

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

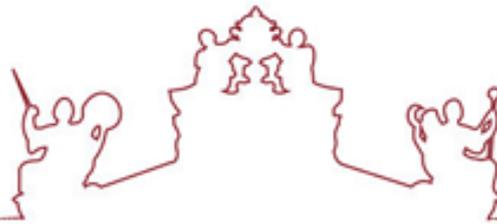
Relatório de Estágio

Valorización de la salud perineal: Intervención del Enfermero Especialista en salud materna y obstétrica

Pablo Lojo Oliveira

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

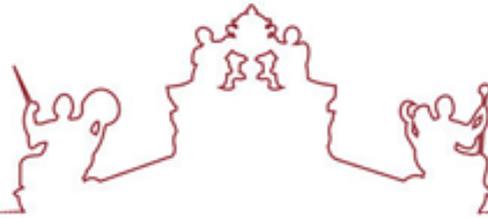
Relatório de Estágio

Valorización de la salud perineal: Intervención del Enfermero Especialista en salud materna y obstétrica

Pablo Lojo Oliveira

Orientador(es) | A. Frias

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 | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)
Maria Sagrario Gómez Cantarino (Universidad de Castilla-La Mancha) (Arguente)

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS...

A Portugal, por darme la oportunidad de cumplir una meta profesional que ya creía imposible.

A mis tutoras clínicas, por enseñarme que, si la Enfermería es mi camino, la Matronería es realmente mi pasión.

A mis profesoras; Otilia, Maria da Luz, Antonia, Ana Ferrão y especialmente a mi orientadora académica Ana Frias. Por su dedicación, profesionalidad, comprensión, exigencia, ayuda y muchas veces bondad y cariño.

A Eli, coordinadora de la UDM de Matronas del CHUIMI de Las Palmas de Gran Canaria, por ayudarme y facilitarme todo lo que estaba a su alcance. Gracias por tu amor durante mi hospitalización.

A Manuel, a Isabel Pinto y al destino. Isabel; casera, amiga, madre portuguesa, confidente, defensora... Por darme un hogar, por su comida, por estar en los buenos y los malos, en los terribles y aún peores momentos. Sin ella, este viaje no habría sido posible.

A mi hermana...

A Lucía, con la esperanza de que algún día esté orgullosa de su padrino Matrón Pablo.

A mi tío Juan, por seguir entre nosotros, como prometió, mientras no terminaba mis estudios.

A MIS PADRES, por su ayuda, por no dejarme desistir y por su amor incondicional. Gracias PAPÁ, por inculcarme el respetar a todas las personas y a luchar por lo que es justo. Gracias MAMÁ, por inconscientemente hacerme amar la maternidad. Sin ellos, TODO habría sido imposible.

A todo lo perdido por el camino... Por hacerme ver que soy más fuerte de lo que jamás hubiese imaginado.

Por último y más importante; **A MÍ...**

TÍTULO: Valorização da saúde perineal: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

RESUMO

Introdução. O Mestrado de Enfermagem Especialista em Saúde Materna e Obstétrica proporciona o desenvolvimento teórico-prático e a aquisição de competências específicas desenvolvidas pelo enfermeiro especialista. **Objetivo.** Descrever de forma crítica e reflexiva o processo de aquisição de competências com foco na valorização da saúde perineal. **Método.** Descrição e reflexão crítica das experiências presenciadas durante o Estágio de Natureza Profissional e aprofundamento da temática da saúde perineal durante o parto. **Resultados.** Aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista baseadas em avaliações positivas em diversos contextos clínicos. O aprofundamento da temática contribuiu à aquisição e consolidação de conhecimentos relacionados aos cuidados perineais durante o trabalho de parto e parto. **Conclusões.** Os objetivos do estágio inicialmente estabelecidos foram atingidos, tendo-se observado que as competências adquiridas e o aprofundamento da temática promovem a qualidade dos cuidados.

Descritores/Palavras-chave (DeCS): Períneo; Diafragma da Pelve; Enfermeiras Obstétricas; Parto; Período Pós-Parto.

TÍTULO. Valorización de la salud perineal: Intervención del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica.

RESUMEN

Introducción. El Mestrado de Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstétrica cursado, proporciona el desarrollo teórico-práctico y la adquisición de competencias específicas desarrolladas por el enfermero especialista. **Objetivo.** Describir de forma crítica y reflexiva el proceso de adquisición de competencias poniendo el foco en la valorización de la salud perineal. **Método.** Descripción y reflexión crítica de las experiencias presenciadas durante el Estágio de Naturaleza Profesional y profundización de la temática de la salud perineal durante el parto. **Resultados.** Adquisición de competencias comunes y específicas del enfermero especialista basadas en evaluaciones positivas de diversos contextos clínicos. La profundización en el tema contribuyó a adquirir y consolidar conocimientos relativos a los cuidados perineales prestados durante el trabajo de parto y parto. **Conclusiones.** Los objetivos del estágio inicialmente establecidos fueron alcanzados, observándose que las competencias adquiridas y la profundización de la temática promueven la calidad de los cuidados.

Descriptores/Palabras clave (DeCS): Perineo; Diafragma Pélvico; Matrona; Parto; Período Posparto.

TITLE: Valorization of the perineal Health: Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist Intervention.

ABSTRACT

Introduction. The Master's in Maternal and Obstetric Health Nursing Specialist provides the theoretical-practical development and acquisition of specific competencies developed by the nurse specialist. **Objective.** To describe in a critical and reflexive way the process of acquisition of competences with the focus on the valorization of perineal health. **Method.** Description and critical reflection of the experiences witnessed during the Professional Nature Internship and deepening of the thematic of perineal health during childbirth. **Results.** Acquisition of common and specific competencies of the nurse specialist based on positive evaluations in different clinical contexts. The deepening of the theme contributed to acquire and consolidate knowledge related to perineal care provided during labor and delivery. **Conclusions.** The initially established objectives of the internship were achieved, observing that the acquired competences and the deepening of the thematic promote the quality of care.

Descriptors/Key-words (DeCS): Perineum; Pelvic Floor; Midwife; Childbirth; Postpartum Period.

ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

ACeS: Agrupamientos de centros de salud

ACSS: Administración central del sistema de salud

APA: American Psychological Association

ARS: Administraciones Regionales de Salud

CHUIMI: Complejo hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CSE: cuidados de salud especializados

CSP: cuidados de salud primarios

CTG: Cardiotocograma/Cardiotocografía/cardiotocógrafo

DGS: Dirección General del Salud

EESMO: Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica

ENPRF: Estágio de Natureza Profissional con Relatório Final

EIR: Enfermero Interno Residente

IMC: Índice de Masa Corporal

LA: Lactancia Artificial

LME: Lactancia Materna Exclusiva

MAC: Maternidade Dr. Alfredo da Costa

MESMO: Mestrado en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica

MIR: Médico Interno Residente

MPA: El masaje perineal Antenatal

RN: Recién Nacido

OE: Orden dos Enfermeiros

SNS: Sistema Nacional de salud

TP: Trabajo de parto

UDM: Unidad Docente Multidisciplinar

USF: Unidad de Salud Familiar

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL... 15	
2.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL	16
2.1.1. Contexto clínico 1. Cuidados de salud primarios. Unidad de Salud Familiar.....	18
2.1.2. Contexto clínico 2. Cuidados de salud especializados. Sala de Partos	22
2.1.3. Contexto clínico 3. Cuidados de salud especializados. Unidad de Medicina Materno Fetal.....	25
2.1.4. Contexto clínico 4 y 6. Cuidados de salud especializados. Sala de Partos..	28
2.1.5. Contexto clínico 5. Cuidados de salud especializados. Unidad de Puerperio/Neonatología	33
2.2. METODOLOGÍA DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL.....	36
2.2.1. Objetivos	37
2.2.2. Método de aprendizaje	38
2.2.3. Población Diana	42
3. APORTACIONES PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	44
3.1. VALORIZACIÓN DE LA SALUD PERINEAL: INTERVENCIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	45
3.1.1. Introducción	46
3.1.2. Objetivos	48
3.1.3. Metodología	48
3.1.4. Desarrollo.....	51
3.1.5 Resultados	59
3.1.6. Discusión.....	63

3.1.7. Conclusiones	64
3.2. RESULTADOS EMPÍRICOS OBTENIDOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	64
LIMITACIONES DEL TRABAJO DESARROLLADO	66
4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS	68
4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS.	69
4.2. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA.....	72
5. CONSIDERACIONES FINALES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS.....	96
ANEXO A. Relatorio de Indicadores. Número total de partos en el contexto clínico 2.....	96
ANEXO B. Relatorio de Indicadores. Tipo de partos en el contexto clínico 2.....	97
ANEXO C. Programación 12º Reuniao Nacional da Sociedade portuguesa da Contracepção, “TENDÊNCIAS NA CONTRACEÇÃO”	98
ANEXO D. Factores de riesgo asociados a la gestación que requieren valoración por tocólogo en el servicio de urgencias tocoginecológicas. Contexto clínico 4 y 6.	104
ANEXO E. Certificado asistencia “2º Reunión de Ginecólogos y Tocólogos Privados de Canarias (GINETOP)”	105
ANEXO F. V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecología/Obstetricia “MAC 91 Anos: O Cuidar Multidisciplinar”.....	106
ANEXO G. Escala LATCH para la evaluación de la eficacia de la Lactancia Materna.....	107
ANEXO H. Escala de Hazelbaker para la evaluación de la anquiloglosia en recién nacidos	108
APÉNDICES	109

APÉNDICE A: Propuesta de Proyecto de Tesis/Disertación/Estágio/Proyecto de Tesis Trabajo (Modelo T-005), Resumen, Plan y Cronograma	109
APÉNDICE B: Contabilización total de objetivos de la asistencia en el Estágio de Naturaleza Profesional.....	114
APÉNDICE C: Entrevistas a 10 mujeres y 10 EESMO/Matronas acerca del tema de la salud perineal durante el trabajo de parto en los contextos clínicos 2, 4 y 6.	115
APÉNDICE D: Clases de Preparación al Parto y Parentalidad; “ <i>Plano de parto</i> ” y “ <i>Trabalho de Parto</i> ”, en el contexto clínico 1.....	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Contextos Clínicos 1.º Semestre del 2.º año	16
Tabla 2. Contextos Clínicos 2º Semestre del 2º año	17
Tabla 3. Lesiones perineales CHUIMI, 2023	29
Tabla 4. Clasificación de los desgarros perineales	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Caracterización demográfica del Contexto Clínico 1	21
Figura 2. Complicaciones intraparto producidas en 2023.....	25
Figura 3. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.....	41
Figura 4. Diagrama de flujo PRISMA del Proceso metodológico.....	50
Figura 5. Síntesis de artículos utilizados en la revisión bibliográfica.....	60
Figura 6. Formulario puerperal Planta 6 CHUMI.....	83

1. INTRODUCCIÓN

El Mestrado en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica (MESMO) de la universidad de Évora, posee un programa curricular aleccionado en dos años, que se caracteriza por un primer año teórico-práctico y un segundo año clínico. En el año clínico, el/la estudiante de la maestría, robustecido con las materias del área, tendrá la oportunidad de alcanzar conocimientos y competencias que reflejan lo legalmente definido en las competencias comunes y específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO) (i.e., Reglamentos nº 391/2019 y 140/2019 de la Orden dos Enfermeiros). Tal reglamento refleja orientaciones internacionales de la formación internacional en esta área de conocimiento (i.e., *International Confederation of Midwives and nursing and Midwives council*), proporcionando una formación sólida en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Para alcanzar las competencias clínicas, el/la estudiante de la maestría realiza prácticas en diversos campos; en los cuidados de salud primarios (CSP), cuidados de salud especializados (CSE), y el Estágio de Naturaleza Profesional con Relatório final (ENPRF). En esos contextos prácticos realiza casos clínicos, desarrollando competencias instrumentales y relacionales, además de recoger información que posibilita desarrollo en las competencias de investigación. Para conseguir completar el programa curricular, el estudiante de la maestría describe también objetivos personales e identifica un tema en el que profundizará su conocimiento. En el caso del proyecto actual el tema se orienta a la valorización de la salud perineal y a las intervenciones que realizará el EESMO para mejorar dicha salud.

El ENPRF, de 60 ECTS, comenzó el 11/09/2023 y finalizó el 30/06/2024. Los objetivos se establecieron en la Planificación de la UC y estaban dirigidos a:

- 1) Cuidar a la mujer/pareja en el ámbito familiar y comunitario;
- 2) Demostrar la adquisición de conocimientos que conduzcan a una propuesta de mejora de los cuidados, considerando los aspectos teórico-prácticos y la Práctica Basada en la Evidencia;
- 3) Defender a través de un Relatório presentado en pruebas públicas, la adquisición de competencias a lo largo de las Prácticas de Naturaleza Profesional (PNP).

El proyecto tiene como objetivo general; valorizar la salud perineal y como objetivos secundarios; identificar la temática de la salud perineal, profundizar en los conocimientos de la salud perineal y analizar las intervenciones realizadas por los EESMO durante el parto que podrían prevenir lesiones del periné y suelo pélvico. El daño perineal se puede definir como cualquier lesión en los genitales que se produce de forma espontánea o intencionada (episiotomía) durante el nacimiento (Ducarme et al., 2019). El daño perineal es una complicación común después del parto vaginal. El daño perineal, incluida la episiotomía, puede tener un impacto negativo en la vida de las mujeres, ya que se ha asociado con dolor perineal, incontinencia urinaria y disfunción sexual (Faden et al., 2022). Para la prevención de lesiones en el periné, así como su protección durante el parto se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo tales como; masajes perineales, libre movimentación durante el trabajo de parto, compresas tibias y valoración de una posible conducta de protección activa del periné, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (Simmelink et al., 2023). La temática de la valorización de la salud perineal tiene importancia debido a la alta incidencia de lesiones perineales. Los traumatismos perineales son uno de los efectos más padecidos por las mujeres durante el parto, pudiendo alcanzar hasta a un 85% de las mujeres que dan a luz por vía vaginal. Su incidencia depende en parte de algunas características de la mujer, de factores externos y también de las técnicas empleadas por el profesional que atiende el parto, entre otros (Milka et al., 2023). Dado que la enfermera ESMO es la profesional por excelencia en el cuidado de la mujer durante el parto, es de especial interés exponer los conocimientos y prácticas realizadas en su ejercicio profesional. Factores individuales de las EESMO clínicas influyen en la tasa de lesiones perineales y episiotomías. Esto demuestra que la formación continua de estas profesionales podría contribuir a reducir el número de intervenciones innecesarias. Dado que la sospecha de sufrimiento fetal es la única indicación basada en evidencia para realizar una episiotomía, hay margen de mejora en la disminución de la incidencia de esta técnica (Carroll et al., 2020). Se mantiene así la meta del bienestar de la mujer y también clarificar, profundizar y sensibilizar en el tema de la salud perineal.

Partiendo de la importancia de desarrollar competencias en salud maternal y obstétrica, y adentrarse en el campo de la investigación, se ha elaborado el presente documento que,

además de los objetivos curriculares, incluye el diseño de objetivos personales. Así, teniendo como meta el contenido de los Reglamentos nº 391/2019 y 140/2019 de la Orden dos Enfermeiros (OE) y siguiendo con los programas de prácticas, la formulación de objetivos personales se orienta a: 1) desarrollar conocimientos en el ámbito clínico y 2) desarrollar conocimientos en investigación, guiados por la relación entre teoría y práctica basada en la evidencia.

El presente Relatório Final de Natureza Profesional (RFNP) es el resultado del desarrollo de la temática expuesta en el proyecto, supervisado por una orientadora académica, la Profesora Doctora Ana Maria Aguiar Frias, sometido a la valoración del Consejo Técnico-Científico y presentado a la plataforma académica de la Universidad de Évora. El objetivo del presente relatório es dar a conocer las experiencias que tuvieron lugar en los campos clínicos a través de una descripción fundamentada en las prácticas asistenciales y en el uso de herramientas de investigación. Se compone de las diversas secciones según lo dirigido por el comité del Curso MESMO, escrito de acuerdo con las normas adaptadas para trabajos académicos de la *American Psychological Association* (APA, 2020).

2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

El sistema sanitario y el contexto clínico portugués en el que se desarrolló el ENPRF eran hasta la fecha desconocidos para el estudiante de la maestría. Por este motivo surgió la necesidad de conocer el sistema sanitario portugués, su funcionamiento y las jerarquías que se iba a encontrar. La sección continua con la caracterización de los contextos clínicos en los que se desarrolló el aprendizaje del estudiante, tanto en Portugal como en España.

El Servicio Nacional de Salud en Portugal

El 29 de julio de 1978, el Diario de la República Portuguesa publicó un decreto del Dr. António Duarte Arnaut, conocido como "*Decreto Arnaut*", precursor del Sistema Nacional de Salud (SNS), con él se garantizó una asistencia sanitaria universal, generalizada y gratuita, así como el reembolso de los medicamentos. El Dr. Arnaut fue el impulsor de la creación del SNS, establecido por la Ley nº. 56/79, de 15 de septiembre, en el Ministerio de Asuntos Sociales, en los términos de la Constitución de la República Portuguesa.

El SNS está constituido por diversas instituciones y servicios de cuidados, que cumplen una relación jerárquica y están bajo la supervisión del Ministerio de Sanidad. El objetivo principal del SNS es proteger la salud individual y colectiva (según el Decreto-Ley nº. 11/93, de 15 de enero). El SNS se organiza en Administraciones Regionales de Salud (ARS), dotadas de personalidad jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio. Las ARS son organizaciones que buscan garantizar a la población de su zona la accesibilidad a los cuidados de salud, adecuando los recursos con los que cuentan a las necesidades, así como orientar el cumplimiento de las políticas y programas de salud en su área.

Las ARS incluyen las Agrupaciones de Centros de Salud (ACeS). Según el Decreto-Ley nº 28/2008 de febrero, los Centros de Salud son el acceso inicial de las personas, de los ciudadanos, a los cuidados de salud que necesitan. Por lo tanto, las ACeS, con autonomía administrativa, tienen funciones como; la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de atención durante la enfermedad y el enlace con otros servicios para garantizar una atención continuada. En el Alentejo, según lo establecido en la Orden Ministerial nº 308/2012, de 9 de octubre, se fusionaron las funciones atribuidas a las ACeS

Central I y Central II, convirtiéndose en una única ACeS: ACeS Alentejo Central, con mayor capacidad operativa prevista.

2.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL

El ENPRF tuvo lugar en seis entornos clínicos, divididos en dos semestres.

El primer semestre se desarrolló del 11 de septiembre de 2023 al 28 de enero de 2024, periodo correspondiente a 18 semanas, divididas en tres contextos clínicos. En la tabla 1 se especifican los contextos clínicos realizados durante el periodo mencionado:

Tabla 1.

Contextos Clínicos 1.º Semestre del 2.º año

1º semestre		
Período	Semanas	Contexto clínico
11 de septiembre de 2023 - 22 de octubre de 2023	6	1. Cuidados de salud primarios
23 de octubre de 2023 - 3 de diciembre de 2023	6	2. Sala de Partos
4 de diciembre de 2023 - 28 de enero de 2024	6	3. Servicio de medicina materno - fetal

Fuente: Elaboración propia.

El segundo semestre se desarrolló del 14 de febrero de 2024 al 21 de junio de 2024, periodo correspondiente a 18 semanas, divididas en cuatro contextos clínicos. Por motivos de salud, el alumno tuvo que modificar las fechas establecidas en el calendario académico y adaptarlas para conseguir los objetivos establecidos. En la tabla 2 se especifican los contextos clínicos realizados durante el segundo semestre:

Tabla 2.

Contextos Clínicos 2º Semestre del 2º año

2º semestre		
Período	Semanas	Contexto clínico
1 de abril de 2024 - 26 de abril de 2024	4	4. Sala de Partos
1 de abril de 2024 -15 de mayo de 2024.	6	5. Unidad de Puerperio/Neonatología
30 de abril de 2024 - 30 de junio de 2024	8	6. Sala de Partos

Fuente: Elaboración propia del alumno.

En este capítulo se describirá detalladamente cada uno de los contextos clínicos en los que se desarrolló el ENPRF, especificando la estructura física, los recursos humanos y el relatorio de indicadores de cada uno de ellos. Este análisis contextual es esencial para comprender el trabajo realizado a lo largo del ENPRF.

El primer semestre fue llevado a cabo en Portugal y el segundo en España.

El entorno clínico de aprendizaje permite a los estudiantes salvar la laguna teórico-práctica y adquirir capacidad crítica y argumentativa en la toma de decisiones (Mbakaya et al., 2020), utilizando los recursos humanos y materiales de cada entorno clínico.

El ENPRF está dividido en seis contextos clínicos, de forma que se puedan solidificar los conocimientos previamente aprendidos y adquirir otros nuevos, con la ayuda de la diversidad de equipos multidisciplinares y diferentes metodologías de trabajo.

Con el desarrollo del ENPRF, fue posible prestar cuidados especializados de enfermería a pacientes y familias con procesos de salud/enfermedad en el ámbito comunitario, con patologías ginecológicas, gestantes, parturientas, puérperas, recién nacidos, mujeres durante la perimenopausia, así como observar la prestación de cuidados especializados en el área de neonatología. Todos estos puntos fueron de suma importancia para la adquisición de las

Competencias Comunes de la Enfermera Especialista (OE, 2019a) y las Competencias Específicas de la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica (OE, 2019b).

2.1.1. Contexto clínico 1. Cuidados de salud primarios. Unidad de Salud Familiar.

La Unidad de Salud Familiar (USF) forma parte de la Administración Regional de Salud del Alentejo, que pertenece al SNS. En 2022, esta región contaba con 53.577 habitantes. Évora, la ciudad de la que forma parte la USF, se caracteriza por ser el quinto municipio más grande de Portugal, con una superficie de 1307 km² (Pordata, 2022b). Tiene como hospital de referencia el Hospital Espírito Santo de Évora, como Hospital de Apoyo Perinatal Diferenciado (HAPD) (USF, 2021).

Misión, objetivo y valores

Fue creada en 2006 y forma parte de la ACeS del Alentejo, que a su vez forma parte de la ARS del Alentejo. Esta USF tiene como misión y objetivo:

“(...) a satisfação das necessidades de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários dos utentes da USF; o cumprimento do Plano Nacional de Saúde, normas oficiais e políticas de saúde em vigor; e corresponder às expectativas de realização profissional e satisfação dos profissionais da USF” (ACSS, 2022a).

“assegurar a resposta em cuidados de saúde, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, aos utentes inscritos (...) de modo que corresponda à satisfação dos utentes e dos profissionais da USF” (ACSS, 2022a). Se rigen también por valores como: “prestação de um serviço de qualidade; respeito pelos direitos humanos; igualdade de tratamento e respeito no atendimento dos nossos utentes independentemente do seu género, raça ou etnia, religião, estilo de vida, orientação sexual, estatuto social e económico; responsabilidade pela missão e compromissos assumidos” (ACSS, 2022a).

La USF cuenta con varios programas y está incluido en varios proyectos para responder a las necesidades de sus pacientes. Los considerados más relevantes para este relatório son: el Programa Nacional de Salud Materna (Dirección General de Salud (DGS), 2015), Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (DGS, 2008), Programa de Salud Infantil y Juvenil (DGS, 2023), Programa Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión (DGS, 2013), nacer y crecer saludable, espacio de lactancia materna, plan nacional de vacunación, cuidados a domicilio, proyecto de investigación Pie diabético (DGS, 2008), Quiropodia (USF, 2021) (USF, 2023).

Gracias a estos programas y proyectos el alumno ha tenido la oportunidad de asistir a consultas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, consultas de salud maternal; seguimiento del embarazo de bajo y alto riesgo, consultas de revisión de puerperio, consultas de lactancia, consultas de recién nacido, consultas de rastreo de cáncer de cuello de útero y consultas de rastreo de cáncer de mama.

Esta unidad cuenta con un Curso de Preparación al Parto y a la Parentalidad, que es impartido una vez a la semana por una EESMO. En este curso se tratan temas de especial relevancia para el periodo perinatal. Se trata de clases teórico-prácticas y demostraciones de algunos ejemplos. Es un espacio en el que las mujeres embarazadas, que pueden ir acompañadas de sus personas significativas, pueden hacer preguntas y compartir sus experiencias durante el embarazo. De acuerdo con el dictamen n.º 04/ 2016 de la Mesa del Colegio de la Especialidad de Salud Materna y Obstétrica (MCESMO), el objetivo de los Cursos de Preparación al Parto y Parentalidad es proporcionar habilidades para el embarazo, el parto y la transición a la paternidad (OE, 2016b).

Recursos humanos

El equipo multidisciplinar está formado por:

- 8 enfermeras (una responsable y siete con formación de licenciatura teniendo una de estas el título de Mestrado de Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstétrica).

- 8 médicos especialistas en Medicina General y Familiar.
- 7 médicos internos en Medicina General y Familiar.
- 6 asistentes técnicos.

En relación a la dotación segura de personal, ratio EESMO/paciente, según el Decreto-Ley n.º 104/98, de 21 de abril y republicado por el Anexo II la Ley n.º 156/2015, de 16 de septiembre, la OE relaciona las USF con el ratio Enfermero de Familia/número de pacientes. Dicho decreto ley establece que debe haber un enfermero de familia por cada 1.550 usuarios, 1917 unidades ponderadas o 350 familias. El cálculo de una dotación segura es muy complicado debido a que todos los enfermeros de la USF rotan por diferentes unidades y en ocasiones, enfermeros de familia realizan las consultas de planificación familiar y prenatales. Por lo tanto, se puede observar que para un mejor atendimento de las mujeres, sería adecuado un mayor número de EESMOS, teniendo esta USF como ya se ha dicho anteriormente solo una (OE, 2019c).

El método de distribución del trabajo lo realiza la enfermera de familia. La enfermera de familia es una figura definida en el Boletín Oficial del Estado (Decreto-Ley 118/2014, de 5 de agosto). En concreto, el concepto hace referencia a un profesional de esta área de conocimiento que, formando parte de un equipo multiprofesional, se encarga de prestar cuidados integrales de enfermería a las familias, sea cual sea su etapa de la vida, así como en los diferentes contextos comunitarios.

Las enfermeras de esta USF rotan y todos sus miembros trabajan en los diferentes programas. La disponibilidad de conocimientos/experiencia se requiere a profesionales de áreas especializadas cuando es necesario.

Como se muestra en la figura 1, la USF cuenta actualmente con un total de 14.255 usuarios registrados, de los cuales 3.354 son mujeres en edad fértil (ACSS, 2022b).

Figura 1.

Caracterización demográfica del Contexto Clínico 1



Fuente: ACSS, 2022b

Espacio físico y recursos materiales

En cuanto a su estructura física, se ubica en el espacio físico de otra Unidad de Salud. Consta de cuatro plantas, que comparte con otra unidad de la misma categoría.

La USF cuenta con una infraestructura adecuada en términos de recursos físicos y humanos. Esta USF ocupa parte de la planta -1, la planta 0 del edificio y espacios en las plantas 1 y 2. Los vestuarios, los suministros y la sala de esterilización se encuentran en la planta -1. En la planta baja hay una consulta abierta y una consulta de salud para adultos. En la planta 0 se encuentran el mostrador de servicio para registro e información, sala de espera, 10 consultas, sala de enfermería/tratamientos, sala de observación, instalaciones sanitarias para usuarios y personal y el cuarto sucio.

