

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

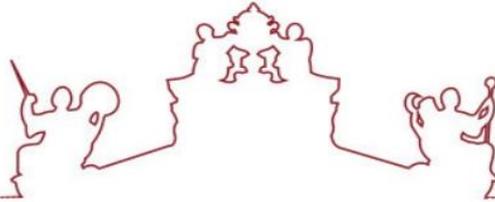
**Formación sobre la Pérdida Perinatal: Percepción de los
Profesionales Sanitarios**

Verónica López Orta

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2022

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

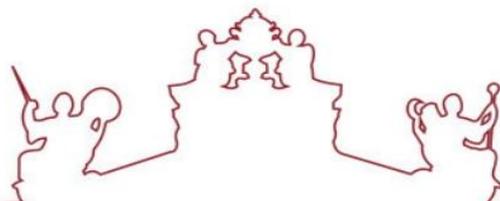
**Formación sobre la Pérdida Perinatal: Percepción de los
Profesionales Sanitarios**

Verónica López Orta

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2022

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



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

Presidente | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Sagrario Gómez Cantarino (Universidad de Castilla-La Mancha) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

1.

DEDICATORIA

A mis cinco hijos, mis tres estrellas y mis dos arcoíris, que me hicieron sentir la necesidad de emprender este camino y ser parte del cambio, porque ellos no son partes de mí, soy yo la que está hecha de pedacitos de todos ellos.

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Doctora M.^a da Luz Barros por su orientación, comprensión y paciencia a pesar de todas las piedras que aparecieron en mi camino, confió siempre en que yo podría conseguirlo.

A las profesoras Doctoras Margarida Sim-Sim, Ana Frias y Otilia Zangão por sus enseñanzas y por la ayuda y facilidades sobre todo al principio del camino para integrarme como una más a pesar del idioma.

A todos los que componen la Escuela Superior de Enfermería San Juan de Dios, en especial a todos los que forman parte o tienen relación con el equipo de Enfermería en salud materna y obstétrica, porque mi camino ha sido posible y ha llegado a su fin gracias a todos ellos.

A los profesionales con los que compartí el aprendizaje, en especial a mis orientadoras clínicas y aquellas que sin serlo me dedicaron parte de su tiempo y sus conocimientos y me acogieron y acompañaron en este crecimiento personal y profesional, Patricia Jerónimo, Tânia Rito, Sara Carracha, Patricia Abranches, Sonia Fonseca y Sara Palma.

A los jefes de servicio y jefes de equipo que me aceptaron como un miembro más y facilitaron mucho la posibilidad de compaginar mi faceta de madre con la de estudiante.

A todas las mujeres que me han permitido ser parte de sus procesos de vida indistintamente del momento en el que se encontrasen.

A mi marido Fran que nunca ha dejado de apoyarme en esta locura de proyecto, incluso cuando yo me hubiera rendido.

A mis hijos, los que llegaron a mi vida sólo para indicarme por dónde tenía que seguir y a los que tengo conmigo, Berenice y Asier que me han acompañado en esta andadura con su inocencia y su sonrisa aún en otro país y fuera de casa.

A mis padres, Bella y Antonio, porque no sería lo que soy sin ellos y sobre todo a mi madre, desde luego no habría podido llegar hasta aquí si no se hubiera implicado como lo ha hecho, dejando todo para venir conmigo y cuidar de los pequeños.

¡Gracias a todos por hacerlo más fácil!

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

TÍTULO: “Formación sobre la pérdida perinatal: percepción de los profesionales sanitarios”.

RESUMEN

Introducción: Informe final desarrollado durante el máster en Enfermería en Salud Materno-Obstétrica que permite obtener el título de enfermero especialista y maestría, tras adquirir competencias para el acompañar y cuidar de la mujer desde la menarquia a la menopausia.

Objetivo: Exposición reflexiva de las actividades desarrolladas durante la práctica clínica con una base teórica y profundizando en un tema de interés. **Metodología:** Desarrollo de actividades bajo supervisión clínica y conocimiento sobre la formación para acompañamiento del duelo gestacional y perinatal del personal sanitario a través de conversaciones informales, observación y una revisión de la literatura. **Resultados:** Obtención de conocimientos para el desarrollo de la práctica profesional, consecución de las competencias necesarias para tal fin y confirmación sobre la importancia de una mayor inversión en formación sobre acompañamiento ante las pérdidas. **Conclusiones:** Finalización del periodo de prácticas de manera positiva con la consecución de las herramientas necesarias para ser especialista.

Descriptores: perdida perinatal; formación; profesionales; duelo; matronas.

TITLE: “Training on perinatal losses: perception of health professionals”.

ABSTRACT

Introduction: Final report developed during the master's degree in Maternal-Obstetric Health Nursing that allows obtaining the title of specialist nurse and master's degree after acquiring skills to accompany and care for women from menarche to menopause. Objective: Exhibition of the activities developed during clinical practice with a theoretical basis and deepening in a topic of interest. Methodology: Development of activities under clinical supervision and knowledge about training to monitor the gestational and perinatal grief of health personnel through informal conversations, observation, and a review of the literature. Results: Obtaining knowledge for the development of professional practice, attaining the necessary competencies for this purpose and confirmation of the importance of a greater investment in training on accompaniment to losses. Conclusions: Completion of the internship period in a positive way with the achievement of the necessary tools to be a specialist.

Descriptors: perinatal loss; training; professionals; dual; midwives.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

TÍTULO: “Capacitação sobre perdas perinatais: percepção de profissionais de saúde”.

RESUMO

Introdução: Relatório final desenvolvido durante o mestrado em Enfermagem em Saúde Materno-Obstétrica que permite obter o título de enfermeira especialista e mestre, após adquirir competências para acompanhar e cuidar de mulheres da menarca à menopausa.

Objetivo: Exposição reflexiva das atividades desenvolvidas durante a prática clínica com embasamento teórico e aprofundando um tema de interesse. Metodologia: Desenvolvimento de atividades sob supervisão clínica e conhecimento sobre capacitação para acompanhamento do luto gestacional e perinatal de profissionais de saúde por meio de conversas informais, observação e revisão de literatura. Resultados: Obtenção de conhecimentos para o desenvolvimento da prática profissional, conquista das competências necessárias para o efeito e confirmação da importância de um maior investimento na formação em acompanhamento perante as perdas. Conclusões: Conclusão do período de estágio de forma positiva com a conquista das ferramentas necessárias para ser especialista.

Descritores: perda perinatal; Treinamento; profissionais; duelo; parteiras.

INDICE

1.Introducción.....	11
2.Contexto de las Prácticas Clínicas.	16
2.1 Caracterización del contexto	17
2.1.1 Centro de Salud de Villa Real de San Antonio (USF levante).....	18
2.1.2 HPA Gambelas (Faro).	22
2.1.3 Centro Hospitalario Medio Tejo (Abrantes).....	25
2.1.4 HGO (Almada).	30
2.2 Metodología.	38
2.2.1 Objetivos	38
2.2.2 Población diana.	39
2.2.3 Método de aprendizaje.....	39
3.Contributos para la mejora de la asistencia en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica.....	42
3.1 Conceptualización	45
3.2 Metodología	53
3.3 Resultados y discusión.	54
4.Análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias.....	59
4.1 Competencias comunes de los enfermeros especialistas	61
4.2 Competencias específicas de los EESMO	66
5. Consideraciones finales.....	78
6. Referencias bibliográficas.....	82
APÉNDICES.....	89
Apéndice I- Reflexiones estructuradas	89
Apéndice II- “proposta de projeto de tese / dissertação / estágio / trabalho de projeto	145
Apéndice III- Conversaciones sobre pérdidas	147
Apéndice IV- Relato de experiencia	149
Apéndice V - Rastreo de cáncer de cuello uterino.....	150
Apéndice VI- Aula "PRIMEROS AUXILIOS AL RN"	156
Apéndice VI- Aula "HABLAMOS DEL EMBARAZO"	163
Apéndice VIII- Aula “LACTANCIA MATERNA”	174
Apéndice IX- Aula "TRABAJO DE PARTO Y PARTO"	183
Apéndice X – Aula “CUIDADOS BÁSICOS AL RECIÉN NACIDO”	193
Apéndice XI- Baby Led Weaning (BLW).....	202
Apéndice XII- Porteo	203
ANEXOS	204
Anexo I-	204

Anexo II- Estándares Calidad	205
Anexo III- Diploma formación maternidad en duelo	206
Anexo IV- Hoja De Triage	207
Anexo V- Tipos De RCTG	208
Anexo VI- Reanimación Neonatal	209
Anexo VII- Criterios De Inducción Y Protocolo P.O	210
Anexo VIII- Certificado curso Auscultación Fetal	211
Anexo IX- Certificado curso Sutura Perineal	212

ILUSTRACIONES:

Ilustración 1 Centro de Salud	18
Ilustración 2 - Mapa municipio VRSA y MontegordoF	18
Ilustración 3 Fotografía del HPA	22
Ilustración 4 Mapa del Algarve	22
Ilustración 5 Gráfico: Partos y Cesáreas HPA (2019)	24
Ilustración 6 Cama de parto	25
Ilustración 7 Carro de parada y material	25
Ilustración 8 Zona reanimación neonatal	25
Ilustración 9 Zona aseo R	25
Ilustración 10 Fotografía CHMT Abrantes	26
Ilustración 11 Fotografía CHMT Tomar	26
Ilustración 12 Fotografía CHMT Torres Novas	26
Ilustración 13 Mapa área de atención del CHMT	27
Ilustración 14 Foto sala de parto	28
Ilustración 15 Zona reanimación neonatal	28
Ilustración 16 Zona de incubadora	28
Ilustración 17 - Gráfico: Partos y Cesáreas CHMT (2018 a mayo 2021*)	29
Ilustración 18 - Fotografía HGO	30
Ilustración 19 - Mapa zona de atención	30
Ilustración 20 Insignias Hospital amigos de los niños	31
Ilustración 21 Reconocimiento H.amigo de los niños	31
Ilustración 22 Sala de parto I	33
Ilustración 23 Sala de parto II	33
Ilustración 24 - Gráfico: Partos y Cesáreas HGO, EPE (2018 a mayo 2021*)	35
Ilustración 25 - Nube de palabras obtenidas con el programa IRaMuTeQ en base a las conversaciones con las enfermeras	43

Ilustración 26 - Tasa de mortalidad. Muertes fetales >22 semanas de gestación entre 2010 y 2015	46
Ilustración 27 Gráfico edad materna	72
Ilustración 28 - Gráfico % inducciones.....	72
Ilustración 29 Gráfico métodos de inducción.....	73
Ilustración 30 - Gráfico uso de epidural.....	73
Ilustración 31 - Gráfico posiciones en el parto.....	73
Ilustración 32 - Gráfico % tipos de desgarros.....	74

1. Introducción

El presente documento se encuadra en la unidad curricular de prácticas de naturaleza profesional con informe final del curso de Máster en Salud Materna y

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

Obstétrica de la “*Escola Superior de Enfermagem São João de Deus*” de la Universidad de Évora (ESESJD), con publicación en el *Diário da Republica* el 7 de octubre; Convocatoria nº 15812/2019 e inscrita en la Dirección General de Educación Superior (R / A - EF 1783/2011 / AL03), el cual, presenta una equivalencia de 60 *European Credit Transfer System* (ECTS) y permite la obtención del título tras discusión pública del informe final mediante el reconocimiento del título de Enfermero Especialista en Salud Materna (EESMO) según lo recogido por las directrices europeas, concretamente la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, transpuesta en la ley Portuguesa según Ley nº9/2009 de 4 de marzo, con varias actualizaciones y relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

La experiencia clínica de carácter profesional tuvo lugar en diferentes instituciones y servicios, en el primer semestre en el Centro de Salud de Villa Real de San Antonio (VRSA) en la Unidad de Salud Familiar de Levante (USF Levante), Hospital Particular del Algarve (HPA) en Faro, concretamente en el servicio de embarazadas y encaminada a la atención principalmente de embarazos de riesgo, y Centro Hospitalario Medio Tejo (CHMT) en el hospital de Abrantes en su servicio de paritorio.

El segundo semestre se desarrolló por completo en el Hospital García de Orta (HGO) en los servicios de bloque de partos y puerperio, incluyendo una semana de observación en el servicio de neonatología. Todo este proceso de prácticas brinda varias oportunidades tanto para aprender como para consolidar los diferentes conocimientos adquiridos durante el primer año teórico, favoreciendo la ampliación y profundización de estos mediante el desarrollo de actividades prácticas de las funciones del enfermero especialista y su justificación basada siempre en la evidencia científica más actual.

Según la *Ordem dos Enfermeiros* (OE), una EESMO asume intervenciones autónomas en todas las situaciones de bajo riesgo en su práctica profesional, involucradas en procesos fisiológicos y procesos de vida del ciclo reproductivo de la mujer, y actividades interdependientes en situaciones de medio y alto riesgo.

El período clínico tuvo como inicio el 15 de septiembre de 2020 y fecha de fin el 30 de junio 2021, contemplando un tiempo de pausa desde el 25 de enero hasta el 14 de

marzo por la situación de pandemia mundial en la que nos encontrábamos en ese momento y que dificultaba el acceso a los servicios por motivos de seguridad sanitaria, realizando finalmente un total de unas 1010 horas presenciales.

Los objetivos generales de las prácticas clínicas son:

- ❖ Adquirir competencias específicas en el área de la salud materna y obstétrica que permitan cuidar a la mujer/pareja inserta en la familia y la comunidad:
 - Dentro del período prenatal.
 - En las diversas etapas del trabajo de parto en situación de salud/desviación de salud.
 - En el período puerperal en situación de salud/desviación de salud.
 - Durante el período postnatal en situación de salud/enfermedad.
 - Seguimiento de los procesos de salud/desviación de salud ginecológica.
- ❖ Demostrar una adquisición de conocimientos, teniendo en cuenta los aspectos teórico-prácticos y la práctica basada en la evidencia.
- ❖ Desarrollar competencias que permitan contribuir a la mejora de la atención en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica.
- ❖ Defender a través de un Informe presentado en defensa pública el desempeño en la Práctica Profesional.

