Expósito, M., Hervás, A. y González, J. L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 920-926. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300050
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M., Nogueira, V., Plachcinski, R., Osoti, A. O. & Finucane, E. M. (2020). Home versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8). DOI: 10.1002/14651858.
- Alonso, L. y Puente, J. (2020). La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos? *Index de Enfermería*, 29, 160-164. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200013
- Aragón, J. P., Ávila, M. A., Beltrán, J., Calderón, E., Caldiño, F., Castilla, A. y Vadillo, F. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecología y obstetriciade México*, 85, 314-324. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314
- Arrecciado, A. (2013). *Identidad profesional enfermera. Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria*. Universitat de Barcelona. Dialnet plus. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=83331>
- Aymes, G. L. (2013). *Pensamiento crítico en el aula*. Universidad Autónoma de Estado de Morelos. Número 22, pp. 41-60. https://www.educacion.to.uclm.es/pdf/revistaDI/3_22_2012.pdf
- Baena, F. y Jurado, E. (2015). *Utilidad de un programa de educación para la salud durante la estancia hospitalaria puerperal*. Fundación Index de la biblioteca de Las Casas. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0847.pdf>
- Belart, N. O. (2022). *Nazareth Olivera Belart. Ser mamá. Guía del embarazo, parto y posparto con evidencia y emoción*. Ed. Grijalbo.
- Blanc-, P., Dupont, C., Carbonne, B., Salomé, M., Goffinet, F. y Ray, C. L. (2021). Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort

- study with mediation analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04076-x>
- Boletín Oficial del Estado. (2009). *Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona)*. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö. & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 415-415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- Canaval, G. E. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Revista Aquichan*, 7(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972007000100002&script=sci_abstract&tlng=es
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23, 93-97. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000200004
- Chávez, S. M. (2021). La importancia de la práctica en la formación en tiempos de COVID.19: experiencias de alumnos. Dilemas contemplados: Educar política valores, 8(5). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800004
- Costa, M., Lalaguna, P. y Díaz, N. M. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100020
- Cortés, F., Merino, W. y Bustos, K. (2020). Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(5), 614. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n05-05.pdf>
- De la Fuente, R. (2010). Necesidades y recursos formativos de los tutores: paso previo para la elaboración de un programa de orientación y tutoría para la diversidad. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(3), 571-586. <https://www.redalyc.org/pdf/3382/338230786002.pdf>

- Demandes, I. y Infante, A. (2017). Desarrollo del pensamiento crítico en la formación del profesional enfermero. *Ciencia y enfermería*, 23, 9-12.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532017000200009
- Diário da República*, núm. 85, de 3 de mayo de 2019, 13560.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Diário da República*, núm.26, de 6 de febrero de 2019, pág. 4744,
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Dutra, T. F., Mendes, D. d. C. O., Queirós, P. d. S. y Dall’Agnol, D. J. R. (2021). Terapêuticas de indução do trabalho de parto: conhecimentos e vivências de mulheres no interior do Brasil / Child labor induction therapeutics: knowledge and experience of women in the interior of Brazil. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 26522-26540. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-381>
- Estrada, K. (2019). Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index de Enfermería*, 28, 204-208.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009
- Eugenio, B., Rodrigo, G. y Jorge, M. (2014). Anestesia para el trabajo de parto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 979-986. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70647-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70647-9).
- Fernández, L. (2021). *El parto: la medicalización de un proceso natural*. Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/22417/FERNANDEZ%20HERRERO%2C%20LAURA.pdf?sequence=1>
- Fernández, H., Olson, J., Salami, B. y Salma, J. (2021). La Teoría de Transiciones en el contexto de mujeres que se quedan atrás durante la migración. *Index de Enfermería*, 30, 59-64.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100014
- Fernández Méndez, F.S., Novo Muñoz, M.M., Rodríguez Gómez, J.A., Díaz González, J.M., Aguirre Jaime, A. (2019). *La satisfacción de las mujeres con el manejo de su parto en roturas prematuras de membranas*, Epub, vol.(13). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300009

- Fernandez-Sánchez, H., Olson, J., Salami, B., Jordana, S. (2021). La teoría de las transiciones en el contexto de mujeres que se quedan atrás durante la migración. *Index Enfermería*. Vol.30. no.1-2.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100014
- Galvarino, J. (2009). *Competencias profesionales de los docentes de enseñanza media de Chile. Un análisis desde las percepciones de los implicados*. Universidad autónoma de Barcelona. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Pedagogía aplicada.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5064/gjja1de2.pdf>
- García-Lara, N.R., García-Algar, O., Pallás-Alonso, C.R. (2012). Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *Anales de Pediatría*. Vol. (76), pág.247-249.
<https://www.analesdepediatria.org/es-sobre-bancos-leche-humana-lactancia-articulo-S1695403311003316>
- García, M. M. (2016). Estudio de caracterización de accidentes biológicos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud: Universidad Libre. Seccional Cali. 2013. *Enfermería Global*, 15, 199-214.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200008
- Garrido, A. B. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* [Tesis Doctoral]. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil de la Universitat de Barcelona.
https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=
- Gómez, A. H. (2022). *Informe técnico-legal de valoración del marco conceptual, formativo y legislativo de la profesión de matrona y enfermera en España*. Cuidados de salud en Iberoamérica.
<https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e13459>
- Guirao, S. J. A. (2015). *Utilidad y tipos de revisión de literatura*. Santa Cruz de la Palma. Vol (9) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
- Gutiérrez, L., Figueras, T., Pérez, C., Tadeo, A. y García, J. A. (2011). *Adecuación de las Cesáreas: Buenas prácticas*. Servicio Canario de Salud.

- <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/206d3b09-fdba-11e2-8241-7543da9dbb8a/AdecuacionCesareas.pdf>
- Henrique, A. (2016). Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 686-692. <https://www.scielo.br/j/ape/a/b46jDVjWvTmQGydr7n9MtVc/abstract/?lang=pt>
- Herrera-Gómez, A. (2022). El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención. Vol.16. no.1. Santa Cruz de la Palma. *Epub 19-Sep-2022*.
- Hospital Espirito Santo E.P.E. (2021). *Departamento de Ginecología y Obstetricia*. Disponible en: <https://www.hevora.min-saude.pt/2020/01/08/obstetricia-e-ginecologia/>
- International Confederation of Midwives. (2019, octubre). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*. <https://internationalmidwives.org/>
- Irani, R. A. & Foster, S. (2015). Overview of the mechanisms of induction of labor. *Semin Perinatol*, 39(6), 426-429. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26372360/>
- Jamshidi, M., Kalati, M. & Hosseini, F. (2015). Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*, 17(5), e18373. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(5\)2015.18373](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(5)2015.18373)
- Lafaurie, M. M. y Valbuena, Y. (2020). La participación de la pareja masculina en el embarazo, parto y posparto: percepciones del equipo de salud en Bogotá. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9, 129-148. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000200129&script=sci_arttext
- Larrañaga, A. (2012). *El modelo educativo tradicional frente a las nuevas estrategias de aprendizaje*. Universidad Internacional de la Rioja. Facultad de Educación. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/614/Larra%C3%B1aga%20Ane.pdf?se>
- Lavender, T., Cuthbert, A. y Smyth, R. (2018). *Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término*. Cochrane database of systematic reviews. https://www.cochrane.org/es/CD005461/PREG_efecto-del-uso-del-partograma-en-los-resultados-para-pacientes-con-trabajo-de-parto-espontaneo
- Leante, J. L., Pérez, A., Ruiz, C. W., Sanz, E., Benavente, I., Sánchez, M. D. y Sánchez,