La USF también ocupa parte de la planta 1, donde tienen lugar las consultas relacionadas con los programas de salud. Esta zona alberga una sala de espera, aseos para los usuarios y otro

para los profesionales, dos consultas de enfermería para las consultas de Diabetes Mellitus, Podología e Hipertensión, una consulta de Salud Infantil, una consulta de Salud Maternal y Planificación Familiar, un rincón de lactancia, un cambiador de bebés, una consulta de vacunación y otra consulta médica. La segunda planta es de uso exclusivo de otra USF.

En el último piso se sitúa la sala de reuniones y las instalaciones para comida del personal, así como aseos.

La USF se extiende a todas las freguesias urbanas de la ciudad.

Consulta abierta de 08.00 a 20.00 horas de lunes a viernes y de 08.00 a 14.00 horas los fines de semana y festivos. Consulta de planificación familiar y salud materna, abierta de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 horas, teniendo el martes horario hasta las 20:00 horas para impartir la clase de preparación al parto y parentalidad.

2.1.2. Contexto clínico 2. Cuidados de salud especializados. Sala de Partos.

La Maternidad fue creada en 1932 y es un hospital del SNS, de gestión pública, especializado en Obstetricia y Ginecología, que forma parte del Centro Hospitalar Universitario Lisboa Central, E.P.E. (CHULC), situado en Lisboa.

Este Hospital tiene como misión prestar asistencia sanitaria especializada, en colaboración con otras unidades sanitarias integradas en el SNS (SNS, 2022). Es un Hospital de Apoyo Perinatal Diferenciado (HAPD) y su actividad se desarrolla 24 horas al día, 365 días al año, recibiendo mujeres de la zona de influencia del hospital, pero también de todas las regiones del país (CHULC, 2023). En el anexo A y B se muestra de manera detallada el total, tipo y características más importantes de los partos de 2023. Según los datos obtenidos del programa informático *Obscare* usado en la unidad, en 2023 se produjeron un total de 3.352 partos contabilizados desde el 01/01/2023 hasta el 02/12/23.

Es un hospital amigo de los bebés. Esta es una iniciativa de incentivo de la lactancia materna lanzada en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La Iniciativa Hospitales Amigos de los Bebés (IHAB) tiene por objetivo la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna mediante

la movilización de los servicios de obstetricia y pediatría de los hospitales, para que adopten las “Diez medidas para ser considerado Hospital Amigo de los Bebés” (OMS, 2018b).

Se trata del programa mundial de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna que más ha contribuido a aumentar las tasas de lactancia materna en el mundo, conocido internacionalmente como “*Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)*” (OMS, 2018b).

Sala de partos

Forma parte del Servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas. Está situada en la planta 0 y se divide en un área de dilatación/sala de partos y un área de admisión de urgencias. El SUOG se compone de 10 salas de dilatación, equipadas con cromoterapia y bola de Pilates, así como con todo el material necesario durante la hospitalización; una sala multisensorial (*Espazo Snoezelen*) con aromaterapia, cromoterapia, musicoterapia, bola de Pilates y también hidroterapia; zona de trabajo de enfermería; sala de descanso y despensa, aseos para el personal; servicio de urgencias; sala ecografía; espacio bebé; 3 despachos de urgencias; 2 despachos de triaje (de acuerdo con los principios del Triaje Manchester); Sala de cardiocografía (CTG); servicio de observación con dos camas; zona sucia; acceso al quirófano de obstetricia; acceso al quirófano de ginecología; neonatología, equipado con 2 unidades de reanimación y carro de emergencia; sala de médicos; despacho de la supervisora; y URCI (Unidad de Recuperación de Cuidados Intensivos) con 3 camas.

El equipo está formado por 61 enfermeros (49 EEESMO y 12 generalistas) divididas en 6 equipos (cada equipo está formado por 2 enfermeras generalistas y 8 EEESMO), aproximadamente 85 médicos obstetras e internos de la especialidad, también divididos en equipos, y 16 auxiliares médicos. El servicio cuenta con el apoyo del pediatra de guardia y también del anestésista del quirófano, que acude al servicio siempre que se requiera analgesia durante el trabajo de parto.

En relación al cálculo de dotaciones seguras, el bloque de partos de la MAC consta con el número de EESMO adecuado, ya que a cada EESMO le es asignada 1 mujer o como máximo 2 que estén en trabajo de parto. El Decreto-Ley n.º 104/98, de 21 de abril y republicado por el Anexo II la Ley n.º 156/2015, de 16 de septiembre, la OE, establece que tiene que haber 2

EESMO por cada 1000 partos/año. Entrando en detalles, la legislación dice que una inducción del trabajo de parto debe contar con 1 EESMO por cada tres mujeres. En el momento del parto; 1 EESMO por cada 2 mujeres en el 1.º estadio del trabajo de parto, y 1 EESMO asignado a 1 mujer en el 2.º, 3.º y 4.º estadio del trabajo de parto. Así, el ratio EESMO/paciente en la sala de partos de la MAC es cumplido según la ley vigente (OE, 2019c).

La prestación de cuidados se rige por el Método del Enfermero Responsable, que permite atender las necesidades individuales de cada paciente y prestar cuidados de forma individualizada. También es práctica de la unidad rellenar el Partograma y escribir el estado de la paciente protocolizadamente cada hora en el Proceso de Enfermería, lo que permite el conocimiento de la evolución del trabajo de parto de las parturientas hospitalizadas por parte de todos los profesionales acreditados de la unidad.

Al iniciar el turno, todos los miembros del equipo de enfermería se reúnen en la zona de trabajo de enfermería y se da el cambio de turno. Cada box de la sala de partos es distribuido por el jefe de equipo a cada EEESMO, 7 se quedarán en la sala de partos y una será la responsable de la sala de triaje y CTG, siendo esta repartición según las necesidades de la unidad.

Las complicaciones obstétricas intraparto son atendidas protocolizadamente por el equipo de enfermería y médico de manera colaborativa. En cuanto a las lesiones perineales intraparto visualizadas en la figura 3, se muestran el tipo y número de lesiones perineales intraparto ocurridas en 2023, tema central del presente relatório. Las lesiones perineales de I y II grado son tratadas por los EEESMO en las salas de partos, y las de III y IV grado son tratadas por médicos obstetras en el quirófano de obstetricia.

Figura 2.

Complicaciones intraparto producidas en 2023

Complicações	N
44 - Nº lacerações vaginais	16
45 - Nº lacerações perineais de 2º grau	404
46 - Nº lacerações perineais de 3º grau	51
66 - Nº lacerações perineais de 4º grau	3
47 - Nº de traquelorrafias	3
48 - Nº distócias de ombros	2
49 - Nº de hemorragias pós-parto	1
50 - Nº de hemorragias pós-parto em parto vaginal	1
51 - Nº de hemorragias pós-parto em cesariana	0
64 - Nº de episiotomias primíparas em partos vaginais	156
65 - Nº de episiotomias multiparas em partos vaginais	34

Fuente: ObsCare, 2023

En cuanto a la Lactancia Materna, es iniciada en el puerperio inmediato el cual se hace en la misma sala de partos. Cada RN dispone de una pulsera electrónica debidamente identificada que activa una alarma cada vez que el RN sale del perímetro identificado como seguro. Estas pulseras se desactivan en el momento del traslado a la unidad de puerperio y se vuelven a activar a la llegada de dicho servicio.

El plan de horario contempla 3 periodos de trabajo. Turno de mañana: de las 8:00 a las 16:00 horas; turno de tarde: de las 15:30 a las 23:00 horas; turno de noche: de las 22:30 a las 8:30 horas.

La información relativa a la sala de partos de la MAC fue recogida de la “*Guia de acolhimento e integração de profissionais do Serviço de Urgência Obstétrico Ginecológica da MAC, 2022*”

2.1.3. Contexto clínico 3. Cuidados de salud especializados. Unidad de Medicina Materno Fetal.

La unidad de Medicina Materno Fetal de la Maternidad, integrada dentro del Complejo hospitalario universitario Lisboa Central E.P.E., es una unidad altamente diferenciada y especializada en la vigilancia y cuidados materno-fetales. Asume y reconoce su compromiso

con la prestación de cuidados de excelencia en el contexto prenatal, en tiempo adecuado, con eficiencia y en ambiente humanizado (Amaral & Teixeira, 2022).

La Unidad se encuentra situada en la planta 1 de la maternidad. Tiene 5 habitaciones donde se alojan las pacientes según su motivo de hospitalización; 4 salas con 14 camas para vigilancia de mujeres hospitalizadas con embarazos evolutivos en situación de riesgo materno-fetal y/o inducción del trabajo de parto, así como 1 sala con 2 camas para la hospitalización de mujeres en situación de embarazo no evolutivo; interrupción voluntaria del embarazo e interrupción médica del embarazo. Cada cama cuenta con una toma de oxígeno y aspiración, cardiotocógrafo y mesa para comidas con silla propia y otra para acompañantes.

Cuenta también con otras 5 habitaciones; despacho médico, control de enfermería; donde se encuentra la medicación y el material para uso inmediato, ordenadores y estanterías para las historias clínicas en formato papel, un cuarto de sucios, un cuarto de baño con 5 WC y ducha para las pacientes y un WC para los profesionales de la unidad cerrado bajo llave y la sala de comidas de uso exclusivo del personal de la unidad. A lo largo del pasillo se encuentran estanterías con cajones, cerrados bajo llave donde se encuentra el resto del material, como cintas para la realización de cardiotocogramas o gel de ecografía, entre otros.

En cuanto a los recursos humanos, la unidad cuenta con un equipo multidisciplinar de 22 enfermeros; 1 enfermera gestora, 17 Enfermeros Especialistas en Salud Materna y Obstétrica y 4 enfermeros generalistas, 9 asistentes hospitalarios de ginecología/obstetricia y un número variable de internos de la especialidad de ginecología y obstetricia; 7 asistentes operacionales; 1 asistente técnico y un técnico de higiene hospitalaria.

En relación al cálculo de dotaciones seguras, el ratio EESMO/paciente, según el Decreto-Ley n.º 104/98, de 21 de abril y republicado por el Anexo II la Ley n.º 156/2015, de 16 de septiembre, la OE dictamina que en el servicio de hospitalización de medicina materno fetal debe contar con 1 EESMO por cada 3 pacientes con embarazo de alto riesgo y un EESMO por cada 6 pacientes con embarazo de medio riesgo. Es complicado afirmar si se cumplen los ratios debido a que hay modificaciones en la plantilla de trabajo, siendo a veces más EESMO y a veces menos por turno, y también debido a clasificación exacta del grado de riesgo de las pacientes. Se puede decir, según la presente ley, que el número de EESMO es adecuada en

ocasiones y otras no, y es observado en situaciones en las que enfermeras generalistas realizan cuidados que competen a las EESMO, como auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) o realización de electrocardiogramas (CTG) (OE, 2019c).

Para acrecentar a este grupo de profesionales, la unidad cuenta con la estrecha colaboración de psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas y especialistas de otras áreas como medicina interna, endocrinología, anestesiología, pediatría y el equipo de urgencias.

La prestación de cuidados se rige por el Método del Enfermero Responsable, que permite atender las necesidades individuales de cada paciente y prestar cuidados de forma individualizada. También es práctica protocolizada de la unidad escribir el estado de la paciente cada turno en el Proceso de Enfermería, así como la confirmación de las actividades realizadas durante la jornada laboral, lo que permite conocer la evolución del estado de las pacientes/fetos hospitalizados.

Al inicio de cada turno de trabajo, el equipo de enfermería se reúne en el control para dar el cambio de turno. Las pacientes se encuentran numeradas en un tablón donde se ponen sus datos personales y obstétricos, así como los cuidados a realizar y la aplicación de tratamientos para que pueda ser visualizado por todo el equipo en todos los turnos.

Esta unidad presentó en 2023, una tasa de ocupación de 84,7%, la cual corresponde a una estancia media de 3,04 días en un total de 1.416 mujeres embarazadas cuidadas. A este número hay que acrecentar 206 pacientes hospitalizadas para interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con todas las disposiciones legales, donde se incluyen las causas médicas (Amaral & Teixeira, 2023).

El plan de horario contempla 3 periodos de trabajo. Turno de mañana: de las 8:00 a las 16:00 horas; turno de tarde: de las 15:30 a las 23:00 horas; turno de noche: de las 22:30 a las 8:30 horas.

2.1.4. Contexto clínico 4 y 6. Cuidados de salud especializados. Sala de Partos.

El servicio autonómico de salud se rige por su propia legislación al igual que las restantes 16 comunidades Autónomas del reino de España, pero siempre siguiendo las directrices comunes establecidas en el marco legal del Sistema Sanitario Español.

El hospital Materno Infantil se encuentra situado en un lugar estratégico para dar respuesta a una gran población, con fácil acceso a la autopista que une la isla de norte a sur. Pertenece al Complejo Hospitalario Universitario Insular de Las Palmas de Gran Canaria (CHUIMI), lo que favorece la comunicación entre los dos hospitales que, en situaciones especiales como urgencias vitales, resta tiempo de desplazamiento, posibilitando de este modo un tratamiento precoz en la salud de esa persona.

Se trata de un hospital creado en 1982, anexo al hospital general fundado en 1971, que nace con la intención de atender a mujeres y niños/as y que juntos forman un complejo hospitalario de los más importantes de todas las Islas Canarias. En la actualidad el complejo hospitalario cuenta con aproximadamente 4.852 profesionales y atiende una gran cantidad de partos cada año, llegando en 2023 a un total de 3.425 partos, de los cuales 2.774 fueron eutócicos (81%), 41 podálicos y 66 gemelares, 377 cesáreas (11%), 274 fórceps (8%) y el 50% de dichos nacimientos se produjeron mediante inducción del parto (Control de Gestión de Datos CHUIMI, 2023).

En cuanto al tema principal del presente relatório, las lesiones perineales intraparto producidas en el CHUIMI en el año 2023 se desglosan en la tabla 3:

Tabla 3.

Lesiones perineales CHUIMI, 2023

CHUIMI 2023	Parto Eutócico Cefálico	Parto Eutócico Podálico	Parto mediante Fórceps	Parto Distócico Podálico
Periné íntegro	518	6	3	13
Desgarro grado I	858	4	17	5
Desgarro grado II	1093	3	33	5
Desgarro grado III	24	0	22	0
Desgarro grado IV	1	0	1	0
Episiotomía Mediolateral	205	9	169	18
Episiotomía Central	11	0	7	1

Fuente: Control de gestión de datos CHUIMI, 2023

Sala de Partos

El Paritorio se encuentra en la planta -1, ala norte del CHUIMI. Forma parte del servicio de urgencias obstétrico-ginecológicas del hospital. La misión del servicio de partos es esforzarse y encargarse de atender todas las necesidades en relación a la Ginecología-Obstetricia de las pacientes, y al ser un Hospital y un Servicio público, tiene la responsabilidad de atender a todas las pacientes y a sus recién nacidos que lo requieran independientemente de su condición, estado particular o raza (CHUIMI, 2023).

Se pretende:

- a) Reconocer a las señoras como un elemento clave para ofrecer una atención de calidad.
- b) Considerar la información a la señora y sus familiares como importante para lograr una mayor implicación y dinamización en la asistencia a realizar.
- c) Integrar el trabajo en equipo interdisciplinar como respuesta a las diversas necesidades de la señora a atender.

d) Generar asistencia basada en la evidencia científica, desde protocolos establecidos, estrategias de investigación si procede y de formación continuada.

e) Atender a los Recién Nacidos (RN) y las demandas de las usuarias y que las hagan sentirse lo mejor atendidas posible.

Número total de profesionales

El servicio de partos cuenta con una plantilla multidisciplinar que consta de: 61 Matronas, 13 Enfermeras Generalistas, 42 médicos especialistas en obstetricia y ginecología, 59 Auxiliares de Enfermería, 10 Enfermeros Internos Residentes (EIR) de la especialidad de Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona), 6 Médicos Internos Residentes (MIR) de la Especialidad de Obstetricia y ginecología y 6 celadores (Control de Gestión de Datos CHUIMI, 2023).

En relación a la dotación segura de profesionales, el CHUIMI establece que debe haber 1 Matrona por cada inducción del trabajo de parto; 1 Matrona por cada 1/2 mujeres en el 1.º estadio del trabajo de parto y 1 Matrona en el 2.º, 3.º y 4.º estadio del de parto. Esto radica del término “*one to one*”, un profesional por cada mujer/familia. El número de Matronas es variable según las plantillas, pero suelen respetarse los ratios Matrona/paciente. Puede observarse que la dotación segura de profesionales en la mayoría de las ocasiones es respetada por lo que se prestan unos cuidados intraparto seguros (Control de gestión de datos CHUIMI, 2023).

Distribución de la unidad y número de camas

Box 1 o Sala de Triage (Triage Manchester) Es el lugar donde la Matrona toma contacto con la usuaria, establece la prioridad de la atención según el motivo de consulta y estado de la paciente, realiza el control de constantes y la identificación a través de una pulsera identificativa. El registro se realiza a través del programa informatizado “Drago”. Es también aquí donde la Matrona realiza la valoración de embarazadas, pudiendo como resultado producirse el ingreso en planta o paritorio, el alta o la derivación a expectantes, o consulta médica para valoración y/o vigilancia.

Box 2 y Box 3: se realiza la consulta obstétrica y ginecológica. En estos tres Boxes hay un médico especialista en obstetricia y ginecología con una Auxiliar de Enfermería asignada.

Una Sala de Expectantes: Asistida por dos matronas y una auxiliar de enfermería. Hay cuatro camas y dos sillones, cada uno con disposición de un cardiotocógrafo. Es un lugar de tránsito, donde se realiza valoración, vigilancia y tratamiento de las diferentes situaciones y patologías obstétricas a contar desde el segundo trimestre de embarazo. Pudiente resultar estas en alta, el ingreso en planta o la derivación a paritorio o quirófanos.

Una Sala de Observación Ginecológica: Con tres camas y un sillón para la asistencia de problemas ginecológicos y patologías del embarazo de menos de 25 semanas. Esta área la cubre la Matrona y la Auxiliar de Enfermería de puerperio si no tiene puérperas que atender y en caso contrario una de las Matronas que están en Expectantes con la Auxiliar de Enfermería de Puerperio.

Diez Paritorios: Siete Paritorios para asistencia continua, el paritorio 8 para la asistencia al parto de baja intervención; con bañera, el paritorio 9 para los expulsivos y el paritorio 10 para asistencia de partos gemelares, presentaciones podálicas u óbitos fetales. Esta área esta asistida por seis Matronas y cinco Auxiliares de Enfermería. La supervisora coloca a diario la distribución del personal en el tablón central.

Un Cuarto de Aparataje: Donde se encuentra ubicado un carro de emergencia el carro de preeclampsia/eclampsia, dos gasómetros, una nevera para medicación de urgencias, electrocardiograma, desfibrilador, bomba preparada con Ritodrina, calentador para sangre, rasuradoras eléctricas, captosres etc.

Área de Puerperio Inmediato: Es asumida la asistencia por una Matrona y una Auxiliar de Enfermería en donde se realizan los controles del Puerperio cada media hora durante las dos primeras horas del mismo, favoreciendo el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna. Es también en la sala de puerperio donde de lunes a viernes se citan a las usuarias candidatas a versión cefálica externa (VCE). En esta zona se encuentra un carro de emergencias con desfibrilador.

Sala de lactancia materna: El servicio de partos dispone de una sala de lactancia materna cerrada bajo llave. En esta sala se atenderán a todas las usuarias que acudan al servicio de urgencias por problemas relacionados con la lactancia materna.

Sala de despedida: En esta sala se recibe a la señora con diagnóstico de óbito fetal hasta que se decide finalización de gestación. Esta sala se encuentra cerrada bajo llave, a disposición del jefe de celadores.

Farmacia: Es donde se guarda toda la medicación que es necesaria en el Servicio de Partos y la medicación de estupefacientes bajo llave, y el libro de control de salidas.

Transición: Atención al Recién Nacido que precise observación. Lo conforman dos enfermeras generalistas/pediátricas y una auxiliar de enfermería por turno.

Quirófano de urgencias: Existe un quirófano dentro de la unidad de partos para las cesáreas urgentes, con personal de quirófano.

Uniformidad: Para el cambio de ropa, el Servicio de Partos dispone de dos estancias, una femenina y otra masculina, con taquillas de tránsito. Identificación: Es obligatorio estar identificado con tarjeta con foto, nombre y categoría profesional.

Plan de horario.

2 turnos; Diurno: 09.00 a 21.00 horas. Nocturno: 21.00 a 09.00 horas.

Valores del servicio:

a) Los valores surgen de una concepción pública, humanística, integral y ética de la atención sanitaria, y por tanto se asume, como base para conseguir nuestros objetivos y garantizar una respuesta adecuada a las demandas de la sociedad.

b) El respeto a las personas y la escucha activa de todos aquellos que lo necesiten.

c) El trabajo en equipo interdisciplinar.

d) La medicina basada en la evidencia científica.

La información para la elaboración de este apartado se ha recopilado de la Guía de Protocolos del servicio de Urgencias tocoginecológicas del CHUIMI, 2022.

2.1.5. Contexto clínico 5. Cuidados de salud especializados. Unidad de Puerperio/Neonatología

La Unidad de Puerperio se ubica en la planta 6.º del CHUMI. Comenzó a funcionar desde 1982 con una capacidad de 48 camas, distribuidas en 19 habitaciones de 2 y 3 camas, realizando una hospitalización conjunta madre-bebé, con un baño cada una y una amplia sala acristalada para Nido, con capacidad para 48 cunas.

La planta cuenta con un control de enfermería que divide la planta en dos alas, ala norte y ala sur. Cuenta con el despacho de la supervisora de enfermería y el despacho de las coordinadoras de la Unidad Docente Multidisciplinar en enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona), así como el aula de docencia donde se imparte las clases teóricas de los EIR. En el pasillo entre las dos alas se encuentra el WC para el personal de la unidad, así como una sala de estar dotada con mesa, sillas y electrodomésticos y un vestuario, para uso del personal.

La unidad cuenta con una sala para exploraciones obstétrico - ginecológicas dotada con material para diversas prácticas diagnósticas y prestación de cuidados, tanto rutinarias como de urgencia.

En cuanto a la estancia hospitalaria de las usuarias y sus bebés, en partos normales, la estancia de las pacientes es de 48 horas, al igual que en el caso de cesáreas, si el estado clínico lo permite. También se ha introducido la posibilidad del Alta hospitalaria postnatal temprana (AHPT) la cual se define como la que se da en RN a término que se produce antes de las 48 horas de vida y siempre y cuando hayan transcurrido al menos 20 horas tras el parto. Tanto la madre como el RN deben cumplir los requisitos exigidos en el protocolo médico de AHPT. Las usuarias se irán de alta con la recomendación de tener consulta con su Matrona de Atención primaria en los 7 primeros días tras el alta. Así mismo los RN se irán a casa con su registro civil hecho y cita con su pediatra para ser visto en las 24-72 horas tras el alta.

Recursos humanos

La unidad cuenta con un total de 12 Matronas, 14 Enfermeras generalistas, 14 Auxiliares de Enfermería (TCAE), 3 celadores, 2 limpiadoras y 1 administrativo.

Turno mañana: 6 TCAE, 6 enfermeras generalistas, 3 - 4 Matronas; 1 encargada de las gestantes (5º planta). Turno de tarde: 4 TCAE, 4 enfermeras generalistas, 1 Matrona. Turno de noche: 4 TCAE, 4 enfermeras generalistas, 1 Matrona.

Personal subalterno: 2 celadores, 2 limpiadoras y 1 administrativo

En relación a la dotación segura de profesionales, el CHUIMI establece que, debe haber 1 Matrona por cada 3 mujeres con un proceso de puerperio patológico y 1 Matrona por cada 6 mujeres con un puerperio normal. El número de Matronas es variable según las plantillas y el número de mujeres puérperas ingresadas. En el turno de mañana se respetan los ratios, pero en el turno de tarde y noche no, teniendo que dar apoyo sobre todo en materia de lactancia materna, enfermeras generalistas y auxiliares de enfermería. Con lo cual se observa que, se debería reforzar la plantilla de Matronas en los turnos de tarde y noche para prestar unos cuidados de calidad a las mujeres puérperas, sus bebés y familias (Control de gestión de datos CHUIMI, 2023).

Objetivos de la unidad

Planificar los cuidados; proporcionar una buena calidad asistencial en todo el proceso de atención; fomentar y reforzar la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria; contribuir en todas las actividades de promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad; impulsar la educación sanitaria; estimular, siempre que sea posible, la participación de los cuidados de la mujer y familia; disminuir la angustia y ansiedad que pueda surgir en el proceso de hospitalización; reconocer las situaciones de emergencia obstétrica, ginecológica y pediátrica para poder actuar con rapidez; favorecer la implicación de la gestante y su pareja en los cuidados; procurar el bienestar materno-fetal; proporcionar un ambiente en el que la mujer se sienta acogida; realizar un adecuado control de la fisiología de la puérpera y su RN; fomentar habilidades necesarias para un buen desarrollo del puerperio; establecer actividades de educación para la salud; fomentar la salud materno-infantil y familiar; favorecer la integración padres-hijos y familiar; prestar una asistencia profesional en el proceso de recuperación postparto; fomentar la lactancia materna, respetando siempre la decisión adoptada

por la mujer al respecto; facilitar la recuperación física y psicológica de la mujer; favorecer el descanso y nivel de actividad adecuados; promover el autocuidado de la puérpera tanto en el hospital como en el domicilio, así como del recién nacido, aumentado el conocimiento de éstos y la participación de la mujer en el plan de cuidados y atención del recién nacido; ofrecer apoyo emocional; ayudar a la puérpera en lo concerniente a los procesos administrativos tras el parto.

Recursos materiales

- 3 tensiómetros manuales (1 talla XL)
- 2 tensiómetros digitales
- 6 estetoscopios (2 pediátrico)
- 11 monitores de saturación pediátricos
- 6 monitores de saturación/TA
- 10 bombas de infusión volumétrica
- 5 bombas de infusión de jeringa
- 5 glucómetros
- 6 pesas digitales: 2 para adultos y 4 infantil
- 4 termómetros digitales para adultos
- 2 termómetros de infrarrojos
- 67 cunas
- 4 incubadoras
- 4 lámparas de fototerapia
- 3 aparatos de auscultación de la FCF
- 3 monitores de registro cardiotocológico
- 6 vacuómetros
- 8 caudalímetros
- 8 mantas eléctricas
- 2 calienta biberones
- 7 sacaleches
- 12 ordenadores
- 4 impresoras

Carros asistenciales de hospitalización: 2 de parada, 2 de urgencias ginecológicas, 2 carros de curas, 2 cunas de urgencias pediátricas 2 de medicación.

Docencia

La formación teórica y clínica de los EIR es llevada a cabo por la Unidad Docente Multidisciplinar (UDM) de obstetricia y Ginecología del área de Matronas del CHUIMI.

La Unidad de Formación Continuada y Docencia de Enfermería del CHUIMI, a través de la Intranet, notifica la oferta de cursos y programas de actualización disponibles. Además, dicha información se coloca en el Panel de Docencia situado en el *Office* de las Unidades.

La Supervisora de la unidad envía por correo electrónico a los trabajadores los cursos/sesiones/charlas que recibe de la Unidad de Formación Continuada y Docencia.

Los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, realizan prácticas en la Unidad.

Los alumnos de Formación Profesional (TCAE) de distintos Institutos también rotan por la Unidad, coordinado con la Unidad de Formación Continuada y Docencia de Enfermería.

El plan de horario contempla 3 periodos de trabajo. Turno de mañana: de las 8:00 a las 15:00 horas; turno de tarde: de las 15:00 a las 22:00 horas; turno de noche: de las 22:00 a las 8:00 horas.

La información para la elaboración de este apartado se ha recopilado de la Guía de Unidad de Hospitalización Planta 6 CHUIMI, 2021.