El objetivo principal se centra en llevar a cabo experiencias diversas en los distintos escenarios clínicos, con el fin de adquirir y desarrollar competencias específicas del EESMO, seguir las recomendaciones de la Dirección Europea, recogidas en Portugal según la ley n.º 9/2009 del 4 de marzo, y contribuir a la mejora de la prestación de cuidados obteniendo datos que permitan ampliar los conocimientos durante todo el período de aprendizaje. La metodología se centra en el desarrollo de actividades bajo supervisión clínica con diferentes orientadores clínicos pertenecientes a cada uno de los servicios y una orientadora pedagógica encargada de coordinar y dirigir todo el proceso de forma global.

Toda esta información se recoge a modo de análisis crítico y reflexivo describiendo las diferentes situaciones y experiencias vividas en el ámbito clínico y cómo permiten desarrollar y movilizar competencias adecuadas y necesarias para un óptimo desarrollo como futura EESMO a través de intervenciones que buscan promover una mejora de los

cuidados prestados a las mujeres y sus familias a lo largo de toda su vida fértil desde el inicio al fin, incluyendo el período preconcepcivo, embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, cuidados al recién nacido y atención a mujeres con afecciones ginecológicas. A modo de trabajo complementario en cada uno de los campos prácticos se realizó una reflexión crítica y estructurada, solicitada por mi orientadora pedagógica, donde se refleja al detalle el proceso de aprendizaje, con una guía de objetivos a conseguir en base a la movilización de competencias del especialista, establecidas según el Reglamento de Competencias de la OE (Reglamento n.º 140/2019, 2019).

La otra parte importante de todo este aprendizaje, se centró en recopilar información sobre un tema específico dentro del mundo de la salud materna y obstétrica que resulte de interés y sea relevante para la profesión, buscando ahondar más en este tema intentando también mejorar y ampliar los conocimientos al respecto, y que en este caso se centraba en conocer de primera mano que tipo o nivel de formación considera el personal sanitario que tenemos para acompañar situaciones de duelo gestacional y perinatal. Toda la información al respecto era adquirida a través de conversaciones informales con las diversas EESMO con las que iba trabajando, junto a una revisión de la literatura. Está comprobado que la mayoría de los profesionales de salud no cuentan con instrumentos para monitorear este tipo de situaciones y evitan, en la medida de lo posible, el contacto con estas familias, reduciendo la calidad de la atención brindada en este tipo de circunstancias en las que la salud mental también está en riesgo.

En este apartado el enfoque de mi búsqueda de información tenía como referente a una de nuestras teóricas de enfermería sobre las que se sustentan nuestros conocimientos, usando como guía el modelo de Kristen Swanson quien, a modo de resumen, determinó con sus estudios que el tipo de cuidados que estas familias reciben tiene un impacto positivo directo, si son de calidad y adecuados, sobre la reducción de la alteración del estado de ánimo, del enfado y el nivel de depresión.

Según la OMS (2006) el periodo perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación hasta la semana de vida independiente. En la práctica clínica y literatura publicada (Kowalski 1987; Wallerstedt y Higgins, 1994), el período va desde la concepción hasta primer año de vida, incluyendo como pérdidas perinatales, ectópicos,

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

abortos, muertes intrauterinas o intraparto y la muerte de prematuros y neonatos. La perinatalidad se define por características biológicas, pero la realidad evidencia que estas medidas no determinan el grado de apego o duelo.

Desde el siglo pasado, numerosos autores como Hugues (2003), Turton (2002) o Hagman (2001) entre otros, se han interesado por el duelo, siendo este una forma de adaptarse a un cambio significativo en la vida que origina la pérdida. El duelo es un acontecimiento vital estresante, aunque no patológico y la mayoría de las personas lo viven sin necesidad de recurrir al personal sanitario. En el caso de la muerte perinatal, los estudios encuentran (Alvarado,2019; Chung,2007; Jind,2003; Ridaura, 2017,) que entre el 10% y 30% de mujeres padecen síntomas de ansiedad, depresión, estrés y duelo complicado, meses y años después de la muerte, la mayoría se recupera en un periodo de 2 años, pero algunos se ven afectados de manera problemática más tiempo.

La pérdida gestacional sin duda es una de las caras menos amables de la vida de una mujer o familia y no es la parte más atractiva del trabajo como EESMO, por ello, estas situaciones requieren una atención aún más especial si cabe, centrada en el respeto, la empatía y el acompañamiento del proceso. El objetivo general se centra en determinar la necesidad de formación por parte de los EESMO, así como enfermeros generalistas, que trabajan atendiendo a parejas en fase de duelo en los servicios de paritorio y hospitalización con el fin de detectar posibles obstáculos y dificultades en el desempeño de su rol, aspectos apreciados tras perder tres hijos por muerte fetal, acompañar a muchas familias en este proceso de pérdida y posterior duelo, tanto en la planta de maternidad como de encargada de un grupo de acompañamiento al duelo, teniendo como objetivos específicos intentar conocer la formación que presentan estos profesionales e identificar la motivación que presentan para mejorar los cuidados ofrecidos a este tipo de mujeres.

En lo referente a la estructura del presente documento, está basada en el *Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Despacho nº 90/2018)* y tiene 6 bloques principales. En primer lugar, una introducción general del contenido, a continuación, se expone una contextualización del desarrollo de la práctica clínica según los distintos centros y

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

situaciones, incluyendo como tercer apartado una contribución a la mejora de la asistencia centrada en un tema de interés personal y profesional: formación sobre la pérdida perinatal: percepción de los profesionales sanitarios. El cuarto bloque recoge un análisis reflexivo sobre la movilización de competencias a lo largo de la práctica clínica, reflejando las distintas actividades llevadas a cabo para la consecución de tal fin y a todo esto le sigue un apartado de cierre con las consideraciones o conclusiones finales y un sexto y último bloque en el que se presentan las referencias bibliográficas registradas según la normativa de la *American Psychological Association* (APA, 2019), añadiéndose los anexos y apéndices oportunos para completar el trabajo.

2. Contexto de las Prácticas Clínicas.

Este informe refleja el desarrollo de la práctica clínica llevada a cabo para la adquisición de las competencias de especialista reconocidas en la OE siendo estos ítems

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

referidos en el Diario de la República, 1.ª serie, N.º 84, 2 de maio de 2014, de carácter orientativo para cumplir todos los requisitos previstos a lo largo de la práctica clínica y dar respuesta a lo establecido en la Directiva Europea, transpuesta para la Ley Portuguesa por medio de la Ley nº 9/2009 del 4 de marzo, con varias actualizaciones (**Anexo I**).

2.1 Caracterización del contexto

La práctica clínica se desarrolló de forma íntegra en Portugal durante todo el segundo año de formación, correspondiente al curso 2020/2021. El desarrollo de mis prácticas se complementaba con la realización semanal de una recogida de información y redacción de todas las actividades realizadas, así como el aprendizaje que obtenía de cada una de ellas y las diversas situaciones que vivía en cada uno de los servicios, buscando siempre evidencia científica actual de la forma de proceder en distintos casos a fin de entender las diversas formas de actuar y trabajar que variaban mucho entre centros e incluso entre servicios.

Estas reflexiones eran enviadas a mi orientadora pedagógica sirviendo de diario del desarrollo de la práctica clínica y recogidas al final de este informe y de las que hablaremos más en profundidad en el apartado de metodología de aprendizaje.

El primer semestre las prácticas se desarrollaron en la zona del Algarve, más concretamente en el centro de salud de VRSA durante 6 semanas y el HPA en Faro otras 6 semanas, para acabar el semestre en el CHMT en Abrantes en el bloque de partos 6 semanas más, el segundo semestre en el HGO en Almada, donde realicé las prácticas de observación en el servicio de neonatología 1 semana y continué mi práctica clínica en bloque de partos durante dos periodos de 4 y 8 semanas y una última rotación en el servicio de puerperio 5 semanas más.

2.1.1 Centro de Salud de Villa Real de San Antonio (USF levante)

Mis prácticas en el centro de salud comenzaron el 15/09/2020 con una duración de seis semanas hasta el 25/10/2020 pero debido a la situación de pandemia que se vivía con la Covid-19, tuvimos que hacer un ajuste de horas para terminar antes, el 16/10/202, ya que el centro de salud estaba en trámite de cierre como USF. El área de operación de la USF Levante es el municipio de VRSA y Monte Gordo en su totalidad. El municipio tiene una superficie de 61,25Km² divididos en tres partes, es uno de los pocos municipios territorialmente discontinuos, dividiéndose en una parte occidental, la parroquia de Vila Nova de Gacela, y una parte oriental donde se encuentran Monte Gordo y VRSA.



Ilustración 1 Centro de Salud



Ilustración 2 - Mapa municipio VRSA y Montegordo

Fuente: [Centro de Saúde de Vila Real de Santo António - centrosdesaude.pt](http://centrosdesaude.pt)

Foto: [Archivo: Vila Real de Santo António freguesias.svg - Wikimedia Commons](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vila_Real_de_Santo_Ant%C3%B3nio_freguesias.svg)

El equipo humano está formado por 6 médicos, 6 enfermeros y 5 administrativos, con 4 médicos, 4 enfermeros y 4 administrativos en VRSA y 2 médicos y 2 enfermeros y 1 administrativo en Monte Gordo, siendo planificada una distribución rotatoria en cada uno de los puestos, pudiendo ser atendidos por cualquiera de los profesionales del equipo, cada uno en su categoría profesional, si fuera necesario. El USF Levante ofrece atención médica todos los días laborables de 8 a 20 horas, ofreciendo consultas programadas y no programadas, de medicina familiar y de enfermería durante todo este período. En esta zona geográfica no hay población sin médico de familia asignado.

En este centro no sólo se trabaja como “matrona”, denominación que usamos en España para referirnos a los EESMO y que utilizaré a lo largo de este documento en distintas ocasiones, sino también como enfermero generalista ya que el cupo de pacientes asignado incluye tanto una parte específica como una consulta de enfermería familiar y esto permite, en muchas ocasiones, tener una visión más amplia de todo el ámbito socio-económico y familiar, llegando a identificar problemas que sólo con una atención en el embarazo no sería posible.

Dentro de la cartera básica de servicios están muy bien definidos todos los programas de salud en el “*Plano de Acção 2016-2018 USF LEVANTE*” y entre ellos los dos que son los más importantes para una futura EESMO:

"Programa de Salud de la Mujer"

La salud de la mujer es considerada un área importante que concierne a la pareja y más ampliamente a la familia, motivo por el que la población diana son las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, inscritas en el USF Levante, así como la pareja, y donde el mantenimiento de la salud individual y familiar está estrechamente relacionado con:

- ❖ Una experiencia saludable y segura de sexualidad;
- ❖ Planificación familiar de acuerdo con los deseos y posibilidades de la pareja;
- ❖ Preparación para la maternidad y la paternidad responsables;
- ❖ Reducción de la mortalidad y morbilidad materna, perinatal e infantil;
- ❖ Reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual y sus consecuencias, en particular la infertilidad;
- ❖ Atención preconcepcional y posparto;
- ❖ Prevención del tabaquismo y uso de drogas ilícitas.

“Programa de Planificación Familiar”

Programa relacionado con el control de la fertilidad, la sexualidad responsable y las relaciones entre la pareja. La consulta de planificación familiar debe garantizar información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, así como información sexual y asesoramiento, prevención y diagnóstico precoz de enfermedades de transmisión sexual (ETS), cáncer de cuello uterino y de mama, y atención preconcepcional y posparto. La

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

población diana son mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, inscritas en la USF Levante, así como la pareja, y tiene como objetivos:

- ❖ Aumentar la tasa de cobertura;
- ❖ Optimizar la salud y el bienestar de la familia;
- ❖ Regular la fertilidad de acuerdo con los deseos de las parejas;
- ❖ Disminuir el número de embarazos no deseados.

Todo esto referente a ambos programas trata de conseguirse, cumpliendo las normas de la dirección general de salud (DGS) y los protocolos específicos del hospital de referencia, mediante la información y educación para la salud adecuada en materia de planificación de embarazos y sexualidad responsable, anticoncepción e importancia de estrategias de detección precoz del cáncer, realizándose la captación de todas las mujeres que se encuentran en la población diana y no hayan asistido a consulta en los dos últimos años.

Dentro de la cartera específica de servicios se engloba el principal en competencias del EESMO:

"Programa de Salud Materna"

El embarazo es un período especial en la vida de una mujer, así como de toda su familia, la naturaleza de la atención prestada a las mujeres embarazadas es esencialmente preventiva y de promoción de la salud, en un período de especial sensibilidad para toda la familia, todo esto hace del programa de Salud Materna un conjunto privilegiado de actividades desarrolladas por el equipo de atención familiar con sus usuarios; de sus resultados, así como de la satisfacción de sus usuarios, dependerá en gran medida el éxito del programa de Salud Infantil y el seguimiento del niño en el primer año de vida. Por lo tanto, es esencial que los profesionales desarrollen un programa específico de vigilancia, para promover el asesoramiento, la información y el apoyo a las mujeres embarazadas y las familias, con el fin de garantizar el curso normal del embarazo, o para detectar los factores de riesgo a tiempo proporcionando efectivamente una remisión de complicaciones materno-fetales.

La consulta de revisión posparto incluye el examen clínico, el examen ginecológico, la citología y la información y aportación de métodos anticonceptivos. La población diana son las embarazadas y las mujeres posparto inscritas en la USF Levante y las actividades a incluidas son:

- ❖ Establecer sistemáticamente el riesgo gestacional y derivar a las mujeres embarazadas en riesgo a la atención sanitaria secundaria;
- ❖ Predecir los posibles efectos del embarazo en las condiciones médicas existentes;
- ❖ Aumentar el número de primeras consultas en el primer trimestre del embarazo;
- ❖ Aumentar el número de consultas hasta las 38 semanas de embarazo;
- ❖ Aumentar el número de consultas posparto de mujeres embarazadas supervisadas en el USF.

Incluidos en ambos programas y combinados con consultas para adultos, se incluyen dos análisis de detección del cáncer:

- ❖ Examen de detección del cáncer de cuello uterino con población diana las mujeres de 25 a 64 años inscritas en el USF Levante.
- ❖ Examen de detección del cáncer de mama con población diana las mujeres de 50 a 69 años inscritas en la USF Levante.

