

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

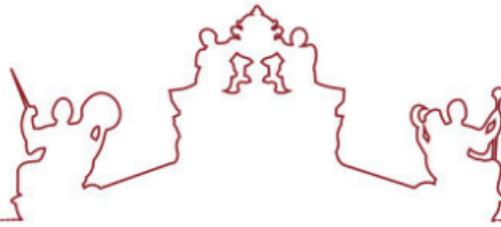
Relatório de Estágio

**Analgesia Epidural Obstétrica Durante el Trabajo de Parto:
Intervención de las Enfermeras Matronas**

Sandra Avila Silva

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

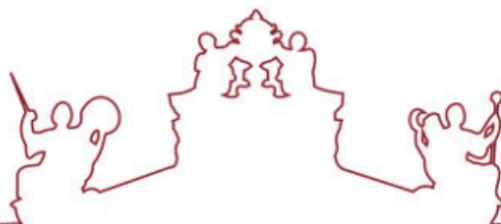
Relatório de Estágio

**Analgesia Epidural Obstétrica Durante el Trabajo de Parto:
Intervención de las Enfermeras Matronas**

Sandra Avila Silva

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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 | | Ana Cristina Canhoto Ferrão (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.)
(Arguente) |
| | | Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador) |

«La parturienta es una fuerza de la naturaleza [...] Deja un poco de ser una persona individual y se convierte en algo así como una fuerza natural, como un tornado, un volcán, un terremoto, con sus propias leyes de conducta. [...] La dilatación se acompaña de emociones muy intensas. La matrona tiene que ser el ancla. El antídoto para el miedo es el valor.»

(Gaskin, n.d)

Agradecimientos

Este *Relatório* es el resultado de un corto pero intenso camino en el mundo de la Enfermería y en especial, en el ámbito de la Salud Materna y Obstétrica, mi pasión.

Agradecida a mi orientadora de *Estágio*, Profesora Otilia, por su disponibilidad, orientación constante y apoyo a lo largo de todo este año.

A todas las profesoras del curso de *Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* por los conocimientos transmitidos.

A los Enfermeros Especialistas que orientaron mis prácticas, por enseñarme aplicar la teoría a la práctica y aprender lo mejor de cada uno de ellos, para así poder crear mi mejor versión.

A todas las mujeres y familias que acompañé durante este año, por haberme dado la oportunidad de formar parte de uno de los momentos más importantes de sus vidas.

A mis compañeras de *Mestrado*, por su acogida y compañerismo.

A toda mi familia, especialmente a mis padres y mi hermana, darles las gracias por su apoyo a lo largo de este desafiante viaje y por creer en mí. A pesar de la distancia, han sido mi mayor fortaleza. También a mi abuela Emilia, y a mis otros abuelos que ya no están, sé que estarían muy orgullosos de mí.

A mis amigos, por haber seguido estando a mi lado y querer compartir conmigo esta aventura.

A Stiven, por apoyarme y estar siempre a mi lado cuando lo he necesitado.

Pongo fin a este *Mestrado*, con el corazón y la mente llenos de buenos recuerdos. Estoy increíblemente feliz de haber alcanzado uno de mis sueños: convertirme en matrona.

¡Muchas gracias!

Título: Analgesia Epidural Obstétrica durante el Trabajo de Parto: Intervención de las Enfermeras Matronas.

RESUMEN

Objetivo: Analizar reflexivamente el proceso de adquisición de competencias, necesarias para el ejercicio profesional del Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, mas específicamente en la Analgesia Obstétrica durante el Trabajo de Parto.

Metodología: El *Estágio* se llevó a cabo bajo una metodología de supervisión clínica. Se fundamentó en una práctica basada en la evidencia, utilizando la revisión integrativa de la literatura y reflexionando sobre la práctica a través de los datos recopilados en los diversos campos clínicos.

Resultados: Se adquirieron y desarrollaron las competencias necesarias para la prestación de cuidados de enfermería especializados en el área de la especialidad. La exploración del tema elegido ayudó a desarrollar competencias que favorecen experiencias de parto positivas, donde la mujer se siente protagonista del proceso.

Conclusión: El conocimiento y las competencias adquiridas, contribuyen a una asistencia humanizada, centrada en la mujer y basada en la evidencia científica, mejorando la calidad del cuidado. Quedó demostrado que el papel de la matrona en mujeres con analgesia epidural favorece una experiencia de parto más positiva.

Descriptores (DeCS): Dolor de Parto; Trabajo de Parto; Analgesia Epidural; Rol de la Enfermera; Enfermeras Matronas.

Título: Analgesia Epidural Obstétrica durante o Trabalho de Parto: Intervenção das Enfermeiras Obstétricas.

RESUMO

Objetivo: Analisar reflexivamente o processo de aquisição de competências, necessárias ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais especificamente na Analgesia Obstétrica durante o Trabalho de Parto.

Metodologia: O Estágio foi realizado sob uma metodologia de supervisão clínica. Baseou-se na prática baseada na evidência, recorrendo à revisão integrativa da literatura e refletindo sobre a prática através dos dados recolhidos nos vários campos clínicos.

Resultados: Foram adquiridas e desenvolvidas as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da especialidade. A exploração do tema escolhido ajudou a desenvolver competências que favorecem experiências de parto positivas, onde a mulher se sente protagonista do processo.

Conclusão: Os conhecimentos e as competências adquiridas contribuem para a prestação de cuidados humanizados e centrados na mulher, com capacidade para tomar decisões baseadas na evidencia científica e melhorar a qualidade dos cuidados. Ficou demonstrado que o papel dos Enfermeiros Obstétricos, na mulher com analgesia epidural favorece uma experiência de parto mais positiva.

Descritores (DeCs): Dor de Parto; Trabalho de Parto; Analgesia Epidural; Papel do Profissional de Enfermagem; Enfermeiras Obstétricas.

Title: Obstetric Epidural Analgesia During Labor: Nurse Midwife Intervention.

ABSTRACT

Objective: Analyze reflexively the process of acquiring competences necessary for the professional practice of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing, more specifically in Obstetric Analgesia during Labor.

Methodology: The *Estágio* was conducted under a clinical supervision methodology. It was based on evidence-based practice, using integrative literature review as a tool, and reflecting on practice through the data collected in the various clinical fields.

Results: The competencies necessary for the provision of specialized nursing care in the area of the speciality were acquired and developed. The exploration of the chosen topic helped to develop competencies that favour positive birth experiences, where the woman feels the protagonist of the process.

Conclusion: The knowledge and skills acquired contribute to humanised, woman-centred care, with the ability to make decisions based on scientific evidence and improve the quality of care.

Descriptors (DeCs): Labor Pain; Labor Obstetric; Analgesia Epidural; Nurse's Role; Nurse Midwives.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	11
1. CONTEXTO CLÍNICO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DONDE TRANSCURRIÓ LA PRÁCTICA CLÍNICA	16
1.1.1. Servicio de Cuidados de Salud Primarios.....	16
1.1.2. Servicio de Urgencias Obstétricas y Ginecológicas / Sala de Partos.....	18
1.1.3. Servicio de Hospitalización de Medicina Materno-Fetal.....	21
1.1.4. Servicio de Hospitalización de Puerperio.....	22
1.1.5. Servicio de Neonatología.....	24
1.2. METODOLOGIA	25
2. APORTACIONES PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	29
2.1. ANALGESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO: PAPEL DE LA MATRONA	29
2.1.1. Introducción.....	29
2.1.2. Métodos.....	31
2.1.3. Resultados.....	33
2.1.4. Discusión.....	38
2.1.5. Conclusión.....	44
2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTENIDOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	45
2.3. DISCUSIÓN GENERAL	54
3. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS	60
3.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS	60
3.2. COMPETENCIAS ESPECIFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	63
CONCLUSIÓN	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	98
Anexo A – Plan de Parto	99
Anexo B – Partograma	100
Anexo C – Consentimiento Informado Analgesia Epidural	102
Anexo D – Certificados de asistencia a formaciones	104
APENDICES	114
Apéndice A – Revisión de la Literatura	115
Apéndice B – Proyecto	116
Apéndice C – Presentación Lactancia Materna para el Centro de Cuidados Primarios	118
Apéndice D – Modelo Reflexivo de Gibbs. Barrera idiomática	129
Apéndice E – Modelo Reflexivo de Gibbs. Rotura de cordón umbilical	132

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Contextos clínicos 1º Semestre del 2º año.....	13
Tabla 2. Contextos clínicos 2º Semestre del 2º año.....	13
Tabla 3. Motivos de las cesáreas ULS A 2022/2023.....	15
Tabla 4. Criterios de elaboración para la cuestión PICO.....	31
Tabla 5. Estrategia de búsqueda y bases de datos.....	32
Tabla 6. Características de los estudios integrados en la revisión integrativa	34
Tabla 7. Características Sociodemográficas	47
Tabla 8. Caracterización Obstétrica	49
Tabla 9. Caracterización del Trabajo de Parto	52
Tabla 10. Consultas realizadas en Cuidados Primarios.....	64
Tabla 11. Cuidados prestados en SMMF	71
Tabla 12. Cuidados prestados en Sala de Partos	75
Tabla 13. Cuidados prestados en el Servicio de Puerperio.....	85

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de parto- ULS A 2022/2023	14
Figura 2. Uso de analgesia epidural en partos vaginales- 2023.....	16
Figura 3. Preparación al Parto Activo – Partos en la Maternidad	20
Figura 4. Preparación al Parto Multicultural – Partos en la Maternidad	20
Figura 5. Plano del Servicio de Medicina Materno-Fetal	22
Figura 6. Plano piso 1 Puerperio	23
Figura 7. Plano piso 2 Puerperio	23
Figura 8. Clientes de los cuidados especializados de Enfermería de Salud Materna y Obstétrica.....	27
Figura 9. Presentación de diagrama de la selección de estudios	34
Figura 10. Tipo de Parto con Analgesia Epidural	56
Figura 11. Duración promedio 2º estadio de TP.....	57
Figura 12. Posiciones usadas en partos eutócicos con analgesia epidural	58

INTRODUCCIÓN

El presente documento adquiere relevancia en el contexto de la realización de prácticas de carácter profesional, en conjunción con la culminación del Trabajo Final del programa de *Mestrado* elaborado con la orientación de la Profesora Doctora Maria Otilia Zangão. Este proceso se inscribe dentro de la Unidad Curricular [UC] integrada en el segundo año de formación en el curso de *Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica [MESMO]* de la *Universidade de Évora- Escola Superior São João de Deus* de Évora, referente al periodo académico 2023/24.

Esta UC consta de 60 *European Credit Transfer System [ECTS]* y tiene su inicio el día 11 de septiembre de 2023 y su fin el 23 de junio de 2024. Esta será llevada a cabo en los diferentes campos clínicos: Durante el primer semestre, la experiencia se desarrolla en Cuidados de Salud Primarios, Sala de Partos y Hospitalización de Medicina Materno-Fetal y el segundo semestre, será llevado a cabo en Sala de Partos/Urgencias Obstétricas y Ginecológicas, Hospitalización de Puerperio y Neonatología.

Los objetivos para alcanzar en esta UC están descritos detalladamente en el planeamiento de la misma, siendo: Cuidar de la mujer/pareja integrados en la familia y comunidad; Demostrar adquisición de conocimientos conducente a una propuesta de proyecto, considerando las vertientes teórico-prácticas y la práctica basada en la evidencia; Defender a través de un *Relatório* presentado en pruebas públicas, su actuación en el *Estágio de Natureza Profissional*.

En este contexto, se vuelve esencial explorar aspectos cruciales en el ámbito de la salud materna y obstétrica, consolidando conocimientos y competencias especializadas. Es por ello que, en este proyecto será realizada una exploración y análisis para responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Será que el papel de la matrona en la mujer con analgesia epidural obstétrica proporciona una experiencia de parto positiva?

El interés por la temática surge debido a que el dolor es uno de los mayores miedos vividos por la mujer durante el embarazo y parto, siendo la analgesia epidural uno de los métodos farmacológicos más utilizados para el alivio del mismo. Por ello, considero interesante conocer si este tipo de analgesia tiene repercusión sobre el transcurso del trabajo de parto y si el papel de la matrona puede mejorar la experiencia de parto de estas mujeres.

“Matrona” es el término utilizado en España para hacer referencia a la Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica [EEESMO] en Portugal. Debido a la elección de mi lengua nativa, el español, para llevar a cabo el *Relatório*, usaré este término a lo largo del trabajo.

Para fundamentar la práctica profesional, es esencial la existencia de un modelo teórico de referencia. Debido a su pertinencia y aplicabilidad, mi práctica asistencial se fundamenta en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, ya que me siento identificada con los principios de la autora en relación con la promoción del bienestar integral de la mujer y su familia en cuanto a sistema. Según la autora, la persona es concebida como un sistema-cliente abierto, susceptible a los estresores ambientales que pueden impactar una o más variables constitutivas, influyendo en sus respuestas y derivando en un estado de mayor o menor bienestar (Freese, 2004).

Para Betty Neuman, la mujer es un sistema abierto en interacción continua con otros sistemas que pueden alterar su armonía y equilibrio. El objetivo principal del cuidado de enfermería es ayudar al cliente a alcanzar y/o mantener la estabilidad del sistema, alcanzando un nivel alto de bienestar. La prevención es una intervención esencial, la cual se lleva a cabo a través de intervenciones con la intención de disminuir los factores de estrés y las condiciones adversas que puedan alterar la funcionalidad dinámica del sistema del cliente, sin dar importancia a la situación en la que se encuentre (George, 2000), lo que enfatiza su importancia en el cuidado de la mujer y su familia durante el proceso de trabajo de parto.

El objetivo de este informe es analizar reflexivamente el proceso de adquisición de competencias, necesarias para el ejercicio profesional del EEESMO, más específicamente en la Analgesia Epidural Obstétrica durante el Trabajo de Parto. Fue elaborado conforme al Reglamento Académico de la Universidad de Évora, despacho n.º 3144/2019, y está dividido en tres capítulos. Inicia con la introducción, seguido de la caracterización de los diversos contextos clínicos y la metodología del *Estágio de Natureza Profissional*. El segundo capítulo detalla las estrategias desarrolladas para profundizar en la temática seleccionada y sus aportes para mejorar la prestación de cuidados. En el tercer capítulo se realiza un análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias comunes de los enfermeros especialistas y específicas de las matronas. A continuación, se prestan algunas consideraciones finales sobre todo el *Estágio*, las referencias bibliográficas, así como los anexos y apéndices que complementan el trabajo. Este *Relatório* es elaborado siguiendo las normas de publicación de la *American Psychological Association 7ª Edición* (APA, 2020), el Reglamento Académico de la *Universidade de Évora* y las Normas para la realización de Trabajos Académicos y Científicos Escritos en la *Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus* con la Orden de Servicio n.º 01/2023 (ÚÉESESD, 2023).

1. CONTEXTO CLÍNICO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

La UC de *Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final* es anual y se encuentra dividida en dos semestres.

El *Estágio* se llevó a cabo en diversos contextos de práctica clínica, abarcando el periodo preconcepcional, la fase pre-natal, las cuatro etapas del trabajo de parto, el puerperio y ginecología, permitiendo la prestación de cuidados a la mujer, integrada en la familia y comunidad, a lo largo del ciclo reproductivo, climaterio y/o con problemas de origen ginecológico. Las tablas 1 y 2 muestran los periodos de prácticas realizados a lo largo del año.

Tabla 1. Contextos clínicos 1º Semestre del 2º año

1º SEMESTRE- 2º ANO		
Periodo	Semanas	Contexto clínico
11/09/2023 a 22/10/2023	6	Cuidados de Salud Primarios
23/10/2023 a 3/12/2023	6	Sala de Partos
4/12/2023 a 21/01/2024	6	Servicio de Medicina Materno-Fetal

Fuente: Elaborado por la autora

Tabla 2. Contextos clínicos 2º Semestre del 2º año

2º SEMESTRE- 2º ANO		
Periodo	Semanas	Contexto clínico
14/02/2024~ a 10/03/2024	4	Sala de Partos
11/03/2024 a 12/05/2024	8	Sala de Partos
13/05/2024 - 16/06/2024	5	Servicio de Puerperio
17/06/2024 - 23/06/2024	1	Neonatología

Fuente: Elaborado por la autora

Las zonas que abarcan los centros donde realicé mi práctica clínica fueron dos Centros Hospitalarios de Lisboa A y B, ambos integrados en el Sistema Nacional de Salud [SNS], los cuales fueron creados en 2007 a través del Decreto Ley nº. 50-A/2007.

A partir del Decreto Ley n.º 102/2023 de 7 de noviembre, se procede a la reestructuración de las entidades públicas empresariales integradas en el SNS,

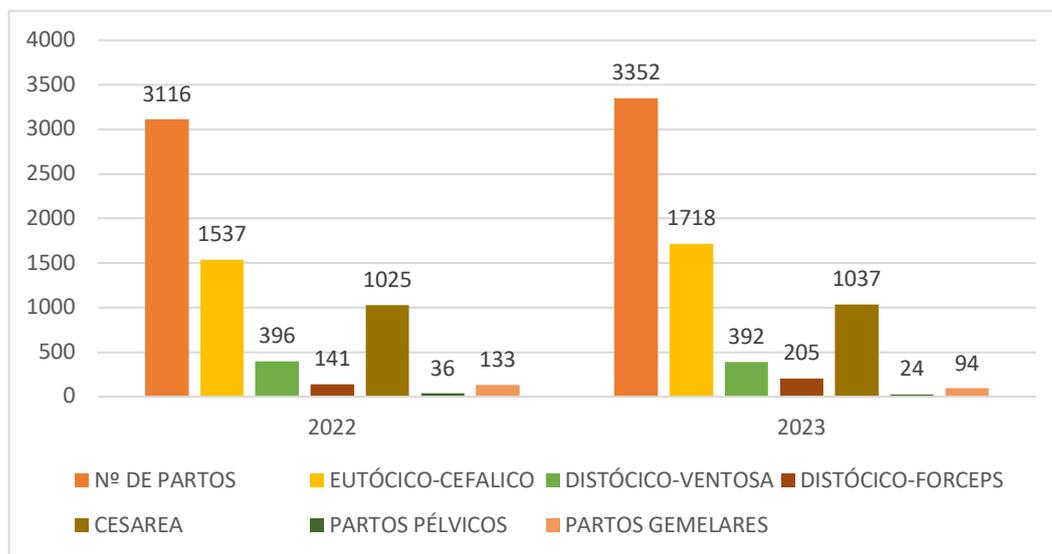
adoptando un nuevo modelo de organización llamado Unidad Local de Salud [ULS], en ese sentido, los dos centros hospitalarios pasaron a formar dos ULS A y B respectivamente. Debido al aumento de las necesidades en salud y bienestar de la población, se exige aumentar el acceso y eficiencia en la prestación de cuidados, fomentando modelos organizativos que promuevan una gestión integrada de cuidados de salud primarios y cuidados hospitalarios, asegurando el centro de cuidados en la persona.

La Maternidad donde realicé la mayor parte de mi práctica clínica forma parte de la ULS A, y fue inaugurada en 1932 haciendo homenaje su nombre a un médico, quien antes de fallecer luchó por el bienestar de las embarazadas y puérperas.

Desde su apertura hasta el año 2005 nacieron más de 540.000 niños, haciéndola la maternidad mas grande de Portugal. Además, su papel ha ido más allá de la asistencia a nacimientos, también ha estado al día de la evolución científica adaptándose así a los nuevos desafíos del siglo XXI.

Según datos extraídos de la base de datos de la misma, fueron llevados a termino 3.116 partos en 2022 y 3.352 partos en el periodo del 1 de enero de 2023 al 2 de diciembre de 2023. A continuación, se muestra la distribución de los tipos de parto (Figura 1).

Figura 1. Tipos de parto- ULS A 2022/2023



Fuente: Elaborado por la autora a partir de datos obtenidos de ObsCare

El número de cesáreas sigue siendo mayor al índice recomendado, siendo 1037 de los 3352 partos, formando el 30,9% del total de los nacimientos. Según la Organización

Mundial de la Salud [OMS] (2015), la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15%, ya que como en cualquier otra cirugía, la cesárea conlleva riesgos a corto y largo plazo que pueden perdurar muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del recién nacido [RN], así como también a un próximo embarazo.

En los últimos años, se ha visto un aumento significativo en el número de cesáreas a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La cesárea, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal siempre y cuando haya un motivo médico que lo justifique. Por el contrario, cuando no existe una causa que la justifique, no existen beneficios.

Resulta difícil detectar intervenciones para abordar los factores que están relacionados con el aumento de cesáreas debido a su complejidad. Algunos de estos factores son los cambios en las características de la población, como el aumento de la obesidad, los embarazos múltiples y el incremento de la proporción de mujeres nulíparas o de edad avanzada. Además, también influyen otros factores no clínicos como el deseo de las mujeres de decidir sobre cómo y cuando nacerá su hijo, cambios en las responsabilidades laborales y familiares, factores médicos, organizativos, económicos y sociales (OMS, 2015).

De 1037 cesáreas, 144 no constan de registro médico, por lo que daré detalles sobre las restantes. En cuanto al tipo de cesárea, 620 fueron urgentes o emergentes y 20 fueron programadas. Haciendo referencia al motivo de las mismas (Tabla 3), el más frecuente fue el estado fetal no tranquilizador, seguido de la situación o presentación fetal anómala y el trabajo de parto estacionado.

Tabla 3. Motivos de las cesáreas ULS A 2022/2023

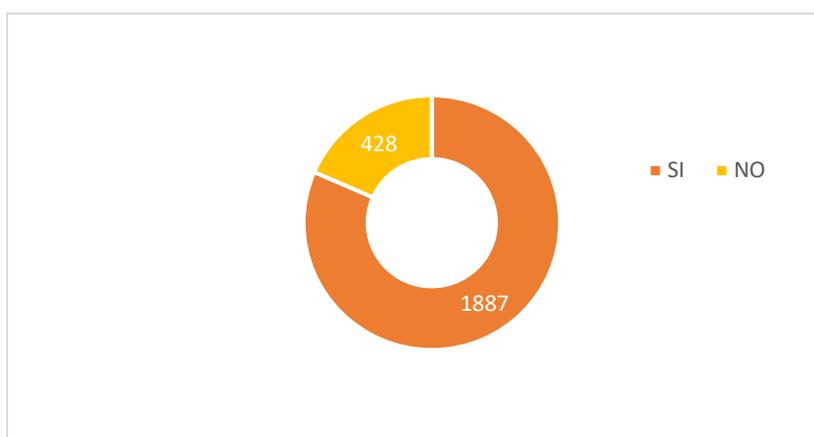
Motivos de las cesáreas	Número	Porcentaje
Patología materna que contraindica parto vaginal	33	3,7%
Anomalía fetal que contraindica parto vaginal	25	2,8%
Patología propia del embarazo	54	6,0%
Cirugía uterina previa	96	10,8%
Situación o presentación fetal anómala	110	12,3%
Embarazo múltiple	15	1,7%
Sospecha de incompatibilidad feto-pélvica	98	11,0%
Tentativa frustrada de ITP	55	6,2%
Trabajo de parto estacionado	100	11,2%
Estado fetal no tranquilizador intraparto	263	29,5%
Otros	44	4,9%
Total	893	100,0%

Fuente: Elaborado por la autora a partir de datos extraídos de ObsCare

Debido a la temática elegida para este *Relatório*, cabe destacar los datos relacionados con la analgesia epidural obstétrica. En 2023, 1887 de los 2315 partos vaginales hicieron uso de analgesia de trabajo de parto, formando un 81,5% del total (Figura 2).

La analgesia epidural fue descubierta por Fidel Pagés, cirujano militar español en 1921, y su uso ha ido aumentando constantemente en los últimos 20 años en los países desarrollados, estableciéndose como uno de los métodos farmacológicos más efectivos para aliviar el dolor durante el parto (Rodríguez et al., 2019). En el apartado de “Aportaciones para la mejoría de la asistencia” se dará una visión más detallada respecto al tema.

Figura 2. Uso de analgesia epidural en partos vaginales- 2023



Fuente: Elaborado por la autora a partir de datos extraídos de ObsCare

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DONDE TRANSCURRIÓ LA PRÁCTICA CLÍNICA

En este subcapítulo se detallará la caracterización de cada uno de los entornos clínicos en los que se llevó a cabo el *Estágio*, describiendo la infraestructura, los recursos materiales y humanos, y presentando algunos datos que puedan contribuir a contextualizar el *Estágio* y a clarificar el proceso de adquisición y desarrollo de competencias.

1.1.1. Servicio de Cuidados de Salud Primarios

El *Estágio de Natureza Profissional* fue iniciado en una Unidad de Cuidados de Salud Primarios [UCSP] perteneciente a la ULS B. Esta unidad funcional

multiprofesional, está constituida por un equipo profesional formado por 32 médicos de familia, 20 enfermeros de los cuales tres son matronas, 15 asistentes técnicos, 4 asistentes operacionales y 1 interno.

El edificio fue construido en los años 70 y su espacio físico consta de 5 plantas, siendo detallada a continuación la distribución: En la primera planta se encuentran parte de los gabinetes médicos, sala de tratamientos, auditorio y atendimento personalizado; En la segunda planta se encuentran las consultas de Salud Sexual y Reproductiva por un lado y por el otro, las consultas de Salud Infantil. También encontramos el departamento de Salud Pública y Vacunación Internacional; En la tercera planta, se encuentran más consultas médicas, consultas de psicología y zona de bar; En la cuarta planta, hay más consultas médicas, sala de reuniones, el departamento de Informática, Contabilidad y Recursos Humanos. Por último, en la quinta planta se encuentra el despacho de Secretaría y Dirección del Centro de Salud.

En abril de 2023, el total de pacientes inscritos en esta UCSP fueron 89.179 pacientes. Del total, 44.387 son mujeres, siendo 22.681 las que se encuentran dentro del periodo fértil (15-54 años) y 448 son bebés en el primer año de vida.

Respecto al área de Salud Sexual y Reproductiva situada en la segunda planta, esta está formada por dos gabinetes médicos y tres gabinetes de enfermería. Haciendo hincapié en la de enfermería, en el espacio donde pude llevar a cabo mis funciones había una camilla donde se realizaba la exploración física de la mujer, una báscula y un tensiómetro. Además, contaba con material didáctico como folletos informativos, una estructura anatómica de una pelvis y una maqueta del sistema reproductor femenino, para poder proporcionar educación sanitaria de una manera más dinámica a las mujeres que lo precisaran. En una de las consultas había un espacio dedicado a la lactancia materna [LM], con dos butacas y un cambiador, donde ayudábamos a la puérpera en la toma para asegurar el buen agarre del bebé a la mama y se resolvían las dudas y dificultades en cuanto a la lactancia. En las primeras semanas tras el alta hospitalaria, aparecen las mayores dificultades en relación a la LM y su práctica, lo que puede derivar a un desmame precoz. En este contexto, es esencial la existencia de redes de apoyo, las cuales pueden influir directamente en esta situación. Una de las principales redes de apoyo, a pesar de la familia, es el personal de enfermería, el cual tiene el papel de dar continuidad a la práctica de la LM, mediante orientaciones sobre la importancia y beneficios de la misma, bien como en la cuestión práctica, ayudando en el manejo y técnica de lactancia en todo el ciclo gravídico-puerperal (Scorupski et al., 2020).

El acceso de las pacientes a nuestras consultas siempre debía ser realizado a través de la admisión, que funcionaba de 8h a 20h. El horario de funcionamiento del área era los lunes, miércoles y jueves de 8:30h-17:00h, y los martes y viernes de 9:00h-16:00h.

Como matrona, en las consultas se impulsó la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades gracias a las consultas de planificación familiar y salud materna, siguiendo la normativa de la Dirección General de Salud [DGS].

Entre los tipos de consultas llevados a cabo en esta área, fueron las consultas de Planificación Familiar, de Salud Materna y de Puerperio las más frecuentes, las cuales eran llevadas por enfermeras generales y matronas. Por otro lado, en las consultas de Salud Infantil podía haber una matrona, la cual era esencial para resolver dudas en cuanto a LM, una enfermera especialista en Pediatría o una enfermera general. Después de esas seis primeras semanas en el contexto de cuidados de salud primarios, las prácticas continúan en el hospital, en la Sala de Partos.

1.1.2. Servicio de Urgencias Obstétricas y Ginecológicas / Sala de Partos

El Servicio de Urgencias Obstétricas y Ginecológicas [SUGO]/Sala de Partos se sitúa en la planta baja de la Maternidad de la ULS A y está compuesto por dos unidades de cuidados interdependientes: el servicio de admisiones y la sala de partos.

El servicio de admisiones está constituido por un mostrador central donde se encuentra el personal administrativo, una sala de espera, un gabinete de enfermería donde se realiza el triaje, tres gabinetes médicos, otro gabinete para la realización de ecografías y otro para la realización de registros cardiotocográficos, con capacidad para tres embarazadas. Otras estructuras que forman parte del servicio son el gabinete del director de Servicio, una sala de preparación al ingreso con WC y ducha, una sala de observación con capacidad para dos pacientes que permanecen en vigilancia, en régimen ambulatorio o de ingreso de corta duración (pudiendo posteriormente tener el alta a domicilio o ser trasladadas hacia otro servicio u otra institución hospitalaria).

El acceso de las pacientes al servicio es realizado a través de la admisión en el SUGO, que funciona 24 horas por día, todos los días del año.

La sala de partos está organizada a lo largo de un pasillo constituido por 11 habitaciones individuales (8 en el lazo izquierdo y 3 en el lado derecho) donde transcurre la dilatación, parto y puerperio inmediato (2 primeras horas post-parto). Cada habitación dispone de una cama de parto articulada con perneras, un cardiotocógrafo conectado a

una central de monitorización, una cuna para el RN, una butaca, una bola de partos y material necesario durante el trabajo de parto. La séptima habitación era llamada *Espaço Snoezelen*, y era un espacio dedicado al uso de terapias no farmacológicas del dolor como son la aromaterapia con uso de difusor, musicoterapia, cromoterapia, hidroterapia, esfera terapia, entre otras. En la Sala de Partos también se encuentran otras estructuras como una sala de Pediatría, equipada con dos unidades de reanimación de RN y carro de emergencia, una zona de circuito sucio, y el despacho de la Supervisora de Enfermería. Al final del pasillo, encontramos otra zona de trabajo de enfermería donde se localiza la central de monitorización cardiotocográfica de las 11 habitaciones y una pizarra con los datos relevantes de todas aquellas mujeres hospitalizadas en sala de partos. A la izquierda de este mostrador se localiza el espacio donde se encuentra el material clínico, la farmacia y la caja fuerte de los estupefacientes. En esta zona existe una escalera de acceso a la sala de descanso y WC del personal sanitario.