2.2. METODOLOGÍA DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

En este subcapítulo se describe la metodología que fue utilizada durante el ENPRF, presentando los objetivos generales y específicos a alcanzar, la población seleccionada y el método de aprendizaje adoptado para alcanzar dichos objetivos.

La metodología lo que pretende es representar el trayecto para alcanzar un determinado fin, ese fin es la adquisición del conocimiento científico. La metodología utilizada para la realización de este trabajo fue la supervisión clínica y la orientación pedagógica.

2.2.1. Objetivos

Los objetivos generales del ENPRF se describen en la planificación de la Unidad Curricular (UC):

1. Cuidar a la mujer/pareja dentro de la familia y la comunidad;
2. Demostrar la adquisición de conocimientos que conduzcan a una propuesta de proyecto, considerando las vertientes teórico-prácticas y la Práctica Basada en la Evidencia (PBE);
3. Defender a través de un Relatório presentado en pruebas públicas, su actuación en el Estágio de Naturaleza Profesional.

Los objetivos del ENPRF tienen la finalidad de adquirir las Competencias Específicas del EEESMO, definidas en el Reglamento de las Competencias Específicas del EEESMO (OE, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2019b). Así, estos objetivos se corresponden con las competencias descritas en el reglamento:

- a) Cuidar a la mujer en el ámbito familiar y comunitario en el contexto de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional;
- b) Cuidar a la mujer en el ámbito familiar y comunitario durante el periodo prenatal;
- c) Cuidar a la mujer en el seno de la familia y de la comunidad durante el parto;
- d) Atención a las mujeres en el seno de la familia y la comunidad durante el periodo postnatal;
- e) Cuidar a la mujer en el seno de la familia y la comunidad durante el climaterio;
- f) Cuidar a la mujer en el seno de la familia y de la comunidad en procesos de salud/enfermedad ginecológica;
- g) Atención al grupo diana (mujeres en edad fértil) de la comunidad.

Objetivos Personales:

1) Adquirir progresivamente conocimientos teórico-práctico para brindar cuidados de EESMO de calidad de manera autónoma.

2) Comprender la salud de la mujer de manera holística para prestar cuidados a las pacientes y sus familias con enfoque en la promoción de la salud.

3) Concienciar sobre la importancia de la salud perineal tanto a las mujeres/familias como a los profesionales.

4) Fortalecer el vínculo madre-bebé y reforzar el vínculo madre-hijo-pareja.

5) Velar por la intimidad de las mujeres y familias a las que se le prestan cuidados.

En el proyecto de Estágio se describen los objetivos anteriores, así como el objetivo general y los objetivos específicos relacionados con el tema elegido. El objetivo principal es valorizar la salud perineal, en el contexto clínico de la mujer con un embarazo de bajo riesgo durante el trabajo de parto. Como objetivos secundarios se ha propuesto identificar la temática de la salud perineal, profundizar en los conocimientos de la salud perineal y analizar las intervenciones realizadas por los EESMO durante el parto y que podrían prevenir las lesiones del periné y suelo pélvico.

2.2.2. Método de aprendizaje

El aprendizaje se basa fundamentalmente en la práctica y la reflexión crítica por parte del alumno. Debe ser capaz de identificar las necesidades fundamentales de la mujer en todas las etapas de su vida. Es por este motivo que no sólo puede basar su aprendizaje en la práctica clínica, sino que es necesario el apoyo de esta práctica con estudio de literatura científica, pudiendo así brindar cuidados actualizados y de calidad basados en la evidencia científica.

El ENPRF estuvo supervisado por la orientadora pedagógica, docente de la UÉ, quien veló por el bienestar en cada contexto clínico y aseguró un correcto aprendizaje mediante reuniones privadas y conjuntas, asegurando que se estaban logrando los objetivos marcados por la Orden dos Enfermeiros de Portugal (OE, 2019) dentro del marco europeo. Dichos objetivos

fueron recogidos en documentos oficiales de la *Universidade de Évora*, con una puntuación de 0 a 20 puntos, donde 0 es insuficiente y 20 excelente.

Además de la orientadora, el ENPRF fue realizado sobre la supervisión clínica de EEESMO, por una supervisora clínica EESMO, quién realizaba una enseñanza basada en la evidencia científica de los cuidados que debían ofrecerse a la mujer en cualquier etapa de su vida, a su bebé y su familia.

La supervisión clínica según la Orden dos Enfermeiros (2020), es entendida como un proceso dinámico, sistemático, interpersonal y formal, entre el supervisor clínico y el supervisado, con el fin de estructurar el proceso de aprendizaje, adquirir conocimiento y posteriormente desempeñar competencias profesionales, de forma analítica y reflexiva. Este proceso tiene como finalidad la promoción de la toma de decisión autónoma del supervisado, con el objetivo de desenvolver competencias en el ámbito de la enseñanza clínica, teniendo en cuenta la protección de la persona, la seguridad y la calidad de los cuidados de Enfermería prestados.

Cada campo de estágio fue tutorizada por una supervisora clínica diferente, la cual trabajaba en la unidad correspondiente, siendo ella quien decidió si el alumno había superado o no sus prácticas. Por lo general se realizaban dos reuniones, una a mitad de la rotación y una final, estando presentes la orientado pedagógica, la supervisora clínica y el alumno, donde se habló de la rotación, fortalezas, debilidades y de los puntos a mejorar, dotando de una nota final al alumno.

Las competencias aprendidas en cada campo de prácticas permitieron desarrollar conocimientos, habilidades prácticas, aumentar la confianza y seguridad para poder valorar las necesidades que presentaban y ofrecer el mejor de los cuidados. La variedad de experiencias permitió cumplir los requisitos de La Directiva europea, transpuesta en la legislación portuguesa mediante la Ley 9/2009, de 4 de marzo, con varias actualizaciones. El total de los objetivos cumplidos se muestra en el apéndice B.

Observación de Cuidados Prestados y Práctica Clínica

El desarrollo profesional en Enfermería es un proceso esencial para garantizar una atención de salud de calidad y adaptada a las necesidades cambiantes de la sociedad. Este desarrollo abarca la formación continua y la especialización, elementos clave para el crecimiento y la mejora de las competencias de los profesionales de Enfermería.

La importancia de la formación continuada en Enfermería se refiere a la educación y capacitación que los profesionales de Enfermería reciben después de su formación inicial. Su objetivo principal es mantener y mejorar las competencias profesionales, adaptarse a los avances científicos y tecnológicos y responder a las demandas emergentes del sistema de salud. La especialización en Enfermería debe entenderse como una profundización en un ámbito específico de la disciplina enfermera que proporciona una mayor capacitación y formación, lo que justifica la consiguiente diferenciación de puestos de trabajo y la asunción de competencias específicas por parte de la Enfermera Especialista (Cuevas-Santos, 2019). Ambas contribuyen a la actualización de conocimientos, calidad de la atención, seguridad de las pacientes y desarrollo personal y profesional.

En la fase inicial de los contextos clínicos, se asumió una postura de observación para poder entender la dinámica de las unidades donde se rotaba, así como la observación de todos los profesionales del equipo multidisciplinar y su interacción entre ellos. Posteriormente el alumno fue adquiriendo de manera gradual el perfeccionamiento de la práctica clínica y la adquisición de las competencias específicas del EEESMO, adquiriendo una autonomía, siempre supervisada, durante la prestación de los cuidados especializados.

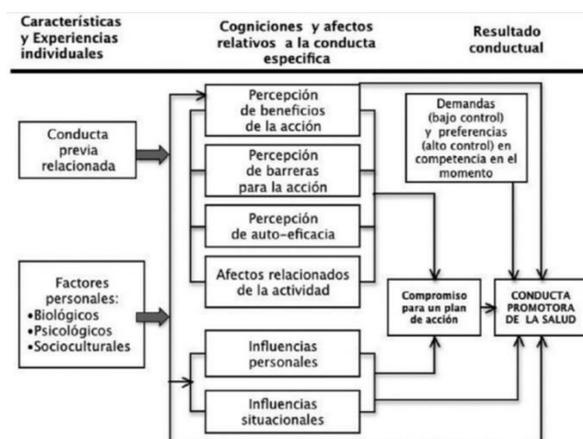
Aplicación del Modelo teórico

Para promover el proceso de aprendizaje, se consideró esencial orientar la práctica clínica con base en un Modelo Teórico de Enfermería. El elegido fue el Modelo de Promoción de la Salud, creado por Nola J. Pender, puesto que proporciona el apoyo teórico y conceptual necesario para la prestación de cuidados de enfermería humanizados, estando actualizado e inserido en el contexto de desarrollo de competencias. El objetivo de este modelo es medir los estilos de vida promotores de salud.

Al contrario que otros modelos que se basan en el miedo o la amenaza a la salud como motivación para el comportamiento en salud, Nola J. Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a tener comportamientos orientados en sentido de mejoría de la salud, es decir, es un modelo orientado hacia el foco. El modelo de Promoción de la salud se centra en tres áreas; características y experiencias individuales, cogniciones y afectos relativos a la conducta específica y resultado conductual. La conducta promotora de salud es un resultado determinado por las características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos (Tomey & Alligood, 2004). El diagrama simple que se muestra en la figura 5 señala una asociación, los factores son vistos como un efecto interactivo que lleva a la acción promotora de salud.

Figura 3.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender



Fuente: Hoyos et al., 2011

En cuanto a la aplicación a los cuidados de enfermería, creo que este modelo se ajusta en consonancia con la especialidad de Enfermería Especialista en Salud Materna y obstétrica ya que es un modelo que se aplica a lo largo del ciclo vital y puede ser útil en diversos contextos; como en cuidados de salud/enfermedad y cambios en estilo de vida de la mujer.

En resumen, la teoría de Nola J. Pender toma en cuenta la importancia del proceso social y cognitivo, así como la relevancia que estos tienen en la conducta del individuo, y como todo esto afecta la promoción de la salud de la persona (Hoyos et al., 2011).

2.2.3. Población Diana

La población diana del ENPRF incluye a todas las mujeres/familias inseridas en la comunidad con las que se tuvo contacto durante las rotaciones por las diferentes unidades de salud. Se realizaron cuidados de EESMO a mujeres en diferentes etapas de la vida, en atención primaria, sala de partos, medicina materno fetal y puerperio/neonatología. La franja de edad de las mujeres a las que se prestó cuidados va desde los 11 a los 74 años, con diferentes vivencias y procesos de salud/enfermedad obstétrico - ginecológico.

Unidades y franja de edad por campo de prácticas:

- Unidad de Salud Familiar: Edades entre los 11 y los 74 años.
- Servicio de paritorio en Lisboa: Edades entre 17 y 44 años.
- Servicio de Medicina Materno Fetal Lisboa: Edades entre los 15 y los 45 años.
- Servicio de paritorio en Canarias: Edades entre 18 y los 46 años.
- Servicio de puerperio en Canarias: Edades entre los 20 y 42 años.

Para la realización de dichos cuidados, no sólo se mantuvo un contacto cercano con estas mujeres, sino que también se atendieron las necesidades de sus parejas/personas de confianza, de sus familiares y de sus hijos.

Debido a la diversidad de los lugares donde se realizaron los campos de estágio, cabe destacar que se prestaron cuidados a mujeres y familias de diversas nacionalidades. Este hecho se considera enriquecedor debido a la gran cantidad de experiencias aprendidas, así como desafiante debido a la necesidad de adaptación de los cuidados a las costumbres y valores de cada mujer/familia, conllevando todo esto a un desarrollo personal y profesional del alumno muy positivo.

Los cuidados realizados tanto a las mujeres como a sus bebés se realizaron siempre bajo consentimiento verbal y explicando cada una de las técnicas a realizar. Los cuidados realizados fueron siempre individualizados, asegurando la continuidad y calidad en la atención a las pacientes y procurando un aprendizaje de calidad para el EEESMO.

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

Tras diez años dedicados a la enfermería general y observando los protocolos y guías de práctica clínica con los que se cuenta en cada unidad donde he trabajado, me surgieron varias dudas sobre el tiempo invertido en la humanización de los cuidados versus la tecnificación de los mismos, y más concretamente en la salud de la mujer. La mayor de ellas fue si la enfermería estaba avanzando hacia la visión holística del cuidado a las mujeres o si por el contrario nos estábamos programando para ser meros técnicos ejecutores de protocolos y guías olvidándonos de las características individuales de cada mujer. Otra duda fue como conseguir las herramientas necesarias para proporcionar esa salud individual a la mujer.

La conclusión a la que llegué era que necesitaba formación específica en el campo de la mujer, y si quería dedicarme a ello, la respuesta era la realización de la especialización. Cursar el Mestrado en Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstétrica (MESMO), exige al alumno la adquisición de nuevas competencias, pero también, la aportación para la mejoría de las prácticas de cuidados.

Durante la realización del ENPRF me suscitó especial interés y me surgió la necesidad de saber si estábamos dando respuesta a las necesidades de las mujeres embarazadas durante el embarazo y parto, y más concretamente en cuanto al cuidado de su salud perineal. Como reflexión personal y para dar respuesta a las dudas se pudo intuir que la falta de tiempo, personal y formación podrían ser factores determinantes en estos inconvenientes, todo esto influyendo en la satisfacción de los enfermeros especialistas en salud materna y obstétrica y la realización de cuidados a estas mujeres (Carroll et al., 2020). Dichos profesionales tienen el deber moral y profesional de conocer todos los aspectos relacionados con la mujer en todas sus etapas de la vida, así como de su familia (Martínez et al., 2018).

Todos los motivos mencionados anteriormente e intentar mejorar esta situación fueron los detonantes que me llevaron a centrar el presente relatório en la salud perineal, y más concretamente en las lesiones perineales que se pueden producir intraparto, profundizando en

el estudio las medidas que se pueden llevar a cabo para minimizar el riesgo de que estas se produzcan.

Parece necesario contar con programas específicos de formación e investigación en salud perineal, teniendo en cuenta su orientación hacia la promoción de la salud, prevención de este tipo de lesiones, a su tratamiento una vez producidas y a sus cuidados en el postparto inmediato y tardío, teniendo todo esto impacto en la salud integral de la mujer (Sigdel et al., 2024). Según la OE (2006), la investigación en Enfermería es indispensable para el desarrollo profesional y contribuye a la excelencia de la Enfermería como disciplina y profesión. Por lo tanto, la búsqueda del conocimiento científico tiene como objetivo contribuir a la toma de decisiones de los EEESMO, basado en la evidencia científica y consecuentemente promover la mejoría de los cuidados de Enfermería prestados.

De este modo se apoyará a los profesionales de la salud que tengan competencias profesionales en el ámbito de la salud prenatal, proporcionando estrategias para comprender los procesos fisiológicos y patológicos durante el parto, pudiendo identificar la presencia de factores personales, obstétricos y neonatales relacionados con las lesiones perineales (Castañón et al., 2021).

Considero que es necesario fomentar la promoción del autocuidado en estas mujeres y familias para solventar sus dudas y miedos con respecto a su salud perineal, y más concretamente sobre las lesiones que se pueden producir intraparto. Deben ser aconsejadas de cuando deben acudir a un profesional y donde pueden hacerlo, comenzando ya a tratar el tema durante el embarazo en sus centros de atención primaria y en las clases de preparación al parto y parentalidad.

3.1. VALORIZACIÓN DE LA SALUD PERINEAL: INTERVENCIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

A continuación, se procederá a la exposición del tema central elegido para este relatório, la salud perineal, mediante una revisión bibliográfica de la literatura.

3.1.1. Introducción

Los traumatismos perineales son uno de los efectos más padecidos por las mujeres durante el parto, pudiendo alcanzar hasta a un 85% de las mujeres que tienen un parto por vía vaginal. Su incidencia depende en parte de algunos factores de la mujer; como edad materna, Índice de Masa Corporal (IMC), paridad, entre otros. Factores externos, tales como el inicio y tipo de parto, la posición de la mujer durante el parto, las técnicas empleadas por el profesional que atiende el parto, así como también el peso fetal estimado, mala posición y presentación fetal, entre otros (Milka et al., 2023).

Del porcentaje citado, la prevalencia estimada de los desgarros de tercer y cuarto grado ronda el 2,9% de los partos. Los desgarros de segundo grado se producen en el 20% de los partos eutócicos, en el 30% de los partos mediante ventosa y el en 50% de los partos mediante fórceps. El porcentaje restante sería para los desgarros de primer grado, que son lesiones que normalmente cicatrizan sin consecuencia. En cuanto a la relación entre la paridad y los desgarros perineales, la incidencia disminuye con los partos posteriores, estos se producen alrededor del 90,4% en mujeres nulíparas y en un 68,8% en mujeres multíparas que tienen partos vaginales (Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2018).

Los desgarros de primer y segundo grado, serán en los que más pondremos nuestro foco de atención ya que son reparados por los enfermeros ESMO.

En relación a la clasificación de los desgarros perineales, se muestra en la tabla 4:

Tabla 4.

Clasificación de los desgarros perineales

1.º Grado	Lesión de piel perineal o mucosa vaginal
2.º Grado	Lesión de músculos del periné sin afectar al esfínter anal
3.º Grado	Lesión del esfínter anal: 3a) Lesión del esfínter externo < 50% grosor 3b) Lesión del esfínter externo > 50% grosor 3c) Lesión del esfínter externo e interno
4º Grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa anorrectal.

Fuente: (Villafaña et al., 2021)

Para la prevención de lesiones en el periné se ha demostrado que las técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo, tales como; masajes perineales, libre movimentación durante el trabajo de parto, compresas tibias y conducta de protección activa del periné, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles, disminuyen el riesgo de desgarro perineal (Simmelink et al., 2023).

En relación a la realización de la episiotomía, el estudio de Díaz et al. (2024) basado en numerosos estudios científicos, avala el uso restrictivo de la episiotomía en contraposición a la realización de la episiotomía rutinaria en la prevención de las lesiones perineales. Se dictamina que esta última práctica no previene desgarros perineales severos (III y IV grado), incluso se puede determinar que dicho procedimiento aumenta la probabilidad de sufrir este tipo de lesiones.

Es importante destacar las lesiones de grado III y IV, las lesiones obstétricas del esfínter anal, comúnmente conocidas por su nombre y siglas en inglés; “*obstetrical anal sphincter injuries*” OASIS, ya que son frecuentemente las más estudiadas debido a su gravedad. Su porcentaje ronda el 2,4% en mujeres con parto eutócico y el 4.0% en pacientes que han tenido un parto instrumentado (Villafaña et al., 2021).

Alrededor del 60% de todas las lesiones perineales van a necesitar ser reparadas en el postparto inmediato mediante sutura perineal. Los desgarros de tercer y cuarto grado necesitarán consulta especializada para valoración de suelo pélvico, así como algunos de segundo grado dependiendo de su nivel de severidad (Simmelink et al., 2023).

Los EEESMO/Matronas son las profesionales encargadas del cuidado de la mujer en la etapa de trabajo de parto, por lo que es importante saber qué medidas llevan a cabo para prevenir o minimizar las lesiones perineales. El estudio de Simmelink et al. (2023) analiza ciertos factores que explican sus intervenciones realizadas; los años transcurridos desde su graduación, el lugar de estudio de la especialidad y los factores individuales de las Matronas clínicas, parecen ser los principales factores determinantes en la elección de cuidados en salud perineal, influyendo todas ellas también, en la tasa de realización de episiotomías.

3.1.2. Objetivos

El objetivo principal es valorizar la salud perineal, en el contexto clínico de la mujer con un embarazo de bajo riesgo durante el trabajo de parto y parto.

Como objetivos secundarios

- Identificar la temática de la salud perineal
- Profundizar en los conocimientos de la salud perineal
- Analizar las intervenciones realizadas por los EESMO durante el parto y que podrían prevenir las lesiones del periné y suelo pélvico.

3.1.3. Metodología

Se realizó una revisión de la literatura y recogida de datos en las salas de partos de las dos unidades de rotación práctica a varias mujeres a las que se les ofreció cuidados durante su trabajo de parto y parto, así como a algunos profesionales EESMO y Matronas, con los que el alumno tuvo la oportunidad de aprender. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas cuyas preguntas fueron elaboradas por el propio alumno. Para profundizar y explorar el tema se utilizó una metodología descriptiva, cualitativa. La fuente de información directa es la parturienta y

los profesionales EESMO/Matronas quien, mediante una conversación informal con preguntas abiertas, hablaron respectivamente acerca de sus conocimientos, sentimientos y vivencias durante la etapa que estaba viviendo, así como de los cuidados que realizaban habitualmente.

La presente revisión narrativa tiene como objetivo obtener información sobre la valorización de la salud perineal y las intervenciones que son llevadas a cabo por los EEESMO y Matronas en el ejercicio habitual de su profesión, y si son llevados a cabo cuidados y procedimientos actualizados y basados en la evidencia científica.

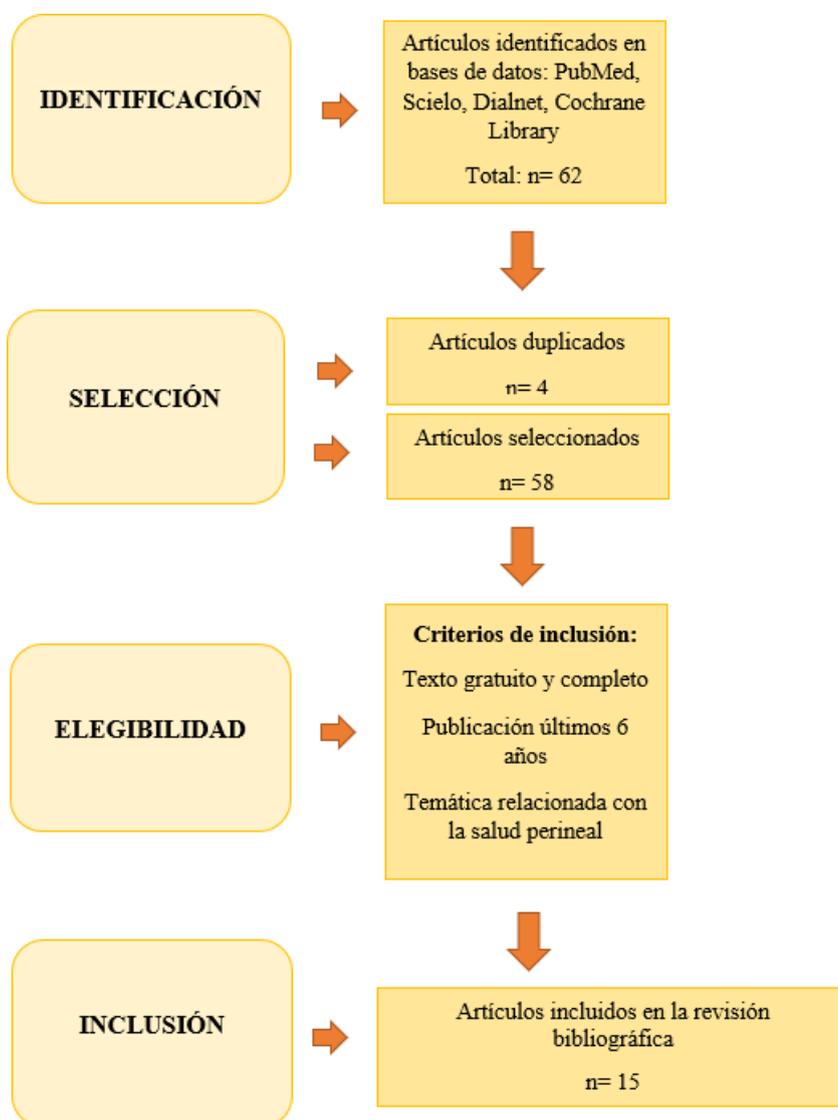
Para profundizar en la temática principal, el alumno realizó varias etapas descritas a continuación. Primero se definieron las palabras clave y los descriptores DeCS, los utilizados fueron: Períneo; Pelvic Floor; Midwife; Parto; Período Pós-Parto. A continuación, fue necesario establecer criterios de inclusión para que fuese posible una búsqueda con evidencia científica a través de bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Dialnet y Cochrane Library. Inicialmente se recogieron 62 artículos y tras realizar una criba fueron excluidos 4 por estar repetidos. A los restantes 58 artículos se le aplicaron los criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos por su gratuidad, publicación menor a 6 años, temática relacionada con la salud perineal en mujeres embarazadas, en trabajo de parto y parto y sobre el análisis del grado de intervención de los profesionales EEESMO/Matronas durante el parto. Para finalizar, fueron triados a través de la lectura de su título y resumen, acotando la búsqueda a 21 artículos. Después de realizar una lectura rigurosa y completa, fueron seleccionados 15 artículos para su análisis de datos y posterior análisis crítico.

Para que fuese más visual, se creó un Diagrama de flujo PRISMA representado en la figura 4:

Figura 4.

Diagrama de flujo PRISMA del Proceso metodológico:



Fuente: Creación del alumno.

3.1.4. Desarrollo

El traumatismo perineal se define como cualquier lesión de los genitales (incluyendo piel, músculos y fascia) durante el parto, ya sea espontáneamente o debido a la realización de una episiotomía. Las lesiones perineales constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de contusiones menores, desgarros de músculos o laceraciones mayores con pérdida de sustancia tisular o no, en ocasiones pueden comprometer desde estructuras del periné hasta el diafragma urogenital (Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2018).

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas con la atención al parto. Tienen una incidencia elevada, alrededor del 85% de los partos por vía vaginal, por lo que el estudio del tema parece de necesaria importancia (Milka et al., 2023).

El tema de los factores de riesgo asociados al traumatismo perineal ha suscitado alguna controversia, pero en múltiples revisiones bibliográficas se ha llegado al consenso de que sí existen algunas variables que están relacionadas con la producción de este tipo de lesiones.

Los estudios de Abedzadeh-Kalahroudi et al., 2018 y Castañón et al., 2021 basados en numerosos estudios, objetivan que los factores relacionados o predictivos de traumatismo perineal más comunes son: la edad materna; a menor edad materna mayor riesgo de desgarro (las mujeres menores de 18 años tienen mayores probabilidades que las mujeres de 35 a 45 años), paridad; las mujeres nulíparas tienen mayor probabilidad de lesión durante el parto que las multíparas, inducción de trabajo de parto; los trabajos de parto inducidos tienen mayor probabilidad de producir una lesión perineal que los trabajos de parto espontáneos, la edad gestacional; parece estar relacionada con el peso fetal, en una gestación más prolongada, el feto puede tener mayor o ser más grande, aumentando la posibilidad de laceración perineal, la mala presentación y malposición fetal; partos instrumentales, distocia de hombros, trabajo de parto precipitado, la duración prolongada de la segunda etapa del parto; y nacimiento en un hospital privado se han propuesto como factores relacionados con la lesión perineal. Sin embargo, otros estudios han encontrado que el IMC, la circunferencia de la cabeza del neonato y la educación materna no se asociaron con traumatismo perineal severo, aunque sí relacionados con los de II y III grado. Estas diferencias podrían deberse a diferencias en las poblaciones de estudio.

Es importante conocer los factores de riesgo para desgarros perineales severos, ya que condicionan una alta tasa de morbilidad como: incontinencia urinaria, incontinencia a materia fecal y/o gases, urgencia fecal, dispareunia, fístulas recto-vaginales, dolor perineal, entre otros (Castañón et al., 2021). Siendo estas las complicaciones obstétricas intraparto más comunes, hay diferentes líneas de investigación en cuanto a las medidas a tomar para intentar prevenir las lesiones perineales. Existen diversos métodos y procedimientos que los estudios científicos han avalado y en los que se sigue estudiando. Algunas de estas medidas utilizadas más comúnmente se exponen a continuación.