El objetivo principal de ambos es disminuir la morbi-mortalidad relaciona con estos tipos de cáncer, mostrar la existencia de estos programas y mejorar la adhesión a los mismos. En el cáncer de cuello uterino se pretende un seguimiento citológico triannual (Ascunce, 2015; Cabrera, 2020; Lugones 2018).

Durante este periodo práctico, tuve la oportunidad de prestar cuidados y realizar exámenes prenatales a 78 embarazadas (4 de ellas de riesgo), de éstas 70 participaron en aulas online de preparación al parto y 10 puérperas se unieron a dichas aulas en las referentes a cuidados del recién nacido, atendiendo así las necesidades de un total 19 puérperas saludables y 19 recién nacidos. Dentro del programa de rastreo de cáncer de cuello uterino, realicé 9 citologías y pude identificar a 1 mujer con afección ginecológica que precisó ser derivada a los servicios de atención hospitalaria.

2.1.2 HPA Gambelas (Faro).

Mi periodo de prácticas en embarazadas de alto riesgo se desarrolló en el Hospital Particular del Algarve (HPA) en Faro y tuvo una duración de 6 semanas desde el 26/10/2020 hasta el 06/11/2020. Este hospital se encuentra acreditado por la entidad de mayor reconocimiento y prestigio mundial en el área de acreditación clínica, la *Joint Commission Internacional (Anexo II)*. Esta acreditación internacional ahora atribuida a todos los servicios clínicos y no clínicos de los Hospitales Alvor y Gambelas, reconoce que los profesionales y estas unidades se guían por los más altos estándares de seguridad y calidad en áreas como el control de infecciones, la seguridad de los medicamentos, la atención médica y quirúrgica, pero también el liderazgo y la gestión organizacional.

Construido desde cero e inaugurado en 2009, el HPA Gambelas, se incluye en la red HPA que cuenta con un total de 5 hospitales y 12 clínicas situados entre las regiones del Algarve, Alentejo y Madeira. Se encuentra situado en el distrito de Montenegro, concretamente en la ciudad de Faro, abarcando a toda la población de ésta junto con la procedente de la región del Algarve y la parte sur del Alentejo.



Ilustración 3 Fotografía del HPA



Ilustración 4 Mapa del Algarve

Fuente: [Hospital Particular Gambelas, Algarve | Grupo HPA Saúde](#)
Mapa: [Ruta en coche de 3 días por el Alentejo portugués | My Guia de Viajes](#)

Las prácticas clínicas se centraron en el servicio de hospitalización, ya que estaban enfocadas a la atención y seguimiento de embarazadas de alto riesgo o embarazadas con patología asociada y debido a la situación de pandemia a nivel mundial en la que nos encontrábamos y mi procedencia diariamente desde otro país, España, no se recomendaba demasiada movilidad fuera del servicio. Esta unidad de embarazadas de riesgo se compone de 4 habitaciones individuales, una sala de partos, una sala de consultas con un puesto para la matrona y dos puestos para la realización de exámenes necesarios, dotados de dispositivos para poder realizar los registros cardiotocográficos (RCTG) si son

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

precisos, una sala para valorar las urgencias y la sala de enfermería desde donde, de modo centralizado, se podían controlar los RCTG de todas las habitaciones.

El equipo de profesionales que acompaña a las mujeres durante el ingreso en alto riesgo en cada turno será de 1 ginecólogo, 3 EESMO, 1 enfermero generalista y 1 auxiliar. Los EESMO se reparten el trabajo de la siguiente manera: uno se encarga de cuestiones asistenciales y organizativas (supervisora), otro se ocupa de las mujeres que acuden a consultas médicas marcadas realizando las valoraciones y la educación para la salud precisa según en el momento del embarazo en el que se encuentren y el tercero, junto al enfermero generalista, se encarga de las urgencias que llegan y la recepción de mujeres para ingresos programados.

Recordar que el distrito de Faro tiene una población de 438.864 según Eurostat (2019) y dispone de una ratio 63,7 enfermeras por cada 10000 por encima de España con 55,3 enfermeras por cada 10.000 habitantes, según el informe 'World Health Statistics de 2019'.

En este servicio se reciben todas las mujeres con alguna patología asociada propia del embarazo, patologías previas de la madre o cualquier tipo de patología o alteración que presente el bebé intraútero, que supongan un riesgo en el aumento de la morbimortalidad materna y fetal y que precisen algún tipo de control o seguimiento. Por otra parte, en este servicio se recibe a todas las mujeres cuyos partos van a ser inducidos, las cuales quedan en sus habitaciones durante todo el trabajo de parto hasta casi el momento del expulsivo, siendo trasladadas a la sala de partos para el nacimiento del bebé, y posteriormente vuelven a sus habitaciones para valoración del posparto inmediato. Una vez madre y bebé están tranquilos y estables y se ha instaurado la lactancia materna, si así lo quieren, las familias son trasladadas al área de maternidad donde ya permanecen en la habitación asignada hasta el día del alta.

La recepción de mujeres que vienen para una cesárea programada, también se realiza en esta planta donde al llegar son evaluadas y preparadas por una matrona, que se encarga de la realización del RCTG y la comprobación de que las pruebas analíticas y documentación propias de las embarazadas en el tercer trimestre sean añadidas en la

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

historia, y un enfermero generalista que prepara todo el resto del papeleo necesario, realiza las pruebas complementarias pautadas, canaliza la vía periférica y evalúa si todos los documentos aportados están bien cumplimentados

En las cesáreas se permite, una vez instaurado todo el protocolo de “parto seguro”, con la presentación de todo el equipo presente y la mujer ya prepara para el inicio de la cirugía, el paso del acompañante que permanecerá junto a la madre en todo momento y ambos podrán conocer al recién nacido justo en el momento de su nacimiento.



Ilustración 5 Gráfico: Partos y Cesáreas HPA (2019)

Fuente: [Relatorio interno HPA](#)

El índice de cesáreas en este centro es bastante elevado como se observa en sus gráficos estadísticos extraídos de “relatorio HPA 2019” teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (2014) recomienda una tasa de cesáreas del 10-15%. Pues como muestra sus últimos estudios una tasa superior al 15% de cesáreas no consigue disminuir la mortalidad materno-fetal.

La sala de partos está completamente equipada para la atención tanto de la madre en el momento del parto como del bebé justo en el momento del nacimiento y primeros minutos de vida, incluso si resulta preciso la realización de técnicas de reanimación ya que en todos los partos se encuentra presente siempre un ginecólogo, que es quien se encarga del parto, una matrona, un enfermero generalista, un pediatra y un auxiliar.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



Ilustración 6 Cama de parto



-Ilustración 7 Carro de parada y material



Ilustración 8 Zona reanimación neonatal



Ilustración 9 Zona aseo R

Fuente: [Fotografías propias de la sala de partos](#)

Las habitaciones se encuentran equipadas cada una con su propio dispositivo para el RCTG y evaluación del bienestar materno fetal, una cama para la madre, una cuna para el recién nacido en caso de que tengan que permanecer en la unidad después del nacimiento, un pequeño sofá-cama individual para el acompañante y un baño de uso exclusivo para cada habitación. Esta posibilidad que ofrece de habitaciones individuales permite que las familias perciban una mayor sensación de intimidad y seguridad durante todo el ingreso, buscando mejorar la experiencia del trabajo de parto de aquellas familias que acuden a este centro para el nacimiento de sus hijos.

Durante este periodo práctico, tuve la oportunidad de prestar cuidados y realizar test prenatales a 110 embarazadas (58 de ellas embarazadas de riesgo), acompañar 3 trabajos de parto, 12 partos distócicos (10 cesáreas, 2 por presentación pélvica, y 2 instrumentales) y 10 púerperas de riesgo con sus 10 recién nacidos de riesgo por patología materna asociada.

2.1.3 Centro Hospitalario Medio Tejo (Abrantes).

El periodo de prácticas en el Hospital de Abrantes se desarrolló en el servicio de paritorio desde el 03/01/2021 hasta el 31/01/2021 y la formación estuvo a cargo de una matrona como referencia principal, fue preciso realizar turnos con varias especialistas para poder cumplir las horas que estaban estipuladas para 6 semanas en un plazo menor de 4 semanas, ya que debido al aislamiento domiciliario por ser positiva en Covid-19 en el mes de diciembre, el inicio de prácticas fue más tardío.

Este hospital integra 3 unidades hospitalarias de carácter general, localizadas en Abrantes, Tomar y Torres Novas, con un área de influencia que engloba 15 concejos de 3 distritos diferentes. Los centros mantienen la autonomía administrativa y financiera con coordinación central común, formando el grupo hospitalario de Medio Tejo, que sirve a una población de cerca de 265000 habitantes. Su historia es reciente pero las unidades hospitalarias que lo componen son las más antiguas del país.

La unidad de Abrantes fue fundada en 1483 por el Conde de Abrantes, Don Lopo de Almeida, y su esposa doña Brites da Silva. D.Joao II, en 1488, ordenó que todos los hospitales de Abrantes se uniesen para formar un único hospital, lo cual ocurrió en 1530, que dependía de la Misericordia hasta 1975, momento en que pasó a la tutela del Estado. En 1979 el Ministerio de salud mandó construir el edificio actual, el cual fue inaugurado el 25 de octubre de 1985.



Ilustración 10 Fotografía CHMT Abrantes



Ilustración 11 Fotografía CHMT Tomar



I

Ilustración 12 Fotografía CHMT Torres Novas

Fuente: CH | Médio Tejo (min-saude.pt)

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

Las salas de partos se destinan a la prestación de cuidados de las embarazadas en inicio de trabajo de parto o en evolución, así como a embarazadas que necesiten cuidados asociados por un aborto o complicaciones derivadas del mismo. Las puertas de estas salas se abren solo desde dentro promoviendo la privacidad del cliente y su acompañante y el control del número de personas en la sala, algo realmente importante en plena pandemia por la seguridad de todos.



Ilustración 14 Foto sala de parto

Fuente: *Fotografías propias de una sala de parto*

La sala de reanimación de recién nacidos dispone del material y fármacos necesarios, es un espacio destinado no sólo a la reanimación neonatal sino también a la prestación de cuidados inmediatos al recién nacido. Se encuentra totalmente equipada y se mantiene en un control constante de temperatura y humedad.



Ilustración 15 Zona reanimación neonatal.



Ilustración 16 Zona de incubadora

Fuente: *Fotografías propias de la sala de reanimación neonatal.*

La decisión de admitir a una embarazada en el bloque de partos es competencia del equipo de especialistas en Ginecología y Obstetricia pudiendo ser admitidas desde la consulta de urgencias o desde consultas externas. Los criterios para la admisión son:

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

- ❖ Embarazada con RPM
- ❖ Embarazada con hemorragia activa
- ❖ Embarazada con APP
- ❖ Embarazada con patología en fase aguda
- ❖ Embarazada con indicación para inducción del TP
- ❖ Embarazada con indicación para inducción de aborto
- ❖ Puerpera con parto extrahospitalario

Las embarazadas y sus acompañantes se realizan prueba de proteína C reactiva (PCR) antes de entrar al servicio si llegan por urgencias o deben traerla ya hecha, con menos de 36h, en caso de tener una inducción o cesárea programada. Los acompañantes entran siempre equipados adecuadamente con bata, calzas y gorro, y una vez entran no pueden salir y volver a entrar. Una vez se realiza la transferencia a puerperio, no se permite el paso de los acompañantes que se despiden hasta el momento del alta.

La filosofía de trabajo del equipo de EESMO va muy dirigida hacia el respeto por el parto de la forma más natural posible, siempre dentro de los deseos y situaciones de cada mujer, intentando ser lo menos interventivos posible, y en el siguiente gráfico queda reflejado el índice de partos frente al de cesáreas a lo largo de los últimos 4 años.



Ilustración 17 - Gráfico: Partos y Cesáreas CHMT (2018 a mayo 2021*)

Fuente: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/>

Durante este periodo práctico, tuve la oportunidad de prestar cuidados y realizar tests prenatales a 23 embarazadas (16 de ellas embarazadas de riesgo), acompañar 18 trabajos de parto (4 de riesgo), 8 partos eutócicos (1 precisó sutura perineal) y 3 partos

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

distócicos, presté cuidados a 26 púerperas (11 púerperas de riesgo) y un total de 17 recién nacidos (2 de ellos recién nacidos de riesgo por patología materna asociada).

2.1.4 HGO (Almada).

Mi periodo de prácticas en el Hospital García de Orta albergó 3 periodos prácticos que se desarrollaron en los servicios de neonatología del 15/03/2021 al 21/03/2021 con una semana de observación que formaba parte del periodo de puerperio, el bloque de partos desde el 22/03/2021 hasta el 30/05/2021, ajustando nuevamente los turnos a realizar en 12 semanas para hacerlo en 10 ya que por la situación pandémica resultó difícil conseguir plaza y el inicio de las mismas se retrasó dos meses, y en el servicio de puerperio desde el 31/05/2021 hasta el 30/06/2021. Mi formación siempre estuvo a cargo de una EESMO de referencia y una segunda especialista con la que pasaba algunos turnos en ambos servicios.

El HGO, cuyo nombre hace referencia a un médico del siglo XVI, inició su actividad en septiembre de 1991, sustituyendo al antiguo “Hospital da Misericórdia de Almada/Hospital Distrital de Almada” que sólo proporcionaba atención hospitalaria básica. En 2003, fue clasificado como hospital central, primero como sociedad anónima de capital exclusivamente público (SA) y posteriormente, a partir de 2006, como entidad pública empresarial (EPE) hasta el día de hoy, contado con una capacidad de 545 camas y más de 2.900 empleados.

El HGO atiende a una población de unos 350.000 habitantes en los municipios de Almada y Seixal y algunos de sus servicios responden a poblaciones de toda la Península de Setúbal, particularmente en las áreas de neonatología y neurocirugía.