- M. (2019). Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical en el recién nacido. *Anales de Pediatría*, 90(6), 401.e401-401.e405. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.019>
- Linares, E. (2018). Metodología de una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*, 42, 499-506. <https://www.elsevier.es/es-revista-actas-urológicas-espanolas-292-articulo-metodologia-una-revision-sistemática-S0210480618300615>
- Lucchini, C., Márquez, F. y Uribe, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index de Enfermería*, 21, 209-213. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007
- Macaísta, J. (2008). Comunidades indias en Lisboa ¿Creatividad aplicada a las estrategias empresariales y sociales? *Revista CIDOB d'Afers internacionals*, 92, 119-137.
- Macías, H. L. G., Hernández, A., Iglesias, J., Bernárdez, I. y Braverman, A. (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta Méd. Grupo Angeles*, 16(2). <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n2/1870-7203-amga-16-02-125.pdf>
- Maroto, G., García, M. d. M. y Mateo, I. (2004). El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 13-23. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004
- Martín, D. S., Valenzuela, S., Huaiquian, J. y Luengo, L. (2017). Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enfermería Global*, 16, 1-23. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400001
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. (2022). Centro Hospitalario Universitario de Lisboa Central. *Institución*. Disponible en: <https://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/>
- Matos., C. P. (2015). *Factores pronósticos en la inducción del trabajo de parto* [Tesis Doctoral]. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/17367/2/0724413_00000_0000.pdf
- Middleton, P., Shepherd, E., Morris, J., Crowther, C. A. & Gomersall, J. C. (2020). Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub5>
- Moncrieff, G.; Dahlen, HG; Thomson, G; Singata, M; Clegg, A.,y Downe, S. (2022).

Tactos vaginales rutinarios durante el trabajo de parto. Biblioteca Cochrane system database. https://www.cochrane.org/es/CD010088/PREG_tactos-vaginales-rutinarios-durante-el-trabajo-de-parto

Navas Arrebola, R., Peteiro Mahía, L., Blanco López, S., López Castiñeira, N., Seoane Pillado, T., y Pertega Díaz, S. (2020). Satisfacción de las gestantes con los cuidados en el parto y puerperio y variables asociadas. *Revista da Escola de Enfermagem Da USP. Journal of school of nursing.* 55, pp. <https://www.scielo.br/j/re USP/a/dfnMzVQpwNDvCj54thCxxh6L/?format=pdf&lang=es>

Nogales, F., Muñoz, N. y Barrera, B. (2021). Técnicas de biomecánica para optimizar la posición fetal intraparto. A propósito de un caso. *SANUM Revista Científico-Sanitaria,* 5(4), 58-64. https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v5_n4_a7.pdf

Olza, I., Leahy, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A. & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open,* 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Olza, I., Uvnas, K., Ekström, A., Leahy, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmeá, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A. & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos One,* 15(7). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386571/>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_23_2013_Funcoes_do_EESMO_CSP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014.* Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200213>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.* Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>

- Organización Mundial de la Salud (2018). *WHO Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. WHO ed. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Peláez, H. (2014). La vivencia y el acompañamiento mutuo de ambos progenitores en el nacimiento del hijo favorecen la creación del vínculo parental, estrechan los lazos familiares y contribuyen a facilitar el nuevo equilibrio familiar. *Matronas Prof*, 15(4): e1-e6. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/09CeWfk7MDJgPvPeBEyzQKWgPGI0kNBTgkUZUaxd.pdf>
- Piña-Jiménez, I. (2013). The Initiation Process for Nursing Students in Obstetrics Competencies. *Enfermería Universitaria*, 10(3), 75-86. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/336243>
- Quijada-Cazorla, A., (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana*. N.37. <http://ciberindex.com/c/ic/3706ic>
- Rivera, L. N. (2013). Saber y experiencia del estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado. Facultad de pedagogía de la Universitat de Barcelona. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/132808/01.LNRA_TESIS.pdf;sequence=1
- Rodríguez, V. A. y Paravic, T. M. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global*, 10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020
- Ruschel, L., Pedrini, D. & Cunha, M. (2018). Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170263>.
- Russo, A. & Nucci, M. (2020). Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24. <https://doi.org/10.1590/Interface.180390>.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. y Azevedo, I. (2015). Human transitional care as a nursing focus: contribution of expertise and classified language ICNP®. *Millenium*, 153-171. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400020

- Santos, I. & Ramalho, C. (2016). Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação vs atitude expectante: revisão sistemática. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10, 215-227.
http://www.fspog.com/fotos/editor2/2016_3T/08-ar_15-00010.pdf
- Santos, M., Ferreira, E. y Ferreira, M. (2018). Comportamiento anticonceptivo de estudiantes portugueses en la educación superior. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1706-1713. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0623>.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Inducción al parto*. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Parto_inducido.pdf
- Solé, C., Cifre, I., Celdrán, M., Gaspar, M. y Rodríguez, L. (2019). Contribuciones de la estimulación multisensorial (SNOEZELEN) en personas mayores con demencia. *Revista INFAD de Psicología*, 2(1), 311.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1444>
- Sousa, A., Santos, C. y Ferreira, M. (2019). Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 27-36.
file:///C:/Users/Admin/Downloads/REF_mar2019_27to36_port.pdf
- Stewart, A. y Fernando, R. (2011). Deambulación materna durante el trabajo de parto. *Anestesia obstétrica y ginecológica: editado por giorgio capogna*, 24(3), 268-273.
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-AnalgesiaEpiduralParaElTrabajoDeParto-8548184.pdf>
- Strandberg, M., Wallstrom, T. & Wiberg, E. (2021). Women's expectations and experiences of labor induction - a questionnaire-based analysis of a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 355.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947349/>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*, 15(1), 73.
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Tessa, R. (2014). Dificultades percibidas por los estudiantes de Enfermería en su inserción a la práctica clínica de Enfermería Médico quirúrgica. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*.
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/1284-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2972-2-10-20200219.pdf>

- Vázquez, B., Guillaumet, A., Martínez, G. y Pérez, F. (2014). Innovaciones en los métodos de formación continuada/permanente de las enfermeras de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.002>.
- Velásquez, A., (2016). Modelo lógico de supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol.34, núm.2, pp. 293-314. <https://dx.doi.org/10.12804/apl34.2.2016.06>
- Veliz, L., Argandoña, P. y Vega, R. (2021). Percepción sobre un diario reflexivo para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. *Educación Médica Superior*, 35. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412021000200005
- Villar, A., Alfaro, Y., Martínez, K. y Cárdenas, M. (2007). Tendencias en la formación y desarrollo de los profesionales de la Enfermería en la eneo. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4(2). <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/462>
- Vizcaya, M. F., Pérez, R. M., Jiménez, I. y Juan, J. (2018). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la supervisión y entorno de aprendizaje clínico: un estudio de investigación fenomenológico. *Enfermería Global*, 17, 306-331. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412018000300011
- Walter, M. H., Abele, H. & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 12, 742236. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
- Warner, L. L. (2021). *Consideraciones analgésicas para la inducción del trabajo de parto*. Mejores prácticas e investigación Obstetricia y ginecología clínicas.
- Zamora, J. Á. y Maturana, V. (2019). El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(2). <https://doi.org/10.18270/rce.v18i2.2513>
- Zinsser, L. A. (2018). Lotus birth, a holistic approach on physiological cord clamping. *Women Birth*, 31(2), e73-e76. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.127>.