En relación a la organización y funcionamiento del servicio, toda la documentación referente al proceso individual de la paciente es organizada en carpetas, identificando cada una con el nombre de la paciente y el número de proceso. Forma parte del proceso: el diario clínico, diario de enfermería, partograma y exámenes complementarios de diagnóstico.

En cuanto a la distribución de los enfermeros, la enfermera responsable de cada turno es la encargada de la distribución de las gestantes a cada enfermero, de acuerdo con las necesidades del servicio. Por turno, el servicio dispone de: 8 enfermeros (6 matronas y 2 enfermeros generalistas), 3 asistentes operacionales, 1 funcionaria de limpieza y el equipo médico (Obstetras, Anestésistas y Pediatras).

El horario llevado a cabo en el servicio contempla tres periodos de trabajo, siendo el de mañana de las 8h a las 16h, turno de tarde de las 15:30h a las 23h y el turno de noche, de las 22:30h a las 8:30h.

Parte del equipo de EEESMO de la Sala de Partos participan en la realización del programa de Preparación al Parto Activo que se lleva a cabo en el mismo hospital, en dos formatos:

- Intensivo: Los sábados, con una duración de 8 horas (de 9h a 13h y de 14h a 18h). Por la mañana se suele abordar información general sobre el embarazo, qué llevar en la maleta el día del parto, señales de alerta para ir al hospital,

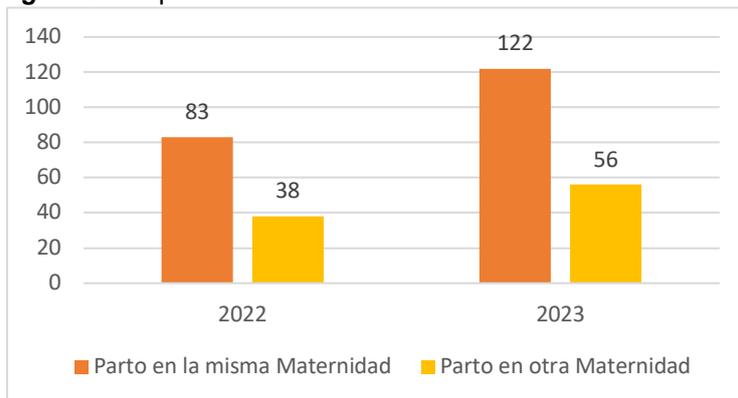
trabajo de parto y métodos de alivio de dolor, mientras que, por la tarde, se habla sobre el parto, puerperio, LM y cuidados al RN.

- Multicultural (en inglés): La duración es de 2 horas. En esta sesión se aborda de manera resumida la información expuesta en el curso intensivo.

Los criterios de inclusión son los siguientes: Embarazadas a partir de las 28 semanas de gestación, con la posibilidad de venir con la persona significativa que le vaya a acompañar el día del parto. Hay un límite de 10 embarazadas por sesión.

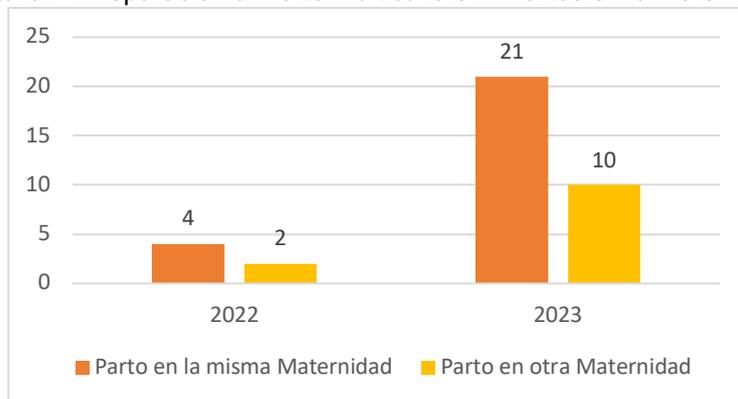
A continuación, se muestran algunos de los datos cuantitativos en relación con la asistencia al curso. En 2022 asistieron 121 embarazadas al curso intensivo de las cuales, 83 parieron en la misma Maternidad; y de las 6 embarazadas que asistieron al curso multicultural, 4 de ellas parieron en la misma. En 2023, de las 178 embarazadas que participaron, fueron 122 las que eligieron parir en la misma, mientras que de las 31 embarazadas que asistieron al curso multicultural, tuvieron lugar 21 partos (Figura 3 y Figura 4).

Figura 3. Preparación al Parto Activo – Partos en la Maternidad



Fuente: Proporcionado por el Servicio

Figura 4. Preparación al Parto Multicultural – Partos en la Maternidad



Fuente: Proporcionado por el Servicio

Durante mi paso por el servicio, tuve la oportunidad de asistir a varias formaciones:

- Los días 6 y 7 de diciembre fueron llevadas a cabo las “V Jornadas de *Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia. MAC 91 anos: O cuidar multidisciplinar*”. En estas jornadas diferentes Enfermeros generalistas y Matronas divulgaron acerca de diferentes temas del área.
- El día 29 de febrero asistí a la formación “*Maternidade em outras mãos*”.
- El día 19 de marzo de 2024 asistí a la formación “*Ser pai: Uma viagem de desafios*”, la cual mostró y dio relevancia a la importancia de la participación y acompañamiento del padre a lo largo del embarazo, parto y postparto.
- El día 6 de mayo de 2024 asistí a la formación “*Dia Internacional da Parteira*”.
- El día 13 de mayo de 2024 asistí a la formación “*Dia Internacional do Enfermeiro*”.

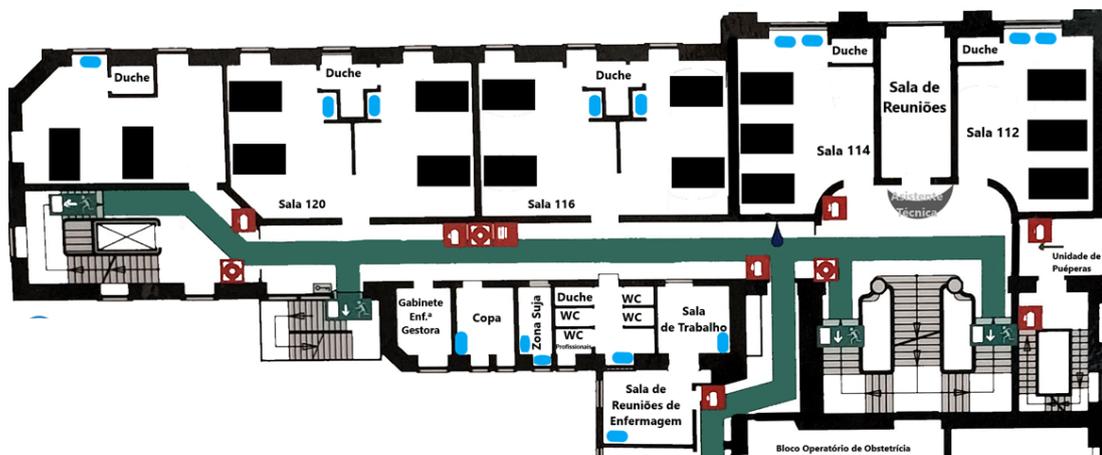
1.1.3. Servicio de Hospitalización de Medicina Materno-Fetal

El Servicio de Medicina Materno-Fetal [SMMF] es una unidad altamente diferenciada y especializada en la vigilancia y cuidados Materno-Fetales. Se encuentra en la primera planta de la Maternidad de la ULS A y cuenta con un equipo de 22 enfermeros (1 enfermera gestora, 17 matronas y 4 enfermeros generalistas), 9 Asistentes Hospitalarios de Ginecología/Obstetrícia y un número variable de Internos de la Especialidad de Ginecología y Obstetrícia; 7 asistentes operacionales; 1 asistente técnico y 1 técnica de higiene hospitalaria dedicada. Además de este grupo de profesionales, también se cuenta con psicólogos asistentes sociales, fisioterapeutas, especialistas en otras áreas como Medicina Interna, Endocrinología, Anestesiología, Pediatría, etc., y los equipos de Urgencias.

En relación al horario llevado a cabo en el servicio, este contempla 3 periodos de trabajo rotativos, turno de mañana de las 8h a las 16h, turno de tarde de las 15:30h a las 23h y el turno de noche, de las 22:30h a las 8:30h.

La Unidad cuenta con 14 camas para hospitalización de pacientes con gestación evolutiva en situación de riesgo Materno-Fetal y/o Inducción de Trabajo de Parto y 2 camas para hospitalización en situación de gestación no evolutiva/ interrupción voluntaria del embarazo, distribuidas de acuerdo con el plano presentado en la figura 5.

Figura 5. Plano del Servicio de Medicina Materno-Fetal



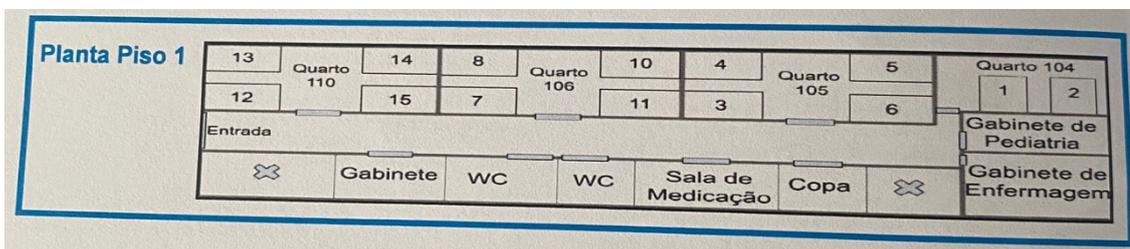
Fuente: Proporcionado por el Servicio

Cada sala tenía unas funciones determinadas: Las habitaciones destinadas a las vigilancias del embarazo de riesgo eran la 112, 114 y la 120; En la habitación 116 solían ingresar aquellas mujeres para inducir el trabajo de parto y en la habitación 121, ingresaban las mujeres para Interrupción Médica del Embarazo [IME] o Interrupción Voluntaria del Embarazo [IVE]. Además de las salas de hospitalización, existen otros espacios en el servicio como: sala de trabajo de enfermería, despacho de la enfermera gestora, sala de reuniones, zona sucia, WC del personal y WC para pacientes hospitalizadas.

1.1.4. Servicio de Hospitalización de Puerperio

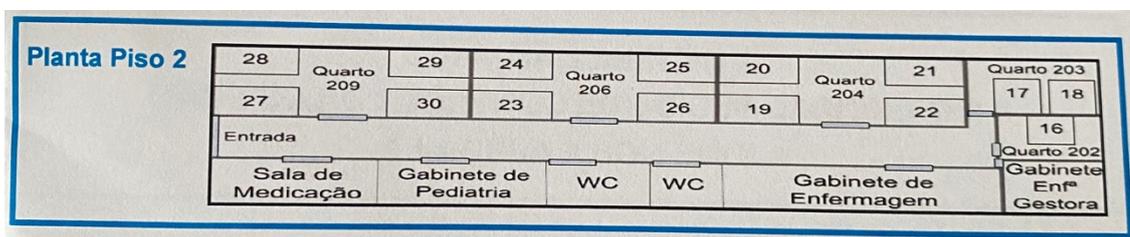
La Unidad de Puerperio se encuentra dividido en 2 pisos de la Maternidad de la ULS A y tiene una dotación total de 29 camas, distribuidas en 9 habitaciones, con 4 o 2 camas. Cuando ingresaban puérperas que por determinados motivos tenían al RN ingresado en Neonatología, se intentaba distribuir en las habitaciones de 2 camas, para favorecer su descanso. En el pasillo existe un WC de movilidad reducida y otro para las puérperas ingresadas. También se encuentran: Sala de medicación, Sala de trabajo de Enfermería, espacio del bebé donde hay dos cunas para valoración y realización de técnicas a los RN, despacho de Pediatría y en el segundo piso se encontraba el despacho de la Enfermera Gestora. A continuación, se muestra el plano con la distribución ya comentada para hacerlo más visual (Figura 6).

Figura 6. Plano piso 1 Puerperio



Fuente: Proporcionado por el servicio

Figura 7. Plano piso 2 Puerperio



Fuente: Proporcionado por el servicio

El equipo de Enfermería está presente en 3 turnos rotativos, turno de mañana de las 8h a las 16h, turno de tarde de las 15:30h a las 23h y el turno de noche, de las 22:30h a las 8:30h. En cada turno hay 5 enfermeras que son distribuidas en las dos plantas, quedando la planta con más carga de trabajo con tres enfermeras y la otra con dos.

Debido a la falta de enfermeros especialistas, en el servicio solo había dos matronas, el resto eran enfermeras generales, por lo que no era posible respetar el Reglamento de la Norma para Cálculo de Dotaciones Seguras de los Cuidados de Enfermería, de la *Ordem dos Enfermeiros* [OE], el cual pone de manifiesto que en las unidades de hospitalización de puerperio debe existir una matrona por cada tres pacientes en puerperio patológico, y una matrona por cada seis pacientes en puerperio normal. En estos servicios, también deben ser incluidos enfermeros especialistas en Salud Infantil y Pediátrica, actuando en complementariedad (Reglamento n.º 743/2019, 25 de septiembre de 2019).

Durante los días útiles, en el periodo de la mañana, se realiza la visita de los Obstetras y Pediatras; durante el fin de semana y festivos puede realizarse más tarde. Además, se dispone de apoyo de Psicología, Asistentes Sociales, Audiologistas, Dietistas, Secretaría de la Unidad y Asistencia Espiritual.

En relación a las visitas durante el ingreso en la Unidad, está permitido tener un acompañante, que será siempre el mismo, todos los días de 12h a 21h. A parte, se puede tener dos visitas, todos los días, de 14:30h a 16:30h. Los hijos menores pueden visitar a la madre durante una hora por día (máximo dos niños en simultáneo), entrando con el acompañante, de 18:30h a 20:30h.

1.1.5. Servicio de Neonatología

La Unidad de Cuidados Intensivos se sitúa en el primer piso de la Maternidad de la ULS A y tiene una capacidad de 13 boxes.

En relación al equipo de Enfermería, es constituida por la enfermera gestora, por los enfermeros responsables del equipo y los restantes enfermeros. Existen 5 equipos en cada unidad. Cada equipo es constituido por 6 enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos y de 5 en la Unidad de Cuidados Intermedios. El horario de trabajo de Enfermería es de mañana, de las 8h a las 16h; de tarde, de 15:30h a 23h y de noche, de las 22:30h a las 8:30h.

En relación al equipo médico, está constituido por el director del Servicio, Médicos Adjuntos y Médicos Residentes. Durante la semana, en el turno de la mañana, este equipo se distribuye por ambas Unidades de Neonatología. Durante las tardes, noches, fines de semana y festivos, dos o tres médicos están de guardia presencialmente 24 horas/día.

También existen tres o cuatro asistentes operacionales en el turno de la mañana y dos en el turno de la tarde y noche, de la misma forma en ambas Unidades. Por otro lado, hay asistentes técnicos en la Unidad presentes de lunes a viernes, de las 8h a las 17h.

Del equipo multidisciplinar forman parte fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, terapeuta del habla, técnica de audiología. Estos elementos también están presentes de lunes a viernes entre las 8h y las 16h, excepto el terapeuta del habla que está presente tres días a la semana y la técnica de audiología un día a la semana. Además de estos, también dan apoyo a la Unidad, el Servicio de Radiología, Laboratorio de Patología Clínica y Servicio de Inmunoterapia disponibles 24h por día.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [UCIN] tiene 11 boxes individuales, siendo que uno de ellos tiene un sistema de circulación de aire con presión positiva o negativa, conforme la necesidad. Cada box incluye una incubadora, monitor de parámetros vitales, jeringas y bombas infusoras, sistema de gases y aspiración por

vacuo, resucitador manual, contenedor de cortantes y varias cajas de guantes y material. También forman parte de la Unidad otras estructuras como: Sala de trabajo, zona de preparación de tratamiento/almacén, laboratorio, sala de descanso, zona sucia, WC para el personal sanitario y WC para los padres.

La Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales [UCINN] está constituida por las siguientes áreas: Una ante sala donde se encuentran las taquillas para los padres de los bebés ingresados con desinfectantes para la higiene de manos y una vez dentro, tres salas de hospitalización: dos salas con seis incubadoras en cada una, una sala con ocho cunas y una sala de aislamiento con capacidad para una incubadora o cuna. Otras estructuras: Sala de trabajo, sala de medicación, zona sucia, WC para el personal sanitario, el despacho de enfermera gestora, sala de equipamiento y sala donde es almacenada la leche, previamente preparada por el Banco de Leche y/o otros.

Durante el año de 2022, dieron entrada en la UCIN 301 RN y en la UCINN 522, siendo que, de estos, la mayoría son RN prematuros y los restantes son RN a término en situación crítica o con necesidades de vigilancia.

Así como en otros países, en Portugal también existe un Banco de Leche Humano [BLH] y se sitúa en la Maternidad. Este fue creado para ayudar a bebés, sobretodo prematuros, a beneficiarse de todas las ventajas ofrecidas por la leche humana, cuando la LM no es posible. El BLH recoge, trata, almacena y distribuye leche humana de donantes, tras el riguroso control analítico y la posterior pasteurización.

Este espacio es utilizado también para preparar la leche humana o leche de fórmula, para las 24 horas siguientes, los 7 días de la semana, para todos los RN ingresados en la Unidad de Neonatología, teniendo en cuenta las prescripciones médicas diarias y las necesidades de cada RN.

Este equipo es constituido por enfermeros que son responsables de la recepción, preparación y conservación de la leche. Además de los enfermeros, existen también asistentes operacionales que colaboran con ellos para la organización e higienización del espacio.

1.2. METODOLOGIA

En este subcapítulo se describe la metodología relacionada con el *Estágio de Natureza Profissional*, detallando los objetivos establecidos, la población diana de los cuidados, así como los métodos de aprendizaje desarrollados para alcanzar dichos objetivos.

Objetivos

De manera a dar respuesta a los objetivos definidos con base al reglamento de la UC del Curso de MESMO de la *Universidade de Évora* y de manera a alcanzar las competencias comunes y específicas del EEESMO, según la OE (2019), se detallan a continuación los objetivos propuestos:

El objetivo general del *Estágio* es:

- Adquirir las competencias inherentes a la especialidad de Enfermería de Salud Materna y Obstétrica.

Como objetivos específicos:

- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad en el ámbito de la planificación familiar y periodo preconcepcional.
- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo prenatal.
- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto.
- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo posnatal.
- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo climatérico.
- Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad que vive un proceso de salud/enfermedad ginecológica.
- Cuidar de las mujeres en edad fértil que forman parte de la comunidad.

Objetivo sobre la temática a estudio:

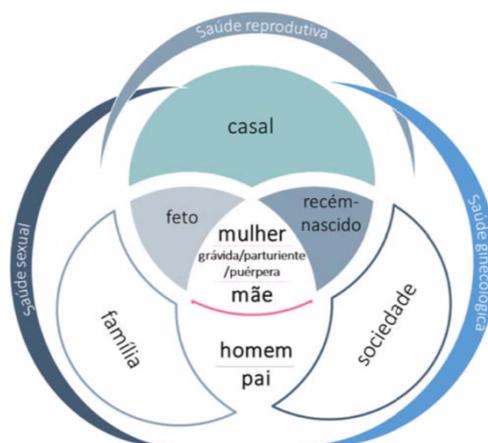
- Analizar la evidencia acerca del papel de la matrona en las mujeres con analgesia epidural obstétrica para una experiencia de parto positiva.

Población diana

La población diana de la práctica clínica abarca a todas aquellas mujeres en edad fértil, embarazadas, puérperas, junto con sus familias y RN, además de mujeres con patología ginecológica y en fase de climaterio (figura 8), que pertenecen a la comunidad de la zona de Lisboa Norte y Centro. Lo que distingue a esta población es su diversidad cultural, influenciada por la ubicación geográfica, siendo que más de un quinto de los

bebés nacidos en Portugal en 2023 son hijos de madres de nacionalidad extranjera (Campos, 2024).

Figura 8. Clientes de los cuidados especializados de Enfermería de Salud Materna y Obstétrica



Fuente: Ordem dos Enfermeiros (2021)

En cuanto a la población diana para la temática elegida, se incluyeron aquellas embarazadas a término en trabajo de parto que eligieron este centro hospitalario para el parto o fueron remitidas desde otros hospitales debido a complicaciones médicas o falta de disponibilidad.

Método de aprendizaje

El *Estágio de Natureza Profissional* fue llevado a cabo siguiendo un método de aprendizaje basado en la observación de los cuidados prestados y aplicación de los mismos, y la búsqueda bibliográfica para la revisión de la literatura de modo a profundizar en los conocimientos.

El *Estágio* fue dirigido y supervisado por la orientadora docente del MESMO de la *Universidade de Évora* y por la supervisora clínica de cada contexto clínico. De forma ordenada y en cada uno de los períodos prácticos, mantuve varias reuniones con la orientadora docente y la supervisora clínica, a mitad y al final de cada contexto. Estas reuniones tenían el propósito de intercambiar opiniones, supervisar las prácticas y evaluar el proceso de aprendizaje, haciendo mención tanto a mis puntos fuertes, así como a mis debilidades, con el propósito de reflexión y mejora. Cada contexto clínico era evaluado durante la última semana a través de una hoja de valoración con varios

ítems, donde el supervisor clínico calificaba de 0 a 20 cada una de las competencias definidas por la universidad.

Además, he mantenido el contacto con mi orientadora docente a través del correo electrónico y reuniones vía *Zoom* para la resolución de dudas relacionadas con el desarrollo del *Relatório*.

Para acompañar el proceso de aprendizaje fue fundamental aplicar un modelo teórico de Enfermería. El modelo seleccionado fue el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, ya que me siento identificada con los principios de la autora en relación con la promoción del bienestar integral de la mujer y su familia en cuanto a sistema. Según la autora, la persona es concebida como un sistema-cliente abierto, susceptible a los estresores ambientales que pueden impactar una o más variables constitutivas, influyendo en sus respuestas y derivando en un estado de mayor o menor bienestar (Freese, 2004).

2. APORTACIONES PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

En el ámbito de la Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, a menudo surgen dudas y cuestiones, que requieren ser abordadas de la manera mas eficaz y rigurosa posible, basándose en la evidencia disponible (OE, 2015). Los profesionales de enfermería deben evolucionar desde un enfoque que se basa únicamente en la experiencia, hacia uno que fomente el desarrollo del pensamiento critico y el juicio clínico fundamentado en resultados de investigaciones recientes en cuidados de salud, un enfoque conocido en los últimos años como enfermería basada en la evidencia (EBE) (Rivera-Rojas et al., 2023).

Con el objetivo de desarrollar y adquirir competencias que garanticen unos cuidados seguros y de calidad, con base al conocimiento científico, se recurrió a la realización de una revisión integrativa de la literatura junto con un análisis reflexivo de los datos obtenidos en la práctica clínica con el propósito de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Será que el papel de la matrona en la mujer con analgesia epidural obstétrica proporciona una experiencia de parto positiva?

2.1. ANALGESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO: PAPEL DE LA MATRONA

2.1.1. Introducción

La experiencia del parto es un momento crucial en la vida de una mujer, el cual está caracterizado por una gran variedad de emociones, expectativas y, muchas veces, por el dolor intenso que lo acompaña. El trabajo de parto es un proceso en el que suceden diferentes cambios fisiológicos para el nacimiento del bebe, tales como la dilatación cervical, las contracciones uterinas que provocan el aumento tensional de las fibras musculares del útero, compresión de las estructuras pélvicas y raíces del plexo lumbosacro. Tales dificultades pueden desencadenar la liberación de cortisol y catecolaminas derivadas del estrés doloroso (Veiga et al., 2021).

La percepción del dolor durante el trabajo de parto es altamente variable y está influenciada por una serie de factores individuales y externos, como el entorno ambiental, el nivel sociocultural, la preparación física y psicológica previa al parto, así como el apoyo familiar disponible para la gestante. Además, cuestiones técnicas, como

el inicio del trabajo de parto, intervenciones médicas o farmacológicas, paridad y la evolución del parto, también pueden influir en la necesidad y percepción del alivio del dolor durante el proceso (Rodríguez et al., 2019). Por todo ello, la analgesia ha sido una práctica cada vez más discutida, ya que la efectividad en el alivio del dolor puede influir de manera determinante en la satisfacción de la mujer en su proceso de parto.

El uso de la analgesia epidural ha ido aumentando constantemente en los últimos 20 años y se ha establecido como uno de los métodos farmacológicos más efectivos para aliviar el dolor durante el parto. Sin embargo, su uso no está exento de controversia, ya que se han documentado efectos secundarios significativos, como un aumento en la tasa de partos instrumentales, así como una prolongación de la segunda etapa del parto, hipotensión materna, bloqueo motor y retención urinaria (de la Torre et al, 2020).

En el acompañamiento durante el trabajo de parto con analgesia epidural, las matronas a menudo enfrentan un desafío peculiar: la sensación de no ser profesionales autónomas, según lo señalado por Colciago et al. (2019). Este sentimiento emerge en un contexto donde el enfoque médico domina, eclipsando la autonomía tradicionalmente asociada con la práctica de las matronas. Sin embargo, su papel es esencial en la gestión del dolor y en facilitar decisiones informadas para las mujeres, como destacan Aunea et al. (2021).

Con el transcurso del tiempo, se ha observado un cambio en la atención hacia intervenciones que pueden mitigar los efectos adversos de la analgesia epidural, promoviendo así una experiencia de parto más positiva.

Esta evolución se enmarca en la comprensión de lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce como “experiencia de parto positiva”. Según la OMS (2018), este concepto abarca

“Aquel parto que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Implica dar a luz a un bebé sano en un entorno clínico y psicológicamente seguro, con apoyo práctico y emocional continuo, con la capacidad de participar en la toma de decisiones, incluso cuando se necesiten o deseen intervenciones médicas” (OMS, 2018, p.1).

En este contexto, la movilización materna ha ganado un mayor reconocimiento, respaldada por múltiples estudios que destacan su importancia en el progreso del parto. La OMS aboga por la diversificación de posturas durante el trabajo de parto, señalando

beneficios como la reducción del tiempo de parto, menos intervenciones instrumentales y mejores resultados perineales.

Por ello, reconozco la importancia de profundizar en el tema a través de esta revisión de la literatura, cuyo objetivo principal es analizar la evidencia acerca del papel de la matrona en las mujeres con analgesia epidural para una experiencia de parto positiva.

2.1.1. Métodos

Dada la naturaleza del tema en estudio, el presente trabajo asienta en una revisión integrativa de la literatura que, según Sousa, et al. (2018) es constituida por cinco etapas: 1) Selección del tema de revisión; 2) Búsqueda de literatura en bases de datos; 3) Recogida, selección, lectura y análisis de los artículos buscados; 4) Redacción de la revisión; 5) Presentación de las referencias bibliográficas. En este tipo de revisión, los artículos seleccionados para la revisión pueden presentar una tipología muy amplia e incluir varios asuntos. Así, esta revisión pretende analizar cual es la evidencia acerca del papel de la matrona en las mujeres con analgesia epidural obstétrica para una experiencia de parto positiva.

Protocolo

Para la elaboración de esta revisión fue definida una cuestión de revisión, utilizando la metodología PI(C)O: P (población diana/population), I (tipo de intervención/intervention), O (resultados/outcomes). La elaboración de la cuestión PI(C)O tuvo por base los siguientes criterios (tabla 4).

En la secuencia de selección del tema y, de manera a dar respuesta al objetivo anteriormente definido, fue formulada la siguiente pregunta de investigación: ¿Será que el papel de la matrona en la mujer con analgesia epidural obstétrica proporciona una experiencia de parto positiva?

Tabla 4. Criterios de elaboración para la cuestión PICO.

P	Población diana	¿Quién fue diana de estudio?	Mujeres con analgesia epidural obstétrica
I	Intervención	¿Qué fue realizado?	Intervención de la matrona
O	Resultados	Resultados esperados	Experiencia de parto positiva

Fuente: Adaptado de Donato y Donato (2019)

Criterios de elegibilidad

De forma a acotar la recogida de datos, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos disponibles en texto completo y en los idiomas español, portugués e inglés, que respondieran a la pregunta de investigación en curso y con publicación en el horizonte temporal de 2017 a 2024. Como criterios de exclusión, no fueron considerados artículos sin relación con la temática, fechas de publicación anteriores a 2017 y resultados duplicados.

Estrategia de búsqueda y bases de datos

Tras la elaboración de la pregunta de investigación, se procedió a la recogida de datos sobre la temática, con recurso a bases de datos como Pubmed, *Google Scholar* y en Catálogo online EDS (*EBSCO Discovery Service*) da *Biblioteca da Universidade de Évora* que permite el acceso a varias bases de datos de referencia, acceso abierto y texto integral. La búsqueda fue realizada entre el mes de enero-marzo de 2024.

Fueron utilizadas descriptores en Ciencias de Salud (Decs) en lengua portuguesa, española e inglesa, con recurso a la intersección entre ellos a través del operador booleano (AND) de acuerdo con la siguiente disposición: Dolor de parto AND Analgesia Epidural AND Trabajo de Parto AND Nurse Midwives AND Midwifery Intervention (Tabla 5).