Masaje Perineal

El masaje perineal es una técnica empleada para intentar minimizar el riesgo de lesión perineal intraparto. El masaje perineal Antenatal (MPA) durante el embarazo es empleado como una forma de incrementar la elasticidad del periné, favoreciendo el periodo expulsivo durante el parto. En la revisión sistemática y metaanálisis realizado por Yin et al. (2024), se ha demostrado que el masaje perineal, como intervención preventiva, reduce el riesgo de lesiones perineales y puede tener un impacto positivo en la función del suelo pélvico en el período posparto temprano.

Esta reducción de riesgos se traduce a corto plazo mejorando el dolor y minimizando el riesgo de hematomas, hemorragias e infecciones, y a largo plazo previniendo disfunciones de la musculatura del suelo pélvico.

El mejor momento para la realización del Masaje perineal no está determinado con exactitud, pero la revisión de Yin et al. (2024) y el estudio de Milka et al. (2023), basados en múltiples estudios, dictaminan que, su realización tanto antes del parto, a partir de la semana 34 de gestación, como durante la segunda etapa del parto, es eficaz para reducir las lesiones perineales, y es particularmente eficaz para reducir el dolor perineal en el período posparto inmediato cuando se realiza al comienzo de la segunda etapa del parto. Se ha demostrado que el MPA reduce significativamente la incidencia de incontinencia fecal y la incontinencia de gases a los tres meses del posparto. Sin embargo, no existen estudios que aborden específicamente el efecto del masaje perineal durante la segunda etapa del parto en la mejora de la función del suelo pélvico en el período posparto temprano. En relación a la incontinencia

urinaria, en ninguno de los dos estudios se han obtenido resultados sólidos que afirmen una mejoría significativa de los signos y síntomas de esta entidad, por lo que se propone seguir investigando sobre este tema.

Las lesiones perineales pueden provocar dispareunias y pueden afectar negativamente al nivel de excitación y satisfacción durante el coito. Desafortunadamente, a pesar de esto, la mayoría de los artículos analizados en ambas revisiones no proporcionaron ningún dato entre la APM y las disfunciones sexuales (Milka et al., 2023).

En cuanto a la técnica, duración y frecuencia, existen diversas técnicas a realizar, pero según Milka et al. (2023), basado en seis de sus artículos analizados recomienda la inserción de uno o dos dedos en el interior de la vagina a unos 3-4 cm, utilizando lubricante hidrosoluble, aceite de rosa de mosqueta o aceite de almendra, llevando a cabo una presión suave sobre el periné y deslizándolo hacia afuera y hacia los lados, esta es la llamada técnica estándar, existiendo otras que se pueden realizar también de manera autónoma o realizadas por un profesional experto. La duración del masaje puede oscilar entre los 5 y 10 min, aunque se aconseja su finalización ante la aparición de molestias. Respecto a la frecuencia de realización, se recomienda de manera general en algunos estudios dos veces por semana y en otros de manera diaria.

A pesar de estar comprobada la eficacia del masaje perineal para la prevención de lesiones perineales intraparto, ambos estudios mencionados recomiendan seguir investigando para obtener resultados específicos más uniformes.

Compresas tibias

El estudio de Maghalian et al. (2023), se realizó para determinar el efecto de las compresas perineales tibias sobre el traumatismo perineal (desgarros perineales de primer, segundo, tercer y cuarto grado), el dolor posparto, el periné intacto, episiotomía y la duración de la segunda etapa del parto, con el fin de reducir las complicaciones perineales y dolor intraparto.

El calor produce la dilatación de los vasos sanguíneos que produce un aumento del flujo sanguíneo, por tanto, el aumento de oxígeno y nutrientes, causando una mejora del drenaje del sistema linfático y venoso, reduciendo el edema que se pueda causar por la presión de la cabeza

fetal en la vagina y consecuentemente la inflamación, además de aumentar la elasticidad de las fibras perineales. El uso de compresas calientes proveerá de un efecto analgésico (Magoga et al., 2019).

En relación al momento en el que se recomienda la aplicación de compresas tibias, los estudios son unánimes, es durante la segunda etapa del parto, cuando el bebé se encuentra entre los planos de Hodge III y IV, en el momento en el que la cabeza del bebé comienza a distender el periné o cuando hay descenso fetal activo en dicha etapa. En relación a la madre, es conveniente colocar las compresas cuando la mujer se encuentra en reposo y descansando entre pujos, sea cual sea su postura (Rodrigues et al., 2023).

La temperatura del agua en la que empapar las compresas se recomienda que esté entre los 45°- 59°C. Las compresas deben ser exprimidas antes de ser colocadas suavemente en el periné, incluso conviene acercarlas sin tocar el periné para comprobar la sensación de la mujer al calor irradiado por las compresas. Se recomienda cambiar el agua cada quince minutos y las compresas según sea necesario para mantener el calor y la limpieza al final de la segunda etapa del parto (Rodrigues et al., 2023).

Ambos estudios, Maghalian et al. (2023) y Rodrigues et al. (2023) e incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a) *“Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia positiva del parto”*, concluyen que; la compresa perineal tibia administrada durante la segunda etapa del parto reduce el dolor posparto, tiene un efecto estadísticamente significativo en la reducción de la tasa los desgarros perineales de primer, segundo, tercer y cuarto grado y la tasa de episiotomía, aumentando la incidencia de perineo intacto. No se ha concluido con exactitud que el uso de compresas tibias reduzca la duración de la segunda etapa del parto, por lo que recomienda realizar más investigaciones sobre este tema.

Manejo activo del periné versus conducta expectante. *“Hands ON”* vs *“Hands OFF”*.

En la práctica habitual de la asistencia al parto, los profesionales han tenido la costumbre de realizar un manejo activo del control del periné durante la segunda etapa del parto, ya que se consideraba que minimizaba los riesgos de traumatismo perineal.

La forma más común de manejo activo de control del periné es la maniobra de Ritgen. Este procedimiento obstétrico tiene como finalidad la protección del periné de la madre cuando la vía de nacimiento es vaginal y la presentación fetal es cefálica. Esta maniobra forma parte de la atención tipo “*hands-on*” (“manos-en”) de la segunda etapa del parto, esto es, de aquella atención en la que se manipula el periné, en contraposición a la atención tipo “*hands-off*” (“manos-quietas”), en la cual no se toca el periné en ningún momento de dicha segunda etapa. Esta maniobra tiene como objetivos: limitar la velocidad de la salida de la cabeza fetal y proteger el periné de la madre activamente, soportándolo con la mano durante la salida de la cabeza y de los hombros del bebé. La maniobra de Ritgen implica el uso de las dos manos; la dominante: soporta el periné, pinzando y presionando fuertemente y de forma permanente la porción inferior que rodea el introito vaginal. Es posible hacer la presión usando una compresa quirúrgica para dar mayor fricción y eliminar fluidos. Y la mano no dominante: realiza una tracción digital de los tejidos blandos y de la vulva, ayudando a la salida de la cabeza fetal y disminuye la velocidad de la salida presionando el occipucio fetal. La evidencia actual recolectada sobre la utilidad de la maniobra de Ritgen no es clara, por lo que su recomendación como procedimiento de protección del periné, aunque ampliamente utilizado, no debería ni proclamarse ni negarse (Pierce-Williams et al., 2020).

En el estudio realizado por Ma et al. (2019) se intenta estimar la efectividad de la técnica de Protección Perineal Moderada durante el parto espontáneo. Dicha técnica es la siguiente:

Cuando la cabeza fetal está expuesta 5 cm x 4 cm durante la contracción uterina, y el periné está distendido con tensión, se debe empezar a controlar la velocidad de descenso de la cabeza. Durante las contracciones, debe controlar la cabeza con una sola mano y no actuar hasta que remitan las contracciones. Mientras tanto, debe indicar a la mujer que empuje. La velocidad del parto debe controlarse de modo que el diámetro de la cabeza fetal expuesta no aumente más de un centímetro con cada contracción. No se debe ayudar a la flexión de la cabeza fetal al mismo tiempo, o interferir con la dirección y el ángulo de salida de la cabeza fetal. Al expulsar el diámetro biparietal, se debe indicar a la madre que empuje suavemente. La protección del periné depende de la cooperación de la madre. No ayudar deliberadamente a la extensión de la cabeza, de lo contrario puede causar laceración de los labios menores y el vestíbulo. Después de la salida del diámetro biparietal, seguirá de manera ordenada la salida de la frente, nariz,

boca y barbilla, que puede ser más rápida. En cuanto salga la cabeza, realizar una expresión de las secreciones mucosas de la cavidad bucal y nasal. No es necesario apresurarse a la liberación del hombro mientras espera la siguiente contracción. Cuando salga, sujetar la cabeza con ambas manos, indicar a la madre que empuje suavemente para expulsar el hombro anterior, evitando al mismo tiempo hacer demasiada fuerza hacia abajo contra el periné para no aumentar el grado de desgarro perineal. Sujetar de nuevo la cabeza con ambas manos para expulsar lentamente el hombro posterior. Se le indicaría a la madre que debe intentar no hacer fuerza en este momento.

El estudio de Ma et al. (2019) concluye que la técnica de Protección Perineal Moderada es segura, efectiva y vale la pena promoverla ampliamente. La técnica de “*Hands-Off*” (“manos libres) con manos en posición, pero sin tocar, puede ser una técnica prometedora para mantener el periné intacto, reducir el dolor perineal y el uso de episiotomía en mujeres con embarazo de bajo riesgo que tienen a un parto vaginal. Además, esta técnica puede ser segura ya que no aumenta el riesgo de lesión perineal grave, hemorragia posparto y mayor duración de la segunda etapa de trabajo de parto en comparación con la técnica “*Hands-on*” (Huang et al., 2020).

La bibliografía muestra evidencia hacia las técnicas expectantes sin manejo activo del periné, pero no muestran conclusiones contundentes inclinándose sólidamente hacia ninguna de las dos vertientes, por lo que cabe destacar que se debe seguir investigando para lograr una asistencia al parto lo más fisiológica posible (Pierce-Williams et al., 2019).

La combinación de los métodos anteriormente mencionados también constituye una alternativa que ha demostrado buenos resultados en la prevención o minimización de los traumatismos perineales. El uso conjunto del masaje perineal antenatal o en la segunda etapa del parto y el uso de compresas tibias ha demostrado que puede disminuir la probabilidad de lesiones perineales y complicaciones del suelo pélvico. La combinación del masaje, las compresas tibias y la conducta “*Hands-Off*” con manos en posición también se ha evidenciado como una buena práctica de cuidados en la asistencia al parto de bajo riesgo para la prevención de lesiones perineales de todos los grados (Rodrigues et al., 2023).

Reparación de los desgarros perineales

Como se ha mencionado anteriormente, el traumatismo perineal puede desencadenar en complicaciones posteriores como dolor, incontinencia fecal y de gases, así como disfunciones

sexuales, etc. Un tratamiento precoz, mediante intervenciones intraparto de calidad, son motivo de buena práctica clínica. El tratamiento inmediato es la sutura perineal, en el estudio realizado por Galiano et al. (2020) se describe un tratamiento apropiado:

Los desgarros perineales de primer grado; las lesiones con borde afrontados que no presenten sangrado no es necesaria la sutura, mientras que las lesiones que presenten sangrado o cuyos bordes no estén afrontados serán susceptibles de ser suturadas, normalmente con puntos simples. Analgesia si precisa. Material de sutura reabsorbible.

Los desgarros de segundo grado; triple capa (sutura por planos) con sutura continua única: mucosa vaginal - musculatura superficial periné - piel perineal (sutura continua o intradérmica). Analgesia si precisa. Material de sutura reabsorbible.

Los desgarros de tercer y cuarto grado: Reparación por un médico obstetra senior. Analgesia adecuada y relajación. Profilaxis antibiótica. Mucosa rectal: Sutura continua submucosa puntos sueltos con vicryl 3/0. Esfínter interno: puntos sueltos con vicryl 3/0 o 2/0. Esfínter interno: sutura con técnica “*overlap*” o “*end-to-end*” con hilo monofilamento 3/0 o vicryl 2/0.

Un tratamiento precoz y adecuado de los traumatismos perineales es necesario para evitar complicaciones posparto. Las lesiones reparadas por los EEESMO/Matronas son de especial interés para el presente relatório, por lo que es importante un abordaje global del tratamiento.

Los EEESMO/Matronas y la valorización de la salud perineal

Siendo lo profesión de EEESMO/Matrona la encargada del seguimiento del embarazo y parto de bajo riesgo, es necesario dar a conocer las medidas que deberían llevar a cabo estos profesionales para promover el parto fisiológico, proporcionando unos cuidados y realización de técnicas actualizadas y basadas en la evidencia científica. La valorización del cuidado perineal es de gran importancia debido a la alta incidencia de traumatismos perineales, es por esto, por lo que contextualizaremos la relación de los profesionales con las prácticas para proteger el periné y el uso de la episiotomía.

Como ya se ha comentado, los resultados en salud perineal van a depender de factores de la mujer, factores directamente relacionados con el inicio y proceso de parto, factores fetales,

pero también se han observado factores en relación al profesional que ha asistido el parto (Simmemilk et al., 2023). Estos resultados hablan tanto de los desgarros perineales como del uso de la episiotomía.

Siendo lo EEESMO/Matrona y el médico obstetra los dos profesionales principales encargados de la asistencia al parto, el estudio de Simmemilk et al. (2023) basado en múltiples estudios, asocia el tipo de asistente al parto con la posibilidad de episiotomía. La tasa de episiotomía fue del 8,9% en la atención dirigida por matronas y del 28,7% en la atención dirigida por obstetras. Para las primíparas, fue del 18,5% en la atención dirigida por matronas y del 45,7% en la atención dirigida por un obstetra, en comparación con el 4,8% y el 13,2% para las multíparas, respectivamente. Esto significa que el riesgo de una episiotomía parece ser mayor en la atención dirigida por un médico obstetra. Esto parece ser debido a que los médicos obstetras asisten los partos intervenidos; ventosa y fórceps y al método utilizado en la segunda etapa del parto para proteger el periné. Se asocia un menor uso de la episiotomía en los asistentes que usan una técnica no intervencionista, asociándose una tasa más alta de desgarros de tercer y cuarto grado y episiotomías en el grupo intervencionista, recomendándose más investigación sobre el tema.

Se ha relacionado también la relación entre el lugar del parto y la tasa de episiotomías, siendo más baja en el parto atendido en domicilio. Sin embargo, un número cada vez mayor de Matronas trabajan en los hospitales, lo que ha llevado a un aumento de las episiotomías.

Dentro de las propias matronas clínicas, existen diferencias en la prestación de cuidados y realización de técnicas. Díez et al. (2024) considera necesario evaluar la variabilidad en las prácticas profesionales de las matronas para prevenir y reparar el trauma perineal, así como los factores profesionales que pueden estar asociados con el uso restrictivo de la episiotomía. Entre los factores predictores de la probabilidad de lesión perineal y el uso de la episiotomía, el estudio expone que los de mayor peso son: los años transcurridos desde su graduación, el lugar donde se cursó la especialidad, asistencia al parto en domicilio o no, el desempeño de su trabajo en hospitales universitarios y que tengan formación específica reciente, como las variables más destacadas.

Teniendo en cuenta que los profesionales debemos dar cuidados de calidad y dar una asistencia al parto lo más fisiológica y biopsicosocial posible, cabe destacar que nuestros cuidados e intervenciones deben ser lo más actualizadas posibles y basadas en la evidencia científica (Díaz et al., 2024).

3.1.5. Resultados

Para hablar más detalladamente sobre los artículos científicos utilizados en la revisión bibliográfica fue elaborado un cuadro para su mejor visualización. La síntesis de dichos artículos se muestra en la figura 5:

Figura 5.

Síntesis de artículos utilizados en la revisión bibliográfica.

ESTUDIO (Autores, año y título)	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Abedzadeh-Kalahroudi et al (2018) Perineal trauma: incidence and its risk factors	Determinar la incidencia del traumatismo perineal y sus factores relacionados.	Estudio transversal en el que se estudió la información materna, neonatal, obstétrica y del parto de todas las mujeres que dieron a luz en los hospitales de la ciudad de Kashan.	Alta incidencia de trauma perineal y que factores como la edad materna, la paridad, la inducción del parto, la edad gestacional, la presión del fondo uterino y la nacionalidad se asocian con el trauma perineal; otros factores no se encontraron como predictores en nuestro estudio.
André et al (2024) Minimizing tearing during vaginal delivery with a perineal protection device: a randomized controlled trial	Investigar si el uso de un dispositivo de protección perineal durante el parto vaginal reduce el desgarro perineal grave (grado ≥ 2) en mujeres primíparas en comparación con el soporte perineal manual de rutina.	Ensayo controlado aleatorizado. Las mujeres primíparas fueron asignadas aleatoriamente al grupo de intervención con uso del dispositivo de protección perineal, o al grupo con atención al parto de manera rutinaria. Los datos continuos se analizaron utilizando la T de Student o test de Mann-Whitney. Los datos dicotómicos fueron analizados con la prueba χ^2 de Pearson, prueba exacta de Fisher y regresión logística ordinal	El uso de un dispositivo de protección perineal redujo el riesgo desgarros perineales de grado ≥ 2 un 60% y desgarro de los labios vaginales.
Castañón et al (2021) Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo	Identificar las características demográficas, obstétricas y neonatales relacionadas con desgarros perineales e identificar los factores de riesgo asociados a la lesión del esfínter anal.	Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional con revisión de la base de datos física de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Sanatorio Durango.	No se encontró un factor de riesgo asociado con desgarro perineal severo.
Díaz et al (2024) Midwives' approach to the prevention and repair of obstetric perineal trauma in Spain	Evaluar la variabilidad en las prácticas profesionales de las parteras para prevenir y reparar el trauma perineal, así como los factores profesionales que pueden estar asociados con el uso restrictivo de la episiotomía.	Estudio Observacional transversal. Trescientas cinco parteras completaron un cuestionario anónimo desarrollado por los autores y distribuido en varias sociedades científicas de partería.	Importante variabilidad en las prácticas de las matronas españolas para prevenir y reparar los desgarros perineales. El uso restrictivo de la episiotomía está asociado a que las parteras atiendan partos domiciliarios, trabajen en hospitales universitarios y tengan formación profesional reciente.
Galiano et al (2020) Suture type used for perineal injury repair and sexual function: a randomized controlled trial	Evaluar si la técnica de sutura utilizada (sutura continua) o interrumpida) tiene un impacto en la función sexual de la mujer después del parto.	Se realizó un ensayo clínico multicéntrico controlado, con asignación aleatoria de dos grupos de tratamiento. Diferencia de medias para evaluar la influencia del tipo de sutura en los resultados, análisis multivariados para ajustar variables desequilibradas tras la aleatorización. 60 mujeres en el grupo de intervención (sutura continua) y 64 mujeres en el grupo de control (sutura interrumpida)	Las mujeres sometidas a sutura continua normalizaron antes las relaciones sexuales, alcanzaron el orgasmo con mayor facilidad y obtuvieron puntuaciones más altas en comunicación sexual y satisfacción de la vida sexual que las del grupo con suturas interrumpidas.

<p>Huang et al (2020) The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis</p>	<p>Evaluar los efectos de la técnica Hands-on y Hands-off con manos posicionadas, sobre los resultados maternos durante la segunda etapa del parto.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis. Utilización de los estudios cuantitativos para los estudios relevantes. Evaluación de la calidad metodológica utilizando las herramientas de lista de verificación de evaluación del JBI y extrajeron los datos. Los estudios incluidos se dividieron en dos grupos para su análisis según los tipos de estudio</p>	<p>La técnica Hands-off con manos posicionadas puede ser una técnica de parto prometedora para mantener el perineo intacto y reducir el dolor perineal y el uso de episiotomía entre mujeres con embarazo de bajo riesgo que se someten a un parto vaginal.</p>
<p>Ma et al (2019) A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour</p>	<p>Evaluar la eficacia de la técnica de protección perineal moderada para el manejo perineal durante el parto.</p>	<p>Estudio multicéntrico. Se seleccionaron 31.249 mujeres que aceptaron la técnica tradicional como grupo de control y 57.056 mujeres aceptaron la técnica de Protección Perineal Moderada como grupo de observación</p>	<p>La técnica de protección perineal moderada es eficaz y segura. Puede reducir eficazmente la tasa de episiotomías, proteger la integridad perineal, mejorar los resultados neonatales y aumentar la satisfacción materna.</p>
<p>Maghalian et al (2023) The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis</p>	<p>Examinar los efectos de la compresa tibia sobre el traumatismo perineal y el dolor perineal posparto.</p>	<p>Revisión sistemática con metaanálisis y análisis secuencial de ensayos clínicos. Inclusión de todos los ensayos controlados aleatorizados y estudios cuasiexperimentales publicados en inglés y persa. Inclusión de mujeres en TP, gestación única, presentación cefálica y entre las 36 y 42 semanas.</p>	<p>La compresa perineal tibia administrada durante la segunda etapa del parto reduce el dolor posparto, los desgarros perineales de 1°, 2°, 3° y 4° grado y la tasa de episiotomía, mientras que aumenta la incidencia de perineo intacto en comparación con el grupo de control.</p>
<p>Magoga et al (2023) Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis</p>	<p>Evaluar la eficacia de las compresas calientes durante la segunda etapa del parto para reducir el trauma perineal.</p>	<p>Revisión sistemática y Metaanálisis. Búsquedas en bases de datos electrónicas. Antes de la extracción de datos, la revisión se registró en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas de PROSPERO Los criterios de inclusión fueron ensayos aleatorios que compararon, grupo de intervención; compresas) con grupo de control; no compresas) durante la 2° etapa del TP.</p>	<p>Las compresas tibias aplicadas durante la segunda etapa del trabajo de parto aumentan la incidencia de perineo intacto y reducen el riesgo de episiotomía y traumatismo perineal grave.</p>
<p>Milka et al (2023) Antenatal perineal massage – risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia – a systematic review</p>	<p>Evaluar y analizar el impacto del masaje perineal antenatal sobre las lesiones perineales y el desarrollo de dolor pélvico y otras complicaciones en mujeres durante el posparto; como dispareunia, incontinencia urinaria, de gases, e incontinencia fecal.</p>	<p>Búsquedas en PubMed, Web of Science, Scopus y Embase. Tres autores buscaron de manera independiente en bases de datos y seleccionaron artículos según criterios de inclusión y exclusión. Un autor analizó Risk of Bias 2 y ROBINS 1.</p>	<p>El masaje perineal antenatal en la segunda mitad del tercer trimestre favorece la protección del periné durante el parto. También reduce el riesgo de incontinencia fecal y gaseosa en el periodo posparto pero no de la incontinencia urinaria.</p>

<p>Pierce-Williams et al (2019) Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</p>	<p>Evaluar si la técnica Hands-on durante el parto vaginal produce una menor incidencia de traumatismo perineal que la técnica Hands-off</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. Búsqueda en bases de datos electrónicas sin usar restricciones de idioma o ubicación geográfica. El metaanálisis se incluyeron ensayos controlados aleatorizados que compararon el Hands-on (grupo de intervención) y el Hands-off (grupo de control).</p>	<p>La técnica Hands-on durante el parto vaginal espontáneo de gestaciones únicas da como resultado una incidencia similar de varios traumatismos perineales en comparación con una técnica Hands-off. La incidencia de laceraciones de 3º grado y de episiotomía aumenta con la técnica Hands-on.</p>
<p>Rodrigues et al (2023) Perineal massage and warm compresses – Randomized controlled trial for reduce perineal trauma during labor</p>	<p>Evaluar el efecto del masaje perineal y compresas calientes sobre la integridad del periné durante la segunda etapa del trabajo de parto.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio, prospectivo, unicéntrico y de diseño paralelo. 848 mujeres mayores de 18 años. A 424 se les realizó la técnica combinada y a 424, grupo de control, no.</p>	<p>La técnica del masaje perineal y las compresas calientes aumentó la incidencia de perineo intacto y redujo la incidencia de desgarro de segundo grado, episiotomía y lesión obstétrica del esfínter anal.</p>
<p>Simmelink et al (2023) The influence of the attending midwife on the occurrence of episiotomy: A retrospective cohort study</p>	<p>Examinar en qué medida los factores individuales de las parteras clínicas en las mismas condiciones laborales contribuyen a las variaciones en la episiotomía</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo utilizando datos que fueron recogidos por una partera clínica a otras parteras mediante un cuestionario clínico. Los factores individuales de las parteras se examinaron en un modelo de regresión logística múltiple sobre episiotomía.</p>	<p>Los factores individuales de las parteras clínicas influyen en la tasa de episiotomía. Factores predictores: años transcurridos desde su graduación y el lugar de estudio de la especialidad.</p>
<p>Villafaña et al (2021) Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido</p>	<p>Estimar la asociación entre parto no intervenido y el riesgo de lesiones obstétricas del esfínter anal.</p>	<p>Estudio de casos y controles, observacional, longitudinal, retrospectivo y analítico efectuado en pacientes que tuvieron un parto no intervenido. Comparación de los desenlaces con un grupo control con parto intervenido. Los desgarros se categorizaron con la clasificación de Sultán.</p>	<p>Las mujeres con parto no intervenido no tuvieron mayor riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado. Quienes tuvieron parto intervenido fue mayor el riesgo de requerir episiotomía.</p>
<p>Yin et al (2024) Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Evaluar y analizar los efectos del masaje perineal en diferentes etapas sobre la función perineal y del suelo pélvico durante el posparto en mujeres primíparas.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis. Búsquedas en nueve bases de datos electrónicas diferentes. Todos los datos se analizaron con Revman 5.3, Stata Statistical Software y se utilizó Risk of Bias 2 para evaluar el riesgo de sesgo. Se realizaron análisis de subgrupos en función de los diferentes periodos de masaje perineal.</p>	<p>La reducción de las lesiones perineales en mujeres primíparas se puede lograr mediante la realización de masajes perineales tanto antes del parto como durante la 2º etapa del parto. Mejora el dolor perineal en el posparto inmediato, la incontinencia fecal y gaseosa pero no hay efecto significativo en la incontinencia urinaria.</p>

Nota: Creación del propio alumno

3.1.6. Discusión

Se han analizado en los diferentes estudios los factores asociados y los porcentajes en cuanto a la probabilidad de que se produzca una lesión perineal intraparto. La comparación de resultados es similar en los artículos revisados, el traumatismo perineal tiene una alta incidencia, alrededor del 85% de los partos por vía vaginal. En cuanto a los factores asociados, algunos estudios, como el de Milka et al. (2023) y el de Abedzadeh-Kalahroudi et al. (2018), comparten que, ciertos factores como la paridad, edad materna, inicio y tipo de parto, etc son factores que parecen aumentar la tasa de traumatismo perineal. En cuanto al IMC, el diámetro de circunferencia de la cabeza y la educación materna, estos estudios difieren no arrojando demasiada evidencia por lo que proponen seguir investigando (Castañón et al., 2021)

Se han revisado algunas medidas preventivas para disminuir el riesgo de traumatismo perineal durante el parto, como el masaje perineal, el uso de compresas tibias y el manejo activo del periné versus conducta expectante. Milka et al. (2023) y Rodrigues et al. (2023), exponen que los resultados son similares en cuanto al uso del masaje perineal antenatal y durante la segunda etapa del parto y el uso de compresas tibias en la segunda etapa del parto. Ambas medidas reducen el porcentaje de traumatismo perineal intraparto. En cuanto al manejo activo del periné versus conducta expectante, el estudio de Pierce-Williams et al. (2019) expone que el manejo expectante con manos colocadas sin tocar disminuye el riesgo de lesión perineal, pero sugiere seguir investigando más sobre el tema para obtener resultados más sólidos

La relación entre los profesionales que atienden al parto y la tasa de lesiones perineales y uso de episiotomía, el estudio de Simmemilk et al. (2023) ha reportado que hay diferencias entre los resultados obtenidos por matronas y médicos obstetras, obteniendo las primeras una menor tasa de traumatismo perineal y uso de episiotomía, pero que es necesario la realización de más estudios para poder afirmarlo sólidamente.