APÉNDICES

Apêndice 1

Folhetos realizados em atenção primária del área de salud de Alentejo Central

<p><u>Enviar inscrição para:</u></p> <p>claudia.oliveira@alentejocentral.mia-saude.pt</p> <p>USF Salus: 266748910</p> <hr/> <p><u>Nome:</u></p> <p><u>Semanas de Gestação:</u></p> <p><u>Email/telefone:</u></p> 	<p>  </p> <p></p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Supervisora Clínica:</u> En^ª Especialista Saúde Materna e Obstétrica Cláudia Oliveira• <u>Docente:</u> En^ª Especialista Saúde Materna e Obstétrica Paula Bilro• <u>Almas MEESMO:</u> En^ª Cristina Navarro (m46810); En^ª Rita Quito (m47271)	<p>Preparação para o Nascimento e Parentalidade</p> 
 <p>GRAVIDEZ</p> <p>“Período da vida da mulher, que se inicia aquando da conceção, estende-se por 40 semanas, e termina com o parto;</p> <p>Período em que ocorrem alterações no estilo de vida, provocando mudanças na vida pessoal, na vida do casal e da família, sendo uma fase de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade.”</p>	<p>SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE</p> <ul style="list-style-type: none">• “Desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho”. <p>VAMOS FALAR SOBRE:</p> <ul style="list-style-type: none">• Método Psicoprofilático• Direitos de Proteção da Parentalidade• Vigilância e Desconfortos na Gravidez• Sintomas e Sinais de Alarme e Parto• Mala da Maternidade (mãe e bebé)• Noção Básica de Anatomia e Fisiologia no trabalho de parto• Alívio da Dor no Trabalho de Parto, Posições, Tipos e Episiotomia• Aleitamento Materno• Cuidados ao Recém-nascido e Puerpério	<p>EM MOVIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exercício Físico e Mobilidade• Educação Postural• Posicionamento• Marcha• Respiração• Técnicas de Relaxamento <p>Grávidas a partir das 24 semanas de gestação</p> <p>Sessões semanais online via Zoom (Data e Hora a definir)</p> 

APROXIMAÇÃO AO ESPAÇO FÍSICO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Tentar diminuir o medo ou ansiedade pelo desconhecido referente ao local do parto

IMPORTANTE:

- Saber a localização do Hospital
- Conhecer os Sinais de Ila para a Maternidade
- Ter preparados os Mafas da Maternidade



- **Supervisionada Clínica:** Drª Especialista Saúde Materna e Obstétrica Cêndia Oliveira
- **Docente:** Drª Especialista Saúde Materna e Obstétrica Paula Biles
- **Alunos MESTRADO:** Drª Cristina Naveira (m48810); Drª Rita Queiroz (m47271)

Preparação para o Nascimento e Parentalidade Uma Visita ao Bloco de Partos



- Entenda pelo serviço de Urgência o encaminhamento para o serviço de Obstetria para primeira avaliação.
- O Bloco de Partos é composto por salas de dilatação-espúlica.
- Também dispõe de sala onde ocorrem os cesáreos e o respetivo recobrir.
- Material disponível: Cama articulada, bola de pilatas, berço aquecido, cartão de medicação para anestesia.
- O parto é um trabalho em conjunto realizado na presença de Enfermeiras Especialistas, Obstetras, Neonatologistas, tendo em conta o Plano de Parto, de acordo com os critérios de segurança.
- Pretende-se assegurar um ambiente agradável e calmo.
- Acompanhante durante o período permitido
- Informação da evolução do processo pelos profissionais

Walking Epidural



- **Melhora a experiência do parto.**
- O anestesista pode a mulher que se coloque na posição da imagem.
- A coluna lombar deve permitir que as vértebras fiquem fletidas para a frente.

Berço Aquecido



- Nestos berços aquecidos são prestados os primeiros cuidados ao bebé.
- Colocado o sistema de identificação neonatal, a pulseira



MALA DA MATERNIDADE

- ❖ Por volta das 30-33 semanas de gestação é o ideal para preparar a mala de forma antecipada
- ❖ É importante que a pessoa que acompanha a grávida saiba onde a mala se encontra, pois na hora H, a grávida pode não estar em condições de dizer onde está ou de ir busca-la.
- ❖ Deve sempre confirmar com o Hospital que elegeu para o nascimento se a lista corresponde ao permitido.

Discentes: Cristina Navarro, nº46810

Rita Quito, nº47271




Apêndice 2

Folheto realizado em el Hospital Universitario de la zona de Lisboa

<p>MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA</p> <p>Rua Viriato 1069-089 Lisboa Contactos: 21 318 40 42/ 21 318 40 00</p> <p>Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Raquel Fernández: kelinapaleros@gmail.com</p> 	   <p>Supervisora Clínica: Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Raquel Fernández.</p> <p>Docente: Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Paula Bílro.</p> <p>Aluna: Cristina Navarro, m46810.</p>	<p>PARTO LÓTUS MODIFICADO</p> <p>Mãe e bebê, mais tempo unid@s fora do útero pelo cordão umbilical.</p> 
<p>Parto Lótus, o que é?</p> <p>É uma abordagem holística no clameamento fisiológico do cordão umbilical. (Zinsser, 2018)</p> <p>É a prática de deixar o cordão umbilical sem cortes até que a separação ocorra naturalmente (Monroe, 2019)</p> <p>E Parto Lótus Modificado?</p> <p>Nascimento do bebê seguido da saída da placenta sem fazer clampagem do cordão umbilical até 3-20 minutos posteriores.</p> <p>A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o clameamento ou corte tardio do cordão umbilical, sempre que as condições do bebê e da mãe permitirem. Esta técnica consiste em esperar entre um a três minutos após o nascimento para cortar o cordão umbilical. Isso reduz o risco de hipoxia, anemia e hipoglicemia para o bebê.</p>	<p>Benefícios associados ao clameamento tardio do cordão umbilical</p> <p>A passagem contínua de sangue da placenta para o recém-nascido possibilita vantagens a nível do sangue pela transfusão de células estaminais, aumento do volume sanguíneo, aumento das reservas de ferro em 50% aos seis meses de vida ou passagem de anticorpos maternos, entre outros.</p> <p>Vantagens na adaptação a vida fora do útero da mãe.</p> <p>E mais uma vantagem adicional seria um contacto imediato pele-a-pele, com um estabelecimento mais precoce e duradouro de amamentação, com o consequente impacto a longo prazo na saúde e nutrição do recém-nascido e da mãe. (Rodríguez, 2022). A Maternidade Dr. Alfredo da Costa tem a certificação da Unicef de Hospital Amigo da Criança por promover o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do bebê.</p>	<p>Considerações finais</p> <p>Várias são as associações que defendem e recomendam a clampagem tardia do cordão umbilical, sendo a OMS a principal organização internacional que aconselha a sua prática.</p> <p>O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) deve ter um papel ativo, demonstrando através da partilha conhecimentos juntos dos profissionais de saúde e casais, quais os benefícios associados ao parto lótus modificado/ clampagem tardia do cordão umbilical. E, ao mesmo tempo, relatar os possíveis efeitos colaterais que podem aparecer como: icterícia (amarelecimento dos olhos e da pele), com necessidade de fototerapia ou policitemia (excesso de glóbulos vermelhos que aumentam a viscosidade do sangue). (OMS, 2014)</p>

Apêndice 3

Planos de sessão y clases de preparación para el nacimiento y la parentalidad



Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
USF Salus
Mestrado Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Ano Letivo 2021/2022
2ºano - 1º Semestre

Plano 1ª Sessão Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Plano: Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Ensino Clínico: Cuidados de Saúde Primários, USF Salus, Évora, no âmbito do Mestrado Especialidade Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.