Ilustración 18 - Fotografía HGO

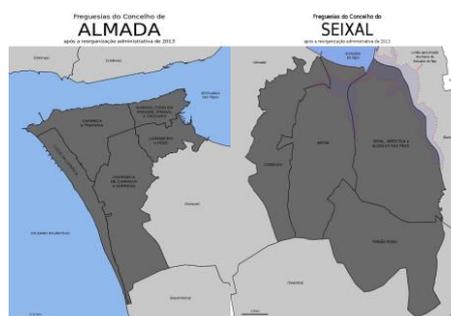


Ilustración 19 - Mapa zona de atención

Fuente: *Instituição Categoria - Hospital Garcia de Orta (min-saude.pt)*

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

En este hospital, todo lo relacionado con la maternidad se encuentra dividido entre la primera planta, donde se encuentra el bloque de paritorio y las urgencias de obstetricia y ginecología que son gestionadas por enfermeros especialistas, y la quinta planta donde se encuentran el servicio de internamiento de embarazadas y puérperas en un ala y el servicio de neonatología y pediatría en el ala opuesta. Las consultas de ginecología se ubican separadas del área de internamiento, en el bloque de consultas externas.

El servicio de Maternidad del HGO realiza unos 3000 mil partos al año y está certificado como Hospital Amigo de los niños desde 2005 por UNICEF, habiendo sido reevaluado posteriormente manteniendo dicha acreditación y siendo así el primer hospital nacional con esta certificación.



Ilustración 20 Insignias Hospital amigos de los niños

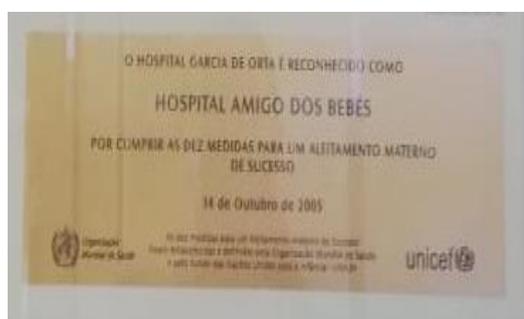


Ilustración 21 Reconocimiento Hospital Amigo de los niños

Fuente: [Fotografías propias de las placas de reconocimiento como hospital amigo de los niños.](#)

La maternidad cuenta con personal clínico como obstetras, neonatólogos y anestesiólogos muy reconocidos y con mucha experiencia, un cuerpo de enfermería especializado en el cuidado de mujeres, embarazadas y recién nacidos, servicio de emergencia obstétrica y ginecológica disponible las 24 horas del día durante todo el año tanto presencial como para consulta telefónica y siempre con triage por un EESMO, paritorio dotado de recursos físicos, humanos y tecnológicos suficientes para una atención integral, unidad de cuidados neonatales y sistema de seguridad para recién nacidos, a través del sistema de pulsera electrónica. Todos los registros en el hospital se realizan con el programa S-Clínico y la metodología de trabajo se basa en la humanización y satisfacción de los usuarios/familia.

El servicio de Obstetricia y Ginecología se compone por distintos estamentos:

- ❖ Internamiento de Ginecología.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

- ❖ Internamiento de medicina materno-fetal.
- ❖ Internamiento de puerperio.
- ❖ Consulta Externa.
 - Consulta Ginecológica General;
 - Consulta de Uroginecología;
 - Consulta de anticoncepción;
 - Consulta de Senología;
 - Consulta de menopausia;
 - Consultas obstétricas diferenciadas para embarazadas en la fase periparto;
 - Preparación para el nacimiento y la paternidad;
 - Diagnóstico Prenatal de Referencia, con la colaboración de un genetista;
 - Reproducción Médicamente Asistida - CIRMA;
 - Consulta Especial puerperio;
 - Consulta de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- ❖ Paritorio
- ❖ Urgencia obstétrica y ginecológica.

Los periodos prácticos en el HGO se centraron en dos grandes bloques, en primer lugar, paritorio, dónde tuve la oportunidad de conocer el servicio de urgencias obstétricas y ginecológicas, en segundo lugar, puerperio, dónde también pude conocer muy de cerca la forma de trabajar en las consultas de diagnóstico prenatal y de interrupción voluntaria del embarazo y del servicio de neonatología y por último una semana en neonatología

Paritorio

En el bloque de partos o paritorio, el equipo de enfermería se compone de la supervisora y una especialista fija en los turnos de mañana y normalmente 3 EESMOS, 2 generalistas y 2 auxiliares de enfermería por turno repartidos en turnos de mañana, tarde o noche. En cada turno que no sean mañanas de lunes a viernes, siempre hay una EESMO que realiza la función de “jefa de equipo”.

En lo referente a distribución y recursos materiales, el paritorio se compone de 1 despacho para la supervisora, 2 salas de estar una de ellas con baño propio, 1 baño independiente para el personal y otro para las embarazadas, 7 salas individuales para la

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

dilatación y el parto totalmente equipadas, 1 sala con tres camas que es utilizada tanto para control de bienestar materno-fetal como para dilatación e incluso parto si el resto del servicio está lleno, 2 quirófanos, 1 sala de recuperación con dos camas para el puerperio inmediato, una sala específicamente equipada para los cuidados al recién nacido y una parte de “sucios” donde se almacena todo lo relativo a limpieza y se realiza la desinfección de materiales.

Las salas de parto tienen toda la equipación necesaria para el control de bienestar materno-fetal y la atención al parto, incluso en caso de precisar instrumentalización del mismo, la cama se sitúa en el centro pero se desplaza permitiendo la total libertad de movimiento donde puede utilizarse la bola suiza, la musicoterapia gracias a equipos musicales en cada sala, disponen de silla de partos y cada sala presenta la instalación en el techo para poder colocar una sábana para ayudar en la verticalidad si así se desea y tienen en una de las salas todo el material para una dilatación, e incluso parto dentro del agua y el equipo recibió la formación para tal fin sólo que, nuevamente por causas de la pandemia, todavía no es una opción real.



Ilustración 22 Sala de parto I



Ilustración 23 Sala de parto II

Fuente: [Fotografías propias de una sala de partos](#)

Las embarazadas se realizan la PCR antes de entrar al servicio si llegan por urgencias o deben traerla ya hecha, con menos de 36h, en caso de ser programado y una vez en el hospital se realiza un esquema de repetición de PCR a las 24h, 3º y 5º día y posteriormente en caso de que el ingreso se prolongue, se realiza semanalmente, si por el contrario la embarazada llega en fase activa casi en expulsivo, son aisladas y tratadas como positivas en Covid-19. En el caso de los acompañantes, deben realizarse una PCR en el momento de la entrada al servicio y sólo pueden acceder al mismo, siempre

equipados adecuadamente con bata, calzas y gorro, una vez que el resultado de la prueba sea negativo o en su defecto, pueden acceder al servicio sin tener el resultado sólo en el momento del expulsivo. Los resultados tardan unas 4-6h por lo que en muchas ocasiones no están disponibles a tiempo cuando las mujeres llegan en fase de trabajo de parto activo.

Durante este periodo práctico, presté cuidados realizando test prenatales para control de bienestar materno-fetal a 158 embarazadas (46 de ellas embarazadas de riesgo), acompañar trabajos de parto (40 de riesgo), 32 partos eutócicos (realizando 24 perineorrafias) y 10 partos distócicos, acompañé en el puerperio inmediato a 105 puérperas (34 puérperas de riesgo) y un total de 92 recién nacidos (12 de ellos recién nacidos de riesgo tanto por patología materna asociada como por alteraciones propias del bebé).

Dentro del bloque de partos se realiza el reparto de asignaciones entre las salas de partos, el bloque quirúrgico y las urgencias obstétricas, siendo este último donde se realiza gran parte de la práctica clínica. El equipo de enfermería en este servicio habitualmente habrá 1 EESMO, 1 enfermera y 1 auxiliar en cada uno de los turnos y yo realicé dos turnos en el servicio para conocer cómo funcionaba y como eran valoradas y evaluadas muchas de las embarazadas que posteriormente quedaban internadas en el bloque de partos.

El servicio de urgencia obstétrica y ginecológica presta cuidados a embarazadas, puérperas y mujeres con cualquier tipo de problema ginecológico, con un equipo de ginecólogos/obstetras, pediatras/neonatólogos, anestesiólogos y personal de enfermería disponibles las 24 horas del día, capaces de proporcionar una experiencia positiva de parto y crianza.

Se encuentra en el primer piso y tiene una sala de triage y tres salas médicas totalmente equipados, anteriormente contaba con una sala con tres puestos para realización de registros cardiotocográficos que, en la actualidad, por la situación de pandemia, sólo permite realizar estos registros individualmente. En el fondo del servicio presenta una sala quirúrgica y una sala de recuperación con dos camas que debido a las modificaciones por la Covid-19 ha pasado a ser el “covidario” y es el lugar donde son

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

tratadas y atendidas las mujeres con test positivo o síntomas susceptibles de COVID-19 hasta que las pruebas confirman la situación, en esta pequeña sala quirúrgica son realizadas las cirugías menores ambulatorias y las cesáreas de embarazadas positivas.



Ilustración 24 - Gráfico: Partos y Cesáreas HGO, EPE (2018 a mayo 2021*)

Fuente: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partosecesarian/>

Puerperio.

El servicio de puerperio se sitúa en la 5ª planta, en la misma ala que internamiento de embarazadas, tiene un total de 22 camas distribuidas en 10 habitaciones dobles y 2 individuales, antes de la pandemia las habitaciones dobles eran triples y en ocasiones, cuando el servicio está lleno, existe la posibilidad de utilizar 4 camas extra de estas camas centrales que aún están físicamente en el servicio, siempre prestando especial cuidado e intentando ubicar a las puérperas en función de si tienen con ellas a sus bebés o por el contrario están en el servicio de neonatología. Para evitar el colapso del servicio y el tener que utilizar estas camas, con el aumento de riesgo que esto conlleva en la situación de pandemia, se han empezado a realizar las denominadas “altas precoces” siendo a las 24h en partos vaginales y a las 36h en partos por cesárea siempre que no existan factores de riesgo y que el equipo de pediatría y obstetricia estén de acuerdo en cada caso.

En cada turno el personal de enfermería se compone de 3 enfermeras generalistas y 2 auxiliares de enfermería y en los turnos de mañana también se encuentra en el servicio 2 EESMO, una de ellas realiza el papel de supervisora y la otra realiza un trabajo bastante novedoso en Portugal, centrándose en un proyecto que tiene como fin establecer un protocolo “preparación del alta en puérpera de bajo riesgo”, mediante el cual se pretende que sea un EESMO quien se encargue de este tipo de altas de manera autónoma. A lo

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

largo del turno de mañana realizan visita tanto los pediatras como los obstetras y se articulan dentro de esta iniciativa.

Durante este periodo práctico, tuve la oportunidad de prestar cuidados a puérperas de bajo riesgo, ya que debido a los criterios de inclusión del protocolo mencionado, la EESMO se centraba en este tipo de mujeres, así que fueron un total de 28 puérperas de bajo riesgo, 4 embarazadas de alto riesgo en la consulta de amniocentesis y 20 mujeres incluidas en el grupo de “afecciones ginecológicas” dentro de la consulta de interrupción voluntaria del embarazo, entre mujeres que acudieron para tal fin, revisiones y colocación de dispositivos de anticoncepción.

Existen varias consultas relacionadas con el ámbito de la ginecología y obstetricia, pero dentro del periodo práctico en puerperio, parte de la práctica se desarrolló en dos de ellas:

- ***Consulta de Diagnóstico Prenatal.***

En esta consulta son realizadas las pruebas necesarias para un diagnóstico prenatal más específico cuando ya se ha visualizado algún tipo de alteración o malformación en el feto y se necesita conocer si hay algún tipo de problema cromosómico o congénito o cuando se reúnen una serie de factores de riesgo que pudieran dar origen a algún tipo de problema.

Las dos pruebas por realizar específicamente serán la amniocentesis, en la que se extrae líquido amniótico por medio de punción guiada ecográficamente o la biopsia de vellosidades coriónicas, en la que por el mismo medio se obtiene un trozo de tejido, la realización de una u otra técnica depende de la semana de embarazo en la que se encuentre la mujer siendo la biopsia en semanas más precoces.

En la sala se encuentra 1 administrativa que va realizando los registros pertinentes, 1 enfermera que prepara el material necesario para la técnica y 1 o 2 obstetras que realizan la técnica. En esta consulta sólo pasé un único turno y tuve la oportunidad de ver y colaborar en la realización de 4 amniocentesis.

▪ ***Consulta de Interrupción Voluntaria del Embarazo.***

Esta consulta es dirigida de manera autónoma por una EESMO que posee una gran formación en este campo tanto a nivel de conocimiento como a nivel técnico, en esta consulta hay dos momentos bien diferenciados en el trato a las mujeres, uno es la propia interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que en Portugal sólo es permitida hasta las 10 semanas de embarazo, desde el inicio y toma de decisión consciente por parte de la embarazada hasta la revisión posterior de confirmación de finalización del proceso y la segunda parte es la referente a planificación familiar con el asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos y la colocación del mismo en caso de ser preciso.

La especialista en esta consulta se encarga de administrar la medicación adecuada para la IVE y explica el procedimiento habitual, así como señales de alarma, realiza la ecografía de revisión, capta a las mujeres para el programa de detección de cáncer de cuello de útero, en caso de no tener citologías actualizadas y las realiza, y por último coloca los dispositivos anticonceptivos que precisan ser colocados por un profesional sanitario.

En lo referente a la IVE, en los dos turnos que pasé en esta consulta, atendimos a 10 mujeres que habían decidido iniciar el proceso y 10 mujeres para revisiones posteriores, de estas 10 últimas, 2 fueron citadas para nueva revisión por restos, a 2 de ellas se les realizó citología de control y colocamos 3 dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales “Kyleena”.

Neonatología

El servicio de Neonatología se sitúa en la 5ª planta dentro del servicio de pediatría, en el área opuesta a internamiento de embarazadas y puerperio, y pasé allí una semana como parte del total de la formación en puerperio. El equipo de enfermería en este servicio se compone de 2 enfermeras y 1 auxiliar en intensivos y 2 enfermeras y 1 auxiliar en cuidados intermedios en cada uno de los turnos encontrando a la enfermera supervisora y un enfermero extra en los turnos de mañana.