En cuanto a las diferencias entre las propias matronas y su relación con la tasa de traumatismos perineales y uso de episiotomía, se evidencia que hay factores que contribuyen a aumentar o disminuir la tasa de lesión perineal y uso de episiotomía, como son; los años que han pasado desde su graduación, el lugar de realización de la especialidad y el uso restrictivo o rutinario de episiotomía. El desempeño en hospitales universitarios, debido a que se cumplen con mayor exactitud los protocolos, y el tener formación continuada específica reciente han

resultado ser variables positivas para obtener unas tasas de lesión perineal y uso restrictivo de episiotomía más bajas según la bibliografía consultada (Simmemilk et al., 2023 y Díaz et al., 2024).

3.1.7. Conclusiones

La presente revisión da respuesta a los objetivos fijados previamente. La propia revisión bibliográfica está realizada con el fin de promover y promulgar la valorización de la salud perineal. Se ha identificado la temática y profundizado en los conocimientos de la salud perineal, poniendo especial interés en las intervenciones que pueden llevar los EEESMO durante el embarazo y más concretamente en la segunda etapa del parto para poder prevenir las lesiones del periné y suelo pélvico.

Siendo los desgarros perineales la complicación obstétrica más frecuente generada en la atención al parto, y existiendo medidas preventivas efectivas para minimizar la probabilidad de sufrir un traumatismo perineal, parece tener especial importancia el estudio de este tema. Siendo los EEESMO/Matronas las profesionales adecuadas para proporcionar los cuidados a la mujer durante el embarazo y parto de bajo riesgo, actualizar conocimientos para proporcionar cuidados y realizar intervenciones de calidad y con evidencia científica parece ser necesario para el desarrollo de la profesión (Díaz et al., 2024).

Dada la bibliografía encontrada, actualizada y con evidencia científica, se sigue investigando en cuidados, técnicas e intervenciones, por lo que parece alentador el futuro en cuanto a la mejora de los cuidados en salud perineal (André et al., 2024).

3.2. RESULTADOS EMPÍRICOS OBTENIDOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Para profundizar más en la temática y contribuir a mi aprendizaje, se realizaron entrevistas informales con 5 preguntas elaboradas por el alumno a 10 mujeres y 5 preguntas a 10 EEESMO/Matronas acerca del tema de la salud perineal. El objetivo fue observar cuales eran los conocimientos de las mujeres sobre el tema, así como las intervenciones realizadas por los profesionales durante el parto.

Las preguntas y respuestas se encuentran en el Apéndice C.

Cabe destacar que estas preguntas se hicieron de manera informal, mediante conversaciones distendidas durante el trabajo de parto para que las mujeres no se sintiesen incómodas, respetar la intimidad del momento o evitar que se pusiesen nerviosas pensando en las posibles complicaciones.

Analizando las respuestas dadas por las mujeres, se observa una falta de información debido a que no se les facilita en la mayor parte de las ocasiones, y cuando se les habla de ello, por norma general, ha sido sin profundizar en el tema. Cabe destacar la preocupación y el miedo de las mujeres a sufrir un traumatismo perineal. Así mismo, se puede objetivar que las mujeres a pesar de su preocupación, no manifiestan abiertamente a los profesionales sus dudas y preocupaciones en cuanto a la salud perineal.

En cuanto a las intervenciones realizadas por los EEESMO/Matronas para prevenir y/o minimizar las tasas de lesiones perineales, se observa que la mayoría de profesionales utiliza compresas tibias en la segunda etapa del parto para minimizar el traumatismo perineal. De las 10 entrevistas, solo uno manifestó abiertamente que no las usaba por considerar que no existe evidencia totalmente sólida sobre su uso.

Durante los tres rotatorios de sala de partos no se observó en ninguna ocasión la realización del masaje perineal intraparto por considerarse demasiado invasivo, aun así, las usuarias no fueron informadas de las ventajas de su uso. En mi experiencia, solo en la rotación de atención primaria se observó el abordaje del tema durante los cuidados prenatales en las clases de preparación al parto y parentalidad, incluso teniendo la oportunidad de realizar las explicaciones y la práctica de la técnica de masaje perineal a una usuaria.

En cuanto al manejo activo del periné, “*Hands-on*”, o el uso de la conducta expectante, “*Hands-off*”, se pudo observar que en la mayor parte de las ocasiones se utilizó un manejo activo por considerarse más seguro y sentir que se tenía la situación más controlada. Solo se pudo observar la técnica “*Hands-off*” en los partos que eran asistidos cuando la mujer llegaba a la unidad durante un expulsivo precipitado, o en el acompañamiento de aquellas mujeres que habían optado por un parto fisiológico sin intervenciones en la sala de partos con bañera y espacio multisensorial.

El análisis realizado tras la realización de las entrevistas objetiva que hay margen para la mejora en los cuidados de la salud perineal. Se debe informar a la mujer durante la etapa prenatal en materia de salud perineal para conseguir conductas promotoras en salud y tener la opción de decidir si quieren recibir las técnicas más apropiadas según su situación, pero también según sus deseos. Durante el parto, los profesionales deben realizar los cuidados e intervenciones que están reconocidos por la evidencia científica, así como enseñar y capacitar a los estudiantes EESMO, para poder obtener los mejores resultados en salud perineal y brindar cuidados de calidad con el fin de conseguir la excelencia profesional y el mejor trato a nuestras pacientes (Rodrigues et al., 2023).

LIMITACIONES DEL TRABAJO DESARROLLADO

En cuanto a las limitaciones existentes a lo largo de todo el trabajo desarrollado, cabe destacar el factor tiempo, ha sido sin duda el mayor de los inconvenientes, debido a que no es posible pasar todo el tiempo necesario con la mujer y su familia durante su estancia hospitalaria para obtener toda la información requerida.

Otra limitación a destacar es la barrera idiomática que existió con algunas mujeres que no sabían hablar portugués, español o inglés. Esto dificultó en alguna ocasión la recogida de datos y los cuidados en la asistencia al parto; como el control de la respiración, el pujo o las posiciones más adecuadas a las que podían optar. En ocasiones se veían dificultadas las recomendaciones ofrecidas a las mujeres púrpuras en el momento del alta hospitalaria y también cabe destacar la dificultad en entender la expresión de sentimientos de estas mujeres, sus parejas y sus familias.

A entendimiento del alumno, el hecho de prestar cuidados a mujeres embarazadas y púrpuras en dos países distintos ha sido complicado, sobre todo desde el punto de vista de la adaptación y la relación con las tutoras y colaboradoras EEESMO y Matronas. Las diferencias a la hora de cursar la especialidad y de lo que se esperaba del alumno o EIR haciendo una estancia formativa extranjera, pero siendo español, eran distintas. Por otro lado, ha generado una riqueza multicultural, un cambio en la mentalidad que tenía previsto al comenzar las

prácticas y sobre todo muchas ganas de continuar aprendiendo y trabajando por el bienestar de las mujeres y familias que más lo necesiten.

En este caso en particular, el alumno tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de urgencia en dos ocasiones consecutivas durante la realización del estágio, lo que le mantuvo hospitalizado durante dos semanas y en reposo domiciliario un mes más. Cuando volvió a incorporarse le resultó muy complicado seguir el ritmo de las prácticas y el aprendizaje, lo que le llevó a no poder realizar todas las actividades académicas que le habría gustado y que se esperaban de él. A pesar de ello, consiguió alcanzar los objetivos, y lo más importante, adquirir una gran cantidad de conocimientos.

4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

Con las rotaciones del Estágio de Naturaleza Profesional, el alumno intentó conseguir alcanzar el perfil de competencias especializadas del EEESMO. Este perfil está formado por la asociación entre las competencias comunes del Enfermero Especialista y las competencias específicas. Estas buscan promover un marco regulador para la certificación de competencias, y garantizar a los pacientes cuidados especializados, continuados y de calidad (Diario da República, 2019). Estas competencias se midieron mediante una tabla de ítems con los objetivos totales alcanzados por el alumno, realizada por el departamento de enfermería de la Universidad de Évora (Apéndice B).

Para la obtención de las competencias exigidas se tuvo una postura crítica y reflexiva. En la práctica diaria, se trabajó por buscar el bienestar de las mujeres a las que se ofrecía cuidados en todas las rotaciones prácticas.

Se realizó lectura de libros relacionadas con la salud materna y obstétrica, poniendo interés en la salud perineal. Fueron leídos libros como “Ginecología para Matronas” (Alonso, 2017), “Protocolos de atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa” 3.º Edição (Campos et al., 2018) e Hipn parto (Bastida, 2022) que abordan no sólo temas relacionados con la salud perineal en la mujer, sino también la búsqueda del bienestar materno-fetal, así como el inicio de una comprensión holística de la salud de la mujer, materna y obstétrico-ginecológica.

Se prepararon y lideraron, bajo supervisión de la tutora clínica, charlas y clases de preparación al parto y parentalidad, aleccionando temas relacionados con el parto como; “Plano de parto” y “Trabalho de Parto”, adquiriendo aparte de competencias académicas y clínicas, dotes de liderazgo y mejora y seguridad en la comunicación cara al público (Apéndice D).

Se asistió a jornadas y congresos relacionados con la salud materna, obstétrica y ginecológica para profesionales especialistas en el área, donde se actualizaron conocimientos relacionados con la anticoncepción, salud obstétrico-ginecológica y cuidados durante la menopausia.

Para fortalecer los conocimientos adquiridos en las prácticas se realizó el estudio de las guías de práctica clínica de cada unidad, se asistió a sesiones clínicas y reuniones de equipo, así como quedadas informales con estudiantes/internos residentes de la especialidad, para la realización de actividades y compartir experiencias y opiniones en cuanto a las vivencias durante la realización de la especialidad.

A continuación, se describen las intervenciones realizadas en la práctica clínica que contribuyeron al proceso de adquisición de competencias para poder conseguir los objetivos anteriormente establecidos.

4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS

De acuerdo con el Reglamento nº. 140/2019 publicado en el Diario de la República del día 3 de marzo de 2019, es el enfermero especialista a quien se le reconoce la competencia científica, técnica y humana para proporcionar cuidados de enfermería especializados en las áreas de especialidad de enfermería (OE, 2019a).

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

Durante las rotaciones en los distintos contextos clínicos, se desarrollaron las competencias comunes de enfermero especialista gracias a la tutorización de las supervisoras clínicas, quienes velaron para que el alumno desarrollase tanto la capacidad de reflexión crítica como el conocimiento basado en la evidencia científica, consiguiendo una práctica profesional ética y legal en el área de la especialidad de acuerdo con el código deontológico de la misma.

Para desarrollar las competencias específicas en su área de especialización, es necesario conocer los dominios de hacen parte integrante de las competencias comunes del Enfermero Especialista, siendo estas:

1. Responsabilidad profesional, ética y legal.
2. Mejora continua de la calidad.

3. Gestión de cuidados.
4. Desarrollo de los aprendizajes profesionales.

1. Responsabilidad profesional, ética y legal

1.A. Desarrollar una práctica profesional ética y legal en el ámbito de la especialidad, actuando de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y la deontología profesional.

1.B. Garantizar las prácticas de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.

En los campos de estágio, se inició con un período de integración en el que se pudo conocer el entorno, el trabajo a realizar y el personal del servicio. Se consultaron protocolos existentes respetando el anonimato, privacidad y confidencialidad. Se individualizaron los cuidados y se procuró una práctica basada en la evidencia científica. Se fomentaron prácticas seguras, responsabilidad profesional y se protegieron en todo momento los derechos humanos de las pacientes y sus familiares, así como el respeto por sus valores.

2. Mejora continua de calidad

2.A. Se procuró asegurar un papel dinámico en el desarrollo y apoyo de iniciativas estratégicas institucionales en el área de la gestión clínica.

2.B. Se intentó desarrollar prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua.

2.C. Se garantizó en todo momento un ambiente terapéutico, seguro y libre de riesgos para las mujeres y sus familias. En el contexto de la sala de partos, el alumno se encontró con situaciones de miedo, ansiedad y dolor, lo que puede provocar alteraciones del bienestar materno-fetal. Se intentó promover un ambiente seguro, medidas para el alivio del dolor, tanto farmacológicas reforzando las dosis de anestesia epidural bajo prescripción médica, y no farmacológica, como disminución de la luminosidad, cromoterapia, aromaterapia, ejercicios de libre movimentación, promover que la persona significativa esté en todo momento con la

parturienta, musicoterapia... Promoviendo así la tranquilidad y alivio del dolor de la parturienta.

3. Gestión de cuidados

3.A. Gestión de los cuidados de enfermería optimizando las respuestas del equipo, garantizando la seguridad y la coordinación dentro del equipo sanitario, así como las tareas delegadas. Se intentó interactuar con los miembros del equipo, mediante una comunicación eficaz, según su categoría profesional para optimizar los cuidados. Se colaboró también en la toma de decisiones junto con el equipo, consiguiendo mejoría de la información para la toma de decisión en el proceso de cuidar.

3.B. Adaptación del liderazgo y la gestión de recursos a las situaciones y al contexto, con vistas a garantizar la calidad de los cuidados. En las unidades donde el alumno rotó, se observó el modelo de cuidados de enfermería individual, aplicado a la sala de partos, donde un EEESMO/Matrona es responsable de la prestación de cuidados de enfermería globales a las parturientas que se encuentran en trabajo de parto. También se observó el modelo de enfermería responsable, presente en el servicio de hospitalización de medicina materno fetal, donde un enfermero tiene un número determinado de pacientes a su cargo, siendo este responsable de sus cuidados durante un determinado periodo de tiempo (Loyola et al., 2023).

4. Desarrollo de los aprendizajes profesionales

4.A. Se desarrolló el autoconocimiento y la asertividad.

4.B. Basa su práctica clínica especializada en la evidencia científica.

Con el objetivo de ampliar conocimientos y apoyar las actividades realizadas, se prepararon y expusieron charlas presenciales y clases supervisadas por la tutora clínica que favorecieron realizar una buena gestión de las emociones y pérdida de miedos. Se asistió también a congresos, charlas y jornadas que consiguieron afianzar los conocimientos adquiridos en la práctica clínica diaria. Se optimizó el conocimiento con búsquedas bibliográficas y lectura de guías de acogida y funcionamiento, compartiendo ideas con los tutores y demás

colaboradores, para una mayor integración y calidad de los cuidados prestados acorde a la institución donde se rotaba.

Se reconocieron recursos personales como las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, la creación de buen ambiente de trabajo y la sensibilidad en cuanto al trato y al cuidado de la mujer, así como las propias limitaciones, como la autoexigencia personal e inseguridad ocasional relacionada con el propio campo de la especialidad, la soltura en técnicas relacionadas con el parto, aunque siempre con la seguridad de la mejoría con la propia práctica clínica. Toda esto llevó a desarrollar el autoconocimiento y el asertividad.

Se identificaron necesidades de formación relacionadas con la realización de cursos extracurriculares en urgencias obstétricas y neonatales, realización de más charlas o exposiciones relacionadas con la salud perineal, lectura de libros relacionadas con complicaciones intraparto y puerperio y cuidados neonatales, entre otros.

Cabe destacar, que la mayoría de estas dificultades estuvieron en parte relacionadas con la falta de tiempo debido a los problemas de salud que padeció el alumno durante su periodo de formación práctica.

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

Tal y como viene recogido en el Diario de la República, 2019, la formación de las parteras, en Portugal lo EEESMO, debe garantizar que el candidato ha adquirido los siguientes conocimientos y competencias (n.º 5, artículo 37.º de la Ley n.º 9/2009, de 4 de marzo, en la redacción dada pela Ley n.º 26/2017, de 30 de mayo, p. 2601) (OE, 2019b):

- a) Conocimientos detallados de las ciencias en que se fundamentan las actividades de la partera, concretamente obstetricia y ginecología;
- b) Conocimientos adecuados de la deontología y la legislación relevantes para el ejercicio de la profesión;

c) Conocimientos adecuados de medicina general, a saber, funciones biológicas, anatomía y fisiología. funciones biológicas, anatomía y fisiología, y farmacología en el ámbito de la obstetricia y el neonatología, así como conocimientos sobre la relación entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano y su comportamiento;

d) Una experiencia clínica adecuada obtenida en establecimientos autorizados, que permita a la partera, de forma independiente y bajo su propia responsabilidad, en la medida necesaria y excluyendo las situaciones patológicas, prestar cuidados prenatales, asistir en el parto y sus consecuencias en establecimientos autorizados, y supervisar el trabajo de parto y el parto, los cuidados post parto y la reanimación neonatal hasta la llegada del médico;

e) Conocimiento adecuado de la formación del personal sanitario y la experiencia de colaboración con este personal;

En base al Reglamento nº. 391/2019 de las Competencias específicas de enfermero especialista en enfermería de salud materna y obstétrica, publicado en el Diario de la República de 3 de marzo de 2021, serán adquiridas durante su formación las siguientes capacidades respecto al cuidado de la mujer dentro de la familia y la comunidad (OE, 2019b):

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad en el ámbito del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período prenatal.

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el trabajo de parto.

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el periodo posnatal.

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período del climaterio.

- Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad que viven procesos de salud/enfermedad ginecológica.

- Cuidar al grupo-diana (mujeres en edad fértil) inserido en la comunidad.

Fue posible adquirir estas competencias durante las rotaciones prácticas en la USF y los dos hospitales citados anteriormente, asumiendo responsabilidades de manera autónoma en situaciones normales y participando activamente en situaciones patológicas, gracias a las

semanas estipuladas para cada rotación y a la diversidad de servicios hospitalarios dedicados a la salud materna obstétrica y ginecológica.

En cada servicio se adquirieron diferentes competencias relativas a Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica:

4.2.1. Cuidados de Salud Primarios/Unidad de Salud Familiar

Siendo una USF, la promoción de la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional era uno de los objetivos diarios. Para ello utilizábamos como herramientas el “*Boletín de la grávida*”; el “*Boletín de planeamiento familiar*” recogiendo y valorando datos de la paciente, el “*SClínico*” y los protocolos del servicio.

1. Cuidar de la mujer dentro de la familia y comunidad en el ámbito de planeamiento familiar y durante el período preconcepcional/ Cuidar al grupo-diana (mujeres en edad fértil) inserido en la comunidad.

Consulta de Planificación Familiar. El diagnóstico precoz y la prevención de complicaciones para la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, planeamiento familiar y periodo preconcepcional, se realizaban en la consulta mediante entrevista, anamnesis y recomendaciones, utilizando las herramientas mencionadas anteriormente anticipándonos a posibles riesgos y complicaciones.

Se proporcionaron cuidados a la mujer con disfunciones sexuales, problemas de fertilidad e ITS, realizando consultas solo con las mujeres o en conjunto con sus parejas, donde recopilábamos datos y planeábamos actividades independientes o colaborando con otros miembros del equipo multidisciplinar para así dar respuesta a las necesidades de la mujer y su pareja. Cabe destacar los programas de “*Screening*” para la detección del virus del papiloma humano y detección precoz del cáncer de cuello uterino, realizando para ello citologías periódicas según los consensos y protocolos nacionales (Nunes et al., 2021).

También se tuvo la oportunidad de realizar exámenes ginecológicos; exploración ginecológica bimanual y examen mamario para la búsqueda de alteraciones o patologías

ginecológicas, enseñando técnicas de autoexploración para realizar en sus domicilios provocando en ellas conductas promotoras de la salud (Rodríguez et al., 2023)

Asesoramiento en materia de anticoncepción. En cada consulta de planificación familiar era tratado el tema de la anticoncepción, ya fuese mediante asesoramiento de nuevos métodos anticonceptivos o el cambio a otro método según las necesidades de la mujer. La usuaria era asesorada y después derivada a la consulta médica para la prescripción del método elegido en caso de que fuese necesaria indicación médica.

Se asistió a la 12.º Reuniao Nacional da Sociedade portuguesa da Contracepcao, “TENDÊNCIAS NA CONTRACEÇÃO” celebrada en Évora los días 22 y 23 de septiembre de 2023, sirviendo para el alumno como método de afianzar conocimiento en contracepción (Anexo C).

2. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período prenatal.

Los cuidados prenatales eran una de los motivos de consulta más habituales. Se realizaba promoción de la salud, diagnóstico precoz, prevención de complicaciones y providencia de cuidados directos a la mujer y familia para facilitar la adaptación a su nueva situación.

Los cuidados habituales eran una anamnesis para la recogida de datos sobre su embarazo, facultando información a la mujer sobre el curso normal de su embarazo, datación de las semanas de gestación, realización de fecha probable de parto (si era una primera consulta), realización de Escala de Goodwin Modificada para evaluar el grado de riesgo asociado al embarazo, recursos disponibles en la comunidad, vacunación y profilaxis de la isoimmunización Rh en caso de ser necesario, valoración de desviaciones de la normalidad; físicas y emocionales, y resolución de dudas en cada situación. Eran realizados exámenes auxiliares de diagnóstico como los test rápidos de orina y toma de constantes vitales. Seguimiento de su estado nutricional mediante la evaluación de su ganancia ponderal según las semanas de gestación; peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC) y recomendación de estilos de vida saludables; nutrición y ejercicio (Fareleira et al., 2023).

Por último, se procedía a evaluar el bienestar materno fetal; medición de la altura del fondo uterino, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y las maniobras de Leopold.

Cabe destacar el diseño, planificación, ejecución y evaluación de programas de preparación integral para el parto y la parentalidad responsable, mediante las clases de preparación al parto y parentalidad realizadas todos los martes en horario de tarde. Cada semana se preparaba un tema a tratar o bien un tema que fuese de especial relevancia para las asistentes a las clases. En la mayoría de las clases se realizaban ejercicios físicos como; estiramientos, respiración, uso de bola de Pilates, etc. Incluso se llegó a tratar el tema de la salud perineal, tema elegido para el relatório, teniendo la posibilidad de hacer y enseñar a una paciente la técnica de masaje perineal por habernos manifestado sus miedos en cuanto a las lesiones perineales (Marín et al., 2024).

Como se ha mencionado anteriormente, por iniciativa del alumno y de la supervisora clínica, el alumno preparó y coordinó dos clases de preparación al parto y parentalidad, aleccionando los temas de *“Plano de parto”* y *“Sinais do trabalho de parto”*, intentando empoderar a las mujeres a que dejaran plasmados sus deseos de como parir en el plan de parto, aprovechando para indicarles que podían tomar decisiones en cuanto a su salud perineal (Apéndice D).

La promoción de la salud de la mujer en situación de aborto se produjo en pocas ocasiones, para ello utilizábamos la consulta, bien sea autónomamente o en colaboración con otros profesionales, para proporcionar apoyo emocional y dar respuesta a las necesidades biopsicosociales que tuviesen las pacientes en ese momento.

3. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el periodo posnatal.

Las actividades realizadas estaban destinadas a promover la salud, diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud, proporcionando cuidados directos en las situaciones que puedan afectar negativamente a la salud de la mujer y del recién nacido durante el puerperio. Para ello se realizaban consultas y visitas puerperales, tanto para la realización de cuidados a mujeres con procesos puerperales fisiológicos o de situaciones de desviación de la normalidad. Eran valoradas puérperas que habían tenido partos vaginales eutócicos y

distócicos, así como mujeres que habían tenido un parto mediante cesárea. Cabe destacar el gran trabajo realizado en cuanto a lactancia materna. Se realizaba exploración mamaria, apoyo a la mujer, valoración de una lactancia materna eficaz; signos y síntomas de buen agarre y succión, cuidados en relación a ingurgitación mamaria y mastitis y la resolución de dudas que pudiesen tener.

Se realizó en alguna ocasión valoración del estado emocional de alguna mujer puérpera. Se realizó la escala de Edimburgo para valorar la posible presencia y gravedad de sintomatología depresiva (Del Moral et al., 2020).

Los cuidados del recién nacido eran habitualmente realizados por enfermeros generalistas, por lo que la tutora clínica creyó conveniente la rotación con dichos profesionales para el enriquecimiento clínico. Se realizaron los cuidados neonatales pertinentes; peso, tallaje, percentiles, vacunación, rastreo de enfermedades metabólicas; “*teste do pezinho*” ...

4. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período del climaterio.

Tema habitual en las consultas de planificación familiar. Se procedía a la realización de una anamnesis para la recogida de datos en función de las necesidades de la paciente. Posteriormente se realizaba la educación sanitaria pertinente y la planificación de objetivos y actividades correspondientes; ejercicio, asesoramiento nutricional, manejo de la sintomatología... prestando especial atención al estado emocional de las pacientes, ya que se trata de un momento de vital importancia en la vida de la mujer (Hemachandra et al., 2024).

5. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad que viven procesos de salud/enfermedad ginecológica.

Se proporcionaron cuidados autónomos y en colaboración con otros miembros del equipo en situaciones de infecciones ginecológicas o de transmisión sexual, prolapsos e incontinencias urinarias relacionadas con su historia obstétrica; eran dadas recomendaciones sobre ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica y derivación a otros profesionales. Se tuvo la oportunidad de retirar y colocar un pesario bajo la supervisión de la orientadora clínica y una médico especialista en medicina general y familiar (De Quero & González, 2022).

Como se ha mencionado anteriormente, las herramientas utilizadas para llevar a cabo la mayoría de los cuidados fueron el “*boletín de la grávida*”, “*boletín de planeamiento familiar*”, “*boletín de saúde infantil*”, el programa informático “*SClínico*” y los protocolos de la unidad.

4.2.2. Servicio de sala de Partos y Transición/Neonatología

El objetivo principal de las tres rotaciones en las diferentes salas de partos fue cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el parto, asistiendo el parto en un ambiente seguro, para optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina.

1. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el trabajo de parto.

Fueron atendidas las necesidades de la mujer y su acompañante durante el trabajo de parto, actuando de acuerdo con el plan de parto en caso de existir y en caso de ser posible su cumplimiento debido a los protocolos del servicio y del propio hospital, garantizando intervenciones de calidad y en todo momento los deseos de la mujer y su acompañante (Ahmadpour et al., 2022).

Fueron aprendidas técnicas y métodos para saber si el trabajo de parto estaba evolucionando favorablemente, tanto invasivas como no invasivas. Invasivas, como el tacto vaginal protocolizado y no invasivas como la visualización de la línea púrpura desde el ano o el triángulo o rombo de Michaelis en la zona sacro lumbar como método de progresión del trabajo de parto en los partos sin intervención (Papoutsis et al., 2023).

Se aprendió a utilizar el partograma como herramienta para la realización de cuidados en todos los trabajos de parto y partos acompañados. El partograma resultó ser una herramienta indispensable para entender la evolución del trabajo de parto de una manera organizada (Lavender et al., 2018).

Se identificó y monitorizó el bienestar materno-fetal durante el trabajo de parto, mediante monitorización continua externa en la mayor parte de los partos, pero también mediante monitorización continua interna mediante la colocación de un catéter intrauterino, así

como la auscultación cardíaca fetal intermitente con intervalos protocolizados de 15 minutos en los partos sin intervención. Se identificaron los patrones cardiotocográficos dentro de la normalidad, pero también los patrones de desviación de la normalidad, actuando con la mayor brevedad, dentro de las competencias como EEESMO, cooperando con otros profesionales, recuperando el bienestar materno-fetal. Se acompañó todo el trabajo de parto y momento del expulsivo del bebé realizando cuidados e intervenciones seguras tanto para la madre como para el bebé, minimizando los riesgos potenciales que pudieran aparecer dentro de este período (Li et al., 2023).