Tema: Método Psicoprofilático Preparação para o Parto, Direitos Lei Proteção da Parentalidade, Vigilância da Gravidez, Exercícios de mobilidade e postura.

Data, Hora e Duração: 01/10/2021, pelas 14h30, via online (Zoom), com duração aproximadamente 1h-1h30

Grupo: Grávidas inscritas na Unidade Saúde Familiar Salus, que frequentam as consultas de Saúde Materna e após serem contactadas demonstraram interesse em assistir às sessões.

	<u>Conteúdos</u>	<u>Métodos</u>	<u>Recursos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Tempo</u>
<u>Introdução</u>	-Apresentação das estudantes, supervisora clínica e grávidas - Apresentar os temas.	-Comunicação através de diálogo e conversa aberta para sugestões e questões.	- Computador com câmara, coluna e microfone	- Respostas às questões e sugestões	10 minutos
<u>Desenvolvimento</u>	- Definir Sessões de Preparação para o Nascimento e Parentalidade, bem como os seus objetivos e atividades a realizar. -O que é o método Psicoprofilático da Preparação para o Nascimento e Parentalidade e porque é o utilizado. - Informar sobre a os direitos da Lei da Parentalidade e onde se devem informar e esclarecer. -Vigilância da Gravidez e os subtemas a abordar (Alimentação, cuidados de higiene, vestuário, atividade física, deslocações e viagens, atividade	-Apresentação de documento em PowerPoint e vídeo.	-Apresentação em PowerPoint. -Vídeo para melhor perceção da parte prática devido à limitação da sessão se realizar online	-Demonstração de exercícios práticos. -Envio de documentos e suporte vídeo para consulta - Incentivar as grávidas à partilha de conhecimento entre as mesmas e os respetivos pais, realizarem caminhadas - Criação de grupo no WhatsApp.	45 minutos
	sexual. -Dar a conhecer documentos oficiais e fidedignos que podem consultar. -Exercícios Práticos (Levantar, Baixar, Sentar) com apresentação de vídeo e partilha do mesmo.				
<u>Conclusão</u>	-Esclarecimento de dúvidas e sugestões -Incentivar as grávidas a partilhar o conhecimento adquirido com o pai -Envio de documentação e vídeo via email. - Relembrar email de apoio sempre que necessário. -Criação de grupo no WhatsApp. - Agradecimentos. - Agendamento da sessão seguinte.				20 minutos

Direitos de Proteção da Parentalidade

❖ A legislação portuguesa garante aos pais o direito à licença parental para facilitar a adaptação ao novo membro da família. A licença parental é o direito atribuído à trabalhadores que acabaram de ter filhos. Estes dias de "folga" podem ser divididos entre pai e mãe, de acordo com a vontade de ambos.

❖ Desde as mudanças que ocorreram em 2019 na Lei n.º 7/2019 do Código do Trabalho, não falamos mais em licença de maternidade ou paternidade, mas em licença parental como um todo.



Direitos de Proteção da Parentalidade

• Novidades da lei da parentalidade: O Código do Trabalho prevê que a mãe e o pai trabalhadores têm direito, por nascimento do filho, a uma licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto. A mãe pode gozar até 30 dias de licença parental inicial antes do parto, sendo obrigatório o gozo, por sua parte, de 6 semanas de licença a seguir ao parto.

• No que respeita à licença parental exclusiva do pai, é agora obrigatório o gozo pelo pai de uma licença parental de 15 dias úteis, seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento do filho, 5 dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento.



Direitos de Proteção da Parentalidade

• Mudanças no trabalho a tempo parcial e horário flexível O Código do trabalho prevê que um trabalhador com filho menor de 12 anos, tem direito a trabalhar a tempo parcial.

• Tipos de Licença: Licença Parental inicial, Maternidade, Paternidade, Parental alargada...

Em Portugal, muitos pais ainda não usufruem o direito a licença, muitos por pressão no trabalho, medo de perder o cargo



Vigilância da Gravidez

Alimentação

Cuidados de Higiene

Vestuário

Atividade Física

Deslocações e Viagens

Atividade Sexual



• Na gravidez a necessidades de Energia e Nutrientes aumenta, sendo diferente de "comer por dois".

• A alimentação deve ser completa, equilibrada e variada;

• 5/6 refeições por dia, 3 refeições principais, 2 a 3 lanches e ceia com intervalos inferiores a 3 horas

• Sopa nas principais refeições, Preferir Carnes Magras, Evitar gorduras, salgados e produtos açucarados e processados, Reforço Hídrico (Pelo menos 1,5L/dia)



Alimentação

- Risco de Toxinfecções alimentares: Higiene das mãos e utensílios, Garantir higiene cuidada de Alimentos Crus (Vinagre/Amukina), Ovos, Carnes e peixes bem passados, Leite e derivados pasteurizados
- Alterações Metabolismo (Hipoglicémia/ Diabetes Gestacional): evitar longos períodos de jejum e excessiva ingestão de hidratos de carbono de absorção rápida (doce, bolos)
- Consuma apenas 1 a 2 cafés por dia, as bebidas Alcoólicas são proibidas nesta fase
- Aumento de Peso > 1,5kg/semana e presença de edemas acentuados, deve ser avaliada pelo médico



Alimentação - Suplementação

- ❖ **Ácido Fólico**
Deve ser iniciada o mais precocemente possível a toma de 400 µg/dia, à excepção de mulheres com outros riscos associados que devem tomar dose superior a 5mg/dia
- ❖ **Iodo**
Deve ser iniciada o mais precocemente possível a toma de iodeto de potássio - 150-200 µg/dia, sendo mantido durante a amamentação.
- ❖ **Ferro**
Deve ser iniciada a suplementação com 30 - 60 mg/dia de ferro elementar



ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ 2021

10

RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAZONAL E SECA NA GRAVIDEZ

1. Consumir alimentos frescos e locais
2. Consumir alimentos sazonais
3. Consumir alimentos locais
4. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
5. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
6. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
7. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
8. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
9. Consumir alimentos de origem animal e vegetal
10. Consumir alimentos de origem animal e vegetal

Alimentação - Toxoplasmose

- ❖ A toxoplasmose é uma doença provocada pelo parasita "Toxoplasma Gondii", que tem como principal hospedeiro os gatos.
- ❖ Se não imune, deve ter cuidado com:
 - Evite o contacto com os gatos;
 - Utilize luvas para mexer em fezes de gatos;
 - Lave bem mãos e unhas, depois de mexer na terra e regularmente;
 - Legumes e frutas bem lavadas (Contacto com a terra);
 - Evite comer saladas fora de casa;
 - Carne bem passada, não comer sushi, evitar pratos com ovo que não seja cozinhado, como mousse ou maionese



Cuidados de Higiene

- Duche em vez de banho de imersão
- Higiene íntima cuidada, no sentido de frente para trás
- Lavar a região íntima com um sabonete líquido neutro, hipoalergénico, sem perfumes
- Hidratação da pele, especialmente abdómen, mamas, coxas, braços, com óleo, creme gorduroso ou anti estrias
- Usar papel higiénico branco, sem perfumes
- Lavar as mãos
- Usar roupa íntima de algodão próprias para grávidas.
- Não utilizar pensos diários




Atividade Sexual

- Manter relações sexuais durante a gravidez não está associado a qualquer resultado adverso.
- O bebé encontra-se protegido pelo líquido amniótico e músculos do útero.
- As mudanças físicas e psicológicas durante a gravidez podem influenciar as respostas sexuais físicas e emocionais, havendo necessidade de adaptar as diferentes formas de prazer, sendo importante a comunicação do casal.
- Em algumas situações específicas, como sangramento vaginal, rotura prematura de membrana ou risco de parto pré-termo, o sexo com penetração vaginal está desaconselhado.