En cuidados intensivos hay 6 puestos con incubadora o cuna térmica según necesidades y en intermedios hay un total de 10 puestos en los que se encuentran igualmente cunas térmicas o cunas normales según la situación de cada recién nacido. En la semana que pasé en el servicio, pude prestar cuidados básicos a unos 30 recién nacidos de riesgo, la mayoría de ellos prematuros por gemelaridad.

2.2 Metodología.

A lo largo de la práctica clínica se buscará la articulación e integración de los contenidos de las diferentes unidades curriculares desarrolladas en el primer año de formación realizando actividades a lo largo de las distintas experiencias prácticas que permitan adquirir y desarrollar competencias específicas del área de la especialidad y competencias comunes de todo enfermero especialista. Todo esto siempre en régimen de supervisión clínica implicando un alto grado de responsabilidad como alumna a fin de demostrar al acabar el proceso, conocimientos, capacidades y competencias propias de un buen profesional sanitario, siendo esencial saber evidenciar conocimiento en las vertientes de cuidados especializados y de investigación y mostrando:

- Capacidad de reflexión crítica sobre las prácticas
- Fundamentación de decisiones en base a la teoría
- Capacidad para utilizar investigación y evidencia científica en la mejora de la prestación de cuidados
- Capacidad de comunicar conclusiones, conocimientos y raciocinio propios de especialistas, y no especialistas, de forma clara.

2.2.1 Objetivos

Los objetivos de aprendizaje según el plan de estudios se concentran en 3 apartados:

1. Cuidar de la mujer, y su pareja si la hubiera, dentro de la familia y en la comunidad:
 - a. En lo referente a planificación familiar y periodo preconceptivo;
 - b. En el embarazo;
 - c. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva;
 - d. En las diferentes fases del trabajo de parto tanto en situación de salud como en desvío de esta;

- e. En el periodo puerperal tanto en situación de salud como en desvío de esta;
- f. En el posparto;
- g. En los procesos de salud o patología ginecológica;
- h. Demostrando responsabilidad ético-deontológica y empeño en la mejora de la calidad y gestión de los cuidados y desarrollando la formación profesional.

2. Demostrar la adquisición de conocimientos que permita conducir una propuesta de mejora en los cuidados, siempre basado en la evidencia científica más actual.

3. Defender por medio de “Relatorio” o Informe presentado y defendido en pruebas públicas, la adquisición individual de competencias a lo largo de toda la formación.

2.2.2 Población diana.

A lo largo de todo el periodo de práctica clínica en los diferentes servicios por los que fui rotando, presté cuidados a mujeres en edad fértil en las diferentes fases desde el inicio con la menarquia y hasta el fin de esta con la menopausia ambas incluidas, atendiendo tanto embarazadas como puérperas incluyendo en los cuidados a sus parejas o acompañantes y a sus recién nacidos y acompañando también a mujeres con patología ginecológica

2.2.3 Método de aprendizaje

La metodología de aprendizaje a lo largo de las diferentes rotaciones por los servicios venía sustentada por la supervisión de una matrona que realizaba las funciones de orientador clínico y que actuaba como responsable principal de mi aprendizaje durante el tiempo que durasen mis prácticas en el servicio, encargándose personalmente de delegar el acompañamiento de mi formación en otra EESMO en caso de ausencia. Hay que destacar la supervisión clínica en las prácticas de enfermería como herramienta para la seguridad y el éxito en la enseñanza, ya que fomenta la relación maestro-alumno, contribuye al desarrollo de habilidades y competencias de los estudiantes de enfermería (Ferreira,2020), posibilita la consecución de los objetivos generales y específicos, así como la respuesta a la pregunta orientadora, pudiéndose concluir que el rol del supervisor es fundamental, ya que pone al alumno en contacto con diversas situaciones cotidianas (Pascoal, 2021) además, las percepciones y opiniones de los estudiantes sobre el tutelaje de prácticas resulta ser bastante positivas, mostrando un alto grado de satisfacción como

recoge Borrallo (2020).

El aprendizaje era continuo y dinámico, siempre enriquecido por búsquedas de contenidos teóricos para ampliar o esclarecer la parte práctica y teniendo la suerte, en casi todos los servicios, de encontrar una gran disposición por parte del equipo para la resolución de dudas o el establecimiento de debates reflexivos que resultaban realmente interesantes. A lo largo de cada periodo se establecían dos evaluaciones, una intermedia para resolver dudas, habitualmente realizada online, encaminada a conocer cómo iba la integración en el servicio y el equipo y como se iban desarrollando las prácticas, en la que se establecía una valoración cualitativa en referencia a la adquisición y movilización de competencias, y una evaluación final habitualmente presencial, donde se realizaba una valoración general de todo el proceso de aprendizaje, con la asignación de un valor numérico determinado por una autoevaluación que posteriormente era comentada y consensuada con el orientador para determinar el nivel en el que el orientador clínico situaba mi aprendizaje y desarrollo a lo largo del proceso.

Las evaluaciones eran realizadas siguiendo un guión proporcionado por la escuela y en el que venían registradas por bloques las diferentes competencias incluyendo distintos ítems, los bloques hacen referencia a competencias de diagnóstico/apreciación, planeamiento, ejecución, evaluación, gestión de cuidados y por último de responsabilidad profesional y práctica según la ética.

En otro punto tenía a mi orientadora pedagógica que se encargaba de conducir y dirigir la composición del presente informe. El seguimiento y orientación durante toda la práctica clínica era continuo y dinámico por parte de la orientadora pedagógica asignada y siempre adaptado a la situación de imposibilidad de reuniones presenciales frecuentes por motivos tanto de restricciones por pandemia como de disponibilidad por la dispersión geográfica de los distintos alumnos que eran seguidos por una misma orientadora así que, aprovechando que vivimos en la era digital, se establecían reuniones de seguimiento haciendo uso de la plataforma *zoom* en la que se realizan reuniones virtuales por videoconferencia siendo lo más parecido posible a una reunión presencial.

Las reuniones online podían ser solicitadas tanto por la orientadora como por el alumno y podían ser útiles tanto para esclarecer información para la realización del presente informe, como para hablar de la evolución de las prácticas y la adaptación en el servicio o incluso para informar de algún tipo de problema que pudiera estar sucediendo, tratando siempre de conseguir una buena dinámica en el trabajo clínico y teórico.

En cada uno de los campos clínicos y de manera complementaria al aprendizaje y la evaluación, realizaba una reflexión estructurada de cada uno de los servicios recogiendo todos los datos tanto de aprendizaje como de vivencias durante el proceso. Estas reflexiones tal como indica Olive (2014) y Tenorio (2015), y teniendo de base las teorías de Schön, (1992) sobre la formación de profesionales reflexivos, ofrecen una medida válida para el diálogo y la evaluación, muestran la vivencia en las prácticas, permite detectar y solucionar situaciones de riesgo, favorece el auto aprendizaje y mejora la reflexión sobre el mismo.

El estudio y la investigación de las narrativas aportan una información privilegiada que hace posible una mejora constante en el aprendizaje práctico. Estas reflexiones trataban de recoger lo qué sucedía en determinadas situaciones dentro de las prácticas, cómo actué y cómo me sentí, como indica Schön (1992): “La acción paso a ser, de este modo, el objeto de reflexión”. Todas estas reflexiones realizadas a lo largo de todo el curso escolar quedan recogidas al final del informe en el apartado de apéndices (**Apéndice I**).

3. Contributos para la mejora de la asistencia en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica

En la búsqueda de profundizar en un tema de interés como parte del programa de contenido de este informe me centré en un tema que para mí tiene un interés especial a nivel personal y sobre el que intento estar formada e informada para ofrecer lo mejor de mí en mis cuidados (**Anexo III**). Este tema hace referencia a la parte opuesta del fin principal de nuestra profesión que es ayudar a traer vida, pero en ocasiones esa vida acaba antes de tiempo, a veces incluso antes de que los padres tengan la oportunidad de conocer y abrazar a sus bebés y sin duda esta parte es dura para las familias, pero también lo es para el personal sanitario. El tema por desarrollar fue comunicado en tiempo y forma dentro del documento “propuesta de projeto de tese / dissertação / estágio / trabalho de projeto” (**Apéndice II**).

Como ya se menciona anteriormente, la experiencia en el desarrollo de la profesión muestra lo poco formado que está el personal en acompañamiento ante este tipo de pérdidas y la falta de herramientas y un abordaje inadecuado de la situación, puede empeorar aún más cómo esa mujer y su pareja se sienten o asentar mal las bases para un proceso normal de formación de duelo, durante mis prácticas intenté conocer si realmente esto era una percepción mía o algo que sólo ocurría en el hospital en el que trabajaba, así que quise conocer de primera mano que es lo que las EESMO y enfermeras generalistas con las que fui coincidiendo, sienten respecto a esto y que opinan en referencia a la formación que tienen sobre acompañamiento ante una pérdida y la importancia que creen que tiene el saber cómo manejar estas situaciones, ya que los cuidados, acciones y comportamientos que adoptan en estos casos dependen mucho de esas herramientas previas.

A lo largo de mis rotaciones por distintos servicios, buscaba la oportunidad de establecer conversaciones referentes al tema con las diversas matronas con las que iba coincidiendo, en ocasiones encontré cierto rechazo y evitación de hablar sobre esto, bien porque habían sufrido alguna pérdida y les resultaba duro o bien porque son situaciones de las que acostumbran a huir o pedir a otra compañera que se encargue, pero esto sólo me pasó en 3 ocasiones.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

En total mantuve conversaciones con 19 EESMO durante las que tomaba algunas anotaciones de palabras clave que pueden consultarse al final de este documento (**Apéndice III**) y escribí un relato de experiencia sobre una de las situaciones que viví en este contexto de duelo y muerte fetal que refleja una situación real de pérdida con las distintas partes implicadas (padres, médicos, enfermeros...) y cómo influyen múltiples factores en los cuidados prestados en estos casos (**Apéndice IV**) pero al ser un tema que realmente me toca de cerca, no quería que esto quedase guardado en este informe como un documento extra más, así que a través del programa IRaMuTeQ (Interfaz de R para el análisis multidimensional de los textos y cuestionarios) obtuve una imagen que muestra a golpe de vista un resumen de lo que las matronas piensan sobre esto.



Ilustración 25 - Nube de palabras obtenidas con el programa IRaMuTeQ en base a las conversaciones con las enfermeras.

Fuente: Programa IRaMuTeQ

Para el desarrollo del marco conceptual, decidimos fundamentar los cuidados en el modelo del cuidado de Kristen Swanson, ya que sin duda como profesionales de enfermería la mejor forma de sustentar nuestros conocimientos es a través de teorías que intentan explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina. Swanson determinó con sus estudios que, aunque el paso del tiempo tiene efectos positivos sobre la curación de la mujer tras el aborto, los cuidados recibidos tienen un impacto positivo sobre la reducción global de la alteración del estado de ánimo, del enfado y del nivel de depresión.

Se eligió una teoría de rango medio pues, aunque son mucho más limitadas en amplitud, y menos abstractas, reflejan de mejor manera los componentes de la práctica y son una herramienta apropiada que sirven de base para las intervenciones del cuidado enfermero generando explicaciones acerca de las acciones relacionadas al cuidado de enfermería (Mogollon, 2019)

Hay que recordar que la Dra. Swanson formula su teoría de los cuidados de manera inductiva como resultado de varias investigaciones donde analizó los datos obtenidos con entrevistas en profundidad a 20 mujeres que habían abortado hace poco, para posteriormente definir los cuidados y mejorar la comprensión de los procesos, identificando lo que había sido para las madres recibir una intensa intervención de enfermería a largo plazo (Alligood, 2018).

Si aplicamos a la práctica su teoría en las familias que han experimentado una pérdida gestacional debemos considerar que la meta de la enfermería es brindar cuidado a la mujer y su núcleo familiar, de manera significativa, para ayudarla en la aceptación de la muerte de un ser querido. El apoyo que el personal de salud brinda a los padres y la familia, es significativa en la aceptación de la pérdida y la elaboración del duelo (Hernández, 2019). Por lo anterior, el significado para la enfermera de cuidar a la mujer en duelo perinatal según la experiencia permitirá establecer una relación de cuidado integral entre la enfermera y la mujer en duelo perinatal con la aplicación del modelo de cuidado (Niño, 2018).

Como se citó en Tovar (2021), La teoría de los Cuidados (Swanson, 1991), parte del reconocimiento del cuidado como centro de la enfermería, en ella se describen cinco conceptos clave: conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. En ella la doctora la doctora Swanson (Swanson, 1993) argumenta que los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) y las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente). Por lo tanto, los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente” (Wojnar, 2007)

3.1 Conceptualización

Formación sobre la pérdida perinatal: Percepción de los profesionales sanitarios.

A fin de entender los cuidados necesarios en el duelo, precisamos contextualizar el momento en el que se produce la pérdida, entendiendo que el periodo perinatal se define según distintas variables incluyendo las semanas de gestación, el peso y la longitud del nacido. Aunque inicialmente se establecieron las 28 semanas como el punto de comienzo del periodo perinatal, hoy en día se reconoce que un bebé nacido prematuro puede ser viable desde alrededor de las 22 semanas, lo cual ha sido establecido por la OMS como el principio del periodo perinatal contemporáneo y ya aceptado por el mundo científico (Cassidy, 2018). En trabajos de análisis comparativo entre países, como el proyecto euro-Peristat 2010, utilizan el periodo ≥ 28 semanas porque en los países europeos existe mucha variabilidad en la integridad y la calidad de los datos entre 22-27 semanas.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su guía práctica de asistencia actualizada en 2010, podemos decir que el periodo perinatal se divide en 2: por un lado, Período perinatal I (mortalidad perinatal básica) que abarca desde que el feto alcanza un peso de 1.000 g (aproximadamente equivalente a 28 semanas de gestación) hasta que el recién nacido alcanza los siete días completos de vida (168 horas). En ausencia de peso conocido se estima que una longitud de 35 cm equivale a 1.000 g y a falta de ambos, se considera periodo perinatal I, a partir de las 28 semanas completas de edad gestacional. Este es el período considerado para calcular la mortalidad perinatal básica (estándar o internacional). En segundo lugar, el Período perinatal II (mortalidad perinatal ampliada): en el que se incluyen a los fetos de >500 g de peso, nacidos desde la 22 semana de la gestación y que alcanza hasta el final de las cuatro primeras semanas de vida postnatal. Estos fetos no se consideran para las tasas de mortalidad perinatal básica, pero sí se incluyen por la OMS en la denominada tasa de mortalidad perinatal ampliada.