Tabla 5. Estrategia de búsqueda y bases de datos

Base de datos	Limitadores	Estrategia de búsqueda
Pubmed	1: Free full text; 2017-2024 2: Free full text; 2017-2024 3: Full text	1: Epidural analgesia AND Midwife intervention AND Labor obstetric 2: Analgesia epidural AND Labor obstetric AND Position changes 3: Nurse Midwives AND Analgesia Epidural
Google Scholar	1: Intervalo 2017-2024 2: Intervalo 2017-2024	1: Analgesia epidural AND Trabajo de parto 2: Nurse Midwives AND Analgesia Epidural
Catálogo Online EDS (Biblioteca da Universidade de Évora).	1: Texto integral; Ingles, portugués y español. Intervalo 2017-2024. 2: Texto integral; Ingles, portugués y español. Intervalo 2017-2024.	1: Dolor de parto AND Analgesia epidural AND Parto 2: Analgesia epidural AND Midwifery intervention AND Positions during labor

Fuente: Elaborado por la autora

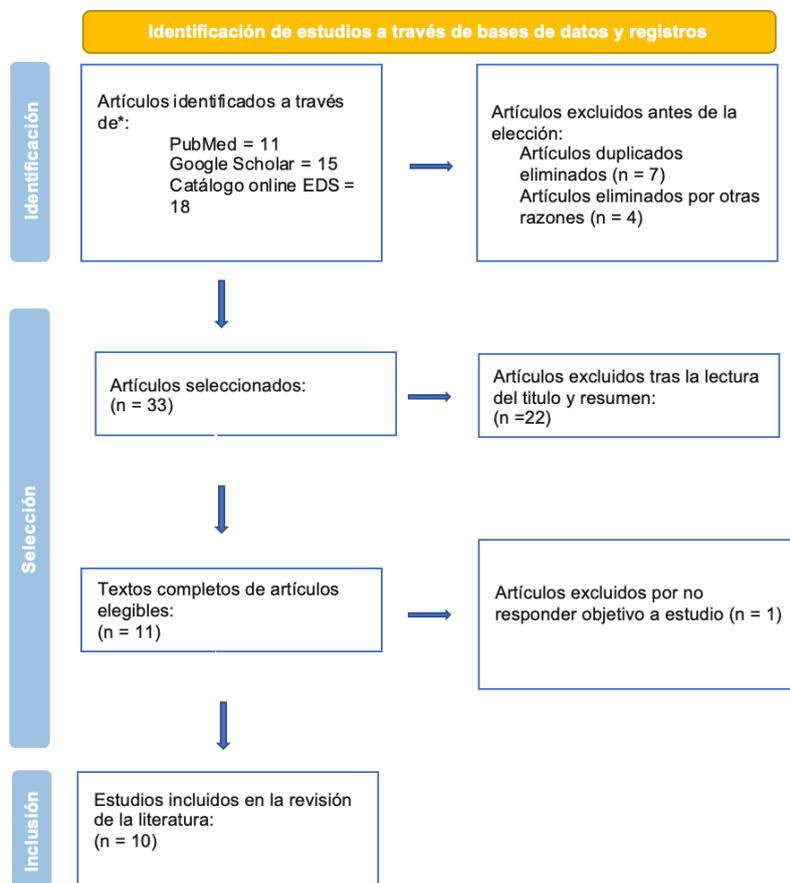
Evaluación de calidad

Para evaluar el riesgo de sesgo se recurrió a una herramienta para la evaluación de esta revisión, siendo elegido el formulario de elegibilidad de estudios del *Joanna Briggs Institute* [JBI], el cual fue desarrollado por el JBI y sus colaboradores y aprobados por el Comité Científico del JBI después de una extensa revisión (Joanna Briggs Institute, n.d). De modo a determinar la calidad de los estudios utilizados en la revisión de la literatura realizada, fueron analizados los diez artículos seleccionados para la revisión integrativa a través de los *checklists* de la JBI pertinentes. Cada estudio fue valorado respondiendo a una serie de diez-once preguntas con un “sí”, “no”, “poco claro” o “no aplicable”. Tras la realización del análisis, se determinó la inclusión de los diez artículos utilizados por obtener una evaluación positiva cumpliendo la mayoría de los ítems expuestos.

2.1.2. Resultados

Para mayor comprensión, se encuentra esquematizado el recorrido realizado para la selección de artículos, a través del fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (figura 9). En una primera fase de búsqueda, fueron identificados 44 resultados. Para la selección, se procedió a la lectura de títulos y resúmenes de los artículos, resultando de este proceso la selección de 33 artículos. Posteriormente, se efectuó la lectura integral de los 33 artículos, siendo 10 los elegidos para la revisión. Fueron excluidos los restantes por no responder al objetivo a estudio.

Figura 9. Presentación de diagrama de la selección de estudios



Fuente: Adaptación de modelo PRISMA

Análisis de los estudios

Los 10 artículos seleccionados con base a la cuestión de investigación y los objetivos de esta revisión fueron analizados y se procedió a la construcción del siguiente cuadro (Tabla 6) donde, por orden cronológico, se puede observar de forma sintética y organizada la información obtenida.

Tabla 6. Características de los estudios integrados en la revisión integrativa

Artículo 1: “Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives” (Barasinki, et al., 2018)	
País: Francia	
Objetivos	Describir la práctica de la matrona durante el parto (primer estadio y fase pasiva del segundo estadio).
Resultados/Conclusiones	Las matronas en Francia suelen ofrecer la administración de analgesia epidural como primer recurso durante el parto, aunque también utilizan alternativas no farmacológicas. En cuanto a las posturas usadas en el trabajo de parto, ofrecen una variedad de recomendaciones, las cuales pueden variar

	según el entorno laboral y la experiencia de cada matrona. En la fase inicial del parto, se aconseja a las mujeres que eligen no usar la analgesia epidural que utilicen una pelota de parto y se mantengan activas, mientras que para aquellas que sí la reciben, se recomienda principalmente adoptar posiciones horizontales, como el decúbito lateral. Durante la segunda etapa del parto, las matronas prefieren la posición lateral independientemente del método analgésico utilizado.
Artículo 2: “Relation between Length of Exposure to Epidural Analgesia during Labour and Birth Mode” (Garcia-Lausin, et al., 2019) País: España	
Objetivos	Apreciar la relación entre la duración de la exposición a la analgesia epidural y el riesgo de parto no espontáneo, e identificar factores de riesgo adicionales.
Resultados/Conclusiones	En este estudio se observó que las mujeres tuvieron más partos distócicos cuando la exposición a la analgesia epidural fue mayor a 8,05h en primíparas y 6,32h en multíparas. A pesar de estos datos, el uso de la analgesia epidural no es una causa directa de parto instrumental, sino que forma parte de una serie de intervenciones que pueden llevar a ello. La analgesia epidural está asociada con un aumento en el uso de oxitocina. Se ha demostrado que promover el uso de epidural con dosis bajas mejora los resultados del parto y disminuye las tasas de partos vaginales instrumentales. Aun y así, se debe proporcionar información basada en evidencia a las mujeres para que puedan elegir libremente el método de alivio de dolor que prefieran, ya sea farmacológico o no farmacológico, explicando los riesgos y beneficios.
Artículo 3: “Analgesia epidural como factor influyente tanto en el trabajo de parto como en los resultados materno-fetales posteriores” (Rodríguez, et al., 2019) País: España	
Objetivos	Determinar si la analgesia epidural es un factor influyente en las características del parto, en los resultados perinatales o en las complicaciones posteriores durante el puerperio.
Resultados/Conclusiones	El uso de la analgesia epidural aumenta la duración del segundo estadio de trabajo de parto, especialmente en los partos inducidos, y se relaciona con una mayor frecuencia de partos instrumentales. Las lesiones perineales graves (desgarros de III-IV grado) son más comunes en mujeres que utilizan analgesia epidural, mientras que las lesiones leves son más frecuentes en aquellas que no la utilizan. Las complicaciones postparto, como la hemorragia, son más frecuentes en mujeres que hicieron uso de analgesia epidural. En relación al índice de APGAR, este tiende a ser más bajo en los recién nacidos de madres que recibieron analgesia durante el trabajo de parto.
Artículo 4: “Management of the second stage of labour in women with epidural analgesia: A qualitative study exploring Midwives experiences in Northern Italy” (Colciago, et al., 2019) País: Italia	
Objetivos	Explorar las experiencias de las enfermeras matronas en el manejo de la segunda etapa del parto en mujeres con analgesia epidural.
Resultados/Conclusiones	El estudio aborda varios puntos clave: Duración del segundo estadio del parto y pujos: Hay discrepancias en cómo manejar la dilatación completa en

	<p>mujeres con epidural, variando según la experiencia de las matronas y las políticas del hospital. OMS y NICE recomiendan retrasar el pujo activo en mujeres con epidural 1-2 horas después de la dilatación completa, lo que puede acortar el tiempo de pujo, reducir desaceleraciones fetales y el cansancio materno.</p> <p>Posiciones maternas y movilidad: Las matronas jóvenes favorecen posturas verticales sobre la litotómica. Sin embargo, una revisión Cochrane indica que, en mujeres con epidural, los resultados son similares entre posturas verticales y acostadas, y se necesitan más pruebas.</p> <p>Bolos de epidural: No hay suficiente evidencia para afirmar que suspender la epidural durante el segundo estadio del parto reduce la tasa de partos instrumentales.</p> <p>Rol de la matrona: Es esencial para el apoyo físico, emocional, informativo y de defensa a las mujeres y sus parejas. La falta de comunicación y empatía de los profesionales de salud puede generar experiencias negativas en el parto.</p>
<p>Artículo 5: “Epidurals during normal labour and birth- Midwives’ attitudes and experiences” (Aunea, et al., 2021) País: Noruega</p>	
Objetivos	Conocer mejor las actitudes y experiencias de las matronas en relación con el uso de la epidural durante el parto normal.
Resultados/Conclusiones	<p>La cultura del lugar de trabajo influye en las actitudes y prácticas de las matronas respecto al manejo del dolor. Las matronas desempeñan un papel fundamental en la gestión del dolor durante el parto y en la promoción de la toma de decisiones informadas e individualizadas.</p> <p>Varios estudios demuestran que la epidural puede alargar el trabajo de parto y causar bloqueo motor, teniendo como consecuencia que las mujeres permanezcan tumbadas. Sin embargo, el estudio subraya la importancia de que las matronas conozcan la posición fetal y promuevan la movilización materna para facilitar el progreso del parto. Las posiciones verticales y la deambulacion pueden reducir la duración del parto.</p>
<p>Artículo 6: “Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos” (Veiga, et al., 2021) País: Brasil</p>	
Objetivos	Evaluar la relación entre el uso de las técnicas anestésicas y el resultado obstétrico de gestantes durante el trabajo de parto.
Resultados/Conclusiones	Este artículo señaló que la analgesia ofrece ventajas en el alivio del dolor y el confort durante el trabajo de parto. Sin embargo, también se identificó una relación entre su uso y ciertos efectos negativos, como el aumento de partos vaginales distócicos, el retraso en el inicio de la lactancia materna, la prolongación de la segunda fase de parto y la aparición de bradicardia fetal.
<p>Artículo 7: “Evaluación de la duración de la analgesia obstétrica y del tiempo entre la analgesia y el parto. Estudio observacional” (Zuluaga, et al., 2022) País: Colombia</p>	
Objetivos	Caracterizar el procedimiento de analgesia obstétrica y descubrir los tiempos entre analgesia y parto y vigilancia posparto en madres sanas.

Resultados/Conclusiones	La analgesia epidural durante el parto puede afectar el descenso del bebé, ya que el bloqueo epidural puede interferir en los reflejos abdominales, dificultando el pujo en el segundo estadio del parto. Usar dosis muy bajas de anestésicos espinales ayuda a evitar un bloqueo motor que podría interferir en el progreso del parto. Un estudio en mujeres primíparas encontró una relación entre la prolongación del trabajo de parto y la administración de analgesia epidural en fase latente, en comparación con las que no recibieron epidural. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la duración del parto entre las mujeres que recibieron epidural a partir de los 6 cm de dilatación cervical y las que no usaron epidural.
Artículo 8: “In harmony” or “disoriented”: Italian midwives struggling with epidural analgesia, an interpretive description” (Tarlazzi, et al., 2023) País: Italia	
Objetivos	Describir las distintas formas en que las matronas italianas concilian los puntos de vista filosóficos de su profesión sobre el parto con el uso de la analgesia epidural en la práctica clínica.
Resultados/Conclusiones	El estudio se centró en cómo las matronas armonizan sus creencias filosóficas sobre el parto con el uso de analgesia epidural. Se identificaron dos principales enfoques: la "matrona desorientada" y la "matrona en armonía". Según Hodnett et al. (2011), la actitud de los profesionales de la salud es crucial para la satisfacción de las mujeres durante el proceso de parto, planteando nuevas preguntas sobre lo que constituye una buena práctica de partería para quienes eligen la epidural. Los hallazgos de la investigación destacan que una actitud proactiva de las mujeres hacia el parto (después de eliminar el dolor) puede ayudar a las matronas a sentirse “en armonía” con la analgesia epidural. Sin embargo, algunas mujeres se sienten desconectadas de su cuerpo y del proceso de parto, lo que puede resultar en una “matrona desorientada”. Este estudio destaca la importancia de que las matronas desarrollen una actitud resiliente para mantener un equilibrio en el debate entre la fisiología y la medicalización del parto.
Artículo 9: “Influence of Laboring People’s Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis” (De Verasategui-Martín, et al., 2023) País: España	
Objetivos	Los objetivos fueron: 1) Evaluar la influencia de la movilidad y cambios posturales en los resultados perinatales y neonatales en personas en trabajo de parto con analgesia epidural. 2) Describir la gama de intervenciones de movimientos utilizadas durante la primera y segunda etapa del trabajo de parto. 3) Describir el nivel de bloqueo motor entre las personas con analgesia epidural de dosis baja.
Resultados/Conclusiones	Este estudio resalta la importancia de la fisiología y la biomecánica natural del parto, para fomentar la movilidad de las parturientas incluso en aquellas con analgesia epidural. Las matronas deber encargarse de promover la libertad de movimiento y los cambios de posición para facilitar la progresión del parto con analgesia epidural. Aunque no se identificaron beneficios claros de la movilización durante el parto con epidural, tampoco se hallaron efectos

	adversos. Por ello, los profesionales de atención perinatal deben fomentar la movilización si la persona en trabajo de parto lo desea, a lo largo de todo el proceso de parto.
Artículo 10: “Labor analgesia and its impact on the maternal and perinatal outcomes” (Guesine, et al., 2023) País: Brasil	
Objetivos	Evaluar los resultados maternos y perinatales adversos en parturientas sometidas a analgesia del trabajo de parto.
Resultados/Conclusiones	La administración de analgesia en parturientas con una dilatación cervical superior a 9 cm se asoció con un mayor riesgo de parto distócico con fórceps. Además, se observó una mayor incidencia de bradicardia fetal, necesidad de oxigenoterapia neonatal e ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Por otro lado, cuando la analgesia se administró en mujeres con dilatación cervical inferior a 4 cm, se encontró un mayor riesgo de cesárea y una mayor frecuencia de puntuaciones de APGAR menores a 7 en el primer minuto. En conclusión, el uso de analgesia del parto en parturientas con dilatación cervical menor a 4 cm o superior a 9 cm se asoció con una mayor incidencia de resultados adversos tanto maternos como neonatales.

Fuente: Elaborado por la autora

2.1.3. Discusión

De acuerdo con los datos presentados en la sección de resultados, a continuación, es llevada a cabo una discusión tras su lectura detallada. Con el intento de alcanzar los objetivos propuestos en esta revisión, y de acuerdo con los resultados obtenidos, estos han sido agrupados en dos categorías: 1) Analgesia epidural y su influencia en el trabajo de parto y 2) Papel de la matrona en la parturienta con analgesia epidural.

1) *Analgesia epidural y su influencia en el trabajo de parto*

Tras el análisis de los resultados, diversos estudios revelan una serie de hallazgos significativos sobre la relación entre la administración de analgesia epidural y diversos resultados obstétricos y neonatales.

A lo largo de los años se ha dado más importancia al uso de métodos de alivio del dolor, ya fuesen no farmacológicos o farmacológicos, siendo los primeros más aconsejados al inicio del trabajo de parto por no tener efectos secundarios maternos ni neonatales (Veiga, et al., 2021). La elección del método dependerá de las preferencias de la mujer y siempre podrá utilizar varios métodos durante el proceso de parto. La capacidad de aliviar el dolor de manera efectiva puede tener un impacto significativo en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto (Garcia-Lausin, et al., 2019; Rodriguez, et al., 2019).

En relación con los métodos farmacológicos, la analgesia epidural fue descubierta por Fidel Pagés, cirujano militar español en 1921, y su uso ha aumentado en los últimos 20 años en los países desarrollados. Se trata de una técnica de bloqueo nervioso central, que consiste en la administración de anestésico local, asociado o no a un opioide, en el espacio epidural, cerca de los nervios que transmiten el dolor desde el útero y el canal del parto al cerebro. Puede administrarse a dosis intermitentes a demanda materna, perfusión continua o una bomba controlada por la paciente (Rodríguez, et al., 2019).

Actualmente la analgesia neuro axial se ha convertido en el “gold standard” para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto, debido a su seguridad materno-fetal y alto potencial analgésico, disminuyendo el estrés materno y mejorando así la oxigenación sanguínea y circulación uteroplacentaria (Rodríguez, et al., 2019; Veiga, et al., 2021).

Sin embargo, a pesar de los beneficios de este método, también se ha visto que su uso conlleva algunos riesgos y repercusiones obstétricas como el aumento del primer y segundo estadio de trabajo de parto, con el consecuente aumento en la utilización de oxitocina para aumentar las contracciones uterinas, o la necesidad de utilización de instrumentos para resolver un parto distócico (Veiga, et al., 2021; Guesine, et al., 2023).

Según Zuluaga, et al. (2022), el tiempo de duración del trabajo de parto varía de mujer a mujer y depende de múltiples factores. Se ha determinado que la paridad es uno de ellos, estimándose una progresión de 1cm/hora en mujeres primíparas, y de 1,5-2cm en multíparas. La analgesia epidural en el trabajo de parto puede alterar esta media debido al bloqueo que produce, interfiriendo en los reflejos de prensa abdominal y dificultando así el pujo en el segundo estadio de parto. Como estrategia para evitarlo, se ha estudiado que el uso de dosis más bajas de anestésicos locales reduce el bloqueo motor y hace que no afecte tanto el progreso del trabajo de parto mejorando sus resultados (García-Lausin, et al., 2019).

También se ha visto que el momento de administración de la analgesia epidural puede ser un factor importante en los resultados obstétricos. En un estudio realizado en primigestantes, se evidenció que las mujeres que recibieron analgesia en fase latente de trabajo de parto, es decir, antes de los 4 cm de dilatación, tuvieron un trabajo de parto mayor al esperado, por ello, se recomienda su utilización una vez se haya establecido el trabajo de parto activo (García-Lausin, et al., 2019; Guesine, et al., 2023; Zuluaga, et al., 2022). Aun y así, según el Colegio Americano de obstetras y Ginecólogos (2023), en

ausencia de contraindicación médica, el momento adecuado para el uso de la analgesia epidural dependerá de la demanda materna.

Otro estudio de Rodríguez, et al., (2019), añade otros resultados adversos como la hipotensión, hipertermia, retención urinaria y aumento de las malposiciones fetales en el canal del parto, y consecuentemente mayor número de partos distócicos. Por otro lado, en relación al trauma perineal y del suelo pélvico, se ha destacado mayor incidencia de desgarros de I-II grado en aquellas mujeres que no recibieron analgesia epidural, probablemente debido a la dificultad para controlar los pujos por el dolor. Sin embargo, los desgarros de grado III-IV están más asociados con la frecuencia de partos instrumentales, e indirectamente con el uso de la epidural.

Por otra parte, un trabajo de parto más largo hace más probable que haya una exposición más prolongada a la analgesia epidural y con ello, más posibilidades de parto asistido. Sin embargo, cuando la analgesia epidural es administrada no es posible predecir cuantas horas la necesitará.

La inducción del trabajo de parto, la desproporción cefalopélvica y la mal presentación fetal, son algunos de los factores potenciales que hacen que el proceso sea más largo y doloroso, esto se traduce en más solicitudes de analgesia epidural y su utilización durante más tiempo. Estos factores ponen en cuestión si es la analgesia epidural la que provoca con mayor frecuencia partos instrumentales, o si en cambio, lo es un parto más largo y doloroso (García-Laúsin, et al., 2019).

En el estudio MidconBirth (2017), la hipótesis que fue formulada fue que la exposición prolongada a la analgesia epidural es uno de los factores asociados al parto vaginal instrumental. Se observó que las mujeres tuvieron más partos instrumentales cuando la exposición a la analgesia epidural fue superior a 8,05 horas en las primíparas y superior a 6,32 horas en las múltiparas. A pesar de que la analgesia epidural no sea una causa directa de parto asistido, forma parte de la cascada de intervenciones que pueden llevar a ello (García-Laúsin, et al., 2019).

Las orientaciones del National Institute for Health and Care Excell [NICE] recomiendan no ofrecer de manera rutinaria intervenciones durante la primera fase del parto, favoreciendo que el trabajo de parto progrese según la fisiología. Las opciones alternativas a la analgesia epidural deben estar fácilmente accesibles y ser informadas previamente a las mujeres, así como también los profesionales de la salud deben conocer bien estos métodos. En general, las mujeres deben tener la libertad de escoger

el método de alivio del dolor que les resulte más adecuado durante el trabajo de parto (Garcia-Lausin, et al., 2019).

A pesar de la multitud de estudios al respecto, aun existen controversias en sus resultados y se debería seguir avanzando en el conocimiento del impacto de la analgesia epidural en el parto (Garcia-Lausin, et al., 2019; Rodriguez, et al., 2019; Veiga, et al., 2021).

2) Papel de la matrona en la mujer con analgesia epidural

La Confederación Internacional de Matronas [ICM] resalta el papel central que tienen las matronas a la hora de buscar estrategias para la promoción de un parto normal. Según el NICE (2021), las matronas deben informar a las mujeres tanto sobre los riesgos como los beneficios de recibir analgesia epidural y de qué manera podría afectar su parto. A pesar de ello, Sanders y Lamb, hablan sobre las dificultades que pueden tener las matronas a la hora de brindar información a las mujeres cuando estas ya están en la sala de partos y pueden sentir tal dolor que su estado emocional no les permita comprender los pros y contras de los diferentes métodos de alivio del dolor. Por ello, el estudio hace referencia a la importancia de hablar sobre cómo afrontar el dolor en la atención prenatal (Aunea, et al., 2021).

Las necesidades de las mujeres son diferentes y pueden variar a lo largo del proceso, por lo que las matronas deben individualizar los consejos en relación al manejo del dolor durante el parto y adaptarse a cada situación.

Dos de los estudios exponen la visión de la matrona en relación con la analgesia epidural dividiéndola en dos perspectivas, una de ellas se refiere a la “matrona en armonía” o “matrona resiliente” y la otra posición sería la de la “matrona desorientada”.

La primera visión no entiende la necesidad de sentir dolor durante el parto cuando existe la posibilidad de usar la analgesia epidural para aliviarlo. Afirma que es una buena oportunidad, siempre y cuando la matrona también tenga conocimiento sobre las posibles consecuencias que puede tener y tenga en cuenta la importancia de promover un parto eutócico. Este tipo de matrona tiene en cuenta aquellos aspectos que pueden cambiar tras el uso de la epidural y colabora con todos los profesionales presentes en la sala de partos.

El objetivo principal de la “matrona resiliente” es asegurar que la mujer tenga una experiencia de parto satisfactoria, respetando su elección sobre el método de alivio del dolor que prefiera. Por otro lado, desde el punto de vista de la “matrona desorientada”,

esta se mantiene más reticente en cuanto a la analgesia epidural ya que cree en la capacidad de la mujer para dar a luz sin la necesidad de ninguna intervención. Además, considera la epidural como un procedimiento invasivo que no puede incluirse en la definición de parto normal. Este grupo explica cómo con la analgesia epidural el trabajo de parto puede volverse más pasivo tanto para la mujer como para la matrona, ya que la atención se centra más en el descanso.

En esa misma línea, considera que el parto con epidural es más complicado debido a que no puede basarse en señales naturales, como la voluntad de pujar o la elección de posiciones por parte de la mujer para facilitar ese momento, para verificar que el parto progresa adecuadamente. Este tipo de matrona refiere tomar un rol muy directivo, indicando a la mujer lo que debe sentir y hacer, porque la mujer no puede detectar las sensaciones de su propio cuerpo. Por el contrario, el otro enfoque insiste en que una mujer con analgesia epidural, al tener el dolor más controlado, puede llegar a ser más cooperativa (Tarlazzi, & Parma, 2023).

Según Wiklund et al. (2021), la actitud de las matronas puede verse afectada por la unidad obstétrica donde trabajan y la experiencia laboral, siendo las matronas que trabajan en unidades de bajo riesgo aquellas que tienen una mayor creencia en el parto normal. La actitud de los trabajadores de salud puede ser determinante en la satisfacción de las mujeres en el momento del parto (Aunea, et al., 2021; Tarlazzi, & Parma, 2023).

La mayoría de los estudios seleccionados demuestran que la epidural puede provocar un parto prolongado y un bloqueo motor, debido a esto, las mujeres acaban por encontrarse en decúbito supino en la cama. No obstante, la OMS recomienda que las matronas incentiven a las mujeres a probar diversas posturas en vez de quedarse en decúbito supino por mucho tiempo. Aunea, et al. (2021), también menciona en su estudio cómo las matronas destacaron la relevancia de la movilización para facilitar un parto normal en mujeres con epidural. Además, subrayaron la importancia de conocer la posición fetal para que las profesionales puedan trabajar activamente para promover la rotación normal y así ayudar en el progreso del trabajo de parto. Una revisión Cochrane (2021), determinó que estar de pie y deambular reduce el tiempo de trabajo de parto.

Baranski, et al. (2018), señala cómo la edad de las matronas influye en su método de trabajo, siendo las más jóvenes las que presentan mayor predisposición a ofrecer

diferentes posiciones diferentes a la de litotomía, como por ejemplo la posición de cuatro apoyos, y uso de bola de partos.

En el caso de aquellas mujeres con mayor bloqueo motor que no pueden mantenerse de pie, las matronas resaltaron la importancia de no desistir y emplear sus habilidades para ayudarlas a cambiar de posición en la cama. Las posiciones preferidas por las matronas del estudio de Baranski, et al., (2018), fue la posición lateral y sentada.

Una guía de práctica clínica del Ministerio de Sanidad español describe el parto como un proceso dinámico y continuo en el que los eventos de cada fase pueden influir en el resultado final.

A parte de la movilidad materna, se han estudiado otras estrategias para favorecer una experiencia de parto positiva. Una revisión Cochrane indicó que interrumpir la analgesia epidural en una fase avanzada del trabajo de parto con el objetivo de disminuir los partos vaginales instrumentales solo resultaría en un control inadecuado del dolor y, por lo tanto, no está respaldado por la evidencia científica. Por otro lado, afirmó que no existe evidencia suficiente para sugerir un momento específico para el pujo. Sin embargo, se vieron beneficios claros cuando se habla de retrasar el pujo en mujeres con analgesia epidural, a pesar de tener dilatación cervical completa, hasta que la propia mujer sienta la necesidad de pujar, pudiendo ser una estrategia efectiva para aumentar los partos vaginales espontáneos y reducir tanto los partos asistidos como la duración de la segunda etapa activa del parto.

A pesar de identificarse diferentes maneras de trabajar, en general, las matronas reflejaron que promover una fase pasiva más larga favorece la reducción de los esfuerzos de pujo materno con una consecuente disminución del riesgo de morbilidad materna y fetal consiguiendo una experiencia materna más positiva de nacimiento.

En los últimos años ha emergido un nuevo método de analgesia epidural llamado analgesia epidural de baja dosis o “ambulante”. Se ha comprobado que este tipo de analgesia epidural causa un bloqueo motor menos intenso, aunque puede requerir un mayor uso de bolos de rescate para el alivio del dolor (Verasategui-Martin, et al., 2022).

La OMS (2021) enfatiza que el alivio farmacológico del dolor no debe ser nunca sustituido por el apoyo de las matronas durante el trabajo de parto, estas deben “trabajar con” las mujeres en trabajo de parto para promover un proceso de parto normal, incluso en aquellas mujeres que hayan optado por la analgesia epidural.

De igual manera lo apoya The Royal College of Midwives (2018), quien indica que la continuidad en el cuidado y la presencia de la matrona son factores cruciales para

umentar la satisfacción de las madres que reciben analgesia epidural. En particular, después de que se administra la epidural, la mayoría de las mujeres apreciarían que la matrona discuta con ellas los planes sobre el progreso del parto.

Actualmente, existe una falta de directrices sobre las mejores prácticas de partería para mujeres con analgesia epidural en la segunda etapa del parto. A pesar de ellos, las matronas deben promover la libertad de movimientos y los cambios de posición para facilitar el avance del parto con analgesia epidural (Colciagoa, et al.,2019).

Limitaciones

En relación a las limitaciones encontradas, estas fueron básicamente en el momento de realizar la búsqueda y selección de artículos, ya que muchos hacían referencia a las repercusiones que la analgesia epidural puede tener sobre la progresión del trabajo de parto e intervenciones a tener en cuenta, pero pocos hablan sobre las intervenciones de la matrona como principal prestadora de cuidados durante el trabajo de parto.

Recomendaciones para la práctica profesional

En cuanto a las recomendaciones para la práctica profesional, es esencial que los profesionales de la salud y en especial las matronas, sigan formándose de manera continua sobre las últimas prácticas y evidencias relacionadas con el manejo del dolor durante el trabajo de parto para fomentar la atención humanizada y la fisiología del trabajo de parto, a pesar del uso de algunas intervenciones médicas como la analgesia epidural.

2.1.4. Conclusión

La analgesia epidural obstétrica ha mostrado ser un eficaz método para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, siendo ampliamente utilizada en países desarrollados por sus beneficios en la reducción del estrés materno. No obstante, su uso también conlleva ciertos riesgos y repercusiones obstétricas, como el aumento de la duración del primer y sobretodo segundo estadio del parto y la necesidad de intervenciones adicionales como la administración de oxitocina o el uso de instrumentos para resolver partos distócicos.

La intervención de la matrona en mujeres con analgesia epidural durante el trabajo de parto puede desempeñar un papel esencial en la promoción de una experiencia de

nacimiento positiva. Diferentes estudios han destacado tanto los beneficios como los desafíos asociados al uso de analgesia epidural y el papel crucial de las matronas en este contexto.

La movilidad durante el trabajo de parto es otro factor clave. La OMS y otros organismos recomiendan la promoción de la movilidad y el uso de diversas posturas, incluso con analgesia epidural. Las matronas tienen la responsabilidad de incentivar a las mujeres en cambiar de posición para facilitar el progreso del trabajo de parto y reducir el riesgo de complicaciones asociadas con la inmovilidad prolongada.

Las investigaciones también subrayan la importancia de adaptar las intervenciones según las necesidades individuales de cada mujer. El uso de dosis bajas de anestésicos locales en la epidural puede minimizar el bloqueo motor y favorecer un trabajo de parto más activo. Además, el momento de administración de la analgesia epidural debe ser considerado, siendo siempre recomendado iniciarla en fase activa, aunque el momento ideal será siempre cuando la mujer la demande.