Cuidados de Higiene – Higiene Oral



- É aconselhável que a escovagem dos dentes se efectue diariamente (duas ou mais vezes), sendo uma delas antes de dormir e usando um dentífrico com flúor.
- O uso do fio dentário e/ou do escovilhão é suficiente uma vez por dia, de preferência antes da escovagem da noite.
- Cheques dentistas disponíveis, no máximo 3 a utilizar até 60 dias pós parto, tendo direito a 5 tratamento por cada um deles

Deslocações e Viagens



- Estar grávida não é impedimento para viajar, no entanto o início e o final da gravidez merecem especial atenção, pelo aumento do risco.
- **Avião:** Não se recomenda no última mês de gravidez nem nos 7 dias pós-parto. Risco aumentado de trombose.
- **Comboio:** Recomendado, pela facilidade em não permanecer sentada.
- **Carro:** Utilizar sempre o cinto de segurança, sendo que o mesmo não pode exercer pressão sobre o abdómen. No último trimestre da gravidez devem ser evitados lugares com airbag frontal, caso não seja possível, recuar o banco o mais possível.

Atividade Física



- **Vantagens:** Previne ganho de peso excessivo, Hipertensão arterial, Diabetes Gestacional, melhora o tonus muscular, força, resistência e postura, ajuda a reduzir o edema, alivia as lombalgias e obstipação.
- O benefício é também para o bebé, diminuindo o risco de excesso de peso, o que pode levar a um parto distóxico.
- O mais recomendado é a atividade realizada em meio aquático, facilitando o movimento evitando a sobrecarga nas articulações, diminuindo a necessidade de oxigénio, comparado com o meio terrestre, trabalhando também a respiração o que facilita o trabalho de parto.
- Se não existe contra-indicação médica o mais aconselhado é: natação, caminhada, yoga, exercícios de aeróbica de baixo impacto, com duração de 30 minutos por dia, 5 dias por semana

Vestuário



- Confortável, tecidos respiráveis
- Adequado à estação do Ano
- Roupa interior de algodão
- Sutiã confortável e com alça larga e base de suporte adequado
- Cinta de gravidez
- Meias de descanso
- Sapatos confortáveis, base de suporte

Em movimento...



- **Levantar:** Não levantar com a barriga para cima. Deve virar-se de lado e apoiar os braços, levando as pernas para fora da cama, sentar primeiro, de forma gradual e com pausas.
- **Sentar:** Sentar com as costas direitas e apoiadas, os braços também devem estar apoiados.
- **Levantar Objetos:** Dobrar os joelhos, abrir as pernas, encaixar a barriga entre elas. A força deve incidir sobre os músculos das pernas e não na zona lombar.

Referências bibliográficas

DCS. (2015). Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção Geral de Saúde.

Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Rodríguez Blarque, R., Noack Segura, J. P., Pozo Cano, M. D., López-Contreras, C., & Mur Villar, M. (2014). Actividad física en embarazadas y su influencia en parámetros materno-fetales: revisión sistemática. *Matrición Hospitalaria*, 30, 713-726. (Aguilar Cordero et al., 2014)

CÓDIGO DO TRABALHO
LEI N.º 7/2009
 Diário da República n.º 30/2009, Série I de 2009-02-12

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
USF Salus
Mestrado Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Ano Letivo 2021/2022
2ºano - 1º Semestre

Plano 2ª Sessão Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Plano: Preparação para o Nascimento e Parentalidade – Desconfortos na Gravidez e Exercícios de Mobilidade

Ensino Clínico: Cuidados de Saúde Primários, USF Salus, Évora, no âmbito do Mestrado Especialidade Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.

Tema: Desconfortos na Gravidez nos diferentes trimestres, Sinais de Alerta, Dicas para aliviar os desconfortos e Exercícios de Mobilidade

Data, Hora e Duração: 08/10/2021, pelas 14h30, via online (Zoom), com duração aproximadamente 1h-1h30

Grupo: Grávidas com IG superior a 24-28 semanas, inscritas na Unidade Saúde Familiar Salus, que frequentam as consultas de Saúde Materna e após serem contactadas demonstraram interesse em assistir às sessões.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<u>Introdução</u>	-Questionar sobre dúvidas relativas à sessão anterior e se partilharam a aprendizagem com os pais/ pessoa significativa e conseguiram realizar os exercícios. - Apresentar os temas da nova sessão.	-Comunicação através de diálogo e conversa aberta para sugestões e questões. -Apresentação de documento em PowerPoint e vídeo. -Envio de email com informação necessária.	- Computador com câmara, coluna e microfone -Apresentação em PowerPoint. -Vídeo para melhor perceção da parte prática devido à limitação da sessão se realizar online. -Sala de reunião na USF	-Respostas às questões e sugestões -Demonstração de exercícios práticos. -Envio de documentos e suporte vídeo para consulta - Incentivar as grávidas à partilha de conhecimento entre as mesmas e os respetivos pais/ pessoa significativa, realizarem caminhadas	20min
<u>Desenvolvimento</u>	-Sinais de Alerta, quais são. Desconfortos na gravidez nos diferentes trimestres				45min
	-Dicas para aliviar os desconfortos. -Exercícios de Mobilidade			- Incentivar a adaptarem estilos de vida saudáveis.	
<u>Conclusão</u>	-Esclarecimento de dúvidas e sugestões -Incentivar as grávidas a partilhar o conhecimento adquirido com o pai/ pessoa significativa -Envio de documentação e vídeo via email. -Relembrar email de apoio sempre que necessário. -Agradecimentos.				20min

ACES
 SAÚDE MATEMA
 U.ÉVORA
 UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DESCONFORTOS DA GRAVIDEZ


COMO LIDAR COM PEQUENOS DESCONFORTOS PARA VIVENCIAR UMA GRAVIDEZ TRANQUILA E CALMA

Supervisora Clínica: EnP Especialista Saúde Materna e Obstétrica Cláudia Oliveira
 Docente: EnP Especialista Saúde Materna e Obstétrica Paula Bilro

Discentes: Cristina Navarro - nº46810
 Rita Quilo - nº47271

Vamos falar sobre:

- Sinais de alerta;
- Desconfortos na gravidez nos diferentes trimestres;
- Dicas para aliviar os desconfortos;
- Exercícios de mobilidade.



GRAVIDEZ

- O organismo da mulher experimenta uma série de alterações fisiológicas a todos os níveis para responder à grande exigência que representam as 40 semanas de gestação, sendo graduais ao longo das mesmas.
- Alguns dos sintomas permanecem durante todo esse período, outros são temporários.

POR ISSO, OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FORNECEM INFORMAÇÃO ANTECIPADA SOBRE POSSÍVEIS DESCONFORTOS, DISPONIBILIZANDO SOLUÇÕES PRÁTICAS.

©Martinez-Tomes, Enero-Febrero 2021

SINAIS DE ALERTA



Hemorragia vaginal	Perda de líquido pela vagina	Corrimento vaginal com prurido/ ardor	Dores abdominais/ pélvicas
Dores de cabeça fortes ou contínuas	Arrepios ou febre	Dor/ ardor quando urina	Vômitos persistentes
	Perturbações da visão	Diminuição dos movimentos fetais	

Desconfortos do 1º Trimestre

- Náuseas, vômitos
- Tonturas
- Fadiga, sonolência
- Aumento da frequência urinária
- Sensibilidade mamária
- Corrimento vaginal

Dicas

- ❖ **Náuseas e vômitos (predomínio matinal)**
 - Bolachas de água e sal
 - Maçã ao deitar e de manhã antes de levantar
 - Levantar de formar progressiva
 - Múltiplas refeições por dia (6 ou +)
 - Evitar o jejum
 - Refeições pouco condimentadas
 - Gengibre/ Chá de camomila.