En el mundo, anualmente se producen alrededor de cinco millones de muertes perinatales. En España, a lo largo del año 2016, se produjeron 2.300 muertes, situándose

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

la tasa de mortalidad perinatal entre un 4,5 y 5 cada mil nacimientos (del Rio, 2018) y la tasa en Portugal sería Muertes fetales >22 semanas de gestación 3 y Muertes neonatales < 7 días 1,1 según Informe Peristat (2015). Todo ello sin tener en cuenta la infradeclaración existente en el tema debido a dos hechos principalmente, cuando son casos ≥ 180 días que existe una obligación legal de inscripción, una parte importante de los progenitores nunca llegan a hacer la inscripción por no entender su obligación o por otros motivos y, por otro lado, la obligación legal de sólo inscribir los casos ≥ 180 días significa que existe una gran carencia en los datos menores de esa edad gestacional (Cassidy, 2018).

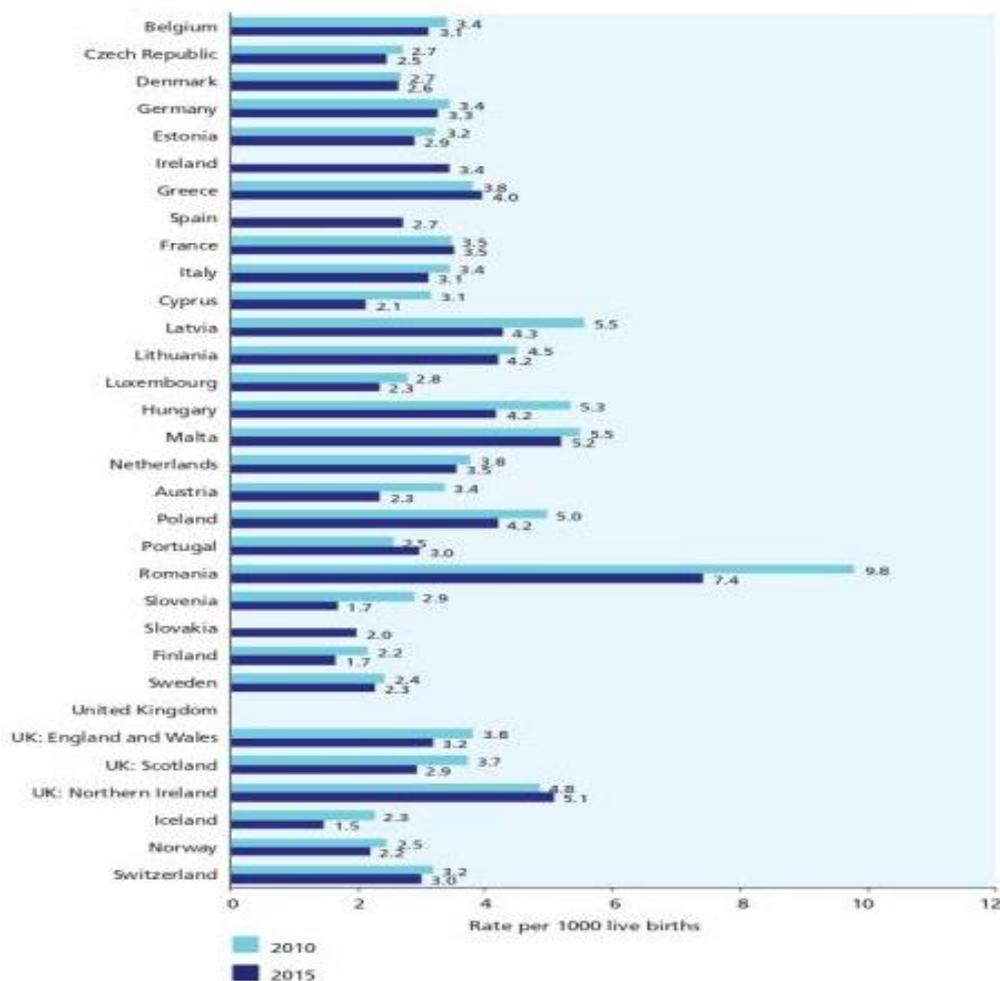


Ilustración 26 - Tasa de mortalidad. Muertes fetales >22 semanas de gestación entre 2010 y 2015

Fuente: Informe Europeristat 2015

Las causas más frecuentes de pérdidas gestacionales son: anomalías genéticas, uterinas, inmunológicas, infecciosas y endocrinas, además de estilo de vida, exposición a sustancias tóxicas, factor masculino y aspectos psicológicos. Cada vez son más los autores (Kolte, 2015) que contemplan la edad avanzada de los padres como factor de riesgo de alteraciones cromosómicas, que explicarían gran parte de las pérdidas recurrentes del embarazo idiopáticas.

Se han desarrollado hasta 35 sistemas de clasificación para definir la mortinatalidad y no existe un consenso internacional sobre cuál debe utilizarse. Además, la definición de mortinato varía entre los investigadores (Nappi, 2015) y se desarrollan muchos sistemas que incluyen tanto la mortinatalidad como la mortalidad neonatal perinatal, incluidos todos los casos de muerte perinatal, lo que aumenta la variabilidad en los resultados de la literatura.

El duelo:

En nuestra sociedad se mide el duelo por el tamaño del ataúd (Sherokee Ilsee, Brazos Vacíos, 1999).

El concepto duelo ha pasado por numerosas clasificaciones y ha sido objeto de multitud de estudios. El más extendido fue establecido por Borgeois, (1996), definiendo Duelo como "la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida". En el duelo se pueden diferenciar distintas etapas, aunque no hay un acuerdo entre los autores respecto al número de ellas, pero sí todas tienen aspectos en común. El modelo explicativo de la psiquiatra Kübler-Ross en "On death and dying" (1969), es el más utilizado en la práctica clínica actual, en el podemos diferenciar 5 etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

La muerte de un hijo es un proceso que va contra natura, es por ello por lo que las madres y padres nunca estarán preparados, pero sin embargo ocurre y evidentemente dificulta el duelo. La atención que reciben los padres en el momento de una pérdida tiene un impacto enorme en la evolución del duelo. Citando a Martos-Lopez (2016) "el duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la

proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juventud de los progenitores para los que supone su primer contacto con la muerte y lo inesperado del suceso". Las pérdidas perinatales son en la actualidad un tema tabú. Se trata de una pérdida que no es reconocida ni validada socialmente, ni expresada por la persona de forma abierta, ni apoyada por el entorno, lo que obliga a los padres que han sufrido este tipo de pérdida a transitar un duro camino cargado de silencio, soledad e incompreensión (Gómez, 2020).

Vivencias y emociones de las familias que sufren una pérdida.

En general, la opinión de los padres con respecto a la atención recibida es bien valorada y está asociada al buen trato, pero señalan aspectos a mejorar sobre todo en habilidades de comunicación y en la atención emocional (Pastor Montero, 2016).

El análisis bibliográfico previo al trabajo actual refleja algunas dificultades para acompañar a las parejas, algunas de las cuales serían las que provocan sentimientos de falta de confianza, compromiso y motivación. La mayoría de los estudios analizan la satisfacción de las parejas con el acompañamiento al duelo que han recibido, como ejemplo el realizado por Ridaura (2015), el cual recoge que la mayoría de las mujeres están satisfechas con la asistencia médica, pero no sabemos cómo fue ese acompañamiento ni como se comportaban los profesionales que les atendían. A modo de conclusión general se ha de destacar que el duelo perinatal es un constructo complejo, con múltiples variables implicadas, que comporta malestar significativo.

Para hacernos una idea de la dimensión de las demandas, podemos leer en el periódico el País como en el mes de mayo del 2018, tras una campaña de Change.org con 230000 firmas, se hizo llegar al Congreso de los Diputados en España, una recaudación de firmas organizada por una madre para solicitar la implantación de un protocolo para la muerte y el duelo perinatal en el ámbito nacional.

A grandes rasgos recobran vital importancia aspectos como:

- El vínculo establecido con el equipo de salud: se debe facilitar una buena comunicación entre padres y equipo de salud, expresión emocional, respaldo familiar y adecuada elaboración de la memoria del niño fallecido; acompañar en

los trámites con una óptima información sobre los procedimientos y mantener contacto para conversaciones posteriores, al igual que referir al equipo de salud mental cuando se requiera (Cordero, 2004).

- La disponibilidad de información: citando a Camacho (2020), la falta de información sobre el proceso a llevar a cabo tanto en el caso de muerte fetal en el útero como tras el nacimiento aumentaba el dolor y la angustia de los padres. Los padres comprenden que en ocasiones es complicado para los profesionales sanitarios dar una respuesta concreta e inmediata sobre la causa del fallecimiento de su hijo, pero consideran que esta ausencia de respuestas debería ser reemplazada por una mayor empatía en la comunicación de la noticia. Los padres que recibieron una información adecuada durante el proceso percibieron que tenían un mayor control de la situación.
- El espacio físico para el duelo: destacar la importancia de la gestión del espacio de duelo. Se necesitan habitaciones individuales, separadas de las zonas de maternidad y paritorio, donde las familias que así lo deseen puedan despedirse de sus bebés en soledad o acompañados de los familiares cercanos que ellos necesiten en ese momento, que puedan vestirlos o bañarlos si así lo quieren, tocarlos y sentirlos, despedirse. En España existen ejemplos de maternidades nuevas, construidas e inauguradas hace pocos años, donde se sigue ignorando esa necesidad. Como expresa Álvarez (2009) llevar a cabo un ritual de despedida puede ser muy significativo y supone un reconocimiento de la pérdida, ayudando a encaminar a la persona a la aceptación.
- Trato proporcionado al bebé: las familias informan sobre la variabilidad de las prácticas en el cuidado del bebé y los padres, la falta de pautas de continuidad de la atención y la importancia del apoyo de un equipo de atención médica coordinado (Fernández-Alcántara, 2020).
- Acompañamiento integral y flexible: Fernández-Alcántara (2020), señala la necesidad de realizar una labor que tenga en cuenta los aspectos idiosincrásicos y propios de cada familia y cada pareja, sin que las guías de tratamiento se

conviertan en algo rígido, que se utilice para evitar tener que enfrentarse con la singularidad de cada pérdida y el dolor propio de cada familia. En cambio, dichos protocolos o guías deberían ser utilizados de una manera orientativa, y no como normas fijas o estrictas. Teniendo en cuenta las reacciones a la pérdida, la diferencia entre hombres y mujeres, las intervenciones más adecuadas por parte del personal sanitario, así como los principales problemas que presenta la práctica para ellos.

- Se concluye (Melo, 2020) que los padres distinguen cinco momentos de la experiencia de atención, de los cuales el desenlace y quiebre aparecen como especialmente importantes y significativos.

Vivencias y emociones de los profesionales que atienden a las familias que sufren una pérdida.

El mayor miedo de las matronas es la muerte del bebe (Dahlen, 2014)

En Portugal al igual que en España, la sanidad tiene que dar un giro al tipo de atención que se presta a estas familias, ya sea en las pérdidas gestacionales, aquellas que ocurren con pocas semanas y apenas son reconocidas por la sociedad o las que se producen dentro de las semanas reconocidas como muerte perinatal.

Hay que cambiar a nivel organización, necesitamos una atención diferencial e integral, protocolos actualizados y unificados, formación en materia de duelo y acompañamiento a los sanitarios que van a estar en contacto con estas familias a todos los niveles, médicos, enfermeros, matronas y auxiliares. Citando a Cala (2019) el duelo perinatal debe recibir una atención específica, con protocolos que orienten la intervención clínica, sin olvidar la relevancia del vínculo que establecen las familias con la pérdida y la especificidad de cada familia que se cuida.

No es visibilizado con acciones específicas el duelo ante la pérdida reproductiva, quedando la atención al azar del prestador. Se requieren estructuras organizacionales que provean cuidado a las familias afectadas y a los prestadores (Castillo, 2020)

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

El sentimiento mayoritario tal como describe Elorz, (2016), es que la atención hospitalaria es muy limitada en estos casos, que el personal sanitario dispone de poco tiempo, aunque sí reconoce que, a pesar de ello, se puede prestar unos primeros cuidados que, aunque no eliminen el dolor, si facilitasen el comienzo del proceso.

La literatura científica pone de manifiesto el impacto emocional adverso que genera en los profesionales la pérdida perinatal, pese a que el interés de los profesionales es brindar atención personalizada de calidad a los padres. Sin embargo, es innegable la falta de formación en esta área, lo que se traduce en comportamientos desadaptativos que dificultan la relación que se establece entre ambas partes (Valenzuela, 2020).

Necesidad de formación de los profesionales sanitarios para realizar un manejo oportuno e integral del duelo perinatal.

La OMS, ICM, UNFPA y UNICEF declaran que, existiendo evidencia que demuestra el excelente impacto social bajo los cuidados de una matronería con una educación de calidad, ahora es el momento para impulsar la acción colectiva e invertir en formación (Helena Eiyimi, 2020).

La salud mental de las familias que pasan por este tipo de duelo es importante y hay que cuidarla desde el primer minuto, esto a veces se convierte en una situación difícil para el personal sanitario. El mejor tratamiento siempre es la prevención y la mejor manera de prevenir es formar e informar, por esta razón es vital educar a los profesionales sobre qué herramientas pueden utilizar para acompañar a las familias y darles respaldo y soporte en caso de que así lo necesiten porque siempre “para cuidar hay que cuidarse”. Sin embargo, los profesionales concuerdan en un innegable déficit de formación, falta de apoyo institucional y desarrollo de competencias interpersonales que faciliten el manejo de situaciones de duelo perinatal (Valenzuela, 2020). El personal de salud debe poseer conocimientos básicos para orientarlos; al no estar preparados para dar noticias como la muerte de un bebé, puede dar la sensación de ser personas frías y poco sensibles (Cala, 2019).