Un aspecto relevante es la promoción de una fase pasiva más larga en el segundo estadio del parto, lo que puede reducir el riesgo de morbilidad materno-fetal. Esta estrategia puede contribuir significativamente a una experiencia más positiva, permitiendo que el cuerpo de la mujer y el bebé trabajen conjuntamente en el proceso de nacimiento.

En definitiva, la continuidad en el cuidado por parte de la matrona y su presencia constante son factores determinantes para aumentar la satisfacción de las mujeres con analgesia epidural. La comunicación efectiva y la planificación conjunta del progreso del parto pueden empoderar a las mujeres y proporcionarles una mayor sensación de control y apoyo durante el proceso.

2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTENIDOS EN LA PRÁCTICA CLINICA

Considerando el modelo teórico de Betty Neuman, durante el proceso de trabajo de parto, la mujer y su familia pueden verse sometidos a diversos factores estresantes, donde el ambiente desempeña un papel crucial, influyendo de manera positiva o negativa en la experiencia de nacimiento. Factores como el dolor, el miedo, el exceso de intervenciones médicas, la falta de información y apoyo emocional, así como intervenciones obstétricas innecesarias, pueden actuar como desencadenantes de estrés, conduciendo a la inseguridad/miedo y comprometiendo a la progresión fisiológica del trabajo de parto.

Tras la revisión de la literatura, el rol de la matrona se revela como esencial durante el proceso de parto, ya que esta figura tiene la capacidad de intervenir en el ambiente creado por la parturienta. Su intervención puede ir al encuentro de las expectativas y preferencias de la mujer respecto al nacimiento, con vista a promover su bienestar. Es competencia de la matrona proporcionar un cuidado adecuado, que asegure un equilibrio entre las necesidades de la mujer y su familia, optimizando la capacidad de respuesta para garantizar su satisfacción durante el proceso.

A continuación, se presentan los datos recogidos durante la práctica clínica a cerca de la temática elegida, los cuales han sido registrados y analizados a través de Excel versión Office 365.

Características sociodemográficas de la muestra

Durante el periodo de prácticas realizado en Sala de Partos, presté cuidados a un total de 108 mujeres, 97 de las cuales obtuve datos para poder analizar en el presente *Relatório* (Tabla 7). Las edades comprendidas fueron entre los 18 y los 42 años, con media de edad de 29,85 años. El rango de edad con mayor porcentaje fue entre 30-34 años (29,9%). En Portugal, así como en otros países europeos, se ha visto como cada vez se tienen menos hijos y cada vez más tarde, siendo que actualmente las mujeres tienen el primer hijo a los 31 años, cuatro años más tarde de lo que ocurría hace dos décadas (*Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024*).

Relativamente a la nacionalidad, puede verse una gran diversidad cultural entre las mujeres atendidas, siendo después de la nacionalidad portuguesa (54,6%), Bangladesh, Brasil, Angola y Nepal los países de origen más frecuentes entre la población extranjera (45,4%). En 2020 se verificó un aumento de la población extranjera residente en Portugal, hecho que hace que, la contribución de inmigrantes para la natalidad del país sea cada vez más notable, siendo más de un quinto de los bebés nacidos en Portugal en 2023 hijos de madres de nacionalidad extranjera, cuando hace una década representaban menos del 9% del total de los nacidos-vivos. Datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística [INE] muestran como en 2023, 18.734 de las 85.699 bebés nacidos en Portugal eran hijos de mujeres extranjeras residentes en el país.

En relación al nivel de estudios, la mayoría de las parturientas habían cumplido la escolaridad obligatoria (60,8%). De ellas, un 37,1% había superado el bachillerado y un 20,6% contaba con una Licenciatura, *Mestrado* o Doctorado. A la hora de preguntar por

la escolaridad tuvo limitaciones debido a la barrera idiomática o a las diferencias a nivel de formación entre países, por lo que desconozco un gran porcentaje de los datos.

Relativamente a la situación profesional, más de la mitad de la población a estudio se mostró activa dentro del ámbito laboral (61,9%).

Tabla 7. Características Sociodemográficas

Características Sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-24	19	19,6%
	25-29	27	27,8%
	30-34	29	29,9%
	35-39	18	18,6%
	≥40	4	4,1%
País de origen	Portugal	53	54,6%
	Brasil	6	6,2%
	India	3	3,1%
	Nepal	5	5,2%
	Paquistán	1	1,0%
	Guinea	2	2,1%
	Cabo Verde	4	4,1%
	Angola	5	5,2%
	Bangladesh	8	8,2%
	Filipinas	1	1,0%
	Mozambique	1	1,0%
	Irán	1	1,0%
	Uruguay	1	1,0%
	Santo Tomé	4	4,1%
	Senegal	2	2,1%
Nivel de estudios	1ºCiclo	0	0,0%
	2º Ciclo	1	1,0%
	3º Ciclo	3	3,1%
	Bachillerato	36	37,1%
	Licenciatura/Mestrado/Doctorado	20	20,6%
Situación profesional	Desconocido	37	38,1%
	Empleada	60	61,9%
	Desempleada	31	32,0%
	Desconocido	6	6,2%

Fuente: Elaborado por la autora

Caracterización Obstétrica de la muestra

Con relación a los datos obstétricos (Tabla 8), se ha visto que para el 57,7% de las mujeres atendidas este sería su primer hijo. El embarazo actual fue vigilado por la mayoría de mujeres (78,4%) y el control fue llevado a cabo principalmente en el Centro de Salud (77,3%) con un total de consultas entre 6-10 (33%). En cuanto a la edad gestacional, el 52,6% se situaban entre las 37 y 39 semanas y 6 días, y el 47,4% entre las 40 y 42 semanas.

Relativamente al Riesgo Obstétrico, este fue evaluado a través de la Escala de Goodwin modificada y obtuve como resultado un 73,2% de embarazos de bajo riesgo, 24,7% de medio riesgo y un 2,1% de alto riesgo.

A pesar de la importancia de la participación a los cursos de preparación al parto y parentalidad, tan solo un 23,7% de las mujeres había asistido. Al igual que solo un 13,4% de las mujeres traía consigo un plan de parto. Los programas de preparación al parto permiten promover el conocimiento, el bienestar, la confianza y seguridad de las mujeres y parejas en relación al embarazo, parto, postparto y transición a la paternidad (DGS, 2020). Todas las mujeres deben tener acceso durante el embarazo, a los programadas de preparación al parto y parentalidad. Así mismo, el plan de parto es una de las herramientas recomendadas por la OMS para la asistencia al parto normal, debiendo ser este individualizado, considerando las necesidades y preferencias de las embarazadas. El plan de parto promueve el empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos y las buenas prácticas de atención, debiendo ser respetado por todos los profesionales de salud, considerándose un documento legal que puede ser modificado en cualquier momento (Nascimento et al., 2023). Sin embargo, la promoción del plan de parto parece no realizarse de forma continua en las consultas de vigilancia prenatal, hecho que puede justificar el porcentaje reducido de mujeres que presentan un plan de parto el día del nacimiento. Por ello, es crucial el papel de la matrona en la etapa prenatal para realizar educación sanitaria que ayude a la mujer a tomar decisiones informadas y conscientes a cerca del proceso que viven (Silva & Lopes, 2020).

Tabla 8. Caracterización Obstétrica

Caracterización Obstétrica	Frecuencia	Porcentaje	
Número de partos anteriores	Ninguno	56	57,7%
	Uno	27	27,8%
	Dos	11	11,3%
	>2	3	3,1%
Vigilancia embarazo	Si	76	78,4%
	No	12	12,4%
	Desconocido	9	9,3%
Lugar de vigilancia	Centro de Salud	75	77,3%
	Hospital privado	3	3,1%
	Hospital público y privado	1	1,0%
	Hospital público	7	7,2%
	Desconocido	11	11,3%
Número de consultas	1-5 consultas	16	16,5%
	6-10 consultas	32	33,0%
	>10 consultas	12	12,4%
	Desconocido	37	38,1%
Edad gestacional	37 semanas – 39 semanas y 6 días	51	52,6%
	40 semanas- 42 semanas	46	47,4%
Riesgo Obstétrico (Goodwin modificado)	Bajo	71	73,2%
	Medio	24	24,7%
	Alto	2	2,1%
Curso de preparación para el parto	Si	23	23,7%
	No	73	75,3%
	Desconocido	1	1,0%
Plan de parto	Si	13	13,4%
	No	83	85,6%
	Desconocido	1	1,0%

Fuente: Elaborado por la autora

Caracterización del Trabajo de Parto

En cuanto a las características del Trabajo de Parto de las mujeres acompañadas (Tabla 9), relativamente al motivo de ingreso, el 29,9% de las mujeres fueron ingresadas en Sala de Partos por haber entrado en trabajo de parto espontáneo y estar en fase activa. Otros de los motivos por los cuales quedaron ingresadas fueron: rotura

espontánea de bolsa amniótica con o sin trabajo de parto (26,8%), presentar contractilidad uterina dolorosa (8,2%), inicio de trabajo de parto en fase latente (5,2%), y algunas de ellas quedaron ingresadas para inducir el trabajo de parto (27,8%). Según la OMS (2018), en el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda atrasar el ingreso a la sala de partos hasta el periodo de dilatación activa, con el objetivo de disminuir intervenciones médicas innecesarias.

Durante el ingreso en Sala de partos, el modo de monitorización cardiotocográfico fue externo y sin cables (*wireless*) (100%), eso permitió el libre movimiento de la mujer en trabajo de parto, promoviendo de esta manera su autonomía. No obstante, cuando la embarazada de bajo riesgo no estaba haciendo uso de analgesia epidural u oxitocina y solicitaba ir al *Espaço Snoezelen* para hacer hidroterapia, se realizaba auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal mediante ecografía Doppler cada 15 minutos mínimo durante un minuto, siguiendo la recomendación de la OMS (2018).

En cuanto al alivio del dolor del trabajo de parto, la mayoría de las mujeres (70,1%) utilizaron métodos no farmacológicos del dolor siendo los más frecuentes la respiración, básculas con bola suiza, la deambulación, la hidroterapia y la musicoterapia. Un 38,1% de mujeres también usó métodos farmacológicos como la analgesia endovenosa, siendo los analgésicos más utilizados el Paracetamol y la Buscapina, y un 77,3% hizo uso de analgesia epidural.

Un 73,2% de las mujeres acompañadas mostraron conocimiento sobre la analgesia epidural, ya fuera por haber hecho uso de ella en partos anteriores (25,8%) o bien por haber sido informadas durante el periodo prenatal. En cuanto al medio de información, un 10,3% refirió haber sido informada por el médico durante la vigilancia prenatal, un 41,2% por la matrona, un 13,4% por la familia, y un 1,0% refirió conocerla a través de internet u otros medios.

En cuanto al inicio del uso de la analgesia epidural, un 42,3% fue en fase latente, es decir con una dilatación inferior a 4 cm y un 33%, en fase activa. En diversos estudios se ha visto que el momento de inicio de la analgesia epidural puede ser un factor importante en los resultados obstétricos, evidenciando que las mujeres que reciben analgesia epidural en fase latente de trabajo de parto, tuvieron un trabajo de parto mayor al esperado, por ello se recomienda su utilización una vez se haya establecido el trabajo de parto activo (Garcia-Lausin, et al., 2019; Guesine, et al., 2023; Zuluaga, et al., 2022). Aun y así, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2023), en ausencia

de contraindicación médica, el momento adecuado para el inicio de la analgesia epidural dependerá de la demanda materna.

Al 67% de las mujeres se le fue realizada alguna intervención para acelerar el trabajo de parto, ya fuese administración de oxitocina o rotura artificial de bolsa amniótica (amniotomía). Según las recomendaciones de la OMS (2018), no se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto, así como tampoco se recomienda en mujeres sometidas a analgesia epidural. A pesar de la evidencia, se continúan manteniendo estas prácticas, muchas veces innecesarias, que pueden alterar la fisiología del parto.

En cuanto a las posiciones usadas en el segundo estadio de trabajo de parto, la postura más utilizada para el expulsivo fue semisentada (28,9%), seguido de la de litotomía (21,6%). Por otro lado, el 18,6% de mujeres usaron otras posturas como el decúbito lateral (12,4%) y la posición de cuatro apoyos (6,2%). Del resto de mujeres, un 8% fueron trabajos de parto que terminaron en cesárea urgente/emergente y un 22% fueron mujeres que acompañé al inicio de su trabajo de parto, pero desconozco el desenlace. No existe una postura ideal para el segundo estadio de trabajo de parto, sino que siempre se recomendará la adopción de una posición que sea de elección de la mujer, inclusive las posiciones verticales, ya sea para mujeres con analgesia epidural o sin ella (OMS, 2018).

Del 77,3% de mujeres que usaron analgesia epidural, un 34,7% presentó algún efecto adverso, siendo los más frecuentes: poca efectividad, lateralización del dolor, disminución de la fuerza en miembros inferiores y poca percepción de contracciones, retención urinaria y en un caso, punción de la duramadre.

En cuando al tipo de parto, la mayoría acabó siendo un parto eutócico (57,7%), mientras que un 11,3% fue un parto distócico, de los cuales un 8,2% auxiliado por ventosa y un 3,1% por fórceps. Un 8,2% finalizó en cesárea urgente/emergente, siendo los motivos más frecuentes el estacionamiento del trabajo de parto y la sospecha de sufrimiento fetal.

Haciendo referencia a la herida perineal, la más común fue la laceración de primer grado. Un 11,3% consiguió tener un periné intacto, siendo más frecuente en las mujeres multíparas. Respecto a la episiotomía, fue realizada en 10 de los partos eutócicos que asistí debido a la necesidad de acortar el periodo expulsivo por sospecha de sufrimiento fetal y/o por agotamiento materno.

En relación a los RN, fue valorado el peso y el índice de APGAR. Respecto al peso, la gran mayoría tuvo un peso adecuado siendo un 32% los que pesaron entre 3000g-3499g, un 14,4% pesó entre 3500g-3999g y un 13,4% pesó 2500g-2999g. Tan solo dos RN pesaron menos de 2000g y uno más de 4000g.

En cuanto al índice de APGAR, la mayoría de RN (59,8%) obtuvieron una puntuación de APGAR entre 8 y 10 al primer minuto de vida. Solamente un 3% necesitó de aspiración de secreciones y ventilación con buenos resultados.

Tabla 9. Caracterización del Trabajo de Parto

Características de la evaluación durante el parto	Frecuencia	Porcentaje	
Motivo de ingreso	Trabajo de parto espontaneo (Fase Latente)	5	5,2%
	Trabajo de parto espontaneo (Fase Activa)	29	29,9%
	ITP	27	27,8%
	Rotura espontanea de bolsa con TP	8	8,2%
	Rotura espontanea de bolsa sin TP	18	18,6%
	DU dolorosa	8	8,2%
	RCTG no tranquilizador	2	2,0%
Modo de monitorización	Con cables	97	100%
	Sin cables	0	0,0%
Analgesia epidural	Si	75	77,3%
	No	13	13,4%
	Desconocido	9	9,3%
Conocimiento sobre la analgesia epidural	Si	71	73,2%
	No	24	24,7%
	Desconocido	2	2,1%
¿Quién les había informado sobre epidural?	Médico	10	10,3%
	Matrona	40	41,2%
	Familia	13	13,4%
	Internet u otros	1	1,0%
	Usada anteriormente	25	25,8%
	Desconocido	6	6,2%
Analgesia EV	Si	37	38,1%

	No	54	55,7%
	Desconocido	6	6,2%
Métodos no farmacológicos	Si	68	70,1%
	No	21	21,6%
	Desconocido	8	8,2%
Fase Inicio Epidural	Fase Latente	41	42,3%
	Fase Activa	32	33%
	Desconocido	11	11,3%
	No usada	13	13,4%
Uso de Oxitocina/Amniotomía	Si	65	67%
	No	14	14,4%
	Solo en el expulsivo	5	5,2%
	Desconocido	13	13,4%
Postura usada en el parto	Litotomía	21	21,6%
	Semisentada	28	28,9%
	Decúbito Lateral	12	12,4%
	4 apoyos	6	6,2%
	Desconocido	22	22,7%
	Cesárea	8	8,2%
Efectos adversos epidural	Si	26	32,7%
	No	30	40%
	Desconocido	19	25,3%
Tipo de parto	Eutócico	56	57,7%
	Distócico- Ventosa	8	8,2%
	Distócico- Fórceps	3	3,1%
	Cesárea	8	8,2%
	Desconocido	22	22,7%
Herida perineal	Ninguna	11	11,3%
	Episiotomía	14	14,4%
	Laceración grado I	24	24,7%
	Laceración grado II	11	11,3%
	Laceración grado III	1	1,0%
	Episiotomía y laceración	2	2,1%
	Desconocido	26	26,8%
Peso del RN	<2500g	2	2,1%
	2500g-2999g	13	13,4%

	3000g-3499g	31	32,0%
	3500g-3999g	14	14,4%
	4000g-4999g	1	1,0%
	Desconocido	36	37,1%
Índice de APGAR	10.10.10	13	13,4%
	9.10.10	39	40,2%
	8.10.10	1	1,0%
	8.9.10	2	2,1%
	6.9.9	1	1,0%
	6.8.9	1	1,0%
	3.8.8	1	1,0%
	8.9.9	1	1,0%
	9.9.10	2	2,1%
	Desconocido	36	37,1%

Fuente: Elaborado por la autora

2.3. DISCUSIÓN GENERAL

De modo a dar respuesta a mi pregunta de investigación, voy a hacer una reflexión a cerca de los resultados obtenidos tras la realización de la revisión de la literatura y los resultados obtenidos en mi práctica clínica, haciendo hincapié en aquellas mujeres que usaron analgesia epidural como método farmacológico para aliviar el dolor de trabajo de parto.

La muestra a estudio presenta semejanzas con estudios revisados en cuanto al uso de la analgesia epidural durante el trabajo de parto, siendo que la mayoría de las mujeres que acompañé hicieron uso de la misma (77%). La analgesia epidural es un método farmacológico considerado como el método más efectivo para aliviar el dolor de trabajo de parto. Muchas de las mujeres la conocían, algunas de ellas ya habían hecho uso de la misma en partos anteriores y otras habían sido informadas de su existencia en el periodo prenatal, mayoritariamente a través de la matrona y/o médico. Algunas parturientas también referían haber escuchado hablar de ella en el entorno familiar e internet. En cuanto a los factores que influyeron en la toma de decisión a la hora de elegir la epidural, los más frecuentes fueron el miedo al procedimiento, no conseguir mantener la posición durante la técnica por la aparición de las contracciones y los efectos secundarios que pudieran afectar al feto.

En relación a la decisión de usar analgesia epidural, fue observado que muchas venían con una idea clara de usarla, otras preferían ver cómo iba siendo el proceso antes de tomar una decisión y un pequeño porcentaje tenía claro que prefería otra alternativa para el manejo del dolor.

Durante el primer estadio de trabajo de parto, principalmente cuando la mujer se encontraba en fase latente, fueron ofrecidos métodos no farmacológicos de alivio del dolor a la parturienta, los cuales fueron efectivos. Para aquellas mujeres que preferían estar en la habitación, disponían de bola suiza, enseñábamos técnicas de respiración y animábamos a que escucharan música que promoviera su bienestar. Por otro lado, para aquellas que preferían cambiar de ambiente, usaron el *Espaço Snoezelen* para realizar a parte de las terapias mencionadas, otras como la cromoterapia, hidroterapia, rebozo, etc.

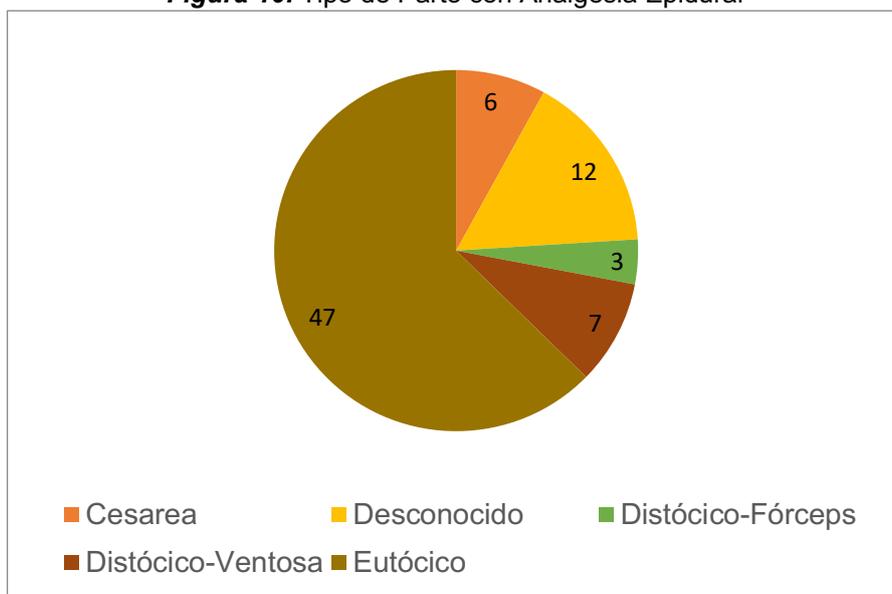
A medida que el dolor se intensificaba y el trabajo de parto progresaba, la mayoría de las mujeres solían solicitar la analgesia epidural. Del total de mujeres que hicieron uso de analgesia epidural, un 72% continuaron haciendo uso combinado de métodos no farmacológicos del dolor, como la deambulación, la respiración y bola suiza. Gracias a las dosis bajas de analgesia epidural administradas, las parturientas pudieron mantenerse activas y autónomas durante todo el proceso de trabajo de parto. La movilidad fue menos frecuente en aquellas mujeres en trabajo de parto durante la noche ya que preferían descansar y en aquellas mujeres con trabajos de parto muy rápidos con difícil manejo del dolor. Aun y así, como futura matrona promoví el uso de métodos no farmacológicos del alivio del dolor combinado con la analgesia epidural para favorecer la fisiología del parto. Fue maravilloso poder ver cómo a pesar de usar la analgesia epidural, la mujer podía seguir fuera de la cama moviéndose y siendo dueña de su proceso.

En cuanto a la actitud percibida en sala de partos por parte de las matronas frente a la analgesia epidural, mi sensación fue que estaba muy normalizada y era la analgesia de recurso cuando la mujer empezaba a sentir un dolor fuerte. Como futura matrona, mantuve una actitud asertiva y colaboradora frente a la analgesia epidural cuando la mujer la solicitaba, tratando de informarlas sobre los riesgos y beneficios y desmitificando algunas creencias. Trabajé junto con el equipo de Anestesia para conseguir un buen manejo del dolor del trabajo de parto, sintiéndome parte del equipo multidisciplinar esencial para el cuidado de la mujer en trabajo de parto.

Tal y como demuestran los estudios, la analgesia epidural se asocia con un mayor uso de oxitocina (Garcia-Lausin, et al., 2019). De las 75 mujeres que usaron analgesia epidural, al 76% de ellas se le realizó alguna técnica para acelerar el trabajo de parto, ya fuese administración de oxitocina u amniotomía. La administración de oxitocina en perfusión fue una práctica muy recurrente en la sala de partos, a pesar de la parturienta encontrarse con un trabajo de parto espontáneo.

A pesar de los resultados obtenidos en la revisión de la literatura acerca de la analgesia epidural y su repercusión en el trabajo de parto, en mi práctica he podido observar que la mayoría de mujeres que usaron analgesia epidural tuvieron un parto eutócico (62,7%), siendo un 21,3% un parto distócico (incluyendo fórceps (4,0%), ventosa (9,3%) y cesárea (8,0%)) (Figura 10).

Figura 10. Tipo de Parto con Analgesia Epidural



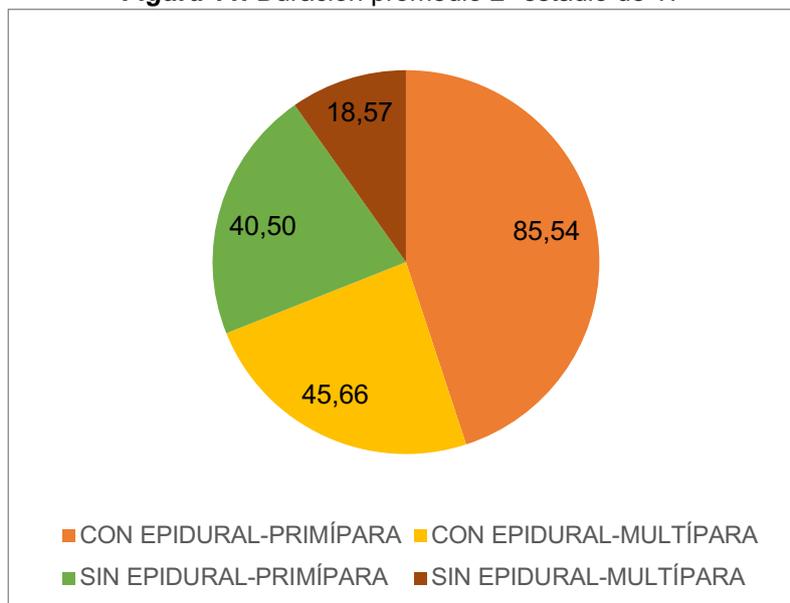
Fuente: Elaborado por la autora

Relativamente al segundo estadio de trabajo de parto, o también llamado periodo expulsivo, se inicia en el momento en el que la parturienta se encuentra en dilatación completa y termina con la expulsión del feto. La duración de este periodo suele estar influenciada por varios factores como: la eficacia de las contracciones, el tipo de analgesia utilizada, el estado físico y emocional de la parturienta, su posición durante el parto, la paridad, la adecuación pélvica en el trabajo de parto, así como el tamaño, la presentación y situación fetal, y el apoyo recibido por los profesionales de salud. Este tiempo puede variar de una mujer a otra; Por lo general, en mujeres primíparas, el

nacimiento suele completarse en unas 3 horas, mientras que, en multíparas suele durar alrededor de 2 horas. La decisión sobre cuánto tiempo esperar se basa en la evidencia de la progresión del feto a través del canal de parto, su rotación, además del patrón de la frecuencia cardiaca fetal (Néné et al., 2018; OMS, 2018).

De los datos obtenidos en la práctica clínica en cuanto a la duración del segundo estadio de trabajo de parto (Figura 11), podemos ver que en aquellas mujeres que usaron analgesia epidural, la duración media del periodo expulsivo fue de 85,54 minutos en primíparas y de 45,66 minutos en multíparas. Mientras que de las mujeres que no usaron analgesia epidural, la duración fue de 40,50 minutos en primíparas y de 18,57 minutos en multíparas.

Figura 11. Duración promedio 2º estadio de TP



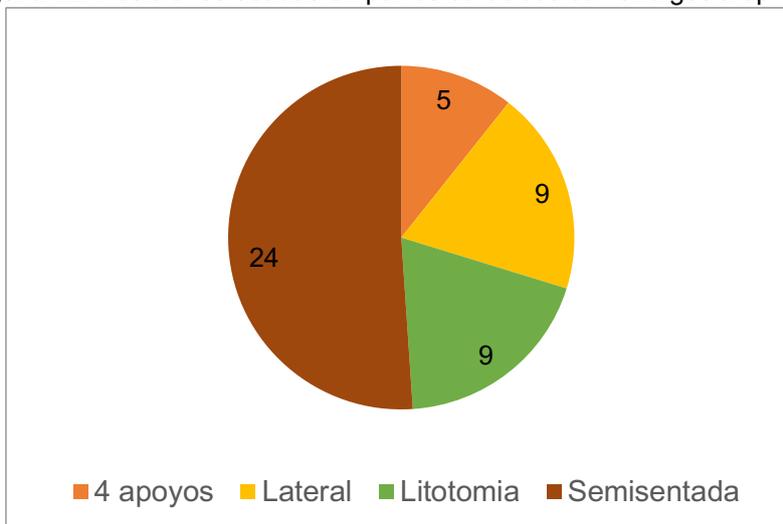
Fuente: Elaborado por la autora

En cuanto a mi intervención como futura matrona, una vez la mujer estaba en dilatación completa dejé el tiempo para que ella misma iniciara los pujos de manera natural, sin forzarlos para evitar desaceleraciones fetales y que la mujer se cansase antes de tiempo. Además, traté de identificar la posición fetal para recomendar la postura a usar para facilitar el descenso de la presentación fetal. Solo en aquellos casos en los que la mujer no tenía percepción de las contracciones, éramos nosotras las que ayudábamos a dirigir los pujos mediante cambios en la respiración.

En relación con las posiciones adoptadas durante el periodo expulsivo (Figura 12), teniendo en cuenta los partos eutócicos, se observó que un 19,15% usó la posición de

litotomía, un 51,06% optó por la semisentada, un 19,15% prefirió el decúbito lateral y un 10,64% adoptó la posición de cuatro apoyos. Durante mi experiencia en Sala de partos, promoví la libertad de elección en cuanto al uso de diferentes posiciones de parto, informando sobre las alternativas a la tradicional litotomía. Algunas mujeres fueron ellas mismas las que tomaron la iniciativa de probar pujar en otras posiciones, mientras que, en otros casos, fomenté el uso de posturas alternativas, ya que muchas tenían normalizado que la posición para parir era únicamente tumbada en la cama. Las parturientas que experimentaron los pujos en posiciones alternativas a la de litotomía se sintieron más cómodas y refirieron tener más fuerza a la hora de pujar. Por el contrario, otras de las parturientas se sintieron cómodas en litotomía y prefirieron mantenerla.

Figura 12. Posiciones usadas en partos eutócicos con analgesia epidural



Fuente: Elaborado por la autora

Haciendo mención a la herida perineal de las mujeres con epidural y haciendo referencia a los partos eutócicos, un 42,55% tuvieron una laceración grado I, un 19,15% una laceración grado II, un 17,02% fue realizada episiotomía y un 19,15% consiguió un periné intacto. Tras observar los resultados, la herida perineal que más predominó fue la laceración de grado I, a diferencia de algunos estudios, los cuales asociaban las lesiones perineales graves a los partos con analgesia epidural y las lesiones perineales leves a los partos que no la utilizaron. Durante mi práctica, tan solo en un caso sucedió una laceración de grado III y fue en un parto eutócico sin analgesia epidural.