Dicas

❖ Tonturas

- Levantar de forma progressiva após sentar/ deitar
- 1ª sensação de tontura, sentar-se numa cadeira
- Deitar com as pernas elevadas/ na lateral.
- APÓS AS 28 SEMANAS A GRÁVIDA DEVE DEITAR-SE NA LATERAL, pela compressão da veia cava.



Dicas

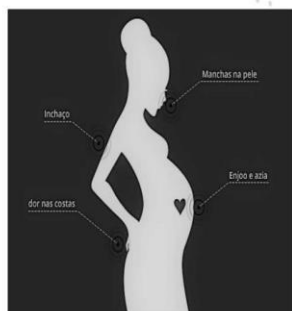
❖ Corrimento vaginal

- Utilizar roupa interior de algodão
- Evitar roupa ajustada
- Higiene íntima com sabão pH neutro sem perfumes



Desconfortos 2º Trimestre

- Alterações cutâneas
- Pirose
- Obstipação
- Hemorroidas
- Varizes
- Lomбалgia
- Câibras
- Inflamação/ sangramento das gengivas
- Secreção de leite



Dicas

❖ Alterações cutâneas.

❖ Hiperpigmentação, queda de cabelo, unhas quebradiças. Impacto estético mas não limitativo.

- Na gravidez podem aparecer alterações na pele: aranhas vasculares (telangiectasias), coloração avermelhada das palmas das mãos (eritema palmar) e pigmentação escura da cara (cloasma gravídico), dos mamilos, da linha média abaixo do umbigo e da zona exterior da vagina.
- Todas tendem a desaparecer após a gravidez.
- As telangiectasias geralmente reduzem de tamanho e quando se mantêm muito exuberantes podem ser tratadas.



Dicas

❖ Hemorroidas

- Prevenir obstipação.
- Limpeza e secagem cuidadosa da região.
- Água fria preferencial.

❖ Obstipação

- Alimentação rica em fibra.
- Ingestão adequada de água.
- Exercício físico.
- Educação intestinal.

Dicas

❖ Varizes, geralmente nas pernas mas que podem também afetar a entrada da vagina (grandes lábios).



- Exercício.
- Evitando tomar banho com água muito quente; evitando a exposição solar prolongada.
- Evitar longos períodos sentada/ em pé.
- Evitar cruzar as pernas quando sentada.
- Repousar com as pernas elevadas.
- Uso de meias de contenção elástica.

Dicas

❖ Lombalgia



- O aumento do útero condiciona um maior esforço para os músculos e ligamentos das costas: postura adequada, cinta de gravidez, calçado com pequeno salto, evitar calçado completamente raso
- evitar pegar em objetos pesados;
- evitar dobrar-se para o frente para chegar ao chão, preferindo fletir os joelhos.
- Quando a dor se torna muito frequente ou incomodativa, pode sentir algum alívio com exercício físico na água, massagem nas costas ou aplicação de calor, no chuveiro por exemplo.

Dicas

❖ Câibras

São contrações musculares intensas e involuntárias dos músculos, geralmente das pernas, sendo frequentes na segunda metade da gravidez.

No momento da câibra deve manter o pé e os dedos fletidos até a dor passar. A seguir, peça a alguém para massajar ou aplique calor na zona.

- Prática de exercício físico.
- Massagem e aplicação de calor.
- Dorsiflexão do pé.



Dicas

• Inflamação/sangramento das gengivas



- Higiene oral cuidada com escova macia + fio dentário.
- Cheque dentista.
- Dieta equilibrada e variada.
- As grávidas podem ter maior produção de saliva, que raramente é incomodativa, mas que pode ser aliviada com a ingestão frequente de pequena quantidade de alimentos, incluindo bolachas de água e sal, fruta desidratada ou rebuçados sem açúcar

Desconfortos 3º Trimestre

- Insónias/ alterações do sono
- Incontinência urinária
- Prurido, comichão no abdomen
- Edemas, frequente nos pés podendo o mesmo ocorrer nas mãos e no rosto
- Dispneia, falta de ar
- Contrações de Braxton Hicks

Dicas

❖ Insónias/ alterações do sono



- Prática de exercício.
- Controlo de desconfortos.
- Limitar ingestão de cafeína/ estimulantes.
- Manter uma hora fixa para ir para a cama e para acordar; durante o dia, dormir no máximo uma hora após o almoço.
- Limitar a ingestão de café ao período matinal ou início da tarde.
- Evitar beber muitos líquidos após as 18:00; comer pouco ao jantar.
- Dormir de lado, se necessário com uma almofada por baixo da barriga.

Dicas

❖ Prurido, comichão no abdomen



- A distensão da pele abdominal leva a que esta fique mais fina e seca.
- Duches curtos evitando água quente.
- Hidratação da pele com creme hidratante sem fragâncias.
- Evitar coçar.

Dicas

❖ Edemas, frequente nos pés podendo e mesmo ocorrer nas mãos e no rosto



- Prática de exercício físico.
- Dicas semelhantes para as varizes. Massagem/ drenagem linfática.
- Se começar a sentir os dedos das mãos inchados, retire os anéis.

(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Dicas

❖ Contrações de Braxton Hicks

BRAXTON HICKS vs CONTRACCIONES DEL PARTO

	BRAXTON HICKS	CONTRACCIONES DEL PARTO
FRECUENCIA	IRREGULARES	REGULARES
DURACIÓN	30 SEGUNDOS A 2 MINUTOS	30 A 70 SEGUNDOS
UBICACIÓN	PARTE FRONTAL DEL ABDOMEN	ESPALDA Y ABAJOS DEL ABDOMEN
DOLOR	LEVE	MÚLTIPLAS
CONTINUIDAD	DESCONECTADA	SE REALIZA MÁS FRECUENTE


- Contrações uterinas irregulares, como uma "Preparação para o trabalho de parto", comuns no final da gravidez, de curta duração, habitualmente indoloras. Repouso, evitar esforços.

(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Exercícios de Mobilidade

- Toda mãe deve preparar seu corpo para o futuro trabalho de parto.
- Não só evita as complicações durante o trabalho de parto, mas também tornará o trabalho de parto mais fácil, rápido e indolor.
- O ideal é preparar o corpo com alguns exercícios físicos e para isso reservar 20 minutos por dia.

Pernas afastadas e relaxadas e pés apoiados no chão. Contraia os músculos do assoalho pélvico e depois relaxe. Pode levantar os quadris, contraindo e depois baixar ou permanecer no chão.




Sentadillas, agachamentos. Consegue abrir o canal do parto e fortalecer os músculos da região. Pernas abertas e braços estendidos. Movimento como se quisesse sentar e depois subo lentamente. Pratique a respiração entre os agachamentos.

Gato

- Fortalece os músculos abdominais e alivia a dor durante a gravidez e no parto.
- Joelhos e mãos no chão na altura dos quadris e ombros.
- Enquanto respira, curve as costas, como fazem os gatos, encolhendo a barriga e as cabeça.
- Mantenha essa postura por 5 segundos e volte à posição inicial.



Esticamento de inglês

Para que no parto não sofram tanta pressão. Um joelho no chão e o outro dobrado, alongando toda a região pélvica. Pressione a virilha por alguns segundos e depois relaxe a área. Faça várias repetições com ambas as pernas.