En la revisión realizada por Sánchez en 2017 que lleva por título “Revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudios de enfermería en España” observamos que de las 46 universidades, facultades o escuelas de enfermería actuales, el 62% (n=26), ofrecen asignaturas específicas donde los cuidados paliativos se encuentran organizados en asignaturas específicas, mientras que el 26% (n=11), los cuidados paliativos se incluyen en los programas de otras materias de carácter obligatorio o básico. El 12% restante (n=5), los cuidados paliativos y el duelo, no disponen de una clasificación clara dentro del programa formativo universitario de enfermería. Por el contrario, no se ha encontrado ningún artículo específico que hable de la formación en duelo prenatal en las Universidades.

Existe la necesidad de ofertar una formación especializada al personal obstétrico que le permita adquirir la suficiente confianza en su capacidad para proporcionar atención adecuada y apropiada. Los programas de formación en obstetricia deben mejorar el abordaje de las necesidades de los padres en duelo y se necesita mayor investigación para determinar qué intervenciones son más eficaces (Lopez, 2016), e igualmente, es preciso disponer de protocolos de actuación en Atención Primaria y Especializada para cubrir las necesidades físicas, emocionales, espirituales y administrativas de las familias afectadas por una muerte perinatal. El personal de enfermería demanda que las instituciones reconozcan la importancia del duelo perinatal, sus cuidados y los efectos adversos en el personal, y que se fomente la formación en los mismos.

Se espera visibilizar la importancia de estos cuidados y la necesidad de formación a las enfermeras para que la atención prestada sea adecuada, de calidad y con las mínimas repercusiones en el estado físico y emocional (Tardón, 2018). Esta formación específica, además de disminuir su propio malestar subjetivo, evita que el cuidado se refiera sólo a aspectos físicos y que contemple también los emocionales (Fuentetaja, 2018).

La atención intrahospitalaria debe visibilizar esta pérdida y promover el proceso de elaboración del duelo. Pastor Montero (2016) plantea que en la evolución de la pérdida perinatal incide negativamente la tendencia del equipo de salud a minimizarla, dadas sus limitaciones para comprenderla y la tendencia a no brindar apoyo emocional. Insiste en la importancia de una atención interdisciplinaria y el realizar rituales de despedida.

Algunos servicios de salud del estado español como el Servicio Extremeño de Salud u Osakidetza conscientes de la necesidad han creado documentos para la formación de los profesionales en diferentes aspectos de la muerte perinatal y neonatal. Podemos destacar algunos hospitales pioneros en esta área como el Hospital Donostia, San Sebastián que ha implantado cursos sobre duelo perinatal dirigidos a profesionales, desde del 2007 sigue un protocolo de actuación con el objetivo de gestionar ese duelo y ha habilitado una habitación para que los padres den rienda suelta a sus sentimientos y puedan estar con su bebé fallecido, si así lo desean (Elorz, 2016)

Tal como indica el Informe Umamanita (Cassidy et al., 2018), la humanización de la atención es incipiente y aunque aún está bastante lejos de alcanzar el estándar de las buenas prácticas, es evidente que los esfuerzos por humanizarla mediante formación y el desarrollo de protocolos de actuación parecen haber impulsado mejoras significativas durante los últimos años. Para concluir podemos decir que, basándonos en la literatura científica, estamos en un periodo importante de cambio, donde se visualiza las pérdidas, donde los profesionales se preocupan de ellas y donde abandonamos modelos de afrontamiento basados en distancia, silencio y evitación, para dejar su lugar a otros donde se premia la empatía, la verbalización de la pérdida, así como darle la importancia que esa pérdida tiene para la familia y sus consecuencias.

3.2 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica (revisión narrativa) de los artículos publicados en las siguientes bases de datos secundarias: PubMed, Cochrane, Google Académico y Uptodate. En primer lugar, se realizó una búsqueda con los descriptores clave DECS “muerte perinatal”, “duelo”, “profesionales”, “padres”, además de en inglés: “grief”, “nursing”, “perinatal loss AND perinatal death”. Como criterio de inclusión, aquellos artículos publicados entre 2015 y 2021, en inglés y español a título completo donde se analizase, como objetivo principal, las áreas temáticas siguientes: Conceptos y situación actual, experiencias de padres, experiencias de profesionales sanitarios y formación específica del tema, y se aportasen resultados concluyentes. Se excluyeron todos los artículos que no cumplieran alguno de los criterios anteriormente expuesto. Se encontraron 173 artículos de los cuales se realizó un cribado tras la lectura de los resúmenes quedando reducido a 37, tras revisar estos a texto completo se seleccionaron

10 para el cuerpo principal.

3.3 Resultados y discusión.

En Portugal al igual que en España, la sanidad tiene que darle un giro al tipo de atención que se presta a estas familias que pierden a su bebé, ya sea en las pérdidas gestacionales, aquellas que ocurren con pocas semanas y apenas son reconocidas por la sociedad o las que se producen dentro de las semanas reconocidas como muerte perinatal, así como las muertes neonatales. A nivel de espacios físicos, es inhumano que una madre cuyo bebé ha muerto tenga que confirmar el diagnóstico cerca de la zona de monitores oyendo latir otros corazones, que el parto transcurra en silencio y en la sala de al lado el llanto de un nuevo bebé que acaba de nacer sea el que lo rompa, que una vez el bebé nazca la mujer sea internada en la planta de maternidad y se cruce por el pasillo con mujeres con sus bebés en brazos... son cuestiones que cada vez son más cuidadas pero que aún suceden y que tienen una fácil solución.

A nivel organización, necesitamos protocolos actualizados y unificados que ayuden a que la forma de trabajar con estas familias sea siempre respetuosa, que faciliten más que entorpezcan el inicio de un duelo sano, formación en materia de duelo y acompañamiento a los sanitarios que van a estar en contacto con estas familias a todos los niveles, médicos, enfermeros, matronas y auxiliares, porque el personal sanitario también sufre con estas situaciones y procesos y es fundamental cuidar a los que cuidan para que la atención prestada sea de calidad.

La salud mental de las familias que pasan por este tipo de duelo es importante y hay que cuidarla desde el primer minuto y también es una situación difícil para el personal sanitario. El mejor tratamiento siempre es la prevención y la mejor manera de prevenir es formar e informar, por esta razón es vital educar a los profesionales sobre qué herramientas pueden utilizar para acompañar a las familias y darles respaldo y soporte en caso de que así lo necesiten porque siempre “para cuidar hay que cuidarse” (Sordo, 2019).

La muerte de un hijo/a es inesperada y culturalmente “antinatural” y por este motivo, a nivel profesional, provoca sentimientos negativos (Walter, 2007). El conocimiento acerca de la práctica asistencial, unas adecuadas estrategias de

afrontamiento y una red de soporte institucional, es esencial para una adecuada atención sanitaria, por ello, es vital la realización y actualización de protocolos y guías, basados en evidencia científica. El papel del profesional sanitario que atiende a estas familias en el proceso es fundamental (Downe, 2013), aportando apoyo emocional y escucha activa en el embarazo (Simwaka, 2014), al ingreso el profesional debe asegurarse de intentar procurar a la mujer una habitación íntima sin contacto con otros bebés y quizás identificar la habitación con alguna insignia que el resto del personal conozca para evitar preguntas incómodas (Kingdon, 2015).

En el puerperio, la educación sanitaria facilitará el proceso, así como la inclusión en grupos de apoyo, soporte y seguimiento tras el alta hospitalaria (Ryninks, 2014; Roose & Blanford, 2011). Por todo esto, la presencia del EESMO como agente de cuidados a estas familias y encargado de la mejora de los conocimientos y herramientas sobre este acompañamiento en el duelo gestacional y perinatal es vital y así queda recogido por la orden de los enfermeros en las competencias asignadas a estos profesionales, concretamente en la competencia número 2 que recoge específicamente los cuidados a la mujer durante el período prenatal o en situación de aborto.

A modo resumen de la bibliografía consultada al respecto de esta información y para mostrarla de una forma más visual para el lector, se recoge en el siguiente cuadro una muestra de hacia dónde se dirige la necesidad de cambio recogida por algunos autores con su objetivo principal y conclusiones:

<i>Nº</i>	<i>Autor/Año/Título</i>	<i>Tipo de Estudio</i>	<i>Metodología</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Conclusiones e implicaciones para la práctica</i>
1	Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. Archivos de Medicina.	Artículo investigativo desde una perspectiva cualitativa.	Revisión documental, contrastados con una entrevista a profundidad con los padres de un bebe fallecido en etapa perinatal	El propósito es profundizar en el impacto que genera la muerte perinatal en una pareja de padres, y la asistencia profesional brindada	Evidencia la necesidad de implementar protocolos diferenciados que respondan de manera adecuada a las necesidades particulares de estas familias.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

2	Camacho Ávila, M. (2020). Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal.	Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer	Se realizaron entrevistas en profundidad y se hizo un análisis inductivo para encontrar los temas principales.	Explorar, describir y comprender las experiencias de familias que han vivido un duelo perinatal.	El duelo perinatal es una experiencia devastadora, es necesaria alta calidad en la atención de la salud, con unificación de criterios y cuidados basados en la evidencia científica, así como en los deseos y expectativas de los padres.
3	Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Martín, A., Jort, S., Sánchez, D., ... & Martínez, P. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Girona: Umamanita.	Estudio mixto con parte cuantitativa, descriptivo estudio no-probabilístico, y otra de corte fenomenológico mediante entrevistas.	Una revisión de la literatura académica de investigación y guías de atención relacionados con los temas. Entrevistas cualitativas exploratorias con expertos. Desarrolló un cuestionario.	Analizar la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina durante la estancia hospitalaria, atendiendo a los principales componentes de la atención.	Las cuatro grandes dimensiones interrelacionadas que más influyen en la satisfacción, estas son: apoyo psicosocial, coordinación de la atención, información y toma de decisiones. El proceso de la atención es más importante que el resultado (por ejemplo, haber realizado una autopsia o de haber visto al bebé).
4	Elorz López, J. (2016). Guía para la atención de la muerte perinatal.	Búsqueda y revisión bibliográfica, se proyectó elaborar una propuesta de mejora que pudiese resultar de utilidad.	Se realiza una búsqueda mediante las bases de datos científicas: Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Elsevier, Scielo y Medline.	Humanizar la asistencia prestada a la mujer y su pareja y elaborar una guía de actuación.	La falta de protocolos unificados en los hospitales que establezcan qué debe hacerse en estas situaciones provoca que los padres no se sientan bien atendidos. Esta situación podría mejorarse con programas de formación específicos e implantación de protocolos o guías de actuación.
5	Castro Tardón, M. D. D. (2018). Análisis del impacto de la muerte y la atención al duelo perinatal en los profesionales de enfermería:	Revisión bibliográfica	Se realizó una revisión sistemática en las principales bases de datos tales como Pubmed, Cuiden o Dialnet desde el año 2000 hasta el año 2017. Se llevó a cabo una lectura	Analizar, en la literatura científica reciente, el impacto que la atención a la pérdida y el duelo perinatal produce en los profesionales de enfermería que	El personal de enfermería demanda que las instituciones reconozcan la importancia del duelo perinatal, sus cuidados y los efectos adversos en el personal, y que se fomente la formación en los mismos. Se espera visibilizar la importancia de estos

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

	una revisión sistemática.		crítica de los estudios.	prestan estos cuidados.	cuidados y la necesidad de formación a las enfermeras para que la atención prestada sea adecuada, de calidad y con las mínimas repercusiones.
6	Pastor Montero, S. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa.	Investigación cualitativa, aunque sus fundamentos teóricos se aproximan más a la sociología crítica.	La metodología Investigación acción participativa. Los participantes profesionales Área Materno Infantil y Bloque Quirúrgico del Hospital de Montilla. La recogida de la información dinámicas de grupo, observación participante, entrevistas individuales... Para el análisis triangulación de métodos, investigadores y fuentes para asegurar el rigor metodológico.	El objetivo general del estudio es promover un cambio para mejorar los cuidados que se prestan a los padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de la investigación acción participativa	Con este trabajo se pretende sensibilizar a quienes no consideran que se puede y se debe de modificar nuestra práctica para una adecuada atención a las pérdidas y el duelo perinatal. El estudio permite reflexionar sobre las estrategias implantadas, así como la necesidad de nuevas estrategias.
7	Valenzuela, M. T., Bernales, M., & Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Revista chilena de obstetricia y ginecología.	Estudio cualitativo	Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CINAHL, CUIDEN, PsycINFO, PubMed y Google Académico y se realizó un análisis temático de estos.	Objetivo: Comprender la perspectiva de los profesionales de la salud con relación al duelo perinatal.	Los profesionales desempeñan un rol clave en el apoyo integral a los padres, siendo un proceso exigente tanto en lo personal como en lo profesional. Se sugiere formación fomentando el diálogo y apoyo entre los equipos. Beneficios para padres, familia y profesionales, los cuales podrán otorgar un cuidado efectivo y de calidad.
8	Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., & Turner, M. (2015). The role of healthcare professionals in encouraging	El diseño del estudio fue una meta-síntesis utilizando una estrategia de búsqueda predetermina	Utilizando una estrategia de búsqueda predeterminada de PubMed y PsychINFO, identificamos estudios cualitativos	Nuestro objetivo es informar el desarrollo futuro de la guía a través de una síntesis de estudios cualitativos que informan datos	Las guías podrían ser más específicas en sus recomendaciones sobre el contacto con los padres. El papel de los profesionales sanitarios a la hora de animar a los padres a que vean y carguen a su bebé

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

	parents to see and hold their stillborn baby: a meta-synthesis of qualitative studies.	da desarrollada por todos los autores.	sólidos Utilizamos técnicas metaetnográficas para identificar temas clave y una línea de síntesis de argumentos.	relevantes para la pregunta de investigación; ¿Cómo afecta el enfoque de los profesionales para ver y sostener al bebé tras la muerte en las experiencias de los padres?	muerto es primordial. La decisión de los padres de no ver a su bebé, la aprensión o la incertidumbre deben revisarse continuamente en las horas posteriores al nacimiento, ya que la oportunidad de contacto es fugaz y definitiva.
9	Castillo Valderrama J, Rey Hermosilla A, Cabello-Hidalgo P, Núñez-Fellay C, Villagrán-Becerra M. Duelo perinatal: experiencias de la profesional matrona/matrón ante la muerte. <i>Matronas Hoy</i> 2020; 8(2):37-45.	Investigación cualitativa, descriptiva, con enfoque fenomenológico	El muestreo opinático, se aplicó entrevista semiestructurada, triangulación de datos y de investigadores.	Explorar vivencias de profesionales matrona/matrón ante usuarias con pérdida reproductiva y al cuidar recién nacidos que mueren durante la hospitalización.	en el contexto intrahospitalario no es visibilizado con acciones específicas el duelo ante la pérdida reproductiva, quedando la atención al azar del prestador. Se requieren estructuras organizacionales que provean cuidado a las familias afectadas y a los prestadores
10	Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> .	Diseño descriptivo cualitativo.	Se utilizó una entrevista semiestructurada a Los pasos seguidos durante el análisis fueron reportados, y los códigos y temas se generaron a través de la triangulación entre los investigadores.	Identificar y examinar las experiencias y prácticas subjetivas de los profesionales experimentados que atienden la pérdida perinatal en el contexto hospitalario en España	Los participantes informaron la variabilidad de las prácticas en el cuidado del bebé y los padres, la falta de pautas de continuidad de la atención y la importancia del apoyo de un equipo de atención médica coordinado.