En cuanto a los efectos secundarios, un 34,7% de mujeres tuvieron algún efecto secundario, siendo los más frecuentes: poca efectividad, lateralización del dolor, disminución de la fuerza en miembros inferiores y poca percepción de contracciones, retención urinaria y en un caso, punción de la duramadre.

En conclusión, teniendo en cuenta la falta de datos, no fue posible concluir con certeza sobre la repercusión de la analgesia epidural sobre el trabajo de parto, aun y así, fue posible comprender que, tal como evidenciado en la revisión de la literatura realizada, la matrona tiene un papel esencial durante el trabajo de parto, a pesar de seguir contando con intervenciones médicas. La matrona es la figura que trabaja por conseguir una experiencia de parto positiva, considerándose esta por la OMS (2015) como

«aquel parto que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Implica dar a luz a un bebé sano en un entorno clínico y psicológicamente seguro, con apoyo práctico y emocional continuo, con la capacidad de participar en la toma de decisiones, incluso cuando se necesiten o deseen intervenciones médicas» (OMS, 2018, p.1)

3. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

En el transcurso de este período se espera que la *Mestrand* adquiera competencias comunes del Enfermero Especialista y específicas del EEESMO.

En el presente capítulo se detallan las actividades llevadas a cabo durante el periodo de práctica clínica, proporcionando tanto una descripción de las mismas como un análisis reflexivo. El objetivo es poner de relieve el proceso de adquisición y fortalecimiento de competencias de enfermeros especialistas, así como las competencias específicas de la matrona, en cada contexto de práctica clínica.

3.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS

Según la OE, se denomina Enfermero Especialista «aquél a quien se le reconoce la competencia científica, técnica y humana para prestar cuidados en enfermería especializados en las áreas de especialidad en enfermería» (OE, 2019, p.4744).

Otorgar el título de enfermero especialista implica verificar las habilidades requeridas en los reglamentos de cada especialidad, así como compartir competencias comunes aplicables en todos los ámbitos de atención sanitaria, reguladas en el documento de la OE. Estas competencias incluyen educación al paciente y a los iguales, orientación, asesoramiento, liderazgo, y la responsabilidad de promover investigaciones relevantes para avanzar y mejorar la práctica enfermera (Reglamento n.º 140/2019, de 6 de febrero de 2019).

Los dominios de las Competencias Comunes del Enfermero Especialista, son los siguientes:

- a) Responsabilidad profesional, ética y legal;
- b) Mejora continua de calidad;
- c) Gestión de los cuidados;
- d) Desarrollo de los aprendizajes profesionales.

El dominio de Responsabilidad profesional, ética y legal incluye dos competencias: El desarrollo de una práctica profesional, ética y legal, en el área de especialidad, actuando de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y la deontología profesional y el desarrollo de prácticas de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales (OE, 2019).

Haciendo referencia a este dominio, a lo largo de mi práctica clínica mantuve el respeto hacia las mujeres y familias que atendí, así como sus costumbres y creencias, debido a la gran diversidad cultural de población que acompañé. Aseguré un cuidado que promoviese un enfoque integral de la persona sin emitir juicios de valor. Además, tuve en cuenta la intimidad a la hora de prestar mis cuidados, siendo estos individualizados, explicando y solicitando consentimiento siempre antes de llevar a cabo cualquier procedimiento, involucrando a las pacientes en la toma de decisiones y resolución de problemas, para así buscar una relación terapéutica y de confianza. Consideré importante que las pacientes comprendieran la información proporcionada, aclarando dudas, reformulando el contenido y/o adaptando mi lenguaje en caso de haber barrera idiomática, para que pudieran tomar decisiones de forma autónoma y clara, aceptando o denegando una intervención.

Entender como paciente el principal responsable de su salud, es el punto de partida para la interacción terapéutica. Creer que el paciente posee él mismo los “poderes” para resolver los desafíos de salud y que la matrona es la profesional de salud que ayuda a descubrir y desarrollar esos “poderes”, como recursos internos y externos (OE, 2021). La privacidad y confidencialidad de los datos de las mujeres, también fueron otros aspectos tenidos en cuenta a la hora de fomentar una práctica centrada en la dignidad humana.

El dominio de Mejora continua de calidad abarca tres competencias: Garantizar un papel dinamizador en el desarrollo y soporte de las iniciativas estratégicas institucionales en el área de gobernanza clínica, promoción de prácticas de calidad, participando en programas de mejora continua y fomento de un ambiente terapéutico y seguro (OE, 2019). La calidad en salud puede ser definida como «la prestación de cuidados de salud accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y consiga la adhesión y satisfacción del ciudadano» (DGS, 2020, p. 16).

Dentro de este dominio, profundicé en conocimientos sobre la temática elegida, eso contribuyó a la mejora en la calidad de los cuidados y decisiones basadas en evidencia.

Por otro lado, seguí los protocolos de actuación de los servicios donde realicé las prácticas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención. Las reuniones con la supervisora clínica y la orientadora pedagógica sirvieron para identificar puntos de mejora, reforzar positivamente mis puntos fuertes y seleccionar estrategias de mejora para mis puntos débiles.

Haciendo referencia al dominio de Gestión de cuidados, este incluye dos competencias: Gestionar los cuidados de enfermería, optimizando la respuesta del equipo y la articulación en el equipo de salud, así como adaptar el liderazgo y la gestión de recursos a las situaciones y al contexto, garantizando una calidad de los cuidados (OE, 2019).

En relación a este dominio, el enfermero especialista gestiona los cuidados que brinda, mejorando la eficiencia del equipo de enfermería y la coordinación dentro del equipo de salud, ajustando los recursos según las situaciones y el contexto para asegurar la calidad del cuidado. En este sentido, me adapté fácilmente a las metodologías de trabajo y a los recursos disponibles en los diversos campos clínicos, y establecí buenas relaciones interpersonales que mejoraron mi desempeño y el trabajo en equipo. Participé en las decisiones del equipo multidisciplinario y derivé a las pacientes y sus familias a otros profesionales de la salud cuando sus necesidades ultrapasaban mis competencias.

Finalmente, en el dominio de Desarrollo de aprendizajes profesionales, las dos competencias que forman parte de él son el desarrollo del autoconocimiento y el asertividad por parte del Enfermero Especialista, así como basar su praxis clínica especializada en evidencia científica (OE, 2019).

Reconozco la importancia de la formación continua para desarrollar un conocimiento sólido, promover buenas prácticas y mejorar la calidad y seguridad de los cuidados. Valoro la búsqueda constante de evidencia científica actual en bases de datos especializados para asegurar decisiones bien fundamentadas. Es fundamental compartir conocimientos y experiencias, así como reflexionar sobre ellas, tanto con los equipos de enfermería como con el orientador pedagógico. Estas interacciones enriquecen el aprendizaje y permiten identificar necesidades personales y del equipo en temas relevantes para mejorar la calidad de los cuidados.

A lo largo del segundo año de *Mestrado*, tuve la oportunidad de profundizar en la temática elegida que fue la analgesia obstétrica en el trabajo de parto y el papel de la matrona para proporcionar una experiencia de parto positiva en las parturientas con analgesia epidural, realizando una revisión integrativa de la literatura y obteniendo datos a lo largo de la práctica clínica para comparar, reflexionar y así aumentar mis conocimientos técnicos, científicos y humanos.

También asistí a diversas formaciones realizadas dentro y fuera del lugar de prácticas y reflexioné sobre diversas situaciones vividas redactando un Ciclo de Gibbs

para conseguir obtener una visión más detallada que me permita en un futuro prestar unos cuidados de mejor calidad (Apéndice D y E).

Todo ello ha contribuido para mejorar la calidad de los cuidados y asegurar una asistencia fundamentada en la evidencia científica.

3.2. COMPETENCIAS ESPECIFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERIA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Según el Reglamento n.º 391/2019, de 3 de mayo de 2019, las competencias del EEESMO son las siguientes:

- a) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad en el ámbito de planificación familiar y periodo preconcepcional.
- b) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo prenatal.
- c) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto.
- d) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo postnatal.
- e) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo de climaterio.
- f) Cuidar a la mujer integrada en la familia y comunidad que vive procesos de salud/enfermedad ginecológica.
- g) Cuidar a las mujeres en edad fértil que formen parte de la comunidad.

Según la OE,

“El enfermero especialista de salud materna y obstétrica asume en su ejercicio profesional intervenciones autónomas en todas las situaciones de bajo riesgo, entendidas como aquellas en que están implicados procesos fisiológicos y procesos de vida normales en el ciclo reproductivo de la mujer e intervenciones autónomas e interdependientes en todas las situaciones de medio y alto riesgo, entendidas como aquellas en que están implicados procesos patológicos y procesos de vida disfuncionales en el ciclo reproductivo de la mujer” (OE, 2019, p. 13561).

En este subcapítulo se presenta un análisis reflexivo sobre las actividades llevadas a cabo durante la práctica clínica con el objetivo de adquirir y desarrollar las competencias específicas de la matrona, teniendo en cuenta cada contexto clínico del *Estágio*.

Cuidados de Salud Primarios

Durante el *Estágio* en el Centro de Cuidados Primarios, en el periodo comprendido entre el 12 de septiembre y 22 de octubre de 2023 (6 semanas), presté cuidados a 100 mujeres, en las diversas fases del ciclo reproductivo, mostrándose así en la tabla 10 la clasificación de los diferentes tipos de consulta llevadas a cabo.

Tabla 10. Consultas realizadas en Cuidados Primarios

Tipo de consulta	Número
Consulta de Planificación Familiar	40
Consulta de Salud Materna	41
Consulta Preconcepcional	3
Consulta de Puerperio	20
Consulta de Salud Infantil	21
Consulta de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)	9
Consulta de Ginecología	4

Fuente: Elaborado por la autora

Competencias matrona:

- a) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad en el ámbito de planificación familiar y periodo preconcepcional.

Según la OMS, la consulta preconcepcional contribuye para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil, y promueve la salud tanto de la madre como del RN. La consulta debe ser realizada antes de suspender el método contraceptivo y se debe programar una consulta subsecuente para evaluar los resultados de las pruebas e intervenciones propuestas.

Durante esta consulta tuve la oportunidad de:

- Realizar una evaluación inicial para recoger datos personales y así crear su historia clínica;
- Evaluar el riesgo reproductivo de la paciente/pareja;
- Verificar el estado de vacunación de la paciente;

- Identificar factores de riesgo psicosocial;
- Realizar examen físico (signos vitales, índice de masa corporal, examen mamario y ginecológico, con petición de recogida de citología si no tuviera una realizada en los últimos tres años);
- Evaluar el grado de conocimiento sobre hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, actividad sexual, identificación del periodo fértil, enfermedades infecciosas;
- Prescribir la suplementación de ácido fólico y yodo, según las recomendaciones de la DGS;
- Recomendar el registro de las últimas menstruaciones;
- Derivar a un equipo multidisciplinar en el caso de detectar factores de riesgo para el futuro embarazo.

Es importante crear una buena relación terapéutica entre matrona y paciente/pareja para promover la confianza y la comunicación y así lograr una buena adhesión y mantenimiento a los cuidados de salud (DGS, 2015).

b) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad en el periodo prenatal

De acuerdo con la normativa de la DGS (2015), se considera embarazo de bajo riesgo aquel en el que no es posible identificar, tras una evaluación clínica, usando la Escala de Goodwin modificada, ningún factor de riesgo de morbilidad materna, fetal y/o neonatal. El riesgo es dinámico a lo largo del embarazo, por lo que debe ser reevaluado en todas las consultas.

Durante la vigilancia del embarazo, en la consulta de Cuidados Primarios, bajo la supervisión clínica de la matrona, tuve como objetivos:

- Evaluar el bienestar materno y fetal a través de la historia clínica y exámenes complementarios de diagnóstico.
- Detectar precozmente situaciones que se desvían del normal transcurso del embarazo.
- Identificar factores de riesgo en cualquiera de las consultas prenatales.
- Promover la educación para la salud, definida por la OMS como «una combinación de aprendizajes que tiene por objetivo ayudar a los individuos y las comunidades a mejorar su salud, a través del aumento de los conocimientos en salud y desarrollo de competencias» (DGS, 2015, p.51). Los aspectos más frecuentes fueron: fomentar estilos de vida saludables (alimentación y ejercicio

físico), salud oral, gestión de disconforts del embarazo, informar sobre signos y síntomas de alarma, autocuidado, sexualidad, prevención de enfermedades infecciosas, vacunación y suplementación, entre otras.

- Informar sobre los deberes y derechos parentales.

En relación a la administración de la Inmunoglobulina anti-D a las 28 semanas de gestación a mujeres RhD negativas, se ha demostrado que es una intervención eficaz para la prevención de la enfermedad hemolítica del RN, disminuyendo el riesgo de isoimmunización del 2 al 0,1% (DGS, 2007).

Todos los datos clínicos y evaluaciones realizadas en las consultas eran registrados en el Libro de Salud de la Embarazada y en el proceso clínico. El Libro de Salud de la Embarazada es un instrumento fundamental para la transferencia de información relacionada con la salud de la embarazada y del feto. Garantiza la trasmisión de la información clínica importante, favoreciendo la interrelación entre los cuidados de salud primarios y los cuidados hospitalarios.

La preparación para el parto y parentalidad hubiera sido otra de las actividades que formaría parte de los objetivos a cumplir, pero tras la pandemia de la Covid-19 se dejaron de realizar en el Centro de Salud donde llevé a cabo mis prácticas de Cuidados Primarios.

Debido al aumento de población extranjera, la barrera lingüística puede aumentar el riesgo de la no vigilancia del embarazo o de algunas patologías. En consulta veíamos muchas mujeres embarazadas que iniciaban el seguimiento del embarazo tarde y eso dificultaba la continuidad de los cuidados durante la etapa prenatal.

En este contexto, es esencial que la asistencia prenatal realizada por la matrona sea llevada a cabo en un contexto de continuidad de cuidados, utilizando modelos de empoderamiento que maximicen el potencial de salud de cada mujer/familia.

c) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad en el periodo postnatal

El Puerperio es el periodo que se inicia inmediatamente después del nacimiento del RN, correspondiendo a 6 semanas, o 42 días postparto, este es considerado el periodo de recuperación física y psicológica de la mujer, donde se inicia el retorno de los órganos reproductores a su estado anterior al embarazo. El puerperio se divide en tres fases: Puerperio Inmediato, que corresponde a las primeras 2 horas postparto; Puerperio Precoz, hasta el décimo día post-parto; Puerperio Tardío, se extiende hasta el 42º día postparto.

Durante este periodo se realiza la consulta de Puerperio, entre la 4ª y 6ª semana postparto, siempre y cuando este periodo transcurra sin complicaciones. Durante los cuidados realizados en esta consulta, es importante evaluar el estado de salud de la mujer y del RN, así como la adaptación de la diada/triada a su nuevo papel parental (DGS, *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*, 2015).

En el Centro de Salud, tuve la oportunidad de realizar varias consultas de puerperio. Conseguí llevar a cabo las siguientes intervenciones: Evaluar la LM, permitiendo un espacio para observar una toma y así verificar los signos de un buen agarre, validar los cuidados de las mamas y pezones, y capacitar para la resolución de dificultades durante la lactancia. También se evaluó la correcta involución uterina y posibles pérdidas hemáticas, así como la adecuada evolución de la herida quirúrgica perineal en el caso de episiotomía/laceración. En el caso de las cesáreas, se realizó la cura de la herida quirúrgica, retirando los puntos de sutura a partir del octavo día. El suelo pélvico también fue tenido en cuenta, enseñando la importancia de la realización de ejercicios de fortalecimiento del mismo.

Por otra parte, fue evaluada la salud mental, identificando factores de riesgo dada la alta prevalencia de aparición de alteraciones psicológicas consideradas adaptativas como el blues postparto.

También se evaluó el estado nutricional, identificando la necesidad de suplementación con yodo y hierro. Educar y promover estilos de vida saludables en lo que se aconseja la eliminación de sustancias nocivas como el tabaco, alcohol y otras sustancias. Otra de las intervenciones consistió en verificar el estado de vacunación de la puérpera.

Además, fue evaluada la dinámica familiar y soporte social, dando importancia al refuerzo positivo de las competencias ya adquiridas por parte de la mujer/pareja y también capacitarles para el autocuidado y cuidados al RN.

Aprovechamos también en esta consulta para hablar sobre la introducción de un método contraceptivo e informar sobre la sexualidad durante el puerperio.

d) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo de climaterio

El climaterio es el periodo de vida de la mujer comprendido entre el pleno potencial y la incapacidad reproductiva, a lo largo del cual ocurre un declive progresivo de la función ovárica. Con frecuencia, está asociado a un conjunto de signos y/o síntomas

que, en su conjunto, caracterizan el “síndrome climatérico”. Comprende tres fases: Pre-menopausia, Peri-menopausia y Post-menopausia (Consenso Nacional de Menopausia, 2021).

La edad de establecimiento de la menopausia es alrededor de los 51 años en los países europeos. Según el INE (2017), la esperanza de vida media ha aumentado siendo 83,33 años en la mujer, esto significa que pasará un tercio de su vida con menopausia.

Como matronas nuestro papel es prevenir, individualizar y adecuar, utilizando tratamiento para aquellas mujeres que lo necesiten. Cada mujer es única por lo que se debe realizar una valoración individualizada para llevar a cabo un plan de cuidados acorde a sus necesidades.

Durante el *Estágio* realizado en el Centro de Salud, tuve la oportunidad de prestar cuidados a mujeres en edad fértil y en la fase de climaterio. Durante las consultas, se destacaron diversas recomendaciones para promover la salud y el bienestar de estas mujeres. Una de las principales recomendaciones fue la adopción de un estilo de vida saludable, con especial énfasis en seguir una dieta mediterránea, reconocida por sus beneficios para la salud cardiovascular y metabólica. Además, se resaltó la importancia de realizar ejercicio físico moderado de forma regular. Para garantizar la salud ósea, se enfatizó la necesidad de asegurar una ingesta adecuada de calcio, alcanzando los 1200mg/día, así como consumir alimentos ricos en hierro.

Se aconsejó evitar el consumo de bebidas estimulantes, especialmente antes de ir a dormir, para promover un descanso nocturno de calidad. La hidratación adecuada también fue subrayada como un aspecto fundamental para mantener el buen funcionamiento del cuerpo.

Se recomendó establecer una rutina de sueño regular y de calidad, ya que el descanso adecuado es esencial para la salud física y mental. Para manejar el estrés, se mencionaron diversas técnicas como el yoga, la hipnosis y la aromaterapia, que pueden ayudar a reducir la ansiedad y promover la relajación.

Además, se abordó la importancia de gestionar y tratar el malestar que conlleva el Síndrome Genitourinario de la Menopausia [SGUM], que incluye síntomas como la sequedad vaginal, irritación y prurito, dispareunia, disuria, urgencia miccional e infecciones urinarias de repetición. El SGUM tiene una prevalencia superior al 60% en las mujeres tras la menopausia, aun y así, tan solo un 7% realiza tratamiento, lo que significa que se trata de una situación poco reportada por las mujeres e infravalorada

por los médicos. Esta situación puede tener repercusiones en la calidad de vida y función sexual de la mujer (Sociedad Portuguesa de Ginecología, 2021).

Durante el mes de febrero de 2024 asistí a una formación de servicio titulada “Alteraciones físicas y psicológicas de la Menopausia”, donde pude reforzar conocimientos basados en la evidencia. Al finalizar la sesión, concluyeron con esta frase que también quería dejar en mi *Relatório*: “Ser mujer es ser princesa a los 20, reina a los 30, emperatriz a los 40 y especial para toda la vida”- Sin identidad.

e) Cuidar de las mujeres en edad fértil que forman parte de la comunidad

La consulta de planificación familiar es un derecho universal de la mujer, por lo que todas las mujeres deberían tener la capacidad de decidir sobre su fertilidad de manera libre y sin prejuicios (Serrano, 2023).

Las consultas de planificación familiar que tuve la oportunidad de realizar fueron la gran mayoría acerca de los métodos anticonceptivos. El SNS proporciona de forma gratuita la contracepción en Portugal. Existen diferentes métodos de contracepción disponibles para su distribución buscando asegurar la libertad, la individualización y la seguridad en la elección contraceptiva y contribuir para la disminución del embarazo no deseado y el recurso al aborto (*Consenso sobre Contraceção*, 2020).

En el caso de aquellas mujeres que ya estuvieran haciendo uso de algún método contraceptivo, en consulta era evaluada la tensión arterial, el peso, y era realizada educación sanitaria para asegurar una buena adherencia al método y resolver sus dudas. Hablar abiertamente sobre anticoncepción es esencial para ayudar a que cada mujer escoja la opción que mejor le funcione. La elección de un método u otro dependerá mucho de cada persona y su momento vital, por lo que debe individualizarse cada caso, ya que las necesidades pueden ir cambiando a lo largo de la vida de una misma persona. Por otro lado, en alguna consulta también fue abordada la menstruación y con ella el uso de tampones y otras opciones disponibles. En consulta disponía de una maqueta del sistema reproductor femenino con la que fue más fácil explicar y aclarar dudas en cuanto a salud sexual y reproductiva.

f) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad que vive procesos de salud/enfermedad ginecológica

Fueron pocas las consultas relacionadas con enfermedades ginecológicas, aun y así tuve la oportunidad de tratar con mujeres con prolapso uterino e incontinencia urinaria.

El suelo pélvico es un grupo de músculos, estructuras y ligamentos que se adhieren a la pelvis ósea ofreciendo sostén y sujeción a los órganos abdominopélvicos. Cuando se debilita, puede provocar incontinencia, prolapsos y disfunciones sexuales teniendo afectación en el ámbito personal y social por el cambio de hábitos y calidad de vida que conlleva. Actualmente se considera que la prevalencia de estos problemas está desvalorizada ya que en muchas ocasiones se considera normal la pérdida de orina en determinadas situaciones, lo que, unido a la vergüenza que supone hablar sobre ello, retrasa la búsqueda de ayuda (Ruiz, et al., 2020).

En este contexto, fue importante planear intervenciones para mejorar la calidad de vida de estas mujeres, teniendo en cuenta factores individuales y socioculturales, que pudieran influir en la percepción de la mujer en relación al proceso que estaba viviendo. De igual importancia fue apoyar a la mujer en el proceso para superar las dificultades y conseguir readaptarse a su nueva situación. Según la OE, «es deber de todo EEESMO ayudar al paciente a maximizar su potencial de salud» (OE, 2015, p. 25).

La matrona es un profesional competente para identificar, prevenir y abordar estas dificultades, además de promover practicas seguras que mejoren la calidad de vida en todas las etapas, tanto en el embarazo, parto, postparto y climaterio, reduciendo así la prevalencia de incontinencia urinaria. Es necesario detectar a estas mujeres lo antes posible para poder avanzar en el desarrollo de programas de salud con una visión multidisciplinar donde diversos profesionales trabajen juntos en la prevención, detección y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico, valorando a la mujer de manera conjunta para conseguir unos mejores resultados, mejorando la salud y en definitiva la percepción de la calidad de vida y bienestar de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital (Ruiz, et al., 2020).

Servicio de Medicina Materno-Fetal

El *Estágio* en el SMMF fue realizado en el transcurso de 6 semanas, del 4 de diciembre de 2023 al 28 de enero de 2024. En este tiempo acompañé a un total de 127 mujeres, viéndose la clasificación en la siguiente tabla (Tabla 11).

Tabla 11. Cuidados prestados en SMMF

Vigilancia y cuidados	Número
Embarazo de riesgo	119
Otras vigilancias	20
IVE	4
IME	4
Inducciones del Trabajo de Parto	47

Fuente: Elaborado por la autora

Competencias matrona:

a) Cuidar de la mujer integrada en la familia y comunidad durante el periodo prenatal

- o Vigilancia del bienestar materno-fetal

La hospitalización en un embarazo de alto riesgo, es un proceso necesario para la vigilancia y acompañamiento de la gestación. Este ingreso conlleva diversas emociones por parte de las gestantes, ya que son alejadas de su convivencia diaria y de su rutina, y son rodeadas de un nuevo ambiente, de convivencia con otras gestantes y profesionales de salud, con evaluaciones diarias por un equipo multidisciplinar, tratamientos, exámenes y procedimientos, que resultan en estrés adicional y necesidades de adaptación de forma significativa. En este contexto, aumenta la vulnerabilidad de la embarazada y la inestabilidad emocional, pudiendo aparecer sentimientos negativos, sensación de malestar, expectativas frustradas en relación al embarazo y dificultad para aceptar el diagnóstico que llevó al ingreso (Rodrigues, et al., 2020).

Los motivos de ingreso más frecuentes en este servicio fueron: la Rotura Prematura Pretérmino de membranas [RPPM], la Amenaza de Parto Pretérmino [APPT], la hemorragia del 2º y 3º trimestre de embarazo y la Hipertensión Arterial Crónica [HTA] o Preeclampsia. Otros motivos menos frecuentes fueron la Colestasis Gravídica e Hiperemesis gravídica.

En este sentido, durante mi prestación de cuidados a estas mujeres, desde el momento del ingreso, mostré total disponibilidad para la resolución de dudas, expliqué las rutinas del ingreso y los procedimientos a realizar, informé sobre signos y síntomas normales y signos de alarma por los cuales avisar, e incluí al acompañante en el proceso, promoviendo el bienestar integral de la mujer y su familia en cuanto a sistema como considera el modelo teórico de Betty Neuman.

En el servicio había diferentes protocolos a seguir dependiendo de la edad gestacional y patología de la embarazada ingresada, para determinar el plan de cuidados, como, por ejemplo, cuando realizar RCTG, tocograma y auscultación de latido cardiaco fetal mediante un Eco-Doppler. En cada turno se evaluaba las constantes vitales, el dolor con la Escala Numérica [EN], la presencia de perdidas vaginales, ya sea de líquido o de sangre, y la presencia de movimientos fetales. Además, era administrado el tratamiento según la pauta prescrita.

El embarazo de alto riesgo requiere una vigilancia estricta de las situaciones de gravedad y rapidez para identificar problemas e intervenir de forma a evitar posibles complicaciones. En este contexto, es esencial una asistencia brindada de calidad y un acceso a los servicios de salud especializados que puedan atender a las necesidades de las pacientes para la prevención de morbilidad y mortalidad materno-fetales (Rodrigues, et al., 2020).

- Inducción Trabajo de Parto [ITP]

La ITP consiste en inducir artificialmente contractilidad uterina, de forma a que se inicie el trabajo de parto antes de lo que sería supuesto espontáneamente. Las indicaciones pueden ser de causa materna o fetal, independientes o asociadas (Nené et al., 2016). Las indicaciones de ITP deben ser evaluadas de forma individualizada, teniendo en cuenta el estado de salud materna y fetal, los riesgos que puede conllevar el hecho de prolongar el embarazo para ambos, la edad gestacional, la evaluación del cuello uterino y pelvis materna, el peso fetal estimado y la presentación fetal. Con tal de evitar complicaciones neonatales, se deberá siempre que sea posible, evitar la ITP antes de la 39 semana de gestación, a excepción de aquellas situaciones en las que exista un claro beneficio de salud para madre y feto.

La maduración cervical y la ITP se asocian con mayor riesgo de complicaciones, como la hemorragia peri-parto, cesárea, hiperestimulación uterina con hipoxia fetal y rotura uterina, por lo que no deben ser usadas en gestaciones de bajo riesgo solo por acortar la duración del embarazo, por motivos psicológicos o sociales, o para programar la fecha de parto (DGS, 2015).

Durante el *Estágio* en el SMMF, los principales motivos para la programación de la inducción del trabajo de parto fueron la edad gestacional prolongada, la restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios en gestación a término, diabetes gestacional, la hipertensión inducida por el embarazo y en algún caso, por edad materna.

Una vez las embarazadas eran ingresadas en el servicio, se les explicaban algunas de las rutinas del mismo y se facilitaba un folleto con alguna información acerca de lo que es la ITP. Confirmábamos datos y completábamos la historia clínica a través de una anamnesis, con algunas preguntas como: alergias, antecedentes personales, toma habitual de medicación y tipo de dieta.

Posteriormente eran visitadas por el equipo médico para valorar la elección del método de inducción según los antecedentes maternos y el Índice de Bishop [IB]. El IB correlaciona una serie de datos (posición, consistencia, trayecto y dilatación del cuello y la altura de la presentación teniendo en cuenta los planos de Hodge) durante la observación cervical de la embarazada (Nené, et al., 2016).

A continuación, iniciaba la monitorización cardio-fetal externa la cual se mantenía por media hora hasta el inicio del método de inducción. Una vez confirmaba que el registro era normal según la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia [FIGO], colaboraba en la colocación del balón de Cook, en los casos de inducción mecánica, o en el caso de que fuera farmacológica, administraba el fármaco prescrito, el cual solía ser Misoprostol, Dinoprostona u Oxitocina. Posteriormente, la embarazada mantenía la monitorización durante 1 hora post-administración o bien, se realizaba monitorización continua en el caso de que fuera la Oxitocina el método elegido (DGS, 2015).

El tiempo de estancia de estas mujeres en el servicio variaba dependiendo de la progresión de cada una, solía ser desde unas horas hasta 1 día aproximadamente. Tuve la oportunidad de proporcionar educación en relación al trabajo de parto, signos y síntomas de alarma, orientación en relación a los métodos de alivio de dolor, así como enfatizando la importancia de la biomecánica del parto para favorecer la progresión del mismo. Dada la temática escogida para mi *Relatório*, dediqué parte de mi tiempo a preguntar sobre si habían realizado preparación para el parto, si conocían los métodos de alivio de dolor que podían ser usados en el trabajo de parto e informando sobre ellos, y en especial, sobre la analgesia epidural, para desmitificar información y resolver dudas. Una vez la embarazada entraba en fase activa de trabajo de parto, rompía bolsa amniótica o bien, se hacía dificultoso el manejo del dolor, era transferida a la Sala de partos.

b) Cuidar de la mujer embarazada en proceso de aborto

Tuve la oportunidad de acompañar a 8 mujeres en proceso de aborto, 4 de ellas para IVE y 4 para IME. En Portugal, según el Diario de la Republica nº 75/2007, Serie I

de 17 de abril de 2007, páginas 2417-2418, emitido por la Asamblea de Republica Ley nº 16/2007, la IVE puede ser realizada en las primeras 10 semanas (10 semanas + 6 días) de embarazo, calculadas a partir de la fecha de la última menstruación y confirmadas por ecografía.