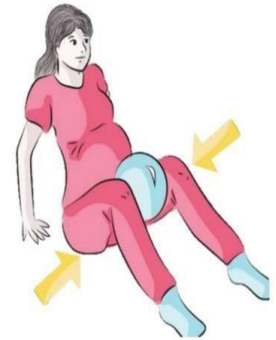

Bola de pilates

Yoga e pilates

- São atividades seguras e também auxiliam na respiração, fortalecem a região pélvica e relaxam.
- Ajudam a mãe e ao bebê, a se posicionarem corretamente no canal de parto.
- Preparam a gestante tanto física quanto mentalmente.



Mão no chão e bola entre os joelhos. Tente juntar os joelhos, mantendo a contração por alguns segundos e relaxe. Com este exercício as pernas são fortalecidas, muito importante para poder fazer força durante o trabalho de parto, ao empurrar.



Referências

- (Centro Hospitalar Lisboa Norte)
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. S. d. o. D. d. O., Ginecologia e Medicina da Reprodução. Hospital de Santa Maria. Desconfortos e modificações corporais na gravidez. In.
- (Martínez-Torres, Enero-Febrero 2021)
- **Martínez-Torres, P. C.-M. A. G.-F. M. S.-L. G. R.-V. J. P.-V. D.** (Enero-Febrero 2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. In: Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM .

Universidade de Évora
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
USF Salus
Mestrado Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Ano Letivo 2021/2022
2ºano - 1º Semestre

Plano 3ª Sessão Preparação para o Nascimento e Parentalidade

Plano: Preparação para o Nascimento e Parentalidade –Sinais de alerta na gravidez e sinais de ida para maternidade


Ensino Clínico: Cuidados de Saúde Primários, USF Salus, Évora, no âmbito do Mestrado Especialidade Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.


Tema: Sinais de alerta na gravidez e sinais de ida para maternidade. Exercícios de respiração.

Data, Hora e Duração: 15/10/2021, pelas 14h15, via online (Zoom), com duração aproximadamente 1h-1h30

Grupo: Grávidas com IG superior a 24-28 semanas, inscritas na Unidade Saúde Familiar Salus, que frequentam as consultas de Saúde Materna e após serem contactadas demonstraram interesse em assistir às sessões.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Atividades	Tempo
<u>Introdução</u>	-Questionar sobre dúvidas relativas à sessão anterior e se partilharam a aprendizagem com os pais/ pessoa significativa e conseguiram realizar os exercícios. - Apresentar os temas da nova sessão.	-Comunicação através de diálogo e conversa aberta para sugestões e questões. -Apresentação de documento em PowerPoint e vídeo. -Envio de email com informação necessária.	- Computador com câmara, coluna e microfone -Apresentação em PowerPoint. -Vídeo para melhor perceção da parte prática devido à limitação da sessão se realizar online. -Sala de reunião na USF	-Respostas às questões e sugestões -Demonstração de exercícios práticos. -Envio de documentos e suporte vídeo para consulta - Incentivar as grávidas à partilha de conhecimento entre as mesmas e os respetivos pais/ pessoa significativa, realizarem caminhadas	20min
<u>Desenvolvimento</u>	-Sinais de Alerta na gravidez -Sinais de ida para maternidade				45min
	-Exercícios de Respiração			- Incentivar a adaptarem estilos de vida saudáveis.	
<u>Conclusão</u>	-Esclarecimento de dúvidas e sugestões -Incentivar as grávidas a partilhar o conhecimento adquirido com o pai/ pessoa significativa -Envio de documentação e vídeo via email. -Relembrar email de apoio sempre que necessário. -Agradecimentos. - Agendamento da sessão seguinte.				20min





Universidade de Évora
 Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
 USF Salus
 Mestrado Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 Ano Letivo 2021/2022
 2ºano - 1º Semestre

SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ

SINAIS DE PARTO/IDA PARA A MATERNIDADE

Supervisora Clínica: *Enf.* Especialista Saúde Materna e Obstétrica Cláudia Oliveira
Docente: *Enf.* Especialista Saúde Materna e Obstétrica Paula Bilro

Discentes: Cristina Navarro - nº44810
 Rita Quilo - nº 47271

Vamos falar sobre...


- ❖ Método Psicoprofilático
- ❖ Direitos de Proteção da Parentalidade
- ❖ Vigilância e Desconfortos na Gravidez
- ❖ **Sinais de Alerte na Gravidez, Sinais de Parto / Ida para a Maternidade**
- ❖ Mala da Maternidade (mãe e bebé)
- ❖ Noção Básica de Anatomia e Fisiologia no trabalho de parto
- ❖ Alívio da Dor no Trabalho de Parto, Posições, Tipos e Episiotomia
- ❖ Aleitamento Materno
- ❖ Cuidados ao Recém-nascido e Puerpério



Sinais de Alerta na Gravidez


Vómitos e Náuseas	Dores Abdominais/ Pélvicas	Dor/Ardor ao urinar	Corrimento vaginal com prurido/ardor
Hemorragia vaginal	Perda de líquido pela vagina	Febre	Edema assimétrico dos Membros Inferiores
Contrações Uterinas	Diminuição dos movimentos fetais	Sinais de Pré-Eclampsia	

Sinais de Alerta na Gravidez



- ❖ **VÓMITOS E NÁUSEAS**
- É comum haver alternância entre fome e enjoos ao longo do dia.
- Deve consultar o seu **Obstetra** se: acompanhados de febre, diarreia, cólica; os vômitos forem persistentes impedido a alimentação e hidratação, que pode levar a **Hiperemese (vómitos incoercíveis, desidratação, perda de peso, alterações eletrolíticas)**

Sinais de Alerta na Gravidez



- ❖ **DOR/ARDOR AO URINAR**
- A infeção urinária na gravidez está associada a um maior risco de infeção dos rins (Pielonefrite) da mãe, nascimento Pré-Termo, baixo peso do feto e aumento da mortalidade perinatal.
- Deve ter atenção a: Qualquer incomodo na região genital que surja ao urinar, vontade de urinar frequentemente, Dificuldade em controlar a vontade de urinar, Vontade de urinar mesmo com bexiga vazia, Sangue na urina.

Sinais de Alerta na Gravidez



- ❖ **DORES ABDOMINAIS/PÉLVICAS**
- Dor intensa e persistente.
- Associada a vômitos e diarreia.
- Febre.
- Sangramento vaginal.
- Causada por contrações uterinas.
- Com perda de líquido vaginal.
- Associada a dor ao urinar
- ❖ **Podem estar associada a:**
 - Gravidez ectópica.
 - Aborto espontâneo.
 - Dor do ligamento redondo.
 - Trabalho de parto.
 - Descolamento prematuro da placenta.
 - Pré-eclâmpsia.
 - Infeção urinária
 - Doenças intra-abdominais não relacionadas à gravidez, como apendicite, colecistite, pancreatite, gastroenterite infecciosa ou cálculo renal.

Sinais de Alerta na Gravidez



❖ CORRIMENTO VAGINAL COM PRURIDO/ARDOR

- **Corrimento vaginal inocente:** pequeno volume, coloração clara e sem odor.
- **Deve consultar o seu Obstetra se:** Febre, Odor forte, Corrimento purulento, excessivo, sanguinolento, Dor pélvica, Prurido (Comichão) Intensa, Sensação de queimadura ou dor na vagina, Dor ao urinar.