Se implementaron intervenciones en caso de emergencia, tanto obstétricas como fetales, trabajando con otros miembros de la salud de manera coordinada y segura, siguiendo los protocolos definidos en cada paritorio. Se acompañó a las mujeres que tuvieron un parto mediante cesárea, siempre que fuese posible, para asegurar una piel con piel eficaz dentro del quirófano (Romero et al., 2019).

Se valoró al recién nacido para la identificación de posibles alteraciones morfológicas y se trabajó con otros profesionales valorando la adaptación a la vida extrauterina del bebé mediante el test APGAR y apoyándolo con las medidas necesarias hasta su estabilización si fuese necesario (Grünebaum et al., 2024).

Se promovió, en caso de elección materna, la lactancia materna exclusiva dentro de la misma sala de partos.

Debido a la elección del tema del presente relatório por el propio interés suscitado, se prestó especial importancia a la evaluación de la integridad del canal del parto y a la promoción de intervenciones para la prevención de lesión perineal. Se realizaron técnicas como el uso de compresas tibias o el uso del manejo activo *versus* conducta expectante para la protección del periné, siguiendo las recomendaciones del EEESMO/Matrona con la que estuviese asistiendo el parto y las circunstancias individuales que estuviesen aconteciendo. En todo momento se intentó preservar la integridad perineal, pero en muchas ocasiones no fue posible, bien sea por desgarro o la necesidad de realizar una episiotomía (Kleprlikova et al., 2020).

Fueron aprendidas técnicas de reparación perineal para el tratamiento de los traumatismos perineales, fuese desgarro o episiotomía. El tipo de sutura fue continua para la

mucosa y musculatura vaginal/perineal, puntos sueltos y colchoneros para proporcionar refuerzo si era necesario. Para la reconstrucción de la piel perineal se realizó en ocasiones sutura intradérmica. Todas las suturas fueron realizadas con Vicryl, material reabsorbible que facilita la cicatrización (Schmidt & Fenner, 2024).

Se fortaleció la técnica de sutura continua, ya que, la evidencia actual observa que las mujeres en las que se realiza esta técnica restablecen su capacidad y la recuperación funcional para la realización de las actividades de la vida diaria más precozmente y con menos dolor, que las mujeres con sutura discontinua, adaptándose más rápida y satisfactoriamente a la maternidad (Gil et al., 2023).

Se procuró en todo momento un ambiente tranquilo y de intimidad, ofreciendo medidas de apoyo físicas y emocionales tanto para la parturienta como para su acompañante.

2. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período prenatal/Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad que viven procesos de salud/enfermedad ginecológica.

Fueron realizados turnos en la sala de Triage, donde se procedía a la evaluación de mujeres que acudían a urgencias por motivos obstétricos y ginecológicos. Se procedía al triaje, evaluación, ingreso y alta autónoma por parte del Matrona de las mujeres que acudiesen por un motivo obstétrico dentro de un contexto de embarazo, trabajo de parto y parto de bajo riesgo. También se realizaba el triaje para la valoración y cuidado en colaboración con el médico ginecólogo que estuviese de guardia, de mujeres con factores de riesgo o patología obstétrico-ginecológica recogidas en el protocolo de las urgencias del hospital, mostradas en el Anexo D.

3. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el periodo posnatal.

Dentro del servicio de partos también se encontraba una sala para la realización del puerperio inmediato antes de ser ingresadas en la planta, así como una sala de transición donde se mantenían a los bebés en incubadoras cuando tenían problemas no graves para adaptarse a la vida extrauterina tras el parto.

El objetivo era aprender a valorar el estado de la mujer puérpera y del bebé dentro del contexto del puerperio inmediato sin complicaciones y cómo actuar en situación de desviación

de la normalidad. Se prestó especial importancia a la involución uterina y saber actuar en caso de hemorragias postparto. Se realizó control de constantes vitales, vigilancia de la micción espontánea materna, retirada del catéter epidural y apoyo o inicio de la lactancia materna o lactancia artificial. Si al finalizar las dos horas protocolizadas, se cumplía un puerperio inmediato fisiológico, se procedía al ingreso en la planta de hospitalización (Begum et al., 2022).

En el último bloque de sala de partos, se tuvo la oportunidad de asistir al congreso “2º Reunión de Ginecólogos y Tocólogos Privados de Canarias (GINETOP)” (Anexo E).

4.2.3. Servicio de Medicina Materno Fetal

1. Cuidar a la mujer y a su familia y comunidad durante el periodo prenatal, con el fin de potenciar su salud, detectar y tratar precozmente las complicaciones y promover el bienestar materno y fetal.

La estancia clínica se dividió en dos periodos; el primero se centró en el cuidado y vigilancia de la mujer hospitalizada por alguna patología, bien sea propia del embarazo, o una patología aguda o crónica que se había producido o agravado en el transcurso del embarazo. Como alumno tuve la oportunidad de proporcionar cuidados en numerosas patologías, como preeclamsias, Amenazas de Parto Prematuro Pretérmino, Rotura Prematura de Membranas Pretérmino, colestasis gravídicas, diabetes gestacionales mal controladas, Restricciones del Crecimiento Intrauterino, embarazos múltiples... El objetivo que se pretendía alcanzar era el proporcionar cuidados biopsicosociales individualizados a la mujer según su edad gestacional y la patología que presentase. Primaba el control del bienestar materno fetal, este se realizaba mediante la auscultación de la Frecuencia cardíaca Fetal (FCF) en gestaciones menores a 30 semanas o electrocardiograma (CTG) si la edad gestacional era mayor a 30 semanas, prestando especial importancia al patrón de variabilidad de la FCF de cada bebé. Se realizaba también la toma de constantes vitales teniendo especial importancia en aquella que denotase una alteración de la normalidad propia de la patología presentada por la mujer, como, por ejemplo, la temperatura en una Rotura Prematura de Membranas Pretérmino, debido al riesgo de infección ascendente, o la tensión arterial (TA) en una mujer aquejada con preeclamsia.

Durante el mismo periodo se tuvo la oportunidad de prestar cuidados a mujeres que se sometían a interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o a interrupción médica del embarazo (IME). La misión era proporcionar cuidados a estas mujeres para que se sintiesen lo más confortables posible, prestando especial interés en la esfera psicosocial integrando a la pareja/persona de confianza que venía con la mujer y brindándoles un ambiente de confianza y en el que se sintiesen seguras. Eran administrados los fármacos prescritos para el proceso, recomendadas médicas de confort y medidas no farmacológicas para el alivio del dolor como baños de agua templada, así como apoyo emocional, de necesaria importancia en esta situación (Danet, 2020).

El segundo periodo transcurrió en la sala de inducción del trabajo de parto. Se prestaron cuidados a mujeres que tenían indicación médica de finalizar su embarazo debido a múltiples causas, entre ellas; edad gestacional avanzada, diabetes gestacional mal controlada, crecimiento intrauterino retardado, preeclamsias... Las formas de inducción que mayoritariamente se realizaban era; inducción mecánica del trabajo de parto mediante “Balón de Cook” e inducción farmacológica del embarazo con prostaglandinas u oxitocina. Tuve la oportunidad de aprender, porque se realizaba cada tipo de inducción, así como porque era elegido cada método, utilizando el razonamiento crítico requerido en todo momento por la tutora (Campos et al, 2018).

La metodología de aprendizaje propuesta por la tutora clínica fue el estudio de las patologías, farmacología, cuidados y métodos de inducción en mi domicilio, mediante la búsqueda bibliográfica y mediante el estudio en el libro “*Protocolos de atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*” 3.º Edição para después llevarlo a la práctica durante el periodo de prácticas. Todos los días eran realizadas lecturas de casos reales de mujeres que teníamos a nuestro cuidado para que el alumno propusiese líneas de cuidados y actividades e intervenciones con el fin de dotarlo de seguridad, autonomía y capacidad de liderazgo.

Se asistió a las *V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecología/Obstetrícia “MAC 91 anos: O Cuidar Multidisciplinar”* (Anexo F).

4.2.4. Servicio de Puerperio

1. Cuidar a la mujer inserida en la familia y la comunidad durante el periodo postnatal.

El potenció la salud de la puérpera y el recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad. Se identificó y evaluó el estado de salud de la mujer puérpera, tanto con parto vaginal como parto mediante cesárea, y del recién nacido durante su estancia en el servicio. Se animó a la madre y pareja al autocuidado y se enseñaron cuidados al neonato. Se informó de los recursos disponibles dentro de la comunidad, para responder a sus necesidades.

Como se muestra en la figura 6, esta evaluación era llevada a cabo mediante un formulario elaborado por Matronas de la propia unidad, que consistía en una anamnesis de los datos más importantes puerperales y una exploración física cráneo caudal de la mujer.

Figura 6.

Formulario puerperal Planta 6 CHUMI.

Cama:		Fecha Parto:				Peso RN:				Tacto Vaginal		+	-	
HC:		Hora parto:				APGAR				Hb				
G	P	A	C	EG:				Hombre		Mujer		Útero		
EG:		EU/C	EU/P	D/P	F	CESAREA	LME	LPM	LM	LA	Entuertos			
Grupo:		Íntegro	1º	2º	3º A B C		Mamas				Periné			
Grupo RN:		Vaginal		MdL		C						Hemorroides	Sí	No
Rubeola:	Inmune	-	Epidural		Sí	No					Edemas	Sí	No	
EVR	-	+	Dirigido		Sí	No	LM part.		Sí	No	Varices	Sí	No	
Dx:		AP:				CS:				Micción		Sí	No	
						Lactancia previa:				Defecación		Sí	No	
						EM:		LATCH:		Incontinencia				
						I. Anticoncepción:								

Fuente: Guía de Unidad de Hospitalización Planta 6 CHUIMI, 2021.

En cuanto a la salud perineal, en la figura se observa cómo está protocolizada la valoración del periné en el posparto. Tras ello, se le dan recomendaciones sobre cuidados y resolución de dudas.

Tuvo especial relevancia el aprendizaje y fortalecimiento en lactancia materna exclusiva (LME) y lactancia artificial (LA). Se realizó valoración de las mamas, signos y síntomas de buen agarre. Se explicaron técnicas de amamantamiento eficaz y seguro y se expusieron las ventajas de la lactancia materna, sin presionar y evitando juicios de valor. Se aprendieron y realizaron técnicas en materia de lactancia como, técnica de Marmet y extracción manual de calostro para estimular la lactogénesis II, para en la mayoría de los casos, conseguir una futura LME eficaz en situaciones de ingreso del bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Dhanawat et al., 2022). La herramienta utilizada para valorar la eficacia de la LME fue la escala LATCH, (Cordray et al., 2023), que se encuentra adjunta en el Anexo G.

Era frecuente, en la mayoría de ocasiones por una lactancia materna dificultosa, la valoración de una posible anquiloglosia mediante la realización de la escala Hazelbaker (Redondo et al., 2021), mostrada en el Anexo H. Tras la valoración se realizaban los ajustes pertinentes para conseguir una LME exitosa o la derivación del bebé a otros profesionales como médicos pediatras, matronas especialistas en anquiloglosia o logopedas.

Al alta, se hizo énfasis en las señales de alarma maternas y neonatales, explicándoles cuando volver al hospital en caso de situación de urgencia. Se recordó la necesidad de acudir a una cita con su EEESMO/Matrona de atención primaria durante la primera semana post alta para una valoración puerperal, resolución de dudas y acompañamiento en el proceso posparto.

2. Cuidar al grupo-diana (mujeres en edad fértil) inserido en la comunidad.

Otro de los objetivos fue proporcionar cuidados en materia de anticoncepción. Las mujeres que no deseasen embarazos posteriores eran instadas a que en la visita puerperal con su Matrona de atención primaria les instruyera para la elección del método anticonceptivo más adecuado para ellas. La unidad ofrecía también la oportunidad de la colocación del implante anticonceptivo subcutáneo en el puerperio inmediato, el cual el alumno tuvo la oportunidad de colocar una vez (Botfield et al., 2022)

5. CONSIDERACIONES FINALES

La realización del Mestrado de Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstetricia es un proceso continuo de aprendizaje que empieza en el primer año lectivo, de carácter teórico, continuando con el segundo año donde el aprendizaje adquirido previamente es llevado a la práctica clínica. La elaboración del presente relatorio es la culminación de dos años donde se ha aprendido a proporcionar a las mujeres cuidados de enfermería especializados en salud materna y obstétrica, surgiendo su contenido del análisis crítico y reflexivo obtenido durante la realización de las rotaciones prácticas.

Las mujeres pasan por numerosos procesos a lo largo de su etapa vital, y es necesario que en esos momentos puedan sentirse apoyadas, comprendidas, guiadas, escuchadas y sobre todo respetadas. La figura de la llamada en Portugal Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica y Matrona en España, se ha ido gestando a lo largo de los años para dar respuesta a todas esas necesidades, incluyendo algo tan especial como es la posibilidad del cuidado de una mujer embarazada, el acompañamiento de su parto y la ayuda en los cuidados a su bebé.

Al comenzar el segundo año no se había pensado todavía el tema de este trabajo final, y su elección fue realmente complicada. Cuando el alumno empezó a meterse de lleno en el tema de la salud perineal y al ver en la práctica clínica las intervenciones realizadas supo realmente que este tema podría darle el impulso necesario para sobrellevar la dureza de la realización de este relatório.

La salud perineal es un tema ampliamente estudiado, pero según la bibliografía analizada, la prevención de sus lesiones todavía no arroja resultados lo suficientemente sólidos para que en la práctica clínica los profesionales especializados unifiquen sus criterios. De este modo se verificó que ciertas intervenciones intraparto pueden disminuir la tasa de lesiones perineales pero otras incluso pueden llegar a producir traumatismos severos, por lo que se hicieron ciertas intervenciones sabiendo que podrían tener algún riesgo (Okeahialam et al., 2022).

De este modo, fue posible percibir la verdadera relevancia de la investigación en Enfermería, así como, reconocer la debida importancia de la práctica basada en la evidencia.

De ahí el nombre elegido, valorización de la salud perineal, creo que es realmente importante valorizar la salud perineal para poder proporcionar unos cuidados de calidad y no olvidarnos que pese a la elevada tasa de lesiones perineales, no nos debemos acostumbrar y tenemos que seguir investigando. La otra parte del título, intervención del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica, me parecía totalmente necesaria. Si este profesional es el denominado como de referencia en el cuidado del embarazo y parto de bajo riesgo, era absolutamente necesario analizar su relación con los distintos cuidados e intervenciones que la bibliografía aporta al respecto.

El alumno se reafirmó en la elección del tema cuando en las rotaciones prácticas pudo ver en cada uno de los profesionales que le tutorizaban la importancia que le daban, sobre todo en cuanto a las intervenciones realizadas para la prevención de los traumatismos perineales. Pensó que invirtiendo un poco más de tiempo en explicar a las mujeres y sus personas de confianza los cambios que podrían surgir a nivel corporal y las medidas preventivas que podrían llevar a cabo, a quien y donde acudir para solventar sus dudas, podría evitar o reducir sus miedos.

Esta temática supuso un gran reto para el alumno debido precisamente a la complejidad que le producía el tratamiento de estas lesiones, la sutura perineal. Puso gran parte de su atención en este tema, teniendo momentos de gran inseguridad personal, pero sabiendo que la futura práctica clínica y el esfuerzo incansable por conseguir sus objetivos le llevarán a superar este reto que un día le pareció imposible.

Sin duda alguna, la realización de la especialidad ha sido el reto más complicado en su carrera profesional, pero también el más especial y bonito. Ha sido una experiencia dura pero muy gratificante y enriquecedora, en términos profesionales y personales.

Se concluye así el presente Relatório de Estágio, consciente de la importancia del camino recorrido hasta aquí, esperando alcanzar la excelencia profesional con experiencia a lo largo de los años, como Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica/Matrón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2022a). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano 2022. Outubro, 2023. <http://www.acss.min-saude.pt>

ACSS. (2022b). Modelos Organizacionais – Unidades de Saúde Familiar. Outubro 2023. <http://www.acss.min-saude.pt>

Abedzadeh-Kalahroudi, M., Talebian, A., Sadat, Z., & Mesdaghinia, E. (2019). Perineal trauma: incidence and its risk factors. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology. Taylor & Francis Group*. Volume 90, Issue 2, pp. 206-211. DOI: 10.1080/01443615.2018.1476473.

Ahmadpour, P., Moosavi, S., Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. Volume 22, Issue 1, pp. 862-876. Doi: 10.1186/s12884-022-05199-5.

Alonso, J. (2017). Ginecología para Matronas. *Editorial Letrame*. ISBN: 978-8417285470.

André, K., Leijonhufvud, A., Ignell, C., Kallén, K., & Stuart, A. (2024). Minimizing tearing during vaginal delivery with a perineal protection device: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. Elsevier Inc*. Volume 6, Issue 9, pp. 395-404. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2024.101402.

Bastida, E. (2022). Hipn parto, por Emilio Bastida. *Independently published*. ISBN: 979-8828474189.

Begum, F., Beyeza, H., Burke, T., Evans, C., Hanson, C., Lalonde, A., Meseret, Y., Oguttu, M., Varmask, P., West, F., Wright, A., & FIGO PPH Technical Working Group. (2022). FIGO and the International Confederation of Midwives endorse WHO guidelines on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics. Wiley & Sons. Suppl 1, Volume 6, Issue 10, pp. 6-10*. DOI: 10.1002/ijgo.14199.

Botfield, J., Tulloch, M., Contziu, H., Wright, S., Phipps, H., McGeechan, K., Bateson, D., & Black, K. (2022). Feasibility, acceptability and sustainability of postpartum contraceptive implant provision by midwives in NSW public hospitals. *Women and Birth Journal. Elsevier Ltd.* Volume 35, Issue 5, pp. 439-455. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.11.002>.

Campos, A., Soares, C., & Mira, R. (2018). “*Protocolos de atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*” 3.º Edição. *Lidel-Edições Técnicas, Lda.* ISBN: 978-989-752-311-3.

Carrol, L., Sheehy, L., Doherty, J., O’Brien, D., Brosnan, M., Cronin, M., Dougan, N., Coughlan, B., & Kirwan, C. (2020). Perineal management: Midwives’ confidence and educational needs. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd.* 90, pp. 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102817>.

Castañón, A., Armenta, J., Aldeco, P., Ayala, C., Loranca, M., & Tabares, J. (2021). Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarró perineal severo. *Acta Médica, Grupo Ángeles.* Volumen 19, Número 2, pp. 204-207. Doi: 10.35366/100443.

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. (CHULC). (2023). História do Hospital. <https://www.chlc.min-saude.pt/index.php/38-homepage/areas-deinteresse/131-maternidade>

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de las Palmas de Gran Canaria (CHUIMI). (2023). Historia del Hospital.

Cordray, H., Mahendran, G., Tey, C., Nemeth, J., Sutcliffe, A., Ingram, J., & Raol, N. (2023). Severity and prevalence of ankyloglossia-associated breastfeeding symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica. Wiley Library.* Volume 112, Issue 3, pp. 347-357. Doi: 10.1111/apa.16609.

Danet, A. (2022). Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo. *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Elsevier Ltd.* Volume 35, Issue 4, pp. 361-373. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>.

De la Torre, H., Jiménez, S., Arjona, I., Gutiérrez, J., Pérez, M., & Soriano, J. (2020). Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enfermería Clínica. Elsevier Ltd.* Volumen 31, pp. 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.022>.

Del Moral, A., Romero, A., & Iglesias, A. (2020). Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier Ltd.* Volume 27, Issue 4, pp. 164-171. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.10.011>.

De Quero, M., & González, G. (2022). Los pesarios mejoran la calidad de vida y las micciones de las mujeres con prolapsos de órganos pélvicos. *Revista Médica Clínica de las Condes. Elsevier Ltd.* Volume 33, Issue 3, pp. 319-326. Doi: 10.1016/j.rmcl.2022.03.020.

DGS. (2008). Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar (D. G. Saúde. Ed.). Direção Geral de Saúde.

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

Dhanawat, A., Behura, S., & Panda, S. (2022). Manual Method vs Breast Pump for Breast Milk Expression in Mothers of Preterm Babies During First Postnatal Week: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatrics.* Volume 59, Issue 8, pp. 608-612. Doi: 10.1007/s13312-022-2572-8.

Díaz, E., Rodríguez-Almagro, J., Rodríguez R., Galiano, J., Rodríguez, S., & Hernández-Martínez, A. (2024). Midwives' approach to the prevention and repair of obstetric perineal trauma in Spain. *Nursing Open. John Wiley & Sons Ltd.* Volume 11, Issue 6, pp. 22-30. Doi: 10.1002/nop2.2209.

Ducarme, G., Pizzoferrato, A., De Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., & Pierre, F. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. HAL Open science.* 48. pp. 455-460. DOI: 01965967.

Faden, Y., Fatani, A., Fallatah, B., Rawa, T., Almasri, S., Amin, N., Rawas, S., Al-Hindi, M. (2022). Examining the Association Between Episiotomy and Severe Perineal Tears in a Tertiary Care Center Implementing a Restrictive Episiotomy Policy. *Cureus Journal of Medical Science*. Volume 14, Issue 11, pp. 89-102. Doi: 10.7759/cureus.31606.

Fareleira, F., Xavier, M., Lima, F., Reis, H., Velte, Julia., & Martins, C. (2023). 'Space to talk': a Portuguese focus group study of parents' experiences, needs and preferences in parenting support during prenatal and well-child care. *BMJ Open*. Volume 13, Issue 6, pp. 66-79. Doi: 10.1136/bmjopen-2022-066627.

Galiano, J., López, B., Ruíz, M., Traverso, A., Morón, I., & Rodriguez, M. (2020). Suture type used for perineal injury repair and sexual function: a randomised controlled trial. *Scientific reports. Nature. Publishing Group*. 29, 10 (1), pp. 105-115. Doi: 10.1038/s41598-020-67659-2.

Gil, M., Lamarca, M., Montpeat, E., Perna, A., & Bravo, M. (2023). Beneficios de la sutura continua de la lesión perineal en la adaptación a la maternidad. *Enfermería Clínica. Elsevier Ltd*. Volume 33, Issue 1, pp. 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.07.001>.

Grünebaum, A., Pollet, S., Lewis, D., Jones, M., Bornstein, E., Katz, A., & Chervenak, F. (2024). Is it time to modify the Apgar score?. *American Journal of Obstetrics & Gynecology. Elsevier Ltd*. Volume 230, Issue 3, pp. 988-989. Doi: 10.1016/j.ajog.2023.02.032.

Hemachandra, C., Taylor, S., Islam, R., Fooladi, E., & Davis, S. (2024). A systematic review and critical appraisal of menopause guidelines. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. Volume 50, Issue 2, pp. 122-138. Doi: 10.1136/bmjsex-2023-202099.

Hoyos, G., Borjas, D., Ramos, A., & Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*. Volumen 8 (4), pp. 16-23. ISSN 2395-8421.

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd*. 87, pp. 102-112. Doi: 10.1016/j.midw.2020.102712.

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Volume 99, Issue 4, pp. 435-441. DOI: 10.1111/aogs.13781.

Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. (2018). Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término y sus recién nacidos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8, nº. CD005461, pp. 10-90. Doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub5.

Li, S., Yang, Q., Niu, S., & Liu, Y. (2023). Effectiveness of Remote Fetal Monitoring on Maternal-Fetal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR MHEALTH AND UHEALTH*. Volume 11, Issue 41, pp. 50-65. Doi: 10.2196/41508.

Loyola, T., Wall, J., Quintana, V., Jiménez, E., & Cáceres, P. (2023). Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería dentro de un sistema público. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Volumen 69, Capítulo 27, pp. 139-148. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2023000300002>.

Ma, D., Hu, W., Wang, Y., & Luo, Q. (2019). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Taylor & Francis Group. Volume 40, Issue 1, pp. 25-29. Doi: 10.1080/01443615.2019.1587605.

Mbakaya, B.C., Kalembo, F.W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Kaasen, A., Simango, M., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed method study. *BCM nursing*. Volume 19, Issue 87, pp. 89-103. Doi: 10.1186/s12912-020-00480-4.

MCEESMO. (2019). Parecer nº43/2019: Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Maghalian, M., Alikamali, M., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2023). The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics. Springer-Verlag GmbH*. Volume 309, pp. 843-869. Doi: 10.1007/s00404-023-07195-2.

Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Elsevier Ltd*. 240, pp. 93-98.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>.

Marín, N., Ambit, G., García, J., Requena, A., & Vidal, J. (2024). Complementary techniques of relaxation and non-pharmacological analgesia during childbirth: systematic review. *Enfermería Global*. Volume 23, Issue 73, pp. 458-490.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.555891>.

Martínez, E., Del Pulgar, M., Martín, A., Zafra, M., Fernández, M., & Montesinos, V. (2018). Análisis de la de definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica. Elsevier Ltd*. Volumen 19, supplement 3, pp. 360-365.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.017>.

Milka, W., Paradowska, W., Kolomanska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. (2023). Antenatal perineal massage - risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia - a systematic review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. Elsevier Ltd*. 52, pp. 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102627>.

Nunes, M., Leite, A., & Dias, S. (2021). Inequalities in adherence to cervical cancer screening in Portugal. *European Journal of Cancer Prevention*. Volume 30, Issue 2, pp. 171-177. Doi: 10.1097/CEJ.0000000000000612.

OE. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In Regulamento nº.140/2019. Diário da República nº. 26/2019, série II.

OE. (2019b). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº. 391/2019. Diário da República nº. 85/2019, série II.

OE. (2019c). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem nº. 743/2019. Diário da República nº. 189/2019, série II. pp. 128-155.

Okeahialam, N., Sultan, A., & Thakar, R. (2022). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Volume 230, Issue 3, pp. 991-1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>.

OMS. (2018a). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva.

OMS. (2018b). Baby-Friendly Hospital Initiative (UNICEF, Ed.).

Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A., & Tzavara, C. (2023). The purple line and its association with cervical dilatation in labour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ltd. Volume 289, pp. 91-99. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.08.383.

Pierce-Williams, R., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Taylor Y Francis Group. 34(6), pp. 993-1001. Doi: 10.1080/14767058.2019.1619686.

Pordata. (2023). Estatísticas sobre Portugal e Europa (Taxa bruta de Natalidade. <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>.

Redondo, A., Suárez, K., & Cañas, S. (2021). Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*. Volumen 3, capítulo 1, pp. 87-97. <https://doi.org/10.46634/riics.71>.

Regulamento Académico da Universidade de Évora. (2023). Despacho nº. 94/2023, de 8 de agosto: Regulamento Académico - Alteração. Pp. 1-127.

Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Neves, J., Quintal, N., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd.* Volume 124, Issue 9, pp 76-83. Doi: 10.1016/j.midw.2023.103763

Rodríguez, D., Valtier, M., & Morales, M. (2023). Análisis y evaluación del Modelo de Promoción de la Salud. *Temperamentvm*, volume19, Issue 14, pp. 10-19. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235777>.

Romero, M., Mallada, P., & Gómez, N. (2019). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública.* Volumen 93, capítulo 23, pp. 129-139. ISSN: 2173- 9110.

Santos, C. (2019). Especialidades de Enfermería y ejercicio profesional: situación actual y perspectivas de futuro. *Enfermería Clínica. Elsevier Ltd.* Volume 29, Issue 6, pp. 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.002>.