Las mujeres que ingresaban con este motivo normalmente venían derivadas de la Consultas Externas o del servicio de Diagnostico Pre Natal [DPN]. Una vez ingresadas, era realizada la acogida al servicio ofreciendo un folleto informativo sobre en que consiste la IVE/IME, algunas rutinas del servicio y el horario de las visitas. Se estableció una relación terapéutica con la mujer para que se sintiese en confianza para poder expresar cualquier inquietud y emoción.

Posteriormente, eran valoradas por el equipo médico quien prescribía la pauta según protocolo. Como matronas, además de administrar el tratamiento, abordamos la parte psicológica dando espacio a la mujer y pareja para resolver dudas, informar sobre el transcurso del proceso, signos y síntomas normales y de alerta por los que nos deben avisar. También preguntamos acerca de la voluntad de querer ver el feto tras su expulsión, si querrán tener una caja de memorias que incluía una impresión de huella digital del feto, y si querrán funeral. Tras cada administración, era valorado el dolor según la EN y la presencia de perdidas hemáticas vaginales. El expulsivo era realizado en la Sala de Partos.

Para los profesionales de salud, es fundamental saber gestionar los cuidados de las mujeres/familia en situación de aborto, con el objetivo de crear una relación que no solamente se base en una visión técnica, sino que transmita interés, afecto, respeto y empatía, promoviendo un mejor afrontamiento de ese momento tan difícil. La escucha activa y la disponibilidad deben formar parte del día a día de los cuidados que prestan los profesionales de salud, independientemente de sus opiniones en relación al aborto, a fin de que la paciente pueda expresar sus sentimientos y así poder conseguir la ayuda y la referenciación que necesitan (Pereira, et al., 2012).

Servicio de Urgencias Obstétricas y Ginecológicas /Sala de Partos

Fueron realizados 3 periodos de prácticas en el Servicio de Sala de Partos de la Unidad Hospitalaria de Lisboa, siendo el primero del 23 de octubre al 3 de diciembre de 2023, el segundo del 14 de febrero al 10 de marzo y el tercero del 11 de marzo al 12 de mayo de 2024. Durante las 18 semanas en la Sala de Partos, acompañé mujeres en diferentes estadios de trabajo de parto, asistiendo 51 partos eutócicos cefálicos.

También colaboré en otros partos eutócicos (5) y en partos distócicos (fórceps (3), ventosa (4) y cesárea (1), y presté cuidados a 3 embarazadas en situación de aborto. No tuve oportunidad de participar en partos gemelares y/o de presentación pélvica (Tabla 12).

Tabla 12. Cuidados prestados en Sala de Partos

Cuidados a la parturiente	Número
Vigilancias Materno-Fetales en TP	108
Partos eutócicos	51
Participación activa en partos pélvicos	0
Participación activa en partos gemelares	0
Participación activa en otros partos	13
Episiotomía	10
Episiorrafía/perineorrafía	39
Vigilancias puérperas saludables	41
Vigilancias RN saludables	38

Fuente: Elaborado por la autora

Competencias matrona:

a) Cuidar de la mujer/pareja durante el trabajo de parto

La mayoría de las mujeres ingresadas en la Sala de Partos fueron admitidas a través del SUGO, a pesar de algunas ser derivadas del SMMF donde se encontraban ingresadas por la necesidad de vigilancia del bienestar materno-fetal o por inicio de Inducción de Trabajo de Parto. Los principales motivos de ingreso fueron: Inicio de trabajo de parto en fase activa, RPPM, ITP y necesidad de vigilancia del bienestar materno-fetal en situación de patología asociada al embarazo y/o concomitante.

En el momento de la admisión a la Sala de Partos, era realizada la acogida de la embarazada al servicio, procediendo a la creación de la anamnesis y discusión del plan de parto en el caso de que lo tuviera. Según la evidencia científica, el Plan de Parto ha demostrado ser una herramienta con importantes beneficios, como la mejora de la comunicación con los profesionales, disminución de la ansiedad y mejora de la experiencia y satisfacción de la mujer/pareja en relación al trabajo de parto (Nascimento, et al., 2023; Silva, et al., 2019). También eran recogidos datos recurriendo al Libro de Salud de la Embarazada, exámenes complementarios de diagnóstico y registros en el proceso informático.

Seguidamente, fueron explicadas algunas de las rutinas del servicio, se les fue facilitado el timbre al que llamar en caso de necesidad, explicando los signos de alarma a tener en cuenta. Además, fue realizada una evaluación física y ginecológica, valorando el estado general de la parturienta, monitorizando las constantes vitales maternas, también fueron realizadas las maniobras de Leopold, para la valoración de la estática fetal y fue colocada la monitorización cardio-fetal externa. Durante el Estágio en Sala de Partos, pude desarrollar las competencias relacionadas con la interpretación de la cardiotocografía teniendo en cuenta las *guidlines* de la FIGO (2015).

En el momento de la acogida también fue canalizado un acceso venoso periférico según protocolo, el cual se dejaba salinizado a excepción de diversas situaciones: necesidad de administración de analgesia endovenosa, administración de antibióticos para la profilaxis de la infección por *Streptococcus β hemolítico* del grupo B, administración de sueroterapia en caso de realización de analgesia epidural o en caso de ser diabética previa/gestacional. La OMS no recomienda administrar fluidos endovenosos de manera rutinaria durante el trabajo de parto.

El entorno hospitalario puede ocasionar emociones negativas como miedo e inseguridad, al ser un lugar poco familiar para la mujer, pudiendo afectar de manera negativa la fisiología del trabajo de parto, disminuyendo la secreción de oxitocina endógena, hormona responsable de las contracciones uterinas. Por ello, el cuidado proporcionado por la matrona debe proporcionar un ambiente acogedor y cálido, que favorezca la privacidad y promueva la relajación y bienestar de la parturienta (Guida et al., 2013).

Durante el acompañamiento de las mujeres en trabajo de parto, en todo momento se permitió el espacio para la resolución de dudas con la finalidad de crear una relación terapéutica donde destacase una buena comunicación y confianza. Teniendo como referencia el modelo de Betty Neuman, desde el primer contacto con la mujer mantuve una visión holística, considerando la mujer como un sistema formado por varios subsistemas interrelacionados, integrando la parte física y emocional, sin ejercer juicios de valor. Fue importante evaluar no solo los aspectos físicos de la parturienta, sino también los psicológicos, sociales y espirituales, para así reducir los estresores y planificar intervenciones individualizadas para dar respuesta a sus necesidades (Lowry & Aylward, 2015).

En relación al acompañamiento, en la Sala de Partos es permitido el acompañamiento 24 horas por una persona significativa, que puede irse alternando

siempre y cuando sean las personas que haya elegido la paciente. Según el Diario de la Republica, 1ª serie, 9 de septiembre de 2019, Ley nº 110/2019,

“La mujer embarazada ingresada en el servicio de salud tiene derecho al acompañamiento durante todas las fases de trabajo de parto, incluyendo partos por fórceps, ventosas y cesáreas, por cualquier persona escogida, excepto si hubiera razones clínicas o de seguridad de la parturienta o bebé que lo desaconsejen” (OE, 2019, p. 95).

El trabajo de parto es un proceso desafiante para la mujer tanto a nivel físico como emocional el cual consta de cuatro estadios, cada uno con unas características y duración diferentes. El primer estadio de trabajo de parto comienza con la aparición de contracciones uterinas regulares, terminando con la dilatación completa (10cm). De acuerdo con Friedman y Sachtleben (1961), el primer estadio se divide en fase latente y fase activa de trabajo de parto. La fase latente se refiere a aquella que va desde el inicio de las contracciones irregulares hasta el borramiento completo del cuello uterino y dilatación superior a 3 cm. Su duración suele variar de mujer a mujer, no existe un consenso sobre la duración normal de esta fase, pero la estimación va de 6-8 horas hasta 24-36 horas. Existe una diferencia entre nulíparas y multíparas, siendo 20 horas en las nulíparas y hasta 14 horas para las multíparas.

En relación a la fase activa, esta es caracterizada por el aumento de la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones. El patrón de las contracciones suele ser mas regular y transcurre con la dilatación cervical por encima de los 3-4cm. Esta fase promueve el descenso y la rotación del feto a lo largo de la pelvis materna, hasta llegar a la dilatación completa. La duración normal de la fase activa de trabajo de parto suele ser de 1,2cm/hora, en las mujeres nulíparas, y >1,5cm/hora en las multíparas (Sequeira et al., 2020).

El dolor en el trabajo de parto es una percepción subjetiva y muy variable de una mujer a otra. En la sociedad occidental se estima que un 7-14% de las mujeres presentan partos indoloros o poco dolorosos. El dolor va creciendo y cambiando a medida que la dilatación va progresando, por presiones y tracciones de las vísceras, músculos, ligamentos y huesos implicados, que se acomodan y adaptan a las presiones del bebé. La clave es tratar de minimizar el dolor cuidando las condiciones del parto y ofrecer recursos a la medida de cada mujer y cada proceso (Cabrerizo, 2018).

En relación a las medidas de alivio del dolor, expliqué a las parturientas la variedad de opciones existentes teniendo en cuenta sus preferencias. Fueron utilizadas tanto medidas farmacológicas, como no farmacológicas. Respecto a las medidas no farmacológicas, en la Maternidad donde realicé el *Estágio* existe una sala llamada *Espaço Snoezelen* destinada al uso de métodos alternativos que promueve un ambiente agradable, propiciando el aumento de la oxitocina natural. Algunas de las medidas usadas fueron: la cromoterapia, la musicoterapia (a través de una televisión en la que se puede usar aplicaciones como *Youtube*), la hidroterapia en la ducha, aromaterapia, el masaje y también había variedad de material para promover la movilización de la pelvis materna como la bola suiza, la bola en forma de cacahuete, esterillas y telas para el uso de la técnica de rebozo. Por otra parte, también fueron usadas las medidas farmacológicas, teniendo como primera opción analgésicos endovenosos y posteriormente si el dolor no cedía, estaba disponible la analgesia epidural.

La analgesia epidural fue uno de los métodos de alivio de dolor más usado en la sala de partos. Como futura matrona, me aseguré de dar información a cerca de la analgesia epidural a aquellas mujeres que tuvieran interés en utilizarla, para así resolver dudas y promover una decisión más informada y empoderada por parte de la mujer. En los casos en los que existió barrera idiomática, la Maternidad creó un archivo en el que se disponía información acerca de la epidural en diferentes idiomas. Tras la aceptación de la realización de la técnica, llamábamos al médico Anestesiista que estuviera de guardia y nos disponíamos a la preparación del material. La persona encargada de dar apoyo a Anestesia era la enfermera generalista, pero en el caso de las mujeres que tuve la oportunidad de acompañar fui yo la que dio apoyo a Anestesia para la colocación del catéter, así como enseñar a la mujer embarazada a optar la posición correcta y dar apoyo cuando viniesen las contracciones promoviendo una respiración controlada.

Relativamente al momento de inicio de la analgesia epidural, de acuerdo con los protocolos de la institución, normalmente era usada cuando la parturienta se encontraba en fase activa de trabajo de parto para evitar prolongar el trabajo de parto, a excepción de aquellas mujeres en las que había difícil manejo del mismo. En los casos en los que la parturienta se encontraba en fase latente del trabajo de parto, alguna vez se usó la anestesia secuencial o combinada. Esta es una técnica que combina la administración de analgésico opioide en el espacio subaracnoideo y la colocación de un catéter en el espacio epidural para el posterior mantenimiento de la analgesia. A diferencia de la

analgesia epidural, la anestesia secuencial tiene un inicio de acción más rápido, permitiendo un alivio del dolor más inmediato (Nené et al., 2016).

En cuanto a la medicación usada, el protocolo de la Maternidad consistía en la administración de Ropivacaina 2% como anestésico y Sufentanilo como opioide en la mayoría de los casos, a dosis bajas. La elección de la Ropivacaina es por su rapidez de acción y su escaso bloqueo motor, lo que permite la libre deambulaci3n de la parturiente aun haciendo uso de analgesia epidural. Una vez colocado el cat3ter y administrada la primera dosis por el Anestesta, era yo, como futura matrona, la encargada de manejar el dolor de la parturienta. La t3cnica usada permitía administrar bolos a pseudo-demanda, es decir, consonante a la sensaci3n de dolor de la mujer y, siempre y cuando, hubiera pasado una hora desde la ultima administraci3n, podía volver a administrar otra dosis.

Durante la fase activa del primer estadio de trabajo de parto, nuestra funci3n fue acompaÑar a la mujer en el alivio del dolor, vigilar el registro de monitorizaci3n cardio-fetal, promover la libertad de movimientos y asegurar un ambiente lo m3s agradable posible. Horariamente hacíamos un registro en la hoja de Enfermería valorando el dolor con la EN, interpretábamos el RCTG seg3n la FIGO y algunas otras observaciones que fueran necesarias.

En cuanto a la cardiotocografia, durante el *Est3gio* viví situaciones en las que el trazado se desvi3 de la normalidad, por lo que tuve la oportunidad de implementar medidas con el objetivo de revertir las causas de esas alteraciones, pidiendo ayuda siempre que las alteraciones ultrapasaran mis competencias.

En relaci3n a la cervicometría, solo realizamos tactos vaginales cuando la mujer se sentía quejosa a la contractilidad uterina, solicitando previamente su consentimiento para la ejecuci3n del mismo. Mediante el tacto vaginal pude desarrollar habilidades para valorar la consistencia, borramiento y dilataci3n del cuello uterino, así como identificar la posici3n fetal y la compatibilidad feto-p3lvica.

Durante el *Est3gio* también tuve la oportunidad de realizar la amniotomía, definida esta como la rotura artificial de membranas, siempre y cuando se dieran las condiciones óptimas para llevarla a cabo y con el previo consentimiento de la parturienta. Encontrarse en fase activa de trabajo de parto y que la presentaci3n fetal estuviera bien apoyada para evitar el prolapso de cord3n umbilical, fueron aspectos relevantes a tener en cuenta. Una vez realizada, eran valoradas las característcas del liquido amni3tico, principalmente el color y el olor (Sequeira et al., 2020). Posteriormente, era valorado el

registro cardiotocográfico para ver como respondía el feto al procedimiento y en caso de que hubiera sospecha de compromiso del bienestar fetal era avisado el obstetra.

Haciendo referencia a la ingesta durante el trabajo de parto, la OMS (2018) recomienda la ingesta de líquidos por vía oral y la ingesta de alimentos durante el parto para las mujeres con bajo riesgo. A pesar de ello, el protocolo de la Maternidad donde realicé el *Estágio* no permitía la ingesta de alimentos una vez la parturienta se encontraba en fase activa de trabajo de parto o bien hacía uso de analgesia epidural u oxitocina, sí permitiendo la ingesta de líquidos claros como agua, té y zumos sin pulpa.

El segundo estadio de trabajo de parto o periodo expulsivo, se inicia cuando la dilatación del cuello uterino está completa y finaliza con el nacimiento (Nené et al., 2016). Una vez llegábamos a la dilatación completa, se valoraba la posición del polo fetal en relación a la pelvis materna y era identificada la variedad fetal. Tuve muy en cuenta cómo se sentía la mujer en relación al grado de dolor, sensación de presión y el reflejo de pujo (reflejo de Ferguson), todo ello para evitar el agotamiento de la parturienta. A pesar de no estar recomendado por la OMS, en algún caso en el que habían pasado dos horas desde la dilatación completa y la mujer no tenía la percepción de las contracciones o no sentía la necesidad de pujar, fue incentivada a realizar esfuerzos expulsivos guiándola con la respiración. En este estadio, el acompañamiento continuo de la matrona y el apoyo emocional fue fundamental, ya que muchas veces en las mujeres aparecían emociones negativas como el miedo y el sentimiento de no ser capaz de parir, por lo que mantuve una actitud empática y de escucha activa, promoví un ambiente tranquilo y de confianza, tratando de animarla y motivarla con frases positivas, con objetivo de conseguir una experiencia positiva de parto.

Relativamente al posicionamiento de la parturienta durante este estadio, se le fue dada a la mujer la libertad de elección de posición, siendo animada a optar posiciones verticales por los grandes beneficios que han demostrado a lo largo de los últimos años. Durante el periodo expulsivo, es preferible que la parturienta varíe las posiciones a medida que el feto va descendiendo en el canal de parto. Las posiciones verticales ayudan al descenso fetal hasta el perineo (Sequeira et al., 2020). Durante el *Estágio*, tuve la oportunidad de asistir 51 partos, siendo las posiciones más usadas en este estadio el decúbito lateral, semisentada, de pie, a cuatro apoyos y cuatro apoyos apoyando los brazos en el respaldo de la cama.

La protección del periné fue otra de las intervenciones esenciales en este momento, bien con la aplicación de gel, aplicando compresas con agua tibia en la zona y

manteniendo una conducta de protección activa, evitando la realización de la episiotomía por rutina. A pesar de ello, hubo 10 casos en los que fue necesario realizarla. Según las recomendaciones de la OMS (2018), no se recomienda el uso de la episiotomía por rutina en aquellas mujeres que presenten un parto vaginal espontáneo. De acuerdo con la evidencia científica, no hay situaciones específicas donde la episiotomía sea imprescindible, pero si hay situaciones en las que podría evaluarse la necesidad como por ejemplo cuando se necesita acelerar el trabajo de parto por sospecha de sufrimiento fetal. El Grupo Desarrollar de la Guía refiere que es difícil establecer una tasa “aceptable” de episiotomías y, siempre y cuando haya motivo clínico que la justifique, debe ser realizada bajo consentimiento de la mujer. La técnica aconsejada es la incisión medial-lateral, para así evitar el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal asociadas a la incisión en línea media.

En relación a la vuelta cervical de cordón, una vez exteriorizada la cabeza, se comprobaba la existencia y largura de la misma. Durante mi práctica clínica, los partos con circular de cordón que asistí fueron únicas y largas por lo que intentaba deslizar el cordón por encima de la cabeza o bien, la matrona que me orientó me enseñó la realización de la maniobra de Somersault. Esta técnica fue descrita por Schorn y Blanco (1991), e implica las siguientes actuaciones: 1. La salida lenta de los hombros sin manipulación del cordón; 2. Flexión de la cabeza del RN hacia el muslo de la madre, mientras los hombros se desprenden; 3. La cabeza se mantiene cercana del periné, dejando que el cuerpo realice una “voltereta” con los pies dirigidos hacia los pies de la madre. Una vez fuera, la circular se retira. Según Ramos-Rincón & Cruz-Utrilla (2015), la incidencia de vueltas de cordón en el nacimiento es de 21-35%.

Tras el parto, colocábamos al RN piel con piel con su madre, estimulándolo y evitando la pérdida de calor, siempre y cuando no existiera ningún compromiso para la madre o para el RN. La OMS (2018) recomienda mantener a los RN en contacto piel con piel [CPP] con sus madres durante la primera hora de vida después del nacimiento. La Maternidad contaba con un programa creado para favorecer el CPP mediante el uso de la madre de un top llamado *Sling* el cual consistía en colocar al bebé por debajo de este de manera a sostener el bebé con la madre.

En ese primer minuto de vida y a los 5 minutos fue valorado el Índice de APGAR. Esta prueba es una herramienta rápida que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del RN para valorar su adaptación al medio extrauterino. Los ítems que se valoran son: el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los

reflejos y el color de la piel. A cada uno se le da una puntuación del 1 al 10, siendo la suma de ellos el resultado final. Cuando este es entre 7 y 10 está dentro de la normalidad y en el caso de ser inferior a 7, el RN precisaría de atención médica (Nené et al., 2016).

Respecto al pinzamiento del cordón umbilical, siguiendo las recomendaciones de la OMS (2018), este fue realizado de forma tardía, entre 1-3 minutos después del nacimiento o cuando sintiera que había dejado de latir para así disminuir el riesgo de anemia por deficiencia de hierro del RN. Una vez pinzado, dimos la oportunidad de que fuera la persona significativa quien cortase el cordón, promoviendo su participación en ese momento tan especial.

El tercer estadio de TP tiene inicio tras la salida de la expulsión fetal y termina con el alumbramiento, siendo este un proceso fisiológico (Nené et al., 2016). Así pues, en esta fase observé los signos de desprendimiento de placenta, realizando movimiento de tracción controlada sobre el cordón para acompañar su salida y posteriormente, comprobé la integridad de la misma, de sus membranas y la existencia de tres vasos sanguíneos (dos arterias y una vena). Una vez expulsada la placenta, se iniciaba la perfusión de oxitocina por vía endovenosa, como medida profiláctica para asegurar la correcta contracción uterina y prevenir así la hemorragia posparto.

Por protocolo, realicé recogida de sangre del cordón umbilical de aquellas mujeres que fueran grupo sanguíneo O, o Rh negativo, para posteriormente conocer el grupo sanguíneo del bebé y el coombs directo, con vista a la profilaxis de isoimmunización Rh D materna postparto y prevención hemolítica del RN.

De los 51 partos que asistí, tuve dos casos de retención de placenta por más de 30-45 minutos. Según Martín. et al (2013), la incidencia de la retención placentaria se sitúa entre el 0,5% y el 3% de los partos vaginales. El manejo fue diferente en cada uno de ellos, siendo que en el primero se contactó con el equipo de Obstetricia para posteriormente realizar un alumbramiento manual. En el otro caso, se realizó inyección de oxitocina en la vena umbilical, consiguiendo así el alumbramiento de la placenta. A pesar de que la extracción manual sea el tratamiento de mayor éxito, existen otras medidas menos invasivas como la segunda alternativa. Según la revisión Cochrane (2021), hay controversia en la realización de esta técnica, sin embargo, al no encontrarse efectos perjudiciales con su administración, puede realizarse mientras se espera la expulsión de la placenta.

Posteriormente al alumbramiento, me encargué de asegurar la correcta formación del globo de Pinard, evaluar las pérdidas hemáticas vaginales, verificar la integridad del

canal vaginal y periné para valorar la necesidad de sutura en caso de laceración, determinando el grado de la misma.

Durante este periodo de tiempo, tras el permiso de los padres, la enfermera generalista aprovechaba para pesar al RN y administrar 1mg de vitamina K intramuscular como profilaxis para la enfermedad hemorrágica, siempre con el previo consentimiento de los padres. También eran colocadas las pulseras identificativas tanto al RN como a la madre, comprobando siempre con ella que fuera correcta, y la pulsera antirrobo. Seguidamente era colocado de nuevo en CPP con la madre para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. A pesar de la OMS recomendar mantener al RN sin complicaciones en CPP con sus madres durante la primera hora de vida, aun se siguen realizando intervenciones en esos primeros minutos.

Para la realización de la perineorrafía, fue importante explicar a la puérpera el procedimiento, acomodarla y administrar analgesia en caso necesario. Pude aprender la realización de puntos simples y sutura continua, al igual que la ejecución de dos tipos de nudos para la finalización de la misma. Cada perineorrafía fue un reto, pues hay que individualizar cada una y usar el método de sutura que mas se adecue a cada caso. Percibí la importancia de la realización de una buena sutura, además de por la parte física también por la calidad de vida posterior de la mujer, cuidando su autoestima y vida sexual. Soy consciente de la pertinencia de invertir en la formación para la actualización de conocimientos.

Una vez finalizada la sutura, limpiábamos y acomodábamos a la mujer junto con su RN, promoviendo el vínculo de la diada-triada. Aquellas madres que quisieran alimentar a su bebé con leche materna, fue en ese momento donde las ayudamos a la iniciación de la lactancia, dando consejos y ayudándolas en la consecución de un buen agarre. Tras conseguirlo, dejábamos ese espacio de intimidad y calma tan importante para que pudieran disfrutar de esas primeras horas mágicas.

Por otro lado, también tuve la oportunidad de pasar por las admisiones del SUGO para conocer el recorrido previo al ingreso en la Sala de Partos. El triaje consistía en conocer el motivo de urgencia, los antecedentes personales médicos y quirúrgicos, existencia de alergias medicamentosas conocidas y toma de constantes vitales. Una vez valorados estos ítems, se atribuía un nivel de riesgo a las pacientes para la posterior valoración médica, el cual se basaba en la guía realizada por la OE (2017).

Además, conocí la existencia del Estudio *Hepagroth* en uno de mis turnos ya que una de las parturientas a mi cuidado participaba en él. Este estudio se basa en la

administración de Heparina de bajo peso molecular para el tratamiento de la restricción temprana del crecimiento fetal [RCF]. La RCF está asociada a una morbilidad fetal y neonatal importante (Miller et al. 2008, Nardoza et al., 2017). La elección de las participantes se realiza de forma aleatoria y se distribuye por edad gestacional al momento del diagnóstico de RCF (22 a 26 semanas y >26 a 32 semanas). Al grupo experimental se le administran inyecciones subcutáneas de enoxaparina (40mg, 4000 UI al día) y al grupo control se le proporciona el tratamiento estándar. Ambos grupos inician la intervención inmediatamente después del diagnóstico de RCF y la continúan hasta las 36 semanas de gestación o 12 horas antes del parto, lo que ocurra antes (ICH GCP, n.d).

b) Cuidar de la mujer/pareja en el periodo postnatal

El cuarto estadio de trabajo de parto comienza después del alumbramiento y se prolonga durante las dos horas siguientes, o sea, aquello que llamamos el puerperio inmediato (Sequeira et al., 2020). En estas primeras dos horas post-parto, realizamos una valoración tanto de la mujer como del RN, la cual era atribuida a los enfermeros generalistas, pero siempre que tuve oportunidad fui yo quien llevó a cabo el control posparto de las mujeres que había acompañado. En la mujer valoré las constantes vitales, la contracción uterina y altura del fondo uterino, características de los loquios, observaba la integridad de los puntos de sutura, preguntaba por la voluntad de realizar la primera micción, ya fuese espontánea o sino era realizado un vaciado vesical con ayuda de una sonda fémina en aquellas mujeres que habían usado epidural y no conseguían hacerlo solas y, finalmente, retiraba el catéter epidural. También fue realizada una valoración mamaria, teniendo en cuenta el tipo de pezón, su integridad y la presencia de calostro.

En todo momento, tuve en cuenta el dolor de la puérpera haciendo uso de la EN y fue administrada analgesia en el caso que fue preciso. Una vez comprobados estos ítems, la puérpera ya podía iniciar tolerancia oral y posteriormente, en el caso de que hubiera disponibilidad en el servicio de Puerperio, era transferida hacia allí.

En relación a los cuidados al RN, era realizada una valoración céfalo-caudal: Evaluación de su postura en reposo, observación de los reflejos, observación del cordón umbilical, genitales y orificio anal y preguntaba a los padres sobre la realización de primera micción y expulsión de meconio. Una vez realizada la valoración, vestíamos al bebé involucrando al padre o persona significativa para participar.

Por otro lado, también promoví la LM con las puérperas ingresadas en la Unidad de Recuperación y Cuidados Intermedios [URCI] cuyos recién-nacidos estaban ingresados en la UCINN, utilizando el recurso de extracción láctea con bomba y posterior transferencia de la LM al equipo de enfermería de la referida Unidad Neonatal.

Servicio de Hospitalización de Puerperio

El periodo práctico en el servicio de Puerperio fue realizado en el transcurso de 5 semanas, iniciando el 13 de mayo y finalizando el 16 de junio de 2024. En este tiempo tuve la oportunidad de acompañar a un gran número de puérperas y RN (Tabla 13).

Tabla 13. Cuidados prestados en el Servicio de Puerperio

Vigilancia y cuidados	Número
Puérperas saludables	49
Puérperas de riesgo	26
Recién nacidos saludables	69
Recién nacidos de riesgo	23

Fuente: Elaborado por la autora

Competencias matrona:

a) Cuidar de la mujer/pareja/RN durante el periodo post-natal

Durante este periodo adquirí las competencias en el cuidado de la mujer insertada en la familia y comunidad durante el periodo postnatal (OE, 2019b).

Tras el parto comienza el periodo puerperal, en el que transcurren un conjunto de modificaciones físicas y psicológicas, con el objetivo de volver al estado que caracterizaba a la mujer antes del embarazo y prepararla para la LM. Esta regresión ocurre normalmente al final de las seis semanas post-parto. Son varios los factores que existen que contribuyen para una mejor adaptación a esta fase, entre ellos, se puede hacer referencia al nivel de energía, salud y bienestar del RN, el apoyo y el cuidado ofrecido por la familia, amigos y profesionales de salud (Ferreira, 2018).

En la Maternidad donde realicé las prácticas, las mujeres eran trasladadas de Sala de Partos a las 2 horas post-parto a nuestra Unidad, donde acogíamos a la familia, les explicábamos las rutinas del servicio, resolvíamos dudas y explicábamos signos de alarma por los cuales debían avisarnos. Algunas de las rutinas eran la evaluación de los parámetros vitales, el dolor según la EN, era valorada la correcta involución uterina,

perdidas hemáticas, periné y mamas. En caso de cesárea, se revisaba el apósito de la herida quirúrgica.

Una vez ingresadas en la unidad, era promovido el levante y la deambulación precoz siempre que las condiciones de la puérpera lo permitieran. En caso de las cesáreas, era promovido a partir de las 6 horas post-intervención.

Durante este periodo, fueron importantes la promoción, prevención y diagnóstico en la salud de la mujer, entendiendo los cambios funcionales y psicológicos que se producen en ella después del parto, acompañando en el proceso fisiológico y en aquellas situaciones que se desviaban de la normalidad. Fue esencial la prestación de cuidados al binomio madre-hijo, llevando a cabo el cuidado del RN y promoviendo la participación de la pareja en el cuidado del mismo. La promoción y orientación en LM en aquellas mujeres que decidieron esta forma como alimentación para su hijo, fue otro pilar en esta práctica.

La lactancia materna exclusiva [LME] durante los primeros 6 meses de vida ayuda a la formación de una estrecha relación entre madre y bebé. Para conseguir que la LM sea exitosa y sin incidencias, deben conjugarse tres factores: el deseo y decisión de amamantar, el establecimiento y el soporte de la misma. Todas las embarazadas y puérperas deben ser informadas sobre las ventajas y cuestiones prácticas de la LM, para una toma de decisión consciente (DGS, 2015).