Sinais de Alerta na Gravidez



❖ HEMORRAGIA VAGINAL

- Sangramento volumoso, persistente.
 - Presença de coágulos.
 - Associado a dor abdominal ou pélvica, contrações uterinas frequentes e intensas e baixa tensão arterial
 - Sangramento vaginal em mulheres que já tiveram um aborto espontâneo.
 - Reportar sempre o episódio ao seu Obstetra
- **Pode estar associada a:**
- Aborto
 - Gravidez Ectópica
 - Ameaça de Parto Pré-Termo
 - Placenta Prévia
 - Descolamento prematuro da Placenta
 - Rutura Uterina

Sinais de Alerta na Gravidez



❖ PERDA DE LIQUIDO PELA VAGINA

- **Como saber se estou a perder liquido amniótico, urina ou apenas lubrificação da vagina?**
- Uso de penso diário e observar as características do liquido (se amniótico será transparente e sem cheiro)
- **Principais sinais de Perda de Liquido Amniótico:** As cuecas ficam molhadas, mas o liquido não tem cheiro nem cor, mais do que uma vez por dia acompanhado de diminuição dos movimentos fetais se a perda de liquido já tiver sido considerável.

Sinais de Alerta na Gravidez

❖ FEBRE

- A febre diz-nos sempre que algo não está certo, relacionado a infeção, sendo que a mesma durante a gravidez tem uma importância ainda maior, estando associada a um parto pré-termo.
- Assim se apresentar temperatura de 38°, 3-38,5° deve contactar o seu Obstetra de imediato



Sinais de Alerta na Gravidez



❖ EDEMA ASSIMÉTRICO DOS MEMBROS INFERIORES

- A gravidez aumenta o risco de trombose venosa profunda (TVP) e um edema assimétrico pode ser o primeiro sinal de uma grande veia da perna obstruída por um trombo (coágulo).
- A trombose dos membros inferiores é um quadro perigoso, sendo o principal fator de risco para a embolia pulmonar.
- Além do edema assimétrico outros sinais são a rubor local, dor, aumento da temperatura do membro e um edema "endurecido" ao redor da área.

Sinais de Alerta na Gravidez

❖ CONTRAÇÕES UTERINAS

• **Se tem menos de 37 semanas, deve consultar o seu Obstetra se:**

- Contrações uterinas dolorosas.
- Contrações uterinas frequentes e ritmadas e intensas
- Sangramento vaginal leve.
- Rutura Bolsa
- Sensação de pressão na região pélvica.

	Braxton Hicks	Contrações do Parto
Frequência	Irregular	Regular
Duração	30s a 2min	10-30 s
Localização	Parte frontal do Abdomen	Costa e em torno do abdomen
Dor	Fraca	Intensa
Continuidade	Desaparece	Intensificam

Sinais de Alerta na Gravidez



⚡ DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS FETAIS

- Os movimentos fetais podem sentir-se a partir das 16-20 semanas, sendo que é a partir das 35 semanas que deve estar mais atenta.
- Uma redução abrupta nos movimentos do feto pode ser um sinal de complicação da gravidez, deve procurar colocar-se numa posição que o bebé costume ter mais movimento interagindo com o mesmo.
- Assim é aconselhado que escolha um período do dia para contabilizar os movimentos durante uma hora, de forma a estabelecer um "padrão".
- O ideal é conhecer o seu bebé, em que parte do dia está mais ativo ou a dormir.
- Em caso de dúvida deve recorrer ao seu Obstetra ou Hospital mais próximo

Sinais de Alerta na Gravidez

⚡ SINAIS DE PRÉ-ECLÂPSIA

Ocorre geralmente após as 20 semanas, devido a problemas no desenvolvimento dos vasos da placenta, com alterações na capacidade de coagulação do sangue e diminuição da circulação sanguínea.

Os sinais e sintomas são:

- Hipertensão Arterial
- Perda de proteínas na urina (espuma na urina)
- Edema generalizado, mais evidente na face, braços e pernas.
- Dor abdominal, cabeça, visão turva, embaciada
- Alterações analíticas

Quando a grávida com pré-eclâpsia passa a apresentar quadros de crise convulsiva, chamamos de **eclâpsia**.

Em relação ao feto, os riscos da pré-eclâpsia incluem descolamento prematuro da placenta, baixo crescimento e desenvolvimento intra-uterino e parto prematuro.

Sinais de Ida / Parto – Devo ir para a Maternidade?

⚡ ROLHÃO MUCOSO

- Expulsão do mesmo pela vagina, gelatinoso, rosado ou acastanhado, podendo ocorrer dias/horas antes do parto.

⚡ RUTURA DAS MEMBRANAS (BOLSA AMNIÓTICA)

- Saída de líquido amniótico pela vagina, devido a rutura das membranas que envolvem o bebé, pode sair lentamente ou de uma só vez em grande quantidade, sendo um líquido claro, transparente e sem odor.

⚡ CONTRAÇÕES

- No início do Trabalho de Parto, as contrações são irregulares e pouco frequentes, Braxton-Hicks, alterando este padrão à medida que o mesmo avança.

Sinais de Ida / Parto – Devo ir para a Maternidade?

SIM	NÃO
<ul style="list-style-type: none">• Contrações dolorosas,• Intervalos regulares;• Duração de, pelo menos, uma hora;• Intensidade não diminui com repouso	<ul style="list-style-type: none">• Contrações não dolorosas;• Intervalos irregulares;• Diminuem de intensidade com o repouso.
<ul style="list-style-type: none">• Rutura da Bolsa Amniótica (Hora, Características)	<ul style="list-style-type: none">• Corrimento Acastanhado após exame vaginal
<ul style="list-style-type: none">• Perda de Sangue	<ul style="list-style-type: none">• Perda de Rolhão mucoso
<ul style="list-style-type: none">• Diminuição dos movimentos fetais	<ul style="list-style-type: none">• Pequena perda de sangue após as relações sexuais

Vamos Aprender a Respirar?

- A respiração é um recurso não farmacológico de alívio da dor
- É importante proporcionar uma adequada oxigenação a mãe e ao bebé.
- Deve ser rítmica e treinada com antecedência.
- Diminui a necessidade de parto instrumentado, uso de ventosa ou fórceps.
- Realizá-lo com o casal/ pessoa significativa, que ajudará e guiará.
- Focalizar o alvo na respiração para desviar a atenção para a dor.
- Uma música calma ou cheiro agradável, podem facilitar o processo



Referências Bibliográficas

- ⚡ DGS. (2015). *Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direcção Geral de Saúde.

ANEXOS

Anexo 1

Título provisional del curso de lactancia materna



CERTIFICADO DE APROVECHAMIENTO

Don José Manuel Pericuesta Ramos, como Director Gerente de Formación e Innovación Integral Fnn (Cursos Fnn), certifica que Don/ña

MARIA CRISTINA NAVARRO RODRIGUEZ

Con DNI 70871545N ha superado las pruebas de evaluación del curso:

Lactancia Materna

con fecha de finalización 24 de marzo de 2022.

Esta actividad docente está certificada por la Universidad de Alcalá con una duración de 125 horas y 5 créditos ECTS.

Madrid, a 24 de marzo de 2022

José Manuel Pericuesta Ramos
Director Gerente Cursos Fnn



Anexo 2

Assistencia al WEBINAR “Da Pré-Concepção ao Pós-Parto”

**CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL**

**05 de Maio
Dia Internacional da Parteira**

WEBINAR

"MAG: DA PRÉ-CONCEPÇÃO AO PÓS-PARTO..."

Dessin de Chloé Legay

<https://entreleursmains.files.wordpress.com/2012/06/sage-femme3.gif>

AGF
ASSOCIAÇÃO GERAL DE GESTANTES EM PORTUGAL