Schmidt, P., & Fenner, D. (2024). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first–fourth). *American Journal of Obstetrics & Gynecology. Elsevier Inc.* Volume 230, Issue 3, pp. 1005-1013. Doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.005.

Sigdel, M., Burd, J., Walker, K., Wennerholm, U., & Berghella, V. (2024). Severe perineal lacerations in induction of labor versus expectant management: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM. Elsevier Ltd.* Volume 6, Issue 8, pp. 205-208. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2024.101407>.

Simmelinck, R., Moll, E., & Verhoeven, C. (2023). The influence of the attending midwife on the occurrence of episiotomy: A retrospective cohort study. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd.* 125, pp. 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103773>.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) 5ª Edição. *LUSOCIÊNCIA-Edições Técnicas e Científicas, Lda*. ISBN: 972-8383-74-6.

Villafaña, E., Shapiro, I., Carrillo, D., Corzas, F., & Benítez, C. (2021). Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido. *Ginecología y Obstetricia México*. Volumen 89, número 6, pp. 438-443.
<http://doi.org/10.24245/gom.v89i6.5164>.

Yin, J., Chen, Y., Huang, M., Cao, Z., Jiang, Z., & Yao Li. (2024). Effects of perineal massage at different stages on perineal and postpartum pelvic floor function in primiparous women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Volume 24, Issue 5, pp. 58-69. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06586-w>.

ANEXOS

ANEXO A. Relatório de Indicadores. Número total de partos en el contexto clínico 2 (Obscare, 2023).

ObsCare
Relatório de Indicadores
CHLC
 Período de 01/01/2023 a 02/12/2023

Indicadores de produção e de qualidade dos dados

	ObsCare	Sonho
651 - Nº de Partos	3352	3367
657 - Nº partos vaginais	2315	2316
652 - Nº de Cesarianas	1037	1051
656 - Nº de mulheres com parto com cesarianas anteriores	180	NE
658 - Nº de recém nascidos	3451	3475
659 - Nº de recém nascidos vivos	3401	3432

ATENÇÃO: A qualidade dos dados que deram origem a este relatório esta inadequada.

Indicadores de utilização

	ObsCare	Sonho
653 - Nº de Internamentos	3609	3442
654 - Nº de Consultas	12471	35259
655 - Nº de Urgências	0	15938

Principais indicadores obstétricos

	Hospital	
	N / Total	%
601 - % global de cesarianas ⁽¹⁾	1037 / 3352	30.9
614 - % de partos Cesarianas em Gestação Unifetais, cefálicas, a termo ⁽¹⁾	736 / 3352	22.0
615 - % de primeiras Cesarianas Gestação Unifetais, cefálicas a termo ⁽¹⁾	0 / 3352	0.0
616 - % de partos Vag. Após cesariana Gestação Unifetais, cefálicas, a termo ⁽¹⁾	50 / 3352	1.5
617 - % de partos vaginais instrumentados c laceração de 3 e 4 grau ⁽¹⁾	39 / 2315	1.7
618 - % de partos vaginais não instrumentados c laceração de 3 e 4 grau ⁽¹⁾	14 / 2315	0.6
602 - % de cesarianas em urgência	620 / 3352	18.5
603 - % de partos instrumentados	597 / 3352	17.8
604 - % de parto vaginal após uma cesariana	53 / 180	29.4
605 - % de induções do trabalho de parto	980 / 3352	29.2
606 - % de analgesias do parto em partos vaginais	1887 / 2315	81.5
607 - % de episiotomias em partos vaginais	521 / 2315	22.5
608 - % de lacerações perineais do 3º e 4º grau em partos vaginais	51 / 2315	2.2
609 - % de acidoses metabólicas	6 / 3352	0.2
610 - % de índices de Apgar < 7 ao 5º minuto	34 / 3401	1.0
611 - % de internamento em UCIN em fetos de termo sem malformações	0 / 3401	0.0
612 - % nascimento pré-termo (<37 semanas)	419 / 3401	12.3
613 - % nascimento grandes pré-termo (<32 semanas)	208 / 3401	6.1
620 - % de amamentação na 1h de vida	1385 / 3401	40.7
619 - % de contacto pele a pele	1524 / 3401	44.8

(1) - Indicadores Benchmark AC35

ANEXO B. Relatório de Indicadores. Tipo de partos em el contexto clínico 2, (Obscare, 2023).

ObsCare

Relatório de Indicadores

CHLC

Período de 01/01/2023 a 02/12/2023

Indicadores obstétricos gerais

	N
1 - Nº de trabalhos de parto espontâneos	1887
2 - Nº de trabalhos de parto induzidos	980
3 - Nº de nascimentos	3451
71 - Nº de nascimentos do sexo masculino vivos	1785
72 - Nº de nascimentos do sexo feminino vivos	1616
73 - Nº de nascimentos sem sexo determinado vivos	0
4 - Nº de nados-mortos (total)	49
74 - Nº de nados-mortos do sexo masculino	32
75 - Nº de nados-mortos do sexo feminino	17
76 - Nº de nados-mortos sem sexo determinado	0
5 - Nº de nados-mortos devidos a IMG	53
6 - Nº de partos	3352
7 - Nº nascimentos no domicílio	10
8 - Nº nascimentos em transporte pré-hospitalar	0
9 - Nº de partos gemelares	94
10 - Nº de partos com 3 ou + fetos	4
37 - Nº de nascimentos cujo tipo de parto é desconhecido	0
19 - Nº de parto vaginais em cesarianas anteriores	53
42 - Nº de dequitações artificiais realizadas na sala de partos	29
43 - Nº de dequitações artificiais realizadas no Bloco Operatório	1
80 - Nº de doentes com IMC abaixo de 30	304
81 - Nº de doentes com menos 35 anos	925
82 - Nº de doentes com menos 35 anos e IMC abaixo de 30	115

Partos vaginais

	N
11 - Nº de partos eutócicos cefálicos	1716
12 - Nº de partos eutócicos cefálicos com presença médica	440
13 - Nº de partos eutócicos cefálicos realizados exclusivamente por enfermeiros especialistas	1276
14 - Nº de partos auxiliados por ventosa	392
59 - Nº de tentativas frustradas de extração de feto por ventosa	9
15 - Nº de ventosas sem registo médico	54
16 - Nº de partos auxiliados por fórceps	205
60 - Nº de tentativas frustradas de extração de feto por fórceps	1
17 - Nº de fórceps sem registo médico	11
18 - Nº de partos pélvicos	24
39 - Nº de acelerações do trabalho de parto	1936
40 - Nº analgesias epidurais em partos vaginais	1887
41 - Nº de episiotomias em partos vaginais	521

ANEXO C. Programación 12º Reuniao Nacional da Sociedade portuguesa da Contraceção, “TENDÊNCIAS NA CONTRACEÇÃO”.

22 | 23 SET 2023
Vila Galé Évora
Évora

12ª REUNIÃO NACIONAL
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRACEÇÃO

TENDÊNCIAS NA CONTRACEÇÃO
A SPDC vai ao ALENTEJO

PROGRAMA DAS REUNIÕES
IVG e SPDC

www.spdcreeuniao.com

ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA
SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRACEÇÃO

ENTROÇO CIENTÍFICO
Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia (FSPOG)
European Society of Contraception and Sexual and Reproductive Health (ESC)

ORGANIZAÇÃO LOGÍSTICA
MUNDO ONVÉNUS
Tel: 213 962 649
E-mail: spdc@peloevento.com

PALESTRANTES e MODERADORES

- **Amália Pacheco** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro
Vogal da Direção da SPDC
- **Ana Matos Pires** – Diretora do Serviço de Psiquiatria da ULSBA
- **Ana Rosa Costa** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de São João, Porto
Vice-Presidenta da Direção da SPDC
- **Andrea Lebre** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Materno Infantil do Porto
- **Carolina Gomes** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo - Loures
Vogal do Conselho Fiscal da SPDC
- **Catarina Santeiro** – Médica de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF Foral, Montemor-o-Novo
- **Elisa Rosin** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital do Espírito Santo de Évora
- **Elsa Melo** – Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, UCSP de Évora
- **Fátima Baptista** – Enfermeira Especialista em Saúde Materna Obstétrica do Centro Hospitalar Lisboa Central
- **Fátima Breia** – Presidente da Associação de Planeamento da Família e Assistente Graduada Sénior em Medicina Geral e Familiar, na USF Foral, Montemor-o-Novo
- **Fátima Palma** – Assistente Graduada em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
Presidente da Direção da SPDC
- **Guida Gomes** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
- **Fernanda Santos** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, CHUC
- **Fernando Fernandes** – Diretor Serviço Ginecologia e Obstetrícia, Hospital do Espírito Santo de Évora
- **Filomena Sousa** – Assistente Graduada em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
Vice-Presidenta do Conselho Fiscal da SPDC
- **Lisa Vicente** – Assistente Graduada em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
- **Margarida Lopes** – Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF da Baixa, no ACES Lisboa Central
- **Maria Gato** – Médica Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Planície, Évora
- **Maria do Céu Almeida** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia B, CHUC
Tesoureira da Direção da SPDC
- **Maria Helena Gonçalves** – Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Alentejo Central
- **Maria João Carvalho** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Ginecologia, CHUC
Secretária do Conselho Fiscal da SPDC
- **Maria José Alves** – Assistente Graduada Sénior em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
Presidente da Assembleia Geral da SPDC
- **Marina Vale** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital do Espírito Santo de Évora
- **Patrícia Amaral** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
- **Pedro Pinto** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de São João, Porto
Secretário da Assembleia Geral da SPDC
- **Rosalina Pisco Costa** – Especialista em Sociologia, Professora no Departamento de Sociologia da Universidade de Évora
- **Teresa Bombas** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia A, CHUC
Secretária da Direção da SPDC

PROGRAMA IVG



22 SET 2023 sexta-feira | manhã

XII REUNIÃO DE REFLEXÃO SOBRE A INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG) POR OPÇÃO DA MULHER

08h30	Acreditação
09h00-09h30	SESSÃO 1: Apresentação e discussão do Relatório IVG 2022 Moderador: Amália Pacheco (Faro) Palestrantes: Dina Oliveira (DGS), Elsa Mota (DGS)
09h30-11h00	SESSÃO 2: Otimização de recursos Moderadores: Madalena Anunciação (Lisboa), Fernando Ricardo (Braga) Experiência do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve: Hospitais de Faro e Portimão Amália Pacheco (Faro), Flávia Vicente (Portimão) Experiência do Centro Hospitalar de Setúbal Adriana Taborda (Setúbal) Experiência do Hospital Dr. Nélio Mendonça (Madeira) Joana Mendes (Funchal) Experiência do Hospital da Horta (Açores) Filomena Sá (Faial)
11h00-11h30	Intervalo (visita aos posters)
11h30-12h30	SESSÃO 3: Debate aberto Moderadores: Isabel Alves (Coimbra), Maria José Alves (Lisboa) Intervenientes: Antónia Costa (Porto), Miguel Areosa Feio (Lisboa), Fernanda Cância (Lisboa) Tópico: Acessibilidade
12h30-12h45	Conclusões das ideias principais Teresa Bombas (Coimbra)
12h45-13:00	Encerramento

PALESTRANTES e MODERADORES

- **Adriana Taborda** – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Centro Hospitalar de Setúbal
- **Amália Pacheco** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro
- **Antónia Costa** – Assistente Graduada em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de São João, Porto
- **Dina Oliveira** – Enfermeira Chefe, Divisão SSRIJ, Direção-Geral da Saúde
- **Elsa Mota** – Psicóloga, Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil, Direção-Geral da Saúde
- **Fernanda Cância** – Jornalista no Diário de Notícias
- **Fernando Ricardo** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Braga
- **Filomena Sá** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital da Horta EPER, Faial - Açores
- **Flávia Vicente** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Portimão
- **Isabel Alves** – Enfermeira Especialista em Saúde Materna, CHUC
- **Joana Mendes** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal - Madeira
- **Madalena Anunciação** – Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
- **Maria José Alves** – Assistente Graduada Sênior em Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, E.P.E – Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa
- **Miguel Areosa Feio** – Instituto Superior de Psicologia Aplicada / ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa
- **Teresa Bombas** – Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia A, CHUC

PROGRAMA SPDC

22 SET 2023 sexta-feira | tarde

TENDÊNCIAS NA CONTRACEÇÃO

A SPDC vai ao ALENTEJO

13h30	Accreditação
14h00-14h30	Sessão de Abertura Fátima Palma – Presidente da SPDC Maria Helena Gonçalves – Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Alentejo Central Fátima Breia – Presidente da APF Amália Pacheco – Presidente da Reunião Fernando Fernandes – Hospital Espírito Santo, Évora
14h30-16h00	MESA REDONDA: Consulta de PF, para além da contraceção Moderadores: Fátima Breia (Alentejo), Amália Pacheco (Faro) Rastreio de violência sexual (incluindo práticas de mutilação genital) Lisa Vicente (Lisboa), Fátima Baptista (Lisboa) Rastreio de Cancro Ginecológico Fernanda Santos (Coimbra) Preconceção Maria Gato (Évora) Comunicação oral CL (22644) - UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO TAL-REEVES – SERÁ RELEVANTE? Mafalda Castro Neves ¹ ; Beatriz Teixeira ¹ ; Rodrigo Realista ¹ 1 - Centro Hospitalar São João
16h00-16h30	SESSÃO com Patrocínio Científico da PHARMAKERN O Anel na Contraceção hormonal Moderador: Teresa Bombas (Coimbra) Palestrante: Ignacio Lete Lasa (Espanha)
16h30-17h00	CONFERÊNCIA: Contraceção no séc. XXI, linguagem inclusiva em Saúde Sexual e Reprodutiva Moderador: Pedro Pinto (Porto) Palestrante: Carolina Gomes (Loures)
17h00-17h30	Intervalo (visita a posteria)
17h30-18h15	SESSÃO com Patrocínio Científico da EXELTIS Zero Estrogénios; Zero Dúvidas Moderador: Joaquim Neves (Lisboa) Mitos e preconceitos da pílula sem estrogénio Palestrante: Susana Maia (Vila Nova de Gaia) Qual o papel do estrogénio na contraceção? Palestrante: Maria João Carvalho (Coimbra)
18h15-19h15	MESA REDONDA: O Pós-parto Moderadores: Ana Rosa Costa (Porto), Fernando Fernandes (Évora) Mitos na contraceção Andrea Lebre (Porto) Pavimento Pélvico e Pós-Parto - E agora? Patrícia Amaral (Lisboa) Comunicação oral CL (22638) - INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA CONTRACEÇÃO: "CALM" NA REVOLUÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE DA MULHER Catarina Toscano ¹ ; Francisca Vilaça ¹ ; Diogo Fonseca ² ; Vera Silva ² ; Ana Sousa ² 1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.; 2 - Engenheiro Informático

23 SET 2023 sábado manhã	
09h00-10h00	MESA REDONDA: Contraceção em diferentes culturas Moderadores: Maria José Alves (Lisboa), Elsa Melo (Évora) Desafios na população de Portugal Catarina Santeiro (Évora) Saúde Sexual e Reprodutiva. A experiência da USF da Baixa, no ACES Lisboa Central Margarida Lopes (Lisboa) Comunicação oral CL (22699) - AVALIAÇÃO SOBRE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIA EM CONTRAÇÃO EM DIFERENTES CULTURAS Francisca Magno ¹ ; Mafalda Pinheiro ¹ ; Ana Simões ¹ ; Guida Gomes ¹ ; Filomena Sousa ¹ ; Fátima Palma ¹ ; Marta Espanhol Brito ¹ 1 - Maternidade Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
10h00-10h45	SESSÃO com Patrocínio Científico da ORGANON Refletir o presente e construir o futuro Métodos contraceptivos em investigação Palestrante: Kristina Gemzell Danielsson (Suécia) Apresentação das práticas contraceptivas atuais em Portugal e dados da IVG Discussão sobre as práticas contraceptivas em Portugal e como se pode melhorar o acesso aos métodos contraceptivos de longa duração Palestrantes: Denise Bacalhau (Louses), Margarida Santos (Lisboa) Discussão
10h45-11h15	Intervalo (visita a posters)
11h15-11h45	CONFERÊNCIA: Contraceção, fertilidade e sociodemografia Moderadora: Fátima Palma (Lisboa) Palestrante: Rosalina Pisco Costa (Évora)
11h45-12h30	SESSÃO com Patrocínio Científico da GEDEON RICHTER Contraceção hormonal na mulher jovem Moderador: Fátima Palma (Lisboa) Importância e vantagens do Estetrol (E4) na contraceção Palestrante: Teresa Bombas (Coimbra) Drovelis®, na vida real Palestrante: Mafalda Neves (Porto)
12h30-14h00	Almoço
14h00-15h00	MESA REDONDA: Doença mental e a Saúde Sexual e Reprodutiva Moderadores: Maria do Céu Almeida (Coimbra), Marina Vale (Évora) A doença mental no feminino Ana Matos Pires (Beja) Contraceção e Saúde Mental Teresa Bombas (Coimbra)
15h00-16h00	MESA REDONDA: Hot Topics em contraceção Moderadores: Filomena Sousa (Lisboa), Elsa Rosin (Évora) ... na adolescência Guida Gomes (Lisboa) ... na perimenopausa Maria João Carvalho (Coimbra) Comunicação oral CL (22568) - REMOÇÃO DE IMPLANTES CONTRACETIVOS EM LOCALIZAÇÃO PROFUNDA - EXPERIÊNCIA DE 4 ANOS NUM CENTRO TERCIÁRIO Inês Gil Dos Santos ¹ ; Tânia Barros ¹ ; Cristiana Moreira ¹ ; Cristiana Andrade ¹ ; Rosa Zulmira Macedo ^{1,2} 1 - Centro Materno Infantil do Norte; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

16h00-16h30	Apresentação dos 5 melhores posters Moderadores: Maria José Alves (Lisboa), Maria do Céu Almeida (Coimbra) Pós-parto POD - (22598) - CONTRAÇÃO NO PÓS-PARTO: AS PREFERÊNCIAS DAS PUÉRPERAS Margarida Balça¹ ; Daniel Silva¹ ; Diogo Lima¹ ; Gisela Silva¹ ; Ana Cláudia Lopes¹ ; Vera Vilhena¹ ; Ana Paula Lopes¹ 1 - Centro Hospitalar Barreiro Montijo Contração em diferentes culturas POD - (22624) - PERCEÇÃO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE CONTRAÇÃO INTRAUTERINA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS Joana Alves Ferreira¹ ; João Mendes Sobral¹ ; Ana Rita Rocha¹ 1 - USF Barcelos, ACES Vale do Sousa Sul IVG POD - (22538) - RELAÇÃO ENTRE A PROFISSÃO E A ESCOLHA CONTRACETIVA APÓS INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR OPÇÃO DA MULHER – ESTUDO RETROSPECTIVO, NUM HOSPITAL CENTRAL EM PORTUGAL, NOS ÚLTIMOS 7 ANOS Joana Machado Gomes¹ ; Maria Silva Ferreira¹ ; Andreia Lima Martins¹ ; Tânia Lima¹ ; Joana Lima Santos¹ ; Andrea Lebre¹ ; Jorge Braga¹ 1 - Centro Hospitalar e Universitário de Santo António Outros POD - (22548) - RASTREIO DO CANCRO DO COLO DE ÚTERO POR AUTO-COLHEITA NA VIA VERDE SAÚDE SEXUAL Engrácia Santos¹ ; Francisco Silva¹ 1 - ACES Almada - Seixal Consulta de PF, para além da contraceção POD - (22688) - MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - O QUE SABEM OS MÉDICOS NO ALGARVE? Dinis Correia Mateus¹ ; Ângela Gonçalves Ferreira¹ ; Amália Pacheco¹ 1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Unidade de Faro
16h30-16h45	Entrega do Prémio do melhor Poster e Comunicação Livre Encerramento da reunião
17h00	Assembleia Geral

PATROCINADORES



ANEXO D. Factores de riesgo asociados a la gestación que requieren valoración por tocólogo en el servicio de urgencias tocoginecológicas. Contexto clínico 4 y 6.

Revisión 1	PROTOCOLO Servicio de Urgencias Tocoginecológicas y Paritorio Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil	
05/05/2022	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA GESTACIÓN QUE REQUIEREN VALORACIÓN POR TOCÓLOGO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS TOCOGINECOLÓGICAS	Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil

3. CONTENIDO

Las gestantes que acuden al Servicio de Urgencias Tocoginecológicas y presenten al menos un factor de riesgo de los reflejados a continuación, requieren valoración por un tocólogo previo al ingreso o alta hospitalaria:

- Edad gestacional menor a 37 semanas.
- Edad gestacional igual o superior a 41 semanas.
- Edad materna igual o mayor a 40 años.
- Gestación actual conseguida mediante técnicas de reproducción asistida.
- Hipertensión arterial crónica.
- Diabetes pregestacional.
- Enfermedad cardíaca en seguimiento por Cardiología durante la gestación actual.
- Enfermedad renal en seguimiento por Nefrología durante la gestación actual.
- Patología crónica con reagudización en el momento actual.
- Estados hipertensivos del embarazo en la gestación actual.
- Diabetes gestacional A2.
- Disminución de movimientos fetales.
- Infección materna de transmisión perinatal.
- Isoinmunización Rh.
- Embarazo múltiple.
- Oligoamnios.
- Placenta previa.
- Alteraciones del crecimiento fetal en el momento actual (PEG o CIR)
- Estática fetal anormal.
- Tumorción uterina que haga de tumor previo.
- Gestación actual no controlada.
- Gestante que acude mas de dos veces en menos de 72 horas por mismo motivo (incluido dinámica uterina y sospecha de RPM).
- Gestante con diagnóstico actual de infección por SARS-COV-2.
- Gestante con distocia social o sospecha de consumidora de sustancias tóxicas.

ANEXO E. Certificado asistencia “2º Reunión de Ginecólogos y Tocólogos Privados de Canarias (GINETOP)”



ANEXO F. V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia “MAC 91 Anos: O Cuidar Multidisciplinar”.

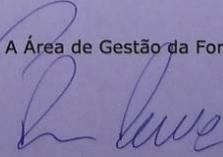
 **CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL**
Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **PABLO LOJO OLIVEIRA** 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 16419/2023/MC
MATERNO FETAL/MAC

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

ANEXO G. Escala LATCH para la evaluación de la eficacia de la Lactancia Materna.

Evaluación de la eficacia de la lactancia materna

Escala LATCH

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

Puntuación: 0-10 puntos

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



Comité de Lactancia
Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil



10 pasos para una FELIZ LACTANCIA MATERNA

1. Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de él.
6. No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural a libre demanda y no limitarse a un horario.
9. No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.






ANEXO H. Escala de Hazelbaker para la evaluación de la anquiloglosia en recién nacidos.

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11 </div>		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
0	Frecuente o con cada succión		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Ana Maria Aguiar Frias</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>06583219 - 1ZY0</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>966640111</u> E-mail: <u>anafrias@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-9038-8576</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>Períneo; Pelvic Floor; Midwife; parto; período Pós-Parto</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Asistencia en el trabajo de parto, parto y post parto inmediato.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Enviado en documento anexo.	
<p>Descritores nos 3 idiomas:</p> <p>Descritores (DeCS): <u>Períneo, Assoalho Pélvico, Parteira, parto, período Pós-Parto.</u></p> <p>Descriptors (DeCS): <u>Perineum, Pelvic Floor, Midwife, birth, Postpartum Period.</u></p> <p>Descritores (DeCS): <u>Períneo, Suelo Pélvico, Matrona, parto, Período Posparto.</u></p>	
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 Equipe de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

13. RESUMEN, PLANO E CRONOGRAMA				
<p>El Mestrado en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica (MESMO) de la universidad de Évora, posee un programa curricular leccionado en dos años, que se caracteriza por un primer año teórico-práctico y un segundo año clínico. En el año clínico, el/la estudiante de la maestría, robustecido con las materias del área, tendrá la oportunidad de alcanzar conocimientos y competencias que reflejan lo legalmente definido en las competencias comunes y específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO) (i.e., Reglamentos nº 391/2019 y 140/2019 de la Orden dos Enfermeiros). Tal reglamento refleja orientaciones internacionales de la formación internacional en esta área de conocimiento (i.e., International Confederation of Midwives and nursing and Midwives council), proporcionando una formación sólida en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Para alcanzar las competências clínicas, el/la estudiante de la maestría realiza prácticas en diversos campos; en los cuidados de salud primarios (CSP), cuidados de salud diferenciados (CSD), y el Estagio de Naturaleza Profesional com Relatário final (ENPRF). En esos contextos prácticos realiza casos clínicos, desarrollando competencias instrumentales y relacionales, además de recoger información que posibilita desarrollo en las competencias de investigación. Para conseguir completar el programa curricular, el estudiante de la maestría describe también objetivos personales e identifica un tema en el que profundizará su conocimiento. En el caso del proyecto actual el tema se orienta a la valorización de la salud perineal y a las intervenciones que realizará el EESMO para mejorar dicha salud.</p> <p>El proyecto tiene como objetivo general; valorar la salud perineal y como objetivos secundarios; identificar la temática de la salud perineal, profundizar en los conocimientos de la salud perineal y analizar las intervenciones durante el parto y que podrían prevenir las lesiones del perineo y suelo pélvico.</p> <p>El daño perineal se puede definir como cualquier lesión en los genitales que se produce de forma espontánea o intencionada (episiotomía) durante el nacimiento (Ducarme et al., 2019). El daño perineal es una complicación común después del parto vaginal. El daño perineal, incluida la episiotomía, puede tener un impacto negativo en la vida de las mujeres, ya que se ha asociado con dolor perineal, incontinencia urinaria y disfunción sexual (Magoga et al., 2019).</p> <p>Para la prevención de lesiones en el perineo así como su protección durante el parto se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (masajes perineales, libre movimentación durante el trabajo de parto, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (Simmelink et al., 2023).</p> <p>La temática de la valorización de la salud perineal tiene importancia debido a la alta incidencia de lesiones perineales. Los traumatismos perineales son uno de los efectos más padecidos por las mujeres durante el parto, pudiendo alcanzar hasta a un 85% de las mujeres que dan a luz por vía vaginal. Su incidencia, depende en parte de algunas características de la mujer, así como de factores externos, tales como el tipo de parto, la posición durante el parto, así como las técnicas empleadas por el profesional que atiende el parto, entre otros (Milka et al., 2023). Dado que la enfermera ESMO es la profesional por excelencia en el cuidado de la mujer durante el parto, es de especial interés exponer los conocimientos y prácticas realizadas en su ejercicio profesional diario. Factores individuales de las EESMO clínicas influyen en la tasa de lesiones perineales y episiotomías. Esto demuestra que la formación continua de estas profesionales podría contribuir a reducir el número de intervenciones innecesarias. Dado que la sospecha de sufrimiento fetal es la única indicación basada en evidencia para realizar una episiotomía, hay margen de mejora en la disminución de la incidencia de esta técnica (Carroll et al., 2020). Se mantiene así la meta del bienestar de la mujer y también clarificar, profundizar y sensibilizar en el tema de la salud perineal.</p>				
PLAN DE ACTIVIDADES				
Campo clínico	Objetivos	Actividades a desarrollar	Resultados esperados	Evaluación
Cuidados de salud primarios	<p>Objetivo 1. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad en el ámbito del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.</p> <p>Objetivo 2. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad</p>	<p>1.1 Prestación de cuidados a mujeres en el periodo preconcepcional.</p> <p>1.2. Prestación de cuidados a mujeres que vivencian un proceso de salud/enfermedad en el ámbito de la sexualidad, planificación familiar y periodo preconcepcional.</p> <p>2.1. Prestación de cuidados a mujeres en la vigilancia del embarazo de bajo riesgo.</p>	<p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer en el ámbito de la salud sexual, del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer con disfunciones sexuales, problemas de fertilidad e ITS.</p> <p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.</p>	<p>- Boletín de la Grávida.</p> <p>- Boletín de planificación familiar</p> <p>- SCLINICO.</p> <p>- Protocolos del servicio.</p> <p>- Exámenes prenatales.</p>