Durante mi práctica en el servicio, tuve la oportunidad de ayudar y aconsejar en LM, a aquellas mujeres con mayores dificultades para el mantenimiento de la misma. Eduqué en el uso de la bomba de extracción láctea a aquellas mujeres cuyos RN necesitaron de suplementación, ya fuese por pérdida de peso, hipoglicemia, entre otros casos. Orienté sobre las diferentes opciones para administrar esa leche extraída, ya fuese con vaso, jeringa o tetina, ofreciendo siempre todas ellas para que fuera la puérpera quien decidiera el método que mejor se adaptaría en su día a día. En aquellos casos en los que el RN realizaba un buen agarre, pero el problema estaba en que no mantenía la succión, ayudamos con el uso de una sonda a través de la cual era administrada una pequeña cantidad de suplementación como estímulo para que ese RN mantuviese la succión. La Maternidad es considerada como Hospital Amigo de los Bebes desde el 2009, hecho que ha facilitado que mi aprendizaje sea muy rico en cuanto a la LM.

En el caso de aquellas mujeres que tuvieran a su RN en la unidad de Neonatología, promovíamos y orientábamos en la extracción de leche con bomba para poder continuar

con la LM. Esa LM extraída era llevada al servicio de Neonatos posteriormente. Las madres tenían permiso para visitar a sus hijos las 24 horas del día.

En relación a la visita médica, el Equipo de Ginecología visitaba a las puérperas una vez por día, de lunes a viernes, pasando los fines de semana únicamente para dar altas y atender alguna situación que lo requiera, así de la misma forma realizaba el Equipo de Pediatría. Las puérperas, ya fuera parto vaginal o cesárea, solían tener un ingreso con una duración de 36-48 horas, siempre y cuando tanto la puérpera como el RN cumplieran los criterios de alta.

En relación al RN sano, era iniciado el Plan Nacional de Vacunación con la administración de la vacuna de Virus Hepatitis B [VHB], con el consentimiento de los padres. En cuando a la vacuna para la tuberculosis o BCG, es el pediatra quien decide que RN es indicado para la administración de la misma, según unos criterios determinados. Durante el ingreso, también se realiza el Rastreo Auditivo Neonatal Universal durante el ingreso, o en caso de no ser posible, se daba una cita después del alta.

En el segundo día de vida el bebé es pesado, siendo normal perder peso en los primeros días, pudiendo llegar al 10% de pérdida de peso. También es valorada la bilirrubina transcutánea con el Bilicheck. Aquellos RN con indicación de fototerapia podían hacerla en el servicio, junto a sus madres.

Debido a la breve duración de la hospitalización, el proceso se convierte en una experiencia intensa, exigente y desafiante para las parejas en términos de adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Por ello, es crucial que, en el momento del alta, las madres y sus parejas demuestren comprensión sobre el autocuidado y el cuidado del RN, la LM y los signos de alerta y complicaciones que se puedan prevenir. Esto es esencial para que puedan reintegrarse a su vida diaria con mayor seguridad y confianza. La capacidad de la mujer para manejar su propio cuidado y el del RN le permite llevar a cabo acciones autónomas y libres para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar (Queirós et al., 2014).

Al final del ingreso, para recordar las orientaciones recibidas y asegurar la continuidad de los cuidados en articulación con la atención de salud primaria, es entregado a todas las madres un documento de alta de enfermería. En este documento se incluye la información clara y precisa relativa a los cuidados proporcionados y evolución de la madre y RN durante su estancia en el hospital, así como algunas orientaciones importantes:

Madre:

- Marcación de consulta de puerperio alrededor de la 6ª semana post-parto en el Centro de Salud
- Hablar sobre el método anticonceptivo que quiera utilizar la puérpera
- Alimentación equilibrada y saludable.
- Cuidar de la higiene personal con agua y jabón neutro
- En caso de cesárea, marcar cita en el Centro de Salud para la retirada de grapas entre el 7-10º día post-parto.
- Indicaciones sobre medicación prescrita y contactos telefónicos de interés para apoyo en LM y resolución de dudas.
- Explicar signos de alarma por los cuales acudir a urgencias.

RN:

- Agendar cita en el Centro de Salud para realizar el “Test del Talón” (cribado de enfermedades metabólicas), entre el 3º y el 6º día de vida.
- Agendar la primera consulta en los primeros 15 días.
- Evaluación ponderal del RN, semanalmente, en el primer mes de vida.
- Amamantar en horario libre.
- Cordón umbilical: vigilar signos de rubor de la piel, alteración del olor, exudado. Dejarlo hasta caer.
- Explicar signos de alarma por los cuales acudir a urgencias.

Justo antes de ser dados de alta, se revisaron los conocimientos de los padres sobre cómo transportar de manera segura a los RN y se verificaron las condiciones de seguridad en la silla de transporte utilizada al salir del servicio.

Finalmente, a pesar de que la realidad sea que la mayoría de enfermeras que trabajan en el servicio de Puerperio son enfermeras generalistas, se hace fundamental que el equipo de enfermería esté integrado por matronas, ya que son las personas con las competencias específicas para poder acompañar a las puérperas y RN en sus primeros días de vida, para prestar unos cuidados de calidad, con la finalidad de conseguir una exitosa adaptación y recuperación postparto (Cano, et al., 2015).

Servicio de Neonatología

Finalmente, culminó mi práctica realizando una semana de observación en el Área de Neonatología, del 17 al 23 de junio de 2024. Durante esa semana, conocí la UCIN, UCINN y el BLH de Lisboa.

En Cuidados Intensivos tuve la oportunidad de observar la prestación de cuidados de 9 RN. La mayor parte de ellos prematuros, considerándose como tal todo aquel bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido las 37 semanas gestacionales. Dentro de esta categoría hay subcategorías: prematuro tardío, entre las 32 y 37 semanas; muy prematuro, entre las 28 y las 32 semanas y prematuro extremo, antes de las 28 semanas (OMS, 2023). En el caso de los RN a término, las alteraciones respiratorias solían ser las principales causas de ingreso.

En Cuidados Intermedios tuve la oportunidad de observar la prestación de cuidados de 6 RN. En este servicio estaban ingresados bebés con mayor estabilidad hemodinámica, pero que podían seguir requiriendo soporte ventilatorio con ventilación mecánica no invasiva.

Mi participación en estos servicios me permitió adquirir conocimientos y desarrollar competencias clave para mejorar la adaptación del RN a la vida fuera del útero, así como para apoyar el proceso de transición hacia la parentalidad. Cuando un RN que requiere cuidados especializados es ingresado, se produce una separación física entre la madre/pareja y el bebé que, aunque sea breve, viene acompañada de un aislamiento emocional que puede afectar seriamente la capacidad de los padres para asumir sus roles familiares con el neonato (Hockenberry et al., 2017). Como futura matrona, esto me sensibilizó sobre la importancia de ofrecer apoyo a los padres durante esa separación, que genera ansiedad, miedo, impotencia y tristeza. Es fundamental adoptar una actitud empática, escuchar sus inquietudes y necesidades, y trabajar con ellos para desarrollar estrategias que minimicen el estrés y fortalezcan el proceso de vinculación.

Por último, mi práctica clínica finalizó en el BLH de la Maternidad el cual fue el primero en ser construido en Portugal, estando en funcionamiento desde noviembre de 2009. Este fue creado para ayudar a bebés, sobretodo prematuros, a beneficiarse de todas las ventajas ofrecidas por la leche humana, cuando la LM no es posible. El BLH recoge, trata, almacena y distribuye leche humana de donantes, tras el riguroso control analítico y posterior pasteurización. Este espacio es utilizado también para preparar la leche humana o leche de fórmula, para las 24 horas siguientes, los 7 días de la semana, para todos los RN ingresados en la Unidad de Neonatología, teniendo en cuenta las prescripciones médicas diarias y las necesidades de cada RN.

CONCLUSIÓN

El presente documento es el resultado del trabajo realizado a lo largo del segundo año de *MESMO* junto con la práctica clínica, lo cual me ha permitido la adquisición de conocimientos y competencias necesarias para poder ejercer la profesión de matrona. Este curso me ha proporcionado una oportunidad significativa de crecimiento tanto profesional como personal, siendo una experiencia desafiante y gratificante a quilómetros de casa. En este sentido, he podido enfrentarme y superar las barreras que supone estudiar en otro país, con una lengua y cultura diferentes.

El inicio del aprendizaje comienza en el primer año con la fase teórica, seguido del segundo año donde se aplican los conocimientos anteriormente adquiridos en la práctica clínica y a la vez se redactan las memorias. Este año ha sido un continuo aprendizaje en el que cada contexto clínico me ha dado la oportunidad de vivir nuevas experiencias y desafíos.

A lo largo del curso formativo, mantuve una postura responsable, con iniciativa y motivación, lo que contribuyó para que los objetivos de aprendizaje fueran conseguidos. Además, también fue esencial tener momentos de reflexión para poder identificar los puntos fuertes y débiles que servirían más adelante para reforzar y superar nuevos retos.

Considerando el modelo teórico de Sistemas de Betty Neuman, el trabajo de parto está formado por un conjunto de cambios tanto a nivel fisiológico como psicológico que pueden desencadenar factores estresantes para la mujer, alterando el equilibrio del sistema de la embarazada y su familia, por lo que durante el *Estágio* desarrollé mis competencias con el objetivo de promover el bienestar de la misma, asegurando la privacidad e individualidad de los cuidados, teniendo en cuenta sus necesidades y preferencias para responder a sus expectativas de parto.

Al realizar el presente *Relatório*, fue seleccionado un tema de interés en el cual profundicé a través de la revisión integrativa de la literatura. De este modo, fue reconocida la importancia de la investigación en el área de la Enfermería para poder mejorar los cuidados prestados a la mujer y familia. Tras la realización de la revisión, se verificó que la analgesia epidural ha mostrado ser un método eficaz y uno de los más usados, para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, no obstante, su uso también conlleva ciertos riesgos y repercusiones obstétricas, como el aumento de la duración

del primer, y sobretodo, segundo estadio de trabajo parto y la necesidad de intervenciones adicionales para acelerar el parto.

De acuerdo con la literatura analizada, la continuidad en el cuidado por parte de la matrona y su presencia constante son factores determinantes para aumentar la satisfacción de las mujeres con analgesia epidural. Uno de los aspectos que considero positivos en el área de la salud materna y obstétrica es la cercanía con la paciente, es emocionante poder acompañar a las mujeres en uno de los momentos más importantes de su vida, así como aconsejar y educar a lo largo del ciclo reproductivo y climaterio.

Para finalizar, considero que los objetivos propuestos fueron alcanzados, pero eso no significa el fin formativo, sino el comienzo de una nueva etapa en la que soy consciente de la importancia de seguir aprendiendo para poder ofrecer unos cuidados de calidad, actualizados y basados en la evidencia científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aunea, I., Brotmet, S., Grytskocg, K., Sperstad, E. (2021). Epidurals during normal labour and birth- Midwives' attitudes and experiences. *Women and Birth*, 34, e384-e389.
- Ayres-de Campos, D., Spong, C., Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography.
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lémery, D., Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79-85.
- Cabrerizo, B. (2018). Una fuerza de la naturaleza disfrazada de dolor: el parto. *Matronas Profesión*. 19(2), 87-88.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, AR. (2023). Guia orientador de boas práticas. Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde materna e Obstétrica, mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Carracha, S. (2015). O papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto. Relatório de Estágio.
- Castán, S., Tobajas, J. (2013). Obstetricia para Matronas. Asociación Española de Matronas. Editorial médica panamericana.
- Colciago, E., Fumagalli, S., Inzis, I., Borrelli, S., Nespoli, A. (2019). Management of the second stage of labour in women with epidural analgesia: A qualitative study exploring Midwives' experiences in Northern Italy. *Midwifery*, 78, 8-15.
- De Verasategui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J., Jiménez-Ruiz, I., Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*. DOI: 10.1111/jmwh.13446
- DGS (2024). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2007a). Profilaxia da Isoimunização Rh. Circular normativa nº. 2/DSMIA. Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2007b). Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Circular normativa nº. 9/SR. Direção Geral de Saúde.

- DGS. (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015a). Orientação n.º 002/2015- Indução do trabalho de parto. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015b). Puerpério: Alterações emocionais e psicológicas. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015c). Norma n.º 001/2015 de 19 de janeiro: Registo de Indicações de Cesariana. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2015d). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde- Capacitação dos Profissionais de Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD] (2023). Ordem de Serviço n.º 01/2023: Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na ÚESESJD
- Freese, B. (2004). Betty Neuman Modelo de Sistemas. Teóricas de Enfermagem e a Sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem), 335-375.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Cada vez menos*.
- Garcia-Lausin, L., Perez-Botella, M., Duran, X., Mablona-Vicente, MF., Gutierrez-Martin, MJ., Enterra-Cuesta, E., Escuriet, R. (2019). Relation between Length of Exposure to Epidural Analgesia during Labour and Birth Mode. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 2928.
- George, J. (2000). Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional. (4ªed). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Guesine, G., Paschoini, M., Melo, G., Júnior, E., Peixoto, A. (2023). Labor analgesia and its impact on the maternal and perinatal outcomes. *Rev Assoc Med Bras*, 69 (7).
- Guida, N., Lima, G., Pereira, A. (2013). O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Rev Min Enferm*. 17(3). 524-530.
- Herrera, G., Zamora, E., Sánchez, P., Meléndez, R. (2007). Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neeuman. *Revista Enfermería Universitaria*, 4(1).
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C.C. (2017). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier.

- ICH GCP. (n.d). Registro de ensayo clínico NCT04762992. ICH GCP. DOI: <https://ichgcp.net/es/clinical-trials-registry/NCT04762992>
- Joanna Briggs Institute. (n.d). Critical appraisal tools. JBI. DOI: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kumar, N., Jahanfar, S., Haas, D., Weeks, A. (2021). Umbilical vein injection for management of retained placenta (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD001337.pub3.
- Martin, E., Galán, P., Tejedor, J., Ruiz, D., Llamazares, L. (2013). Manejo de la retención placentaria basado en la evidencia científica actual. *Metas de enfermería*, 16(6).
- Nascimento, F., Rodrigues, D., Alves, V., Ferreira, E., da Silva, S. (2023). Plano de parto como estratégia para os direitos e protagonismo das mulheres: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Contribuciones a las ciencias sociales*, 16 (11), 28212-28233.
- Nené, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel Enfermagem.
- OMS. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.
- OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Organización Panamericana de la Salud.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso- Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e obstétrica/Parteiras.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Triagem. Prioridades de Obstetricia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. Disponible en: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*, 2.ª serie, n.º 85, 13560-13565. Disponible en: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário de República*, 2.ª série, n.º 184, 128-155.

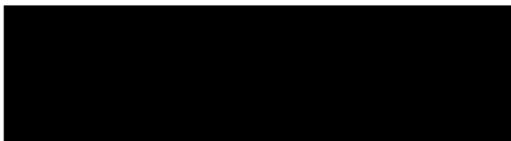
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica. Lisboa.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, V., Oliveira, F., Gomes, N., Couto, T., Paixão, G. (2012). Abortamento Induzido: vivência das mulheres baianas. *Saúde Soc. São Paulo*. 21(4), 1056-1062.
- Pérez, I., Velasco, M. (n.d). Actuación de la matrona ante la presencia de circulares de cordón en la segunda etapa del parto. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*.
- Presidencia do Conselho de Ministros (2023). Decreto-Lei n.º102/2023 de 7 de novembro. Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 215, 04-20. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Ramos, F. & Cardoso, A. (2022). E-book. Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica: Mudam-se os Tempos, mudam-se as Vontades: Desafios de uma Nova Era.
- Ramos-Rincón, A., Cruz-Utrilla, A. (2015). Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas profesión*. 16(3), 103-107.
- Rivera-Rojas, F., Ceballos-Vásquez, P., Sáez-Muñoz, L. (2023). Enfermería basada em la evidencia: um desafio pendiente. *Indez de Enfermería*, 32(1).
- Rodrigues, A., Rodrigues, D., da Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A., Queiroz, A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(3).
- Rodriguez, M.F., de la Cruz, M., Sánchez, Z., Romero, I., Bonal, Z., Ballarín, P., Garrido, M. (2019). Analgesia epidural como factor influyente tanto en el trabajo de parto como en los resultados materno-fetales posteriores. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(6), 527-532.

- Ruiz, M., Barranco, C., López, R., Pérez, A. (2020). Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia de orina y prolapsos en tratamiento de recuperación de suelo pélvico. *Garnata* 91. 22.
- Scorupski, R., Ravelli, A., Baier, L., Skupien, S., de Paula, P., do Amaral, I., Cabral, L., Panassol, M. (2020). Rede de Apoio ao Aleitamento Materno: percepções de puérperas. *Brazilian Journal of Development*. 6(10), 77654-77669.
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. *Lidel Enfermagem*.
- Serrano, L. (2023). *Conócete bien, cuidate mejor*. Grupo Planeta.
- Silva Y., Araújo, F., Amorim, T., Martins, E., Felisbino-Mendes, M. (2020). Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>
- Silva, W., Azevedo, J., Holanda, V., Gomea, A., Albuquerque, G. (2019). Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. *Revista baiana enfermagem*, 33.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Ad Médic, Lda. ISBN 978-989-53489-1-6.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso sobre contraceção*.
- Sousa, L., Firminio, C., Vieira, C., Severino, S., Pestana, H. (2018). Revisões da Literatura Científica: Tipos, Métodos e Aplicações em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem da Reabilitação*. 45-54.
- Tarlazzi, E. & Parma, D. (2023). "In harmony" or "disoriented": Italian midwives struggling with epidural analgesia, an interpretive description. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 14(3), 924-933.
- Veiga, AV., Dinato, A., Attem, M., de Araujo, RS., da Silva, L., Techí, L., Carneiro, E., Cavalcante, I., dos Santos, LM. (2021). Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos. *Research, Society and Development*, 10(3), e25410313307.
- Vives, N. & Colais, B. (2015). *Parir en movimiento: Las moviidades de la pelvis en el parto*. 1ª edición. Liebre de Marzo.
- Zuluaga, JS., Palacios, DA., Vargas, YA., García, NI., Gómez, JG., Silva, AJ. (2022). Evaluación de la duración de la analgesia obstétrica y del tiempo entre la

analgesia y el parto. Estudio observacional. *Colombian Journal of Anesthesiology*. Disponible en: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1005>

ANEXOS

Anexo A – Plan de Parto



Plano de Nascimento da Maternidade

Dr. Alfredo da Costa

O plano de nascimento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa é um documento que dá a conhecer às grávidas e aos seus familiares os recursos de acolhimento e os procedimentos habituais na prestação de cuidados desta instituição durante o período do trabalho de parto e nascimento.

O objetivo é melhorar e ampliar a comunicação entre os profissionais de saúde que acompanharão o parto e a grávida ou o casal, reduzindo a incerteza e os receios que se associam ao parto.

- O plano de nascimento pretende **promover a autonomia da grávida em todas as fases do trabalho de parto.**

Para isto, a grávida é incentivada a expressar o seu consentimento para os atos clínicos de forma consciente e esclarecida, e a manifestar os seus desejos, preferências e expectativas em relação ao parto.

O plano de nascimento pode ser alterado durante o trabalho de parto.

As preferências da grávida serão respeitadas desde a admissão até à alta, sempre que os sinais de segurança clínica o permitam. Contudo, a evolução de um trabalho de parto é imprevisível, podendo haver necessidade de alterar o plano inicial, caso surjam complicações ou desvios da normalidade.

De igual modo, a grávida é livre de expressar vontade da alteração do plano de parto durante o decurso do mesmo. As expectativas e preferências iniciais podem revestir-se de contornos diferentes, dando lugar a outras opções, nomeadamente no que se refere a analgesia e posições adotadas durante o trabalho de parto.

IDENTIFICAÇÃO DA GRÁVIDA OU DO CASAL

Nome da grávida: _____

Número de processo: _____ Local da vigilância da gravidez: _____

Data provável do parto: _____

Nome do outro elemento do casal: _____

Anexo B – Partograma



Ministério da Saúde

Lisboa

PARTOGRAMA

Processo _____ GRUPO FACTOR RH Data ____/____/____

Nome _____ Isoimunização- Sim Não

MOTIVO DE INTERNAMENTO: _____ URG. PROG.

Patologia _____

B.A. à entrada Intacta _____ h de ____/____/____ Última ingestão de alimentos às ____ horas dia ____
Rota às _____ Início do parto.....às ____ horas dia ____
Suspeita _____

Características do L.A.

PLANO DA APRESEN.	CERVICO-METRA	FCF TA												
I - 4	9	220												
- 3	8	200												
II - 2	7	180												
- 1	6	160												
III 0	5	140												
1	4	120												
2	3	100												
3	2	80												
IV 4	1	60												
4	0													

DINAMICA UTERINA

LIQUIDO AMNIOTICO

PH FETAL

CTG.

MEDICAÇÃO

OUTROS EXAMES

OBSERVAÇÕES

ÍNDICE OBSTÉTRICO				
Idade	Termo	Pré Termo	Aborto Ectóp.	Filhos Vivos
U.M. ____/____/____		P.P. ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Normal				
<input type="checkbox"/> Anormal				
LG. ____	Sem. ____	Dias ____		

Anexo C – Consentimiento Informado Analgesia Epidural



Espaço reservado á
etiqueta de
identificação do utente

**Consentimento Informado:
Analgésia/ Anestesia Regional no Parto**

Eu, _____
com B.I. nº _____ do Arquivo de Identificação de
_____, maior de idade, em pleno uso das minhas
faculdades mentais, em qualidade de doente, manifesto que:

Fui informada pelo Dr./Dra. do Serviço de Anestesiologia dos seguintes pontos:
o que é, como é que se realiza, para que é que se utiliza, riscos existentes,
complicações e alternativas da técnica epidural.

A analgesia epidural obstétrica é um procedimento que permite aliviar ou
suprimir a dor durante a progressão dum parto normal e tem demonstrado ser o
método analgésico mais efectivo.

Os únicos responsáveis da pela realização da técnica analgesia/ anestesia
epidural são os médicos do Serviço de Anestesiologia e Reanimação.

Trata-se duma técnica que não tem complicações para o bebé e que pode ser
aproveitada em caso de ser preciso fórceps ou cesariana.

A complicação mais frequente é a dor de cabeça após o parto, que no nosso
Serviço aparece numa percentagem 1%.

Declaro que fui informada, li e percebi este documento, e dou o meu
consentimento para a realização da técnica epidural

Lisboa, _____ de _____ de _____

Assinatura da Grávida

Assinatura do médico

Nº Mec. _____

FOLHETO INFORMATIVO SOBRE EPIDURAS

Riscos na realização de epidural ou raquianestesia para reduzir a dor no trabalho de parto

Risks of having an epidural or spinal to reduce labour pain

Tipo de risco	Quantas vezes ocorre?	Com que frequência?
Diminuição significativa da tensão arterial.	Uma em cada 50 mulheres	Ocasional
Pouco eficaz no alívio da dor de trabalho de parto, necessitando de outros recursos para analgesia.	Uma em cada 8 mulheres	Comum
Pouco eficaz para cesarianas, necessitando de anestesia geral	Uma em cada 20 mulheres	Às vezes
Cefaleia (dor de cabeça) severa	Uma em cada 100 mulheres (epidural) Uma em cada 500 mulheres (raquianestesia)	Pouco comum Pouco comum
Lesão nervosa (parestésias (formiguelos) numa região da perna ou pé ou falta de força no membro inferior)	Temporária: Uma em cada 1 000 mulheres	Raro
Lesões com mais de 8 meses de evolução	Permanente: Uma em cada 13 000 mulheres	Raro
Abcesso epidural (infecção)	Uma em cada 50 000 mulheres	Muito raro
Meningite	Uma em cada 100 000 mulheres	Muito raro
Hematoma epidural (hemorragia)	Uma em cada 170 000 mulheres	Muito raro
Inconsciência acidental	Uma em cada 100 000 mulheres	Muito raro
Lesão grave, incluindo paralisia dos membros inferiores	Uma em cada 250 000 mulheres	Extremamente raro

A informação disponível a partir dos documentos publicados não dá números exactos para todos estes riscos. Os números acima referidos são estimados e podem variar entre diferentes hospitais.

Na outra face deste folheto encontrará informação sobre epidural para a dor durante o trabalho de parto.



Associação de Anestesiologistas para Obstetrícia: Janeiro 2008
Obstetric Anaesthetists' Association January 2008

Tradução revista: Janeiro 2012
Translation review: January 2012

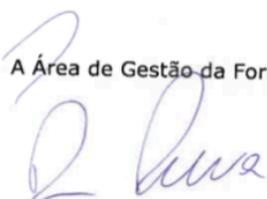
Anexo D – Certificados de asistencia a formaciones



DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA AVILA SILVA** frequentou as **V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia "MAC 91 Anos: O Cuidar Multidisciplinar"**, realizadas **nos dias 06 e 07 de Dezembro de 2023**, com a duração total de **09 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 18 de Dezembro de 2023

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 16432/2023/MC

BLOCO DE PARTOS/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Ação de Formação em Serviço** “**Promoção da Literacia em Saúde nos Profissionais de Saúde - ENDOMETRIOSE**” realizada pelo(a) **CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA** no dia **22 de Janeiro de 2024**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 20 de Junho de 2024

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º317/2024/MC/RP

2.ª VIA

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Ação de Formação em Serviço** "**Promoção da Literacia em Saúde nos Profissionais de Saúde - ALTERAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS DA MENOPAUSA**" realizada pelo(a) **CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA** no dia **29 de Fevereiro de 2024**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 20 de Junho de 2024

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º862/2024/MC/RP

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA SILVA** frequentou a **Acção de Formação "Maternidade Segura em outras mãos"**, realizada no dia **07 de Março de 2024**, com a duração total de **4 horas**.

Lisboa, 09 de Abril de 2024

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 3500/2024/MC

BLOCO PARTOS/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

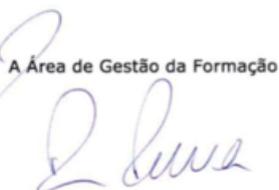


Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Ação de Formação Comemoração do Dia do Pai " Ser Pai - Uma Viagem de Desafios"**, realizada no dia **19 de Março de 2024**, com a duração total de **4 horas**.

Lisboa, 25 de Março de 2024

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 2583/2024/CS
MESTRADO SAUDE MATERNO/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)



CERTIFICADO

Certifica-se que Sandra Avila Silva participou no **2º Seminário Gerir a dor no trabalho de parto para uma experiência positiva** que decorreu na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no dia 2 de abril de 2024, com a duração de 5 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Videoconferência "Dia Internacional da Parteira - Sinfonia do nascer"**, realizada no dia **6 de Maio de 2024**, com a duração total de **4 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 20 de Junho de 2024

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 6505/2024/MC

SALA DE PARTOS/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Videoconferência "Dia Internacional da Parteira - Sinfonia do nascer"**, realizada no dia **6 de Maio de 2024**, com a duração total de **4 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 20 de Junho de 2024

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 6505/2024/MC

SALA DE PARTOS/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **SANDRA ÁVILA SILVA** frequentou a **Ação de Formação "Dia Internacional do Enfermeiro "Enfermeiros: Diferenciação nos Cuidados"**, realizada no dia **13 de Maio de 2024**, com a duração total de **4 horas**.

Lisboa, 20 de Junho de 2024

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 6527/2024/CS

SALA DE PARTOS/MAC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 - ACSS)

>IT VALENCIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY
27 de abril de 2024

Sandra Avila

Con número de identificación 48278342P y nacionalidad Española, ha superado adecuadamente el curso:

Actualización en Neonatología

dirigido a Enfermeros/as, en la edición online realizada entre el 01/04/2024 y el 30/06/2024. Esta actividad docente con nº de expediente 16000521094A está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad Valenciana con 9,5 créditos y el equivalente a 60 horas de formación continuada.

>IT VALENCIA INSTITUTE OF TECHNOLOGY
INSTITUTO DE TECNOLOGÍA DE VALENCIA, S.L.
C.I.F.: B-01858620
CALLE JOSÉ AGUILAR Nº15
46022 - VALENCIA - ESPAÑA

Rosa Lozano Pérez
Pediatra
Hosp. General de Almansa

D. José Manuel Martínez González
Director Instituto de Tecnología de Valencia

Firmado electrónicamente por MARTINEZ GONZALEZ JOSE MANUEL - 45634294V
Fecha: 2024.04.27 11:52:22

Certificado nº 30329571

CERTIFICADO REGISTRADO

FORMACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS
Medicarama
CERTIFICADO DE APROVECHAMIENTO

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comisión de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias de la Comunidad Valenciana

APENDICES

Apéndice A – Revisión de la Literatura

REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Analgesia obstétrica durante el trabajo de parto: Papel de la Matrona

Sandra Ávila Silva (nº 53438)

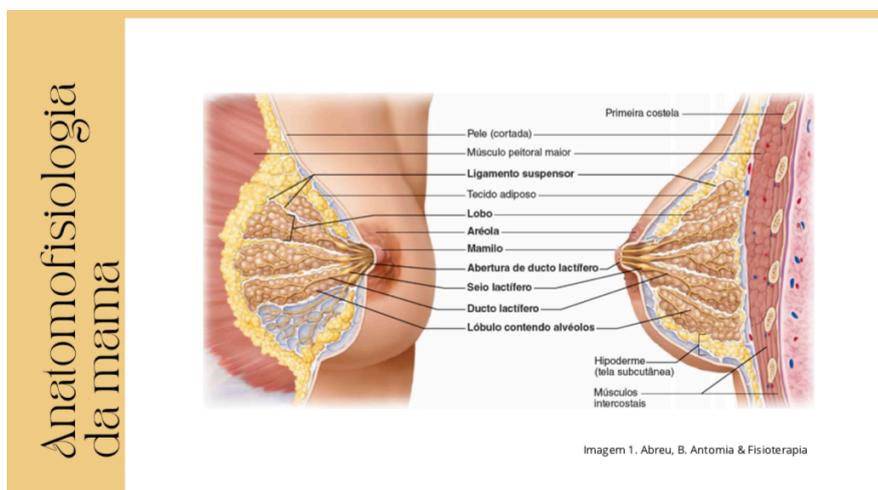
Resumen

El trabajo de parto es un proceso en el que están implicados varios cambios que pueden vivirse como algo negativo y doloroso por parte de la parturienta. Por ello, a lo largo de los años se ha dado más importancia al uso de métodos de alivio del dolor. Actualmente la analgesia epidural se ha convertido en el “gold standard” para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto. **Objetivo:** Analizar la evidencia acerca del papel de la Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en las mujeres con analgesia epidural para una experiencia de parto positiva. **Metodología:** Fue realizada una búsqueda con recurso al Catalogo online EDS (EBSCO Discovery Service) da *Biblioteca da Universidade de Évora*, Google Scholar y Pubmed. La búsqueda fue realizada durante enero-marzo de 2024. **Resultados:** Se identificaron 44 resultados, diez de los cuales se seleccionaron para el análisis tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. **Conclusión:** La analgesia epidural alivia el dolor del parto, pero puede aumentar su duración y requerir intervenciones. La matrona desempeña un papel crucial, fomentando la movilidad, adaptando la analgesia y promoviendo una fase pasiva más larga. La comunicación y la atención continua de la matrona son fundamentales para una experiencia positiva. La epidural, cuando se utiliza de forma personalizada y con acompañamiento profesional, puede proporcionar un parto más cómodo y seguro.

Palabras clave: Trabajo de Parto; Analgesia Epidural; Rol de Enfermería; Enfermera matrona

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 -7 ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ','); <u>Apresentado no campo 13.</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Control del dolor durante el trabajo de parto.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores nos 3 idiomas: Descritores (DeCS): Dor do Parto; Trabalho de Parto; Analgesia Epidural; Evolução Clínica; Enfermeiras Obstétricas Descriptors (DeCS): Labor Pain; Labor, Obstetric; Analgesia, Epidural; Clinical Evolution; Nurse Midwives Descriptores (DeCS): Dolor de Parto; Trabajo de parto; Analgesia Epidural; Evolución Clínica; Enfermeras Matronas	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadrar a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

Apêndice C – Apresentação Lactância Materna para el Centro de Cuidados Primarios



Anatomofisiologia da mama

- O **mamilo** está rodeado por uma pele mais escura chamada **aréola**. Na aréola existem pequenas glândulas chamadas **glândulas de Montgomery** que segregam um líquido oleoso para manter a pele saudável.
- No interior da mama encontram-se os **alvéolos**, que são pequenos sacos constituídos por células secretoras de leite.
- Uma hormona chamada **prolactina** faz com que estas células produzam leite.
- À volta dos alvéolos existem células musculares, as **células mioepiteliais**, que se contraem e empurram o leite para fora dos alvéolos.
- Uma hormona chamada **ocitocina** faz com que estas células se contraíam.
- Pequenos canais, chamados **ductos**, transportam o leite dos alvéolos para o exterior.

Anatomofisiologia da mama

PROLACTINA

- Quando um bebé mama, os impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro, sendo segregada prolactina pela parte anterior da hipófise.
- **A maior parte da prolactina encontra-se no sangue cerca de 30 minutos após cada mamada, o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte.**
- **Quanto mais o bebé mamar, mais leite é produzido.**

OCITOCINA

- Ao mesmo tempo, em resposta à sucção, a parte posterior da hipófise segrega ocitocina.
- A ocitocina leva a que o leite acumulado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo - **Reflexo da ocitocina ou de ejeção**.
- Os sentimentos positivos/agradáveis → **leite flui**.
- Os sentimentos negativos/desagradáveis → **leite não flui**.

Anatomofisiologia da mama

FASES DE LACTAÇÃO

- **Lactogénese I**
 - Período entre o fim da gravidez e os primeiros dias pós-parto.
 - O leite dos primeiros dias chama-se **colostró** e tem uma baixa concentração de lactose e níveis elevados de sódio e proteínas.
- **Lactogénese II ou "subida do leite"**
 - Entre o 2º e o 5º dia **pós-parto**, aumento da produção do volume de leite, diminuição dos níveis de sódio, cloro e proteínas e aumento da lactose e dos lípidos.
 - ↓ brusca da progesterona e manutenção de níveis elevados de prolactina, com amamentação precoce, frequente e eficaz.
- **Lactogénese III ou Galactopoiese**
 - Durante toda a amamentação com esvaziamento suficiente e frequente da mama.
- **Desmame: apoptose**
 - A mama regressa gradualmente ao seu estado pré-gestacional e a produção regular de leite cessa.

Anatomofisiologia da mama

COLOSTRO

- Primeiro leite segregado pouco depois do nascimento (**até ao 7º dia**).



- É **amarelado** devido sobretudo à presença de betacaroteno, com aparência **cremosa**.
- É **completo** como primeiro alimento para o bebé.
- Volume: **30ml (10 a 100mg/dia)**

Propriedade	Importância
Rico em anticorpos	Protege contra infeções e alergias
Muitos leucócitos	Protege contra infeções
Fatores de crescimento	Acelera a maturação intestinal, previne alergia e intolerância
Rico em vitamina A	Reduz a gravidade de algumas infeções (como sarampo e diarreia); previne cegueiras oculares causadas por deficiência de vitamina A
Laxante	Expulsa o meconio, ajuda a prevenir a icterícia



LEITE DE TRANSIÇÃO

- Produzido entre o **4º-15º** dia pós-parto.
- A sua composição e o volume muda ao longo dos dias. Volume médio de **500ml/dia**.

LEITE MADURO

- Produzido a partir do **15º** dia.
- Líquido **branco** e **opaco**, com **pouco odor** e sabor ligeiramente adocicado.
- Volume médio **700-900ml/dia** nos primeiros 6 meses.
- **88% água**, mais **proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerais e vitaminas**.

(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)

Vantagens do AM

Segundo a OMS, recomenda-se o **Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses de vida**.

Para a mãe

- Facilita uma involução uterina mais precoce
- Menor probabilidade de ter cancro da mama
- Permite a mãe sentir o prazer único de amamentar
- Melhor saúde mental, menor depressão pós-parto

Para o bebé

- Previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias
- Proteção imunológica
- Efeito protector contra as alergias
- Melhor adaptação a outros alimentos
- Impacto positivo no desenvolvimento físico e mental
- Proteção de morte súbita do recém-nascido
- Maior apego/vinculação Mãe-bebé



(Levy, L. & Bartolo, H., 2012; Sequeira, A. et al., 2020)

Contraindicações

TEMPORÁRIAS

- Mãe com doença infecciosa como: a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada.
- Mães que tenham de efetuar uma medicação imprescindível.

DEFINITIVAS

- Mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes.
- Mães que precisem de tomar medicamentos que são nocivos para os bebés.
[Páginas web que permitem saber a compatibilidade da amamentação e medicamentos:](#)
Lactapp, E-lactancia
- Bebés com doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosémia.

(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)

Posicionamento para amamentar

POSIÇÃO DA MÃE

- Deve estar confortável e com as costas apoiadas.
- Com os pés apoiados caso esteja sentada.
- Com apoio nas mamas, se necessário.

POSIÇÃO DO BEBÊ

- Corpo alinhado, com a orelha, o ombro e anca formando uma linha recta.
- Corpo próximo ao corpo da mãe, para que o bebê seja levado à mama e não a mama levada ao bebê.
- Apoiado na cabeça e os ombros. Deve ter o corpo inteiro apoiado.
- Face de frente para a mama com o nariz apontado para o mamilo.
- A aréola visível acima do lábio superior do bebê, boca bem aberta, lábio inferior virado para fora.
- O queixo do bebê toca a mama.

(Sequeira, A. et al., 2020)

Posicionamento para amamentar

CRIANÇA BIOLÓGICA



TRADICIONAL



INVERTIDA (RUGBY)



VERTICAL OU CAVALEIRO



TRANSVERSAL



DECÚBITO LATERAL



(Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría., 2008; Sequeira, A. et al., 2020)

Sucesso do AM



Sucesso do AM

Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três factores:



A decisão de amamentar

O estabelecimento da lactação



O suporte na amamentação

Sucesso do AM

Para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três factores:

A decisão de amamentar

- Decisão pessoal.
- Muitas mulheres não sabem porque decidem amamentar, fazem-no simplesmente por tradição, outras fazem-no porque valorizam positivamente os benefícios da amamentação.
- Devemos respeitar e não culpar as mães que não querem ou não podem amamentar.

• Alguns estudos sugerem que:

- 1.As mulheres que optam por amamentar pelas vantagens do AM, amamentam durante mais tempo e com maior prazer.
- 2.As gravidezes planeadas e as consultas pré-concepcionais também estão associadas a um melhor AM.
- 3.No terceiro trimestre deve-se abordar o AM na consulta de Enfermagem com os pais.
- 4.As aulas de preparação para a parentalidade também servem para familiarizar a mulher e o seu parceiro com o AM.



Sucesso do AM

O estabelecimento da lactação

Os acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, período pós-parto imediato e durante o internamento da mãe e do bebé no hospital podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação.

A OMS/UNICEF contemplam 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde materna e recém-nascidos, definindo objectivos e estratégias que, a serem cumpridos, confeririam a esses mesmos serviços de saúde a categoria de "Hospital Amigo dos Bebés".

(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)



Sucesso do AM

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (OMS/UNICEF)

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno afixada.
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação.
6. Não dar ao recém nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
7. Praticar o contacto pele a pele.
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira.
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas à mama.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta da maternidade.



(OMS, 2023)

Sucesso do AM

O suporte na amamentação

- É essencial dar apoio à mãe sobre o aleitamento materno assim que ela sai do hospital.
- Os primeiros 15 dias são especialmente importantes para o estabelecimento do AM.
- Será importante que a mulher tenha ajuda para se dedicar ao seu bebé e que tenha apoio dos profissionais de saúde e marcar consulta, se necessário.
- Manter um ambiente calmo e agradável e ter o cuidado de assegurar uma alimentação variada e equilibrada ajudam nesta fase.

(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)



Dificuldades



- MAMILOS PLANOS E INVERTIDOS
- BLOQUEIO DOS DUCTOS
- INGURGITAMENTO MAMÁRIO
- MASTITE
- MAMILOS GRETADOS
- POUCO LEITE

Dificuldades

MAMILOS PLANOS E INVERTIDOS

O que fazer?

Mamilo plano: Para facilitar a pega, o mamilo pode ser estimulado para ficar um pouco mais saliente.

Mamilo invertido:

- Normalmente, deve-se ao facto de os canais lactíferos serem curtos;
- Esta situação melhora após um período de amamentação;
- Fazer a exteriorização do mamilo com uma seringa ou uma bomba de extração de leite, ou estimular o mamilo rodando-o ou humedecendo-o com água fria antes da amamentação;
- O contacto pele-a-pele, a postura do bebé e a pega orientada podem ajudar.



Dificuldades

BLOQUEIO DOS DUCTOS

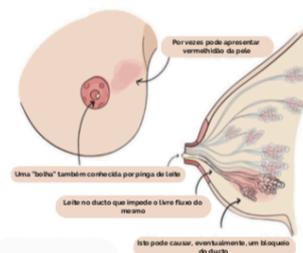
- Bloqueio dos canais de drenagem do leite materno, eventualmente por leite espesso.
- A mulher que amamenta sente uma **tumefacção dolorosa** na mama e a **zona pode estar avermelhada**.
- Sem febre.

Causas prováveis:

- O uso de roupa apertada.
- O bebé não mama nessa "parte"

O que fazer?

- Amamentar em diferentes posições para esvaziar todas as "partes" da mama;
- Realizar uma ligeira pressão com os dedos na direcção do mamilo para ajudar a esvaziar essa parte da mama;
- Usar roupas largas e um soutien que suporte, mas não comprima.



(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)

Dificuldades

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Deve-se ao ingurgitamento da glândula mamária. Pode aparecer 2 a 3 dias após o parto em ambas as mamas.

Sintomas: tensão mamária, edema e calor.

O que fazer?

- Relaxar antes de amamentar, com um **banho quente/aplicar calor local**, uma **massagem** agradável, ouvir música...
- **Aumentar** a frequência das mamadas, aproximadamente de duas em duas horas
- Em SOS, aplicar **frio local** entre as mamadas **e/ou** tomar um anti-inflamatório se não tiver contra-indicação.



(Sequeira, A. et al., 2020)

Dificuldades

MASTITE

Sintomas: Dor e vermelhidão na mama, com ou sem febre e mal-estar geral. Raramente é infecciosa..

O que fazer?

- É importante continuar a amamentar, **aumentando** a frequência das mamadas ou **esvaziando** a mama manual/bomba.
- Aplicar **frio** local entre as mamadas.
- Se não houver uma melhoria em 12-24 horas ou se a dor mamária for acompanhada de febre, mal-estar geral, arrepios, dores musculares... avaliação médica.

(Sequeira, A. et al, 2020)



Dificuldades

MAMILOS DOLOROSOS E/OU COM FISSURAS

- Resulta de um problema de pega..
- Doloroso.

Causas das dificuldades de pega:

- O bebé (freio curto);
- Postura de amamentação;
- Mamadas longas;
- Bebés que não permanecem relaxados após a mamada;
- Bebés que adormecem na mama e não largam espontaneamente.



(Levy, L. & Bartolo, H., 2012; Sequeira, A. et al., 2020)

O que fazer?

- Lavar as mãos antes de cada mamada.
- Após a mamada fazer a expressão de leite e aplicar no mamilo.
- Sempre que possível expor a mama ao ar;
- Os protetores de mamilos podem ser úteis até que as fissuras cicatrizem.
- Durante a amamentação, as pequenas glândulas da aréola fornecem humidade ao mamilo, pelo que não é aconselhável lavar os mamilos antes e depois da amamentação.
- O duche é suficiente para uma higiene adequada;
- Se o processo de cicatrização se prolongar, orientar para uma consulta médica.

Dificuldades

POUCO LEITE/CHORO DO BEBÉ

- O bebé chora mais do que o habitual
- Quer sugar mais frequentemente
- Demora muito a mamar
- Adormece a mamar
- Perda de peso

O que fazer?

- A mãe deve amamentar sempre que o bebé tenha fome (horário livre);
- O bebé deve **esvaziar** uma mama até ao fim e não exceder o tempo máximo de **30 min** . E só depois oferecer a outra mama. Na mamada seguinte deve iniciar na última mama;
- Estimular o bebé... vestuário, estímulo verbal e "doloroso".

Para estimular a produção de leite:

- Amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também de noite;
- Retirar o leite sempre que não esteja com o bebé.

(Levy, L. & Bartolo, H., 2012)

Kinesioterapia

O que é?

É um conjunto de exercícios terapêuticos para fortalecer e alongar os músculos, ajudando a prevenir alterações motoras, promover o equilíbrio, **aliviar a dor, edema e melhorar a circulação**. Os exercícios terapêuticos são potencializados com recursos a **bandas**.

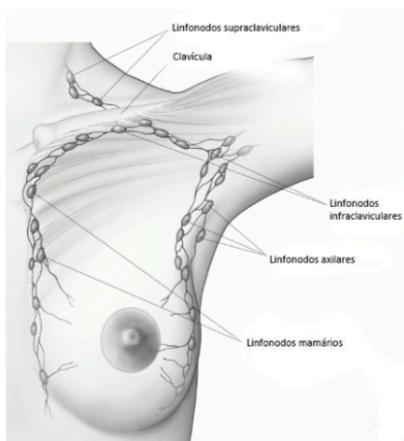


As bandas promovem uma ação física da fásia e músculos que estimula de forma continuada a drenagem linfática.

Massagem de Drenagem Linfática Mamária

(Formação sobre Kinesioterapia, 2022)

Kinesioterapia



(Imagem. American Cancer Society, 2013)

Kinesioterapia



- Fita - 5 caudas cada
- Medição e Corte
- Banda Teste
- Estiramento tecidual - zona terapêutica
- Tensão de Aplicação - 0 a 10%
- Duração - 3 dias
- Avaliação



(Formação sobre Kinesioterapia, 2022)

Kinesio/Kinesioterapia

Efeitos

Imediatos

- Maior conforto
- Diminuição da dor
- Aumento do fluxo de leite

Após 2 horas

- Redução eritema
- Redução da "dureza"

Após 24 horas

- Igual às 2h após
- S/ redução da produção de leite
- Pega correta
- Melhor transferência de leite

(Formação sobre Kinesioterapia, 2022)

Extração do leite materno

Extração do leite:

1. Lavagem das mãos;
2. Um local que reúna as condições necessárias;
3. Estimulação da saída do leite.

- Extração do leite perto do bebé ou com o pensamento no bebé;
- Massajar a mama com movimentos **circulares** com os dedos;
- Deslizar/Pentear suavemente os dedos desde a inserção da mama em direção ao mamilo;
- Agitar suavemente ambas as mamas, inclinando-se para a frente.

(Guia para las madres que amamantan, 2017)



Extração do leite materno

DIVERSOS TIPOS DE EXTRAÇÃO:



Manual



Bomba manual



Bomba elétrica

Extracção do leite materno

MANUAL

Colocar o polegar e o dedo indicador e o médio em forma de "C" cerca de três a quatro centímetros atrás do mamilo. Empurrar os dedos para trás em direção às costelas, sem os separar, e depois deslizar os dedos e o polegar em direção ao mamilo. Este processo é repetido em ambas as mamas.



BOMBA MANUAL

Introduzir o copo de tamanho adequado e começar com extracções curtas e rápidas. Quando for visível algum leite, realizar extracções mais lentamente, sempre sem causar dor.

BOMBA ELÉCTRICA

Começar com um nível de sucção baixo e aumentar gradualmente até ao vácuo máximo que seja confortável e o leite flua livremente sem dor.

A bombagem é feita alternadamente em ambas as mamas. Quando a perda de leite de uma das mamas diminui, estimula-se a outra mama e começa-se a bombear novamente. Repete-se o mesmo processo duas ou três vezes em cada mama.

(Guía para las madres que amamantan, 2017)

Conservação do leite materno

- Saco de plástico esterilizado;
- Biberão esterilizado.

	Local	Temperatura	Tempo Máximo
Leite Recém Extraído	-	Temperatura ambiente (se < 25° c)	6-8h
Leite Refrigerado	1ª prateleira do frigorífico no fundo	0°-4°	8 dias
		4°-10°	3-5 dias
Leite Congelado	Congelador - dentro do frigorífico	-	2 semanas
	Congelador - Combi	-	3-6 meses
	Arca frigorífica	-19° ou inferior	+ 6 meses



Descongelação do leite
Descongelado dentro do frigorífico - 12-24h
Descongelado fora do frigorífico - imediato

(Sequeira, A. et al., 2020)

Referencias bibliográficas

- OMS & UNICEF. (2019). Proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología: Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño. Guía de aplicación.
- Guia de Prática Clínica sobre lactancia materna (2017). Guias de Practica Clinica en el SNS, Vitoria-Gasteiz.
- Levy, L., Bartolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2008). Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Ed. Panamericana.
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (2020). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Lidel, p. 295-318. ISBN 978-989-752-416-5
- Diapositivos da Formação sobre Kinesioterapia (dezembro 2022)- Enf.ª Teresa Félix
- Imagens - Retiradas de fontes web científicas
- Vídeo - <https://www.youtube.com/watch?v=-oUwx7L47cg>

Apéndice D – Modelo Reflexivo de Gibbs. Barrera idiomática

Descripción

Mujer de 29 años, natural de Nepal, ingresada en Sala de partos por estar en trabajo de parto activo. Existe barrera idiomática ya que no habla portugués y tiene un escaso dominio del inglés, por lo que está acompañada del marido quien hace de traductor.

Tras 6 horas con nosotros, el registro cardiotocográfico empezó a ser sospechoso, pues presentaba varias desaceleraciones que en un inicio fueron de recuperación espontánea. Finalmente, presentó una desaceleración prolongada que no se resolvió tras 5 minutos, por lo que se avisó al equipo médico quien valoró e indicó cesárea emergente.

El profesional sanitario empezó a movilizarse de manera rápida y en cuestión de pocos minutos se le pidió al acompañante que tenía que salir de la habitación, el bebé estaba sufriendo y su mujer tenía que ir hacia el quirófano de emergencia. Él, con una mirada de miedo y preocupación, salió de la habitación. Ella, con mirada de no saber muy bien lo que estaba sucediendo, se le pidió pasar a la camilla de transferencia para dirigirse al quirófano. A pesar de intentar explicarle lo que sucedía, la barrera idiomática no permitió una buena comunicación.

Sentimientos

En ese momento predominaba el estrés, por tener que actuar de manera rápida por tratarse de sospecha de sufrimiento fetal. También apareció la impotencia, pues a pesar de querer realizar bien mi trabajo, no pude lograr el resultado deseado. La incapacidad para establecer una relación terapéutica con la mujer genera sentimientos de impotencia. Es importante reconocer que la comunicación en momentos críticos puede ser desafiante, y a veces, las circunstancias obligan a tomar decisiones rápidas que pueden limitar la interacción verbal. Y, por último, la frustración relacionada con la dificultad para comunicar efectivamente la situación a la mujer. La falta de comprensión o colaboración por parte de la paciente aumenta estos sentimientos.

Evaluación

Por una parte, es de destacar la actuación por parte del personal de enfermería quien supo identificar a tiempo lo que estaba sucediendo, para así avisar al equipo médico y acto seguido trasladar a la parturienta hacia el quirófano para llevar a cabo la cesárea, la cual finalizó con buenos resultados. Tanto la madre como el bebé se encontraron estables tras la intervención quirúrgica.

Sin embargo, es importante reconocer las consecuencias emocionales que puede conllevar esta situación, pues la mujer embarazada se encontró en un estado de miedo y preocupación por la vida de su hijo.

Análisis

Analizando la situación, a pesar de que las medidas tomadas fueron rápidas para abordar la emergencia, como profesional de la salud se debería de haber tenido en cuenta a la parturienta como un sistema, tal y como hace referencia Betty Neuman en su modelo teórico, y haber tomado una actitud asertiva para poder disminuir los factores estresantes de ese momento, como la barrera idiomática.

Este escenario destaca la importancia de abordar la diversidad cultural y lingüística en la atención médica, garantizando que todas las mujeres, independientemente de su origen, reciban un cuidado de calidad y comprensión integral durante el embarazo y el parto. La mujer inmigrante puede estar lejos de su red de apoyo familiar y social, lo que puede aumentar la sensación de aislamiento durante el embarazo.

Conclusión

La experiencia de una mujer embarazada inmigrante que enfrenta una barrera idiomática y requiere una cesárea emergente es un escenario complejo que involucra diversos aspectos emocionales, sociales y médicos.

Al revisar la situación en retrospectiva, considero que una mejora podría haber sido brindarle al acompañante la oportunidad de explicar de manera breve a la mujer lo que estaba ocurriendo y lo que iba a suceder, en lugar de solicitar directamente que abandonara la habitación. Esto podría haber contribuido a una comunicación más clara y empática, permitiendo que la paciente comprendiera la urgencia de la situación y aliviando posiblemente su ansiedad.

Plan de Acción

Será esencial desarrollar la habilidad de comunicación, manteniendo una actitud asertiva, tanto con la paciente como con su acompañante quien desempeña un papel crucial como traductor. Es fundamental el conocimiento de la diversidad cultural para poder ofrecer unos cuidados de calidad a una sociedad que cada vez es mas diversa. Como profesional de la salud, es esencial garantizar que la información se transmita de manera clara, asegurando su comprensión, para así promover el bienestar emocional tanto de la mujer embarazada como de su acompañante durante cualquier momento de su embarazo, parto y posparto.

Referencias bibliográficas

Nunes, J., Gaitas, S., Aguiar, A., Ferreira, M. (2022). Influência da cultura no bem-estar materno-fetal: uma revisão narrativa. Literacia em saúde para uma gravidez saudável, p.12-23.

Suárez, M., Plaza, F. (2018). Variabilidad en la vivencia del parto y su implicación en los cuidados de enfermería. Cultura de los cuidados, 22(50).

Apéndice E – Modelo Reflexivo de Gibbs. Rotura de cordón umbilical

Descripción

Durante una noche de febrero, acompañé a una embarazada de 39 semanas de gestación, la cual había ingresado en el servicio de Medicina Materno Fetal por Inducción del Trabajo de parto por Colestasis Gravídica, y posteriormente, había sido transferida a Sala de Partos por inicio de trabajo de parto y contractilidad dolorosa.

Mujer de 28 años, sin antecedentes personales y sin alergias conocidas. Contaba que el embarazo había sido planeado y vigilado en el Centro de Salud, participando en clases de preparación al parto.

A partir de nuestra entrada al turno, a las 23h, hizo uso de terapias no farmacológicas para el alivio del dolor y más adelante solicitó la analgesia epidural. El RCTG fue normal según la FIGO, en todo momento.

A las 3:15h se mostró quejosa a la contractilidad por lo que decidí realizar una cervicometría. Tras observar que estaba en dilatación completa, se administró un bolus de 10ml de Ropivacaína 0,2% para aliviar el dolor. Una vez mejorado el dolor, continuaba sintiendo presión y voluntad de realizar esfuerzos expulsivos por lo que fue animada y acompañada durante la fase de expulsivo. A las 4:09h nació un niño de 3640g, con un Índice de APGAR de 3.8.8.

En el expulsivo, una vez había salido la cabeza, busqué si había circular de cordón, en este caso la hubo y me pareció ser larga por lo que intenté ultrapasar la cabeza al desbloquear el hombro anterior. Desafortunadamente, el cordón saltó presenciando una rotura de cordón umbilical. En ese momento la matrona que estaba conmigo, tras detectar lo sucedido, acabó de desbloquear los hombros y tras el nacimiento del recién-nacido (RN) fue pinzado el cordón umbilical, hecho que fue difícil ya que se había roto justo a aproximadamente 1 cm del ombligo. Posteriormente, salió de la habitación para pedir ayuda, llamar a Pediatría e iniciar cuidados inmediatos al RN que estaba en riesgo.

Yo me quedé en la habitación con la mujer, pincé el cordón y asistí el alumbramiento, evaluando así la cantidad de perdidas hemáticas y asegurando la correcta involución uterina. A la vez, traté de consolar a una mujer llena de miedo por la vida de su hijo, la cual se preguntaba y culpabilizaba por lo ocurrido.

Sentimientos

Durante este suceso en primer momento me invadieron los sentimientos de preocupación y culpabilidad. Preocupación por el estado del RN y las consecuencias que pudiera tener, y culpabilidad por cuestionarme que podía haber hecho mal para que ocurriese tal situación. En seguida me llené de serenidad e intenté transmitírsela a la mujer, tratando de tranquilizarla diciéndole que todo aquello que había hecho ella había estado perfecto y nada de lo ocurrido era culpa suya.

Evaluación

En relación al manejo del cordón umbilical, la identificación de una circular de cordón umbilical durante el expulsivo es crucial para prevenir complicaciones como la compresión del cordón durante el parto. La decisión de intentar desenrollar el cordón fue razonable dada la largura del mismo, ya que no realicé fuerza, pero desafortunadamente resultó en una rotura. La presencia de circulares de cordón se encuentra en alrededor de 21-35% de los partos (Ramos-Rincon & Cruz-Utrilla, 2015).

Por otra parte, hago hincapié en el manejo de las emergencias obstétricas, la reacción rápida y efectiva de la matrona al presenciar la rotura del cordón umbilical fue fundamental para garantizar la seguridad del RN. La capacidad para actuar con calma y tomar decisiones rápidas en situaciones como esta es una habilidad esencial para los profesionales de la salud materna. En este caso, dada mi poca experiencia en el área fue mas difícil la movilización y toma de decisión.

En cuanto al apoyo emocional a la madre, fue esencial brindar apoyo y tranquilidad para su bienestar emocional en un momento de gran angustia. Aquí tuve la oportunidad de proporcionar serenidad y soporte durante el tercer estadio del trabajo de parto mientras esperábamos noticias del RN.

Análisis

Según un estudio publicado en 2015, ante la presencia de una cervical de cordón, años atrás se recomendaba aflojar el cordón, deslizándose por encima de la cabeza o los hombros y, si esto no fuese posible, se procedería a pinzar y seccionar el cordón antes de la salida de los hombros.

Estudios más actuales, consideran que el pinzamiento del cordón umbilical produce una privación de sangre oxigenada, lo cual podría ser peligroso en los casos en que el nacimiento se retrasa, como en la distocia de hombros. Además, esta maniobra privaría a los RN de los beneficios del pinzamiento tardío de cordón, sumando posibles efectos adversos. Organizaciones como la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia han eliminado esta práctica de sus guías.

Buscar reducir la circular de cordón cuando está floja también conlleva riesgos, ya que la manipulación podría provocar una constricción de los vasos sanguíneos. Además, la tracción aplicada, cuyos resultados son impredecibles, podría provocar la ruptura del cordón, con las consecuencias de un sangrado posterior.

Otros autores sugieren que, aunque no se debe descartar por completo el corte del cordón umbilical, sería mejor dejar la circular de cordón intacta, o al menos evitar pinzarlo hasta que el hombro anterior pase por debajo del hueso púbico, lo que ayudaría a proteger al bebé durante una situación de distocia de hombros. Otra solución que proponen es realizar la maniobra de Somersault, técnica descrita por Schorn y Blanco (1991), para gestionar las circulares de cordón apretadas o cordones cortos, manteniendo el cordón intacto.

A pesar de ser un suceso que ocurre con regularidad, no hay estándares unificados en cuanto a su manejo durante el expulsivo.

Conclusión

Como conclusión, este caso ilustra la complejidad y los desafíos que pueden surgir durante el parto, así como la importancia del manejo rápido y eficaz de las complicaciones obstétricas. La identificación y manejo cuidadoso de factores de riesgo, como la circular de cordón umbilical, son fundamentales para prevenir complicaciones graves. Además, resalta la necesidad de contar con un equipo capacitado y preparado para manejar emergencias obstétricas, así como la importancia del apoyo emocional a las madres durante momentos de crisis. La colaboración entre profesionales de la salud materna, incluyendo matronas, obstetras y pediatras, es esencial para garantizar la seguridad tanto de la madre como del RN. Este caso subraya la importancia de la formación continua y la actualización en las prácticas clínicas para garantizar la mejor atención posible a las mujeres durante el parto y postparto.

Plan de Acción

Como ya se ha referido anteriormente, la cervical de cordón está presente en un gran porcentaje de partos, por lo que tras haber reflexionado y haber buscado en la evidencia científica, si me vuelvo a encontrar con una situación similar, trataré de llevar a cabo la maniobra de Somersault, dejando como último recurso el pinzamiento del cordón y, en caso que fuera preciso, siempre realizándolo tras la salida del hombro anterior para evitar posibles complicaciones en caso de retraso del nacimiento. Será imprescindible individualizar cada caso ya que cada nacimiento es diferente y único.

Referencias bibliográficas

Ramos-Rincón, A., Cruz-Utrilla, A. (2015). Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas profesión*. 16(3), 103-107.

Pérez, I., Velasco, M. (n.d). Actuación de la matrona ante la presencia de circulares de cordón en la segunda etapa del parto. *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*.