	<p>durante el periodo prenatal.</p> <p>Objetivo 3. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el periodo posnatal.</p> <p>Objetivo 4. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el periodo del climaterio.</p> <p>Objetivo 5. Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad que viven procesos de salud/enfermedad ginecológica.</p> <p>Objetivo 6. Cuidar al grupo-diana (mujeres en edad fértil) inserido en la comunidad</p>	<p>2.2. Prestación de cuidados a mujeres en la vigilancia del embarazo de alto riesgo.</p> <p>2.3. Prestación de cuidados a mujeres que vivencian un proceso de salud/enfermedad en el ámbito de la sexualidad, planeamiento familiar y periodo prenatal.</p> <p>3.1. Prestación de cuidados a mujeres que vivencian un proceso de salud/enfermedad en el ámbito de la sexualidad, planeamiento familiar y periodo posnatal.</p> <p>4.1. Prestación de cuidados a la mujer que vivencia un proceso de salud/enfermedad en el ámbito de la sexualidad, planeamiento familiar y periodo del climaterio.</p> <p>5.1. Prestación de cuidados a mujeres que vivencian un proceso de salud/enfermedad ginecológica.</p> <p>6.1. Prestación de cuidados a la mujer que vivencia un proceso de salud/enfermedad en el ámbito de la sexualidad, planeamiento familiar en edad fértil.</p>	<p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones en la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer en el periodo prenatal y en situación de aborto.</p> <p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo posnatal.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y recién nacido durante el periodo posnatal.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados en las situaciones que puedan afectar negativamente a la salud de la mujer y recién nacido en el periodo posnatal.</p> <p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer durante el climaterio.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer que vivencia procesos de adaptación a la menopausia.</p> <p>Actividad 1. Promover la salud ginecológica de la mujer.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones relacionadas con enfermedades del aparato génito-urinario y/o mama.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer con enfermedades del aparato génito-urinario y/o mama y facilitar su adaptación a la nueva situación.</p> <p>Actividad 1. Promover la salud del grupo diana.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente e intervenir en el grupo diana para prevenir complicaciones en el área de la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Actividad 3. Intervenir en la minimización de las causas de morbi-mortalidad materno- fetal.</p>	<p>- Estudio de la temática establecida: Valorización del perineo.</p> <p>- Planificación familiar y clases de PPP.</p> <p>- Estudio de la temática establecida: Valorización del perineo.</p> <p>-Lactancia materna</p> <p>-Boletín de salud infantil y juvenil.</p> <p>- Planificación familiar y rastreo del cáncer de cuello de útero (RCCU).</p> <p>- Exploración mamaria.</p> <p>- Planificación familiar y rastreo de cáncer de cuello de útero (RCCU).</p> <p>- Exploración mamaria.</p> <p>- Planificación familiar.</p> <p>- Rastros de cáncer ginecológico.</p>
Paritorio	<p>Objetivo 7. Cuidar a la mujer durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>Objetivo 8. Cuidar a la mujer durante el periodo posnatal.</p> <p>Objetivo 9. Cuidar a la mujer que vive procesos de salud/enfermedad obstétrico-ginecológico.</p>	<p>7.1. Prestación de cuidados de enfermería a las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>8.1. Prestación de cuidados de enfermería a las puérperas en el periodo posnatal inmediato</p> <p>8.2. Prestación de cuidados de enfermería a los recién nacidos en el posparto inmediato.</p> <p>9.1. Prestación de cuidados a mujeres que vivencian un proceso de aborto.</p>	<p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer durante el trabajo de parto y parto y optimizar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer con patología asociada y/o concomitante con el embarazo y/o con el trabajo de parto.</p> <p>Actividad 4. Proporcionar cuidados a la mujer para promover la salud perineal.</p>	<p>- SCLINICO.</p> <p>- Obscare</p> <p>- Partograma</p> <p>- Protocolos del servicio.</p> <p>-Exámenes prenatales</p> <p>-Número y tipo de partos.</p> <p>- Estudio de la temática establecida: Valorización del perineo.</p> <p>Lactancia materna</p>
Servicio de medicina materno-fetal	<p>Objetivo 10. Cuidar a la mujer durante el periodo prenatal.</p>	<p>10.1. Prestación de cuidados de enfermería a mujeres con embarazo patológico.</p> <p>10.2. Prestación de cuidados de enfermería en el embarazo pretérmino y a término.</p> <p>10.3. Prestación de cuidados de enfermería a embarazadas en inducción de trabajo de parto.</p> <p>10.4. Prestación de cuidados de enfermería a embarazadas con feto muerto o en proceso de IVE.</p>	<p>Actividad 1. Promover la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.</p> <p>Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones en la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.</p> <p>Actividad 3. Proporcionar cuidados a la mujer y facilitar su adaptación, durante el periodo prenatal y en situación de aborto.</p>	<p>- SCLINICO.</p> <p>- Partograma.</p> <p>- Protocolos del servicio.</p> <p>- Exámenes prenatales.</p>

Hospitalización Puerperio	Objetivo 11. Cuidar a la mujer y persona significativa en el periodo posnatal.	11.1. Prestación de cuidados de enfermería a puérperas. 11.2. Prestación de cuidados de enfermería a los/as recién nacidos/as.	Actividad 1. Promover la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo posnatal. Actividad 2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y recién nacido durante el periodo posnatal. Actividad 3. Proporcionar cuidados en las situaciones que puedan afectar negativamente a la salud de la mujer y recién nacido en el periodo posnatal.	- SCLINICO. - Boletín de salud infantil y juvenil. - Lactancia materna - Protocolos del servicio. -Cuidados puerperales. - Cuidados al recién nacido - Estudio de la temática establecida; Valorización del perineo.
----------------------------------	---	---	--	---

CRONOGRAMA

Actividades	Año 2023				Año 2024											
	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Reuniones para la elaboración del proyecto																
Definición del tema, título y objetivos																
Entrega del proyecto																
Recogida de información																
Tratamiento y análisis de la información																
Redacción del relatorio final																
Entrega del relatorio final																
Discusión del relatorio final																

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrol, L., Sheehy, L., Doherty, J., O'Brien, D., Brosnan, M., Cronin, M., Dougan, N., Coughlan, B., & Kirwan, C. (2020). Perineal management: Midwives' confidence and educational needs. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd.* 90, pp. 102- 111. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102817>.

Ducarme, G., Pizzoferrato, A., De Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., & Pierre, F. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. HAL Open science.* 48. pp. 455-460. DOI: 01965967.

Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Elsevier Ltd.* 240, pp. 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>.

Milka, W., Paradowska, W., Kolomanska-Bogucka, D., & Mazur-Bialy, A. (2023). Antenatal perineal massage - risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia - a systematic review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. Elsevier Ltd.* 52, pp. 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102627>.

Simmelink, R., Moll, E., & Verhoeven, C. (2023). The influence of the attending midwife on the occurrence of episiotomy: A retrospective cohort study. *Midwifery Journal. Elsevier Ltd.* 125, pp. 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103773>.

APÉNDICE B: Contabilização total de objetivos de la asistencia en el Estágio de Natureza Profesional.

 UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 202 /202

Nome do Aluno PABLO LOJO OLIVEIRA Nº m53142

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	432
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	41
• Participação activa em partos pélvicos -----	2
• Participação activa em partos gemelares -----	2
• Participação activa noutros partos -----	28
• Episiotomia -----	4
• Episiorrafia / perineorrafia-----	27
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	101
• Trabalho de parto -----	79
• Puerpério -----	12
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	253
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	224
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	15
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	133

Rubrica Professor

APÉNDICE C: Entrevistas a 10 mujeres y 10 EESMO/Matronas acerca del tema de la salud perineal durante el trabajo de parto en los contextos clínicos 2, 4 y 6.

Preguntas a pacientes:

La edad media de las mujeres entrevistadas es de 32,7 años, teniendo la más joven 20 años y la mayor 41 años. Algunas tienen estudios superiores y otras no. Algunas son primíparas y otras multíparas. Todas tenían un embarazo a término, entre las 37 y 42 semanas y no presentaban factores de riesgo destacables.

1. **¿Habéis asistido a clases de preparación al parto y parentalidad?**
2. **¿Se habló sobre el tema de la salud perineal?**
3. **¿Os gustaría/ha gustado hablar sobre la salud perineal?**
4. **¿Qué sabéis sobre la salud perineal?**
5. **¿Consideráis que es un tema importante?**

Respuestas:

Paciente 1.

1. *“Sí, hemos asistido”.*
2. *“Sí, pero muy poco. Algo sobre ejercicios de preparación y la posibilidad de sufrir un desgarro o que le hiciesen una episiotomía”.*
3. *“Sí, me gustaría haber tenido una clase entera para eso”*
4. *“No demasiado, lo que se ha hablado en las clases de PPP y también he buscado en internet”.*
5. *“Sí, muy importante. Pienso en mi trabajo, tantas horas sentada y la posibilidad de tener dolor después del parto”*

Paciente 2.

1. *“Sí”.*
2. *“Sí, pero no en profundidad, aunque yo en mi casa me he estado buscando en internet y tengo la experiencia del primer parto que sí tuve un desgarro”*
3. *“Sí, sobre ejercicios preparto para prevenir desgarros o que me hagan una episiotomía. A pesar de yo saber que es, me gustaría que se hubiese hablado de este tema y del plan de parto, que tiene un apartado donde escribir tus deseos, no todas lo saben”*

4. *“Sabemos que existen ejercicios preparto, que se pueden producir desgarros, lo que es una episiotomía, además de tener la experiencia de parto con nuestra primera hija”*
5. *“Sí es un tema muy importante, saber que te puedes desgarrar da mucho miedo, se debería hablar más sobre el tema”.*

Paciente 3.

1. *“No”.*
2. *–*
3. *–*
4. *“Poca cosa la verdad, sé que te puedes hacer una herida o que te pueden cortar”*
5. *“Sí, tengo miedo a desgarrarme y al dolor”.*

Paciente 4.

1. *“Sí, hemos ido a todas las clases, estamos muy contentos con nuestra Matrona del centro de salud”*
2. *“Sí, me hubiese gustado hablar más, yo hice unas cuantas preguntas, pero ya sabía bastantes cosas de mis embarazos anteriores”*
3. *“Nos ha parecido un tema muy interesante. A veces parece que de las cosas malas no se quiere hablar, y también son importantes para estar preparados”*
4. *“Sabemos que durante el parto se pueden producir desgarros, de hecho, me ha pasado en los otros embarazos, es doloroso, pero después te suturan. Sé que te pueden hacer una episiotomía, imagino que te la hacen cuando es necesario, pero también sé que me puedo negar a que me la hagan, dejarlo por escrito en el plan de partos o decírselo directamente a quien me esté atendiendo en el parto”.*
5. *“Es un tema muy importante, es mi cuerpo y me da miedo. Creo que es bueno estar bien informada para saber lo que puede pasar y que no me coja por sorpresa. Sí, un tema muy muy importante.*

Paciente 5.

1. *“No, fui en el primer embarazo y después ya no he vuelto a ir”.*
2. *“Cuando yo fui creo recordar que no se habló del tema”.*

3. *“Pues sí la verdad, me habría gustado que me explicasen que me podía pasar... Al final lo aprendí en mi propio cuerpo.”*
4. *“Después de mis partos anteriores sé las cosas que me pueden pasar; me puedo desgarrar, me pueden cortar... Forma parte del parto, aunque no voy a negar que tengo miedo que me vuelva a pasar”.*
5. *“Sí es un tema importante, al fin y al cabo, es mi cuerpo el que lo va a sufrir. Espero que para las futuras madres haya más información”.*

Paciente 6.

1. *“Sí, mi mejor amiga es enfermera y desde que supo que estaba embarazada me dijo que tenía que ir”*
2. *“Creo que no, no lo recuerdo, sé que se habló sobre la posibilidad de tener desgarros, pero creo que nada más, supongo que se intentan evitar cosas que nos puedan alterar”.*
3. *“La verdad que sí, por mi profesión sé que se pueden producir y que se suturan, pero no me había planteado la posibilidad de hacer cosas que pudiesen prevenirlos”.*
4. *“Sé lo que es el periné, que se puede desgarrar durante el parto, que espero no sentirlo demasiado por la anestesia epidural y sé que para repararlo se hace una sutura”.*
5. *“Pues sí la verdad, toda lesión que se pueda prevenir es importante”.*

Paciente 7.

1. *“No, en ninguno de mis embarazos”.*
2. *.*
3. *“Pues sí la verdad, nadie me había avisado de las cosas que me iban a suceder, tuve mi primera hija muy joven y me habría gustado que algún profesional me aconsejase”.*
4. *“Poca cosa o nada, en mi país no se habla de estos temas, y ya estando aquí, teniendo hijos... Pues se supone que ya sé lo que hay que saber”.*
5. *“Sí, las heridas duelen, a mí me han enseñado a aguantar el dolor, pero, saber cómo iba a ser todo me habría hecho que fuese más fácil”.*

Paciente 8.

1. *“Sí, me lo he pasado muy bien, he hecho amigas y he aprendido un montón”.*
2. *“Yo creo que la Matrona no tenía pensado hablar del tema, yo pregunté y habló un poco... Creo que no quiso profundizar en el tema para no asustarnos”.*
3. *“Rotundamente sí, de echo, cuando apenas tuve respuesta aquel día, busqué yo misma por internet”.*
4. *“No es que sepa mucho, pero algo sí. Tengo miedo al dolor, posiblemente si supiese bien como van a tratar ese dolor estaría más tranquila”.*
5. *“Sí es muy importante, siendo mi cuerpo el que va a pasar por este proceso, el que se pueda lastimar me parece un tema muy importante”.*

Paciente 9.

1. *“Sí, pero no a todas las clases, me perdí las del principio por el trabajo”.*
2. *“Creo que no, no sé qué es eso”.*
3. *Tras la explicación: “Ah, pues si la verdad... ¿Tengo miedo de lo que va a pasar... Duele mucho?”.*
4. *“La verdad que no sé nada, se que puede producirse cuando el bebé nazca, pero espero que no”.*
5. *“¡Ahora que lo mencionas sí lo considero importante... ¡Explicame que va a pasar, que vas a hacer y si me va a doler!”.*

Paciente 10.

1. *“Sí, hemos asistido a todas”.*
2. *“Sí se ha hablado, estuvimos bastante tiempo hablando porque cuando se mencionó el tema todas nos preocupamos y empezamos a hacer preguntas”.*
3. *“Sí, me ha encantado. Al principio si es verdad que preocupa hablarlo... Pero no solo se puede hablar de cosas bonitas”.*
4. *“Pues no sé mucho la verdad, sé que voy a sentir mucha presión cuando salga el bebé, que se puede romper y que podéis tomar medidas para intentar que no se rompa, pero no sé qué podéis hacer”.*
5. *“Realmente es un tema muy importante, es mi cuerpo. Todo lo que le vaya a pasar y vayáis a hacer en el me interesa saberlo para permitirlo o no”.*

Preguntas a EESMO/Matronas:

La edad media de las/os EEESMO/Matronas entrevistadas es de 42,1 años, teniendo la más joven 28 años y la mayor 60 años. Todas trabajan en salas de partos. Tienen todas una experiencia profesional como especialistas EEESMO/Matronas mayor o igual a dos años, teniendo 35 años de experiencia profesional la más experimentada, y 2 años de experiencia profesional la menos experimentada.

1. **¿Crees que es importante la prevención de desgarros?**
2. **¿Uso de compresas tibias o no?**
3. **¿Opinión del masaje perineal?**
4. **¿Protección perineal? “Hands ON vs Hands OFF”.**
5. **¿Que se produzca desgarro o realización de episiotomía?**

Respuestas:

EEESMO 1.

1. *“Desde mi experiencia, creo que se pueden hacer ciertas actividades para prevenir las lesiones perineales durante el embarazo y parto. Pero si un desgarro se va a producir, no hay manera de hacer que no pase...”*
2. *“Sí, prácticamente siempre cuando no falta mucho para coronar”*
3. *“Creo que da a la mujer seguridad y control sobre su cuerpo, aunque con la analgesia epidural, lo aprendido pasa a un segundo término. Yo no lo he enseñado demasiado, pero la mayoría de estudios científicos lo avalan”*
4. *“Yo siempre realizo protección perineal activa, “Hands ON” sí, y le enseño así a los alumnos que tengo. La experiencia de 20 años laborales me dice que con técnicas de protección activa se producen menos desgarros.*
5. *“Es mejor que se produzca desgarro, sobre todo para la cicatrización posterior. Es verdad que sí veo que la cosa no avanza y considero que, tras valorar el estado del periné, se puede producir un desgarro grave, sí realizo episiotomía medio lateral”.*

EEESMO 2.

1. *“Sí, creo que es muy importante. La participación activa de la mujer tras haberla informado de lo que puede pasar y hacerla participe en los cuidados hace que esté más controlada en el momento del expulsivo. Una mujer sin desgarros es una mujer con mejor experiencia de parto, por lo tanto, un logro para nosotros.*
2. *“Sí, en todos los partos. Las compresas ayudan a la relajación y distensión de los tejidos cuando la cabeza del bebé está coronando, lo que ayuda a la prevención de desgarros. La evidencia científica en la mayoría de los casos lo indica.”*
3. *“Sí, creo que es muy importante, el masaje perineal la hace conocedora de su cuerpo. La mayoría de estudios establecen que la preparación previa del periné ayuda a su relajación y distensión en el momento del parto, y eso es algo que pueden hacer ellas mismas en la sala de partos”*
4. *Yo realizo la protección activa siempre y cuando no sea una mujer que entra en expulsivo inmediato o en el paritorio 8, en la bañera. A mí me da más seguridad porque tengo más control de la situación”.*
5. *“Depende de la situación... A veces si realizo episiotomía”*

Matrón 3.

1. *“Es importante. Prevenir lesiones es más importante que repararlas posteriormente”.*
2. *“No, nunca. Vamos a ver, las compresas tibias aumentan la vascularización de los tejidos por lo que aumenta el sangrado posterior. Yo no uso compresas y quien esté aprendiendo conmigo tampoco”.*
3. *“Siempre he trabajado en sala de partos y la verdad que he oído poco sobre el tema. Creo que hay bibliografía que habla positivamente de ello, pero veo que tocar demasiado el periné macera los tejidos”.*
4. *“Sí, siempre realizo control activo del periné. Por lo general, y sobre todo las primigestas tienden a desgarrarse ya que como la mayoría tienen epidural no son capaces de manejar los pujos. Controlar la salida de la cabeza del bebé para que no haga una hiperextensión del cuello es muy importante”.*
5. *“Por lo general opto por lo más fisiológico, los desgarros cicatrizan mejor. La episiotomía se debe usar cuando en la fase final del expulsivo hay sufrimiento*

fetal o también en ocasiones cuando la mujer está muy cansada para dar los últimos empujones, pero en casos especiales”.

Matrona 4.

1. *“La prevención de desgarros es importante sí, lo que no se rompe no hay que repararlo”.*
2. *“Sí uso compresas tibias, ayuda a relajar y distender los tejidos y así la coronación puede ser más controlada y menos traumática”.*
3. *“Hay evidencia de que es eficaz. Yo siempre he trabajado en sala de partos, y cuando una mujer me pregunta que si puede hacerlo que le han enseñado le digo que sí claro... Pero no he observado menos desgarros es mujeres que se hagan el masaje...”*
4. *“Yo realizo protección a veces, muchas veces no. Si todo está tranquilo y la cosa va despacio y bien quizá no. No le doy demasiada importancia ya que protegiendo o no se desgarran igualmente”*
5. *“Yo prácticamente nunca hago episiotomías, he hecho muy pocas en mis años de trabajo, solo cuando el bebé se pone mal. Los desgarros es que creo que no tengo demasiado control sobre ellos, son algo muy común en el parto vaginal”.*

Matrón 5.

1. *“La prevención de desgarros es muy importante. Es algo que preocupa mucho a la mujer en el paritorio. Hacer todo lo posible para que no sufran lesiones es esencial. Creo que es importante que ya alguien les haya hablado del tema para que ellas sean partícipes en todo el proceso y elijan las actividades que deseen hacer”.*
2. *“... la mayor parte de estudios científicos avala el uso de compresas tibias cuando el bebé está a punto de coronar. Si todo está bien y la situación es tranquila, ayudan a relajar los tejidos dándoles tiempo a distenderse lentamente evitando desgarros y laceraciones. Siempre y cuando se pueda sí uso compresas tibias”.*
3. *“Yo creo que es importante que acudan a clases de preparación al parto y se hable del tema. La evidencia científica se inclina a decir que es beneficioso. Además, una mujer que interviene en su proceso se siente mejor después del parto, tanto si se produjo un desgarro o no”.*

4. *“Yo es verdad que soy de tocar poco, pero sí que me inclino por el Hans On. Me da más seguridad y tanto si se producen desgarros o no, yo siento que he hecho todo lo posible. No realizo el control activo si la mujer entra por la puerta de urgencias en expulsivo, en el paritorio 8 que es el de parto natural o si la mujer lo trae por escrito en el plan de partos, que ya me ha pasado”.*
5. *“Sólo se realiza una episiotomía cuando el bebé está en el plano III y hay un estado fetal no tranquilizador, esa es la única indicación. Siempre hay que sopesar riesgo-beneficio y hay que tomar una decisión y no siempre es fácil. Depende del contexto de todo el parto, pero por decirlo así, mejor que se produzca un desgarro de I o II grado, que la recuperación es mejor, que una episiotomía”*

Matrón 6.

1. *“Sí, muy importante, tanto en el embarazo como en el parto”.*
2. *“Siempre que se pueda sí, las compresas tibias son una buena opción antes de la coronación porque les relaja la musculatura perineal haciendo que se estire más fácilmente”.*
3. *“Es complicado, la evidencia científica muestra beneficios de su uso, yo creo que enseñarles a hacérselo ellas mismas ya desde el embarazo y saber que se lo podrían hacer aquí también, pero hacérselo nosotros me parece una técnica un poco violenta desde el punto de vista de la intimidad”.*
4. *“Yo suelo realizarla y los residentes que están conmigo también la hacen, salvo que entre una mujer por la urgencia pariendo”.*
5. *“Que se produzca un desgarro. A ver, depende, yo no tengo la costumbre de realizar episiotomía y tampoco he visto que se produjeran desgarros muy severos, pero es mejor en términos generales que se produzca un desgarro en términos de cicatrización”.*

Matrona 7.

1. *“Sí es importante, pero creo que es muy difícil intentar predecir cuándo se puede producir un desgarro, me he sorprendido muchas veces, para bien y para mal”.*
2. *“Yo suelo utilizarlas siempre, y enseño a los residentes a utilizarlas también”*

3. *“Yo siempre he trabajado en paritorio y aquí nunca lo he hecho. Sé que se hace y que tiene beneficios, pero debería ser enseñado desde atención primaria”.*
4. *“Mi tendencia natural es a proteger el periné en la mayoría de las ocasiones, me da más seguridad y controlo más la situación”.*
5. *“Depende, yo no tengo problema en realizar una episiotomía. No es que la haga habitualmente, sí el bebé necesita salir obviamente sí, pero a veces prefiero hacerle una episiotomía a una mujer si preveo que si no la hago la situación acabe en un fórceps”.*

Matrona 8.

1. *“No sé cómo tomarme la pregunta, sí claro que es importante pero no sé en qué términos te refieres”.*
2. *“Las utilizo a veces, yo no suelo manipular mucho el periné, pero normalmente si se dan las situaciones necesarias sí las uso”*
3. *“Creo que es muy importante, ya no en sí el masaje como técnica, sino que la mujer se explore y se toque dentro de lo que permita la situación. Somos mamíferas, el parto es muy instintivo para la mujer, creo que hay que guiarla, pero tampoco tecnificarlo demasiado”*
4. *“Yo solo realizo el manejo activo cuando veo que es totalmente necesario, yo espero y le permito a la mujer que haga ella. Si veo que la situación se descontrola mucho si es verdad que tomo un papel más activo para evitar complicaciones mayores”.*
5. *“Que se produzca un desgarro por supuesto. El cuerpo es muy sabio. Solo realizo episiotomía cuando hay que sacar al bebé rápido por su bienestar”*

Matrona 9.

1. *“Sí, muy importante, todo lo que sea por mejorar la salud de la mujer creo que es muy importante”.*
2. *“A mí me enseñaron a asistir el parto usando las compresas, y claro, tiene evidencia científica, así que compresas calientes sí”*
3. *“Yo nunca lo he hecho, y tampoco lo he aconsejado el poco tiempo que he estado en atención primaria. Sé que está demostrado que parece ayudar, pero es complicado abordar el tema, te centras más en las cosas habituales”.*

4. *“Hands ON siempre, me da más seguridad y no me siento mal si se produce un desgarro”.*
5. *“Es preferible que se produzca un desgarro, la episiotomía solo en caso de sufrimiento fetal”.*

Matrona 10.

1. *“Sí, en nuestra profesión es mejor prevenir que curar”.*
2. *“Sí, siempre uso las compresas cuando todo está tranquilo, siempre que se pueda”*
3. *“He estudiado sobre ello y tiene propiedades preventivas, pero si es verdad que nunca se ha dado el caso de que una mujer lo realice en el paritorio.*
4. *“Yo protejo el periné siempre que pueda, me da más seguridad en lo que hago”.*
5. *“He realizado pocas episiotomías en el tiempo que llevo trabajando, es cierto que lo ideal es que se produzca un desgarro mientras que no sea severo, pero si tengo que hacer una episiotomía en una determinada situación creo que no me lo pensaría, hay que tomar decisiones a veces muy rápido y confías que sea lo mejor”*

APÉNDICE D: Clases de Preparación al Parto y Parentalidad; “Plano de parto” y “Trabalho de Parto”, en el contexto clínico 1.



ACES
ALLENTEJO CENTRAL
agrupamento de centros de saúde



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



PLANO DE PARTO E SINAIS DO TRABALHO DE PARTO

ENF^º ESMO ANTÓNIA MARTINS
Enf^º PABLO OLIVEIRA

ÍNDICE

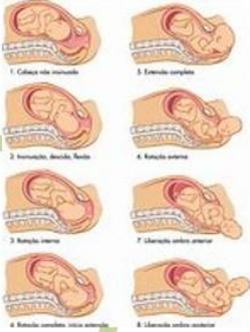
- **Introdução**
- **Objetivos**
- **Plano de Parto (DGS, 2019)**
- **SINAIS DO TRABALHO DE PARTO**
- **¿Quando ir para a Maternidade?**
- **Membranas Amnióticas ou “Bolsa de Águas”**
- **Diminuição dos Movimentos Fetais**
- **ENFERMEIRO ESPECIALISTA EN SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**
- **Bibliografia**



Estágio I - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Comunidade

ACES
ALENTEJO CENTRAL
Agência de Saúde

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



TRABALHO DE PARTO

ENF.^o ESMO ANTÓNIA MARTINS Enf.^o PABLO OLIVEIRA

ÍNDICE

- Introdução
- Objetivos
- Gravidez e trabalho de parto
- Contrações Uterinas
- Distinguir o trabalho de parto verdadeiro/Falso trabalho de parto; Braxton Hicks
- Trabalho de parto
- Acompanhamento durante o trabalho de parto
- Dor de parto: Medidas farmacológicas e não farmacológicas
- Bibliografia