4 Análisis reflexivo sobre el proceso de movilización de competencias

A continuación, se realiza un análisis reflexivo de la movilización de competencias a lo largo de la práctica clínica sustentadas en las actividades llevadas a cabo para tal fin, esto es lo que se conoce como “práctica reflexiva”. En relación con esto la literatura revela que los contextos más favorables para la práctica reflexiva y el desarrollo de habilidades para la promoción de la salud son aquellos que incluyen la integración de enseñanza o conocimientos teóricos, servicio, comunidad, alumno y trabajo en equipo (Netto, 2018) y esta es, sin lugar a duda, la forma de estructurar el aprendizaje durante la formación como EESMO en la Universidad de Évora.

Para mí resulta importante destacar en referencia al trabajo en equipo, considerado como uno de los ejes fundamentales para poder realizar una buena práctica clínica de carácter reflexivo, que a pesar de las dificultades idiomáticas y culturales que podrían haber surgido por encontrarme en un país diferente al de origen, mi integración con los equipos en general fue maravillosa, podía sentirme una más, lo cual hacía que trabajar y aprender fuera mucho más fácil. Disfrutaba de todo lo que hacía y de la diversidad de oportunidades que se presentaban, en varias ocasiones, debido en parte a la interrupción de mi formación durante un año, necesité documentarme y estudiar muchos aspectos concretos de cuestiones prácticas que posteriormente comentaba con mis supervisoras con las que tenía una relación de compañerismo basado en el respeto y la admiración que siento por su trabajo.

La práctica reflexiva es un modelo de aprendizaje profesional cuyos elementos principales de partida son las experiencias y la reflexión sobre la propia práctica. Se trata de una opción formativa que parte de la persona y no del saber teórico, que tiene en cuenta la experiencia personal y profesional para la actualización. (Domingo, 2017). Es una actividad aprendida que requiere un análisis metódico, regular, instrumentado, sereno y que solo se adquiere con un entrenamiento voluntario e intensivo. Mientras la reflexión ordinariamente es una actividad mental natural y ocasional, la Práctica Reflexiva es una postura intelectual metódica ante la práctica que requiere una actitud metodológica y una intencionalidad por parte de quien la ejercita (Roget, 2021).

Este tipo de instrumento de aprendizaje fue utilizado en cada uno de los servicios

por los que fui rotando, recogiendo, analizando y reflexionando sobre las distintas situaciones que iba viviendo y de las que iba realizando pequeños informes que intentaba en base al siguiente esquema:

- Qué pasó.
- Cómo me sentí.
- Cómo reaccioné.
- Qué hice bien, qué hice mal, qué no hice y cómo podría mejorar.
- Qué experiencias aprendí y cómo puedo aplicarlas en el futuro.

Pero en este caso la reflexión se centra en un aspecto concreto de todo el aprendizaje, el proceso de movilización de competencias como enfermero especialista y en concreto como EESMO, proceso en el que las conversaciones y reuniones tanto con mis supervisoras clínicas, como las reuniones online con mi orientadora pedagógica, la cual iba dirigiendo cómo debía ir recogiendo y trabajando la información para después desarrollar el informe final del que forma parte este apartado, fueron imprescindibles.

Todo lo referente a las especialidades de enfermería se encuentran recogidas por la *Ordem dos Enfermeiros* (OE) en el Reglamento nº 140/2019 y según ésta, la OE define al enfermero especialista como aquel al que se le reconoce competencia científica para prestar cuidados de enfermería especializados en el área de cuidado específico.

La movilización de competencias en un enfermero especialista se centra en la utilización de todos los conocimientos y habilidades de los que dispone para una prestación de cuidados de calidad, siempre acorde a la situación ante la que se encuentra, tomando las decisiones responsables oportunas, no faltando nunca a la ética profesional y priorizando las diversas acciones a desempeñar según su nivel de relevancia. En este sentido, los objetivos a conseguir a lo largo del segundo curso son definidos por la Universidad de Évora teniendo como base las competencias registradas por la OE y que debemos adquirir y posteriormente desarrollar como estudiantes de la especialidad de salud materna y obstétrica y futuros especialistas. Dentro de estas competencias se diferencian dos tipos:

- Competencias comunes para cualquier enfermero especialista, sin importar cual sea la especialidad

“son las competencias compartidas por todos los enfermeros especialistas, independientemente de su especialidad, demostradas por medio de su elevada capacidad de diseño, gestión y supervisión de cuidados, a través de un apoyo eficaz al ejercicio profesional especializado en el ámbito de la formación, investigación y asesoría” (pag. 4745)

- Competencias específicas para todo EESMO

“son las competencias que se originan de las respuestas humanas a los procesos de vida y a los problemas de salud en el campo de intervención definido para cada área de especialidad, demostradas a través de un alto grado de adecuación de los cuidados a las necesidades de salud de las personas” (pag. 4745)

Las actividades llevadas a cabo para la consecución de tal fin y cumplimiento de los objetivos marcados han sido desarrolladas a lo largo de todo el periodo de prácticas clínicas en los diferentes centros y servicios asignados, quedando recogidas, fundamentadas y reflejadas en este informe.

4.1 Competencias comunes de los enfermeros especialistas

Las competencias comunes de los enfermeros especialistas vienen recogidas por la OE en el Reglamento n.º 140/2019 como:

“Especialista es la enfermera con conocimientos profundos en un dominio específico de la enfermería, teniendo en cuenta las respuestas humanas a los procesos vitales y problemas de salud, que demuestran altos niveles de juicio clínico y toma de decisiones, traducidos en un conjunto de habilidades especializadas relacionadas con un campo de intervención” (pág. 4746)

Durante todo el periodo práctico, mi actuación se ha centrado en los dominios de estas competencias comunes del especialista siendo estas:

- a) Responsabilidad profesional, ética y legal: todo enfermero especialista debe llevar a cabo el ejercicio de su labor profesional siempre en base a la normativa legal en lo referente al área de la especialidad, basado en principios éticos y código

deontológico y garantizar una práctica de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.

- b) Mejora continua de la calidad: garantizar un papel dinámico en el desarrollo y soporte de iniciativas institucionales en el área de gobernanza clínica, desarrollar prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua y garantizar un ambiente terapéutico seguro.
- c) Gestión de los cuidados: gestionar los cuidados de enfermería, optimizando la respuesta de su equipo y articulándose con el equipo de salud, adaptando el liderazgo y la gestión de los recursos a las situaciones y al contexto, asegurando la garantía de la calidad de los cuidados.
- d) Desarrollo de aprendizaje profesional: desarrollar el autoconocimiento y la asertividad y basar su práctica clínica especializada en la evidencia científica

Este periodo práctico para la adquisición de competencias dentro de los dos años de formación como especialista ha sido una etapa para recordar siempre, siendo un periodo enriquecedor y duro a partes iguales tanto en lo personal como en lo profesional. A nivel personal, por segundo año me encontraba viviendo en otro país con dos niños pequeños que hacían que en ocasiones las horas del día no fueran suficientes para estudiar y trabajar en mi formación a completo pero las ganas de aprender y crecer lo hacían posible. A nivel profesional, el estar en otro país con otro idioma y otra cultura, hizo sin lugar a duda que la experiencia fuera más enriquecedora de lo que podría haber sido estando en casa, todos los conocimientos teóricos adquiridos en el primer año sustentaban la base para empezar a construir y ampliar los conocimientos necesarios para entrar en una parte más específica de la enfermería, profesión que desempeño desde 2005.

A lo largo de las prácticas pasé por distintos centros ubicados en diversas ciudades y dentro de estos en ocasiones varios servicios diferenciados, consiguiendo de esta forma un tipo de formación muy enriquecedora con influencia de distintas culturas.

Profundizando un poco en la adquisición de competencias comunes para todo especialista, hay unos puntos que me gustaría resaltar en algunas de ellas:

A. Responsabilidad profesional, ética y legal.

A1 — Desarrolla una práctica profesional ética y legal, en el área de la especialidad, de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y el código deontológico.

Como enfermera, mi trabajo siempre se sustenta en el cumplimiento del código deontológico que rige mi actuación como profesional sanitario y los cuatro principios de bioética que son los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia y de esta misma forma he continuado durante el desarrollo de mi formación como enfermera especialista ya que, desde mi punto de vista, la prestación de cuidados debe ser dinámica e individualizada, respetando siempre las condiciones de cada una de las personas a las que acompañamos. Por suerte, la corriente de la atención sanitaria en enfermería va dirigida hacia la mejora y los cambios promovidos hasta ahora encaminados a una mejora de las prácticas sanitarias de atención al parto, teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible y la promoción de modelos de atención respetuosos con la fisiología del parto (Goberna, 2018).

En base a los principios bioéticos centrándome en el principio de autonomía, todas mis actuaciones eran comunicadas y explicadas a cada una de las mujeres, solicitando su consentimiento informado siempre, el consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía (Garrido, 2018), y me preocupaba de leer todos y cada uno de los planes de partos que presentaban en el servicio de paritorio para tener ya una idea desde el inicio de los deseos y preferencias de cada embarazada, siempre abierta a modificaciones según circunstancias, para ello intentaba establecer una relación de confianza en la base fueran la información y el diálogo continuo.

Respecto al segundo principio mencionado, el principio de justicia, mi trato siempre es equitativo para todas las personas a las que presto cuidados, utilizando todos los recursos a mi alcance por igual para todos. Los principios de beneficencia y no maleficencia van unidos como si fueran uno solo y en base a ellos mi actuación siempre busca dar lo mejor de la mejor forma o al menos la menos perjudicial. El principio de beneficencia nos recuerda la obligación e importancia de los profesionales de la salud en proporcionar un beneficio minimizando los actos perjudiciales y el de no maleficencia el

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

no perjudicar a la mujer, feto, recién nacido o neonato, cuando no sea posible hacer el bien. (Garrido, 2018).

B. Mejora continua de la calidad.

B2 — Desarrolla prácticas de calidad.

B2.2 — Planea programas de mejora continua

B2.2.1 — Identifica oportunidades de mejora.

B2.2.2 — Establece prioridades de mejora.

B2.2.3 — Selecciona estrategias de mejora.

En lo referente a la mejora en la prestación de cuidados, creo firmemente que la prestación general de unos cuidados de calidad empieza por una mejora continua de los conocimientos de forma individual, por eso intento siempre estar actualizada y en busca de formaciones que me ayuden a ampliar mis conocimientos. Nuestra profesión está en continuo crecimiento y cambio, así realicé varias formaciones de forma simultánea al desarrollo de mi práctica clínica sobre aspectos que me parecía importante reforzar como fueron la sutura perineal (**Anexo VIII**) y la monitorización fetal (**Anexo IX**), que sin duda son cuestiones específicas que no he manejado como enfermera generalista y que son vitales dentro de la especialización de cuidados en enfermería obstétrica.

C. Gestión de los cuidados.

En este sentido para trabajar en equipo y dar lo mejor de mí, aprovechando siempre todas las oportunidades para aprender al máximo, he hecho un trabajo continuo de adaptación sobre todo a nivel cultural ya que me encontraba en un país diferente con otro idioma, unas condiciones jerárquicas bien definidas y respetadas. Resultaba muy importante que todo sirviera como una experiencia aún más enriquecedora y no una barrera y realmente en este aspecto el esfuerzo ha valido la pena y me he sentido una más del equipo en casi todos servicios.

D. Desarrollo de aprendizaje profesional.

Uno de los puntos más importantes y que cobran más sentido en esta fase de mi carrera profesional como estudiante de la especialidad, es sin duda el referente a esta competencia concreta:

D1- Desarrolla el autoconocimiento y la asertividad

En este apartado, el desarrollo de las reflexiones estructuradas ha sido de gran ayuda ya que en ocasiones, realizamos acciones de forma mecánica o sin prestar especial atención porque tenemos automatizada la forma de trabajar, pero al llegar a casa y sentarme a escribir sobre lo que había sucedido a lo largo del día, cuál había sido mi actuación en las diversas situaciones y cómo me había sentido, me ayudaba a reconocer y reforzar aquello que había hecho bien, visualizar lo que estaba mal o debía haber hecho de otra forma y lo que podía mejorar y todo esto en muchos casos no es posible reconocerlo al mismo tiempo que se trabaja ya que apenas hay tiempo de pensar y reflexionar, por lo que valorar mi forma de ser, hacer y actuar como profesional posteriormente me ayudaba muchísimo a reforzar y ampliar el aprendizaje obtenido de cada una de las experiencias.

D2- Basa su práctica clínica especializada en la evidencia científica.

D2.1.5 — Evalúa el impacto de la formación.

En este sentido y buscando dar respuesta a este punto específico dentro de la necesidad de actualización continua basada en la evidencia más reciente para una prestación de cuidados segura y de calidad, se centra mi búsqueda de información referente a la importancia de una formación adecuada para acompañar a las familias que pierden a sus bebés y cómo esto puede afectar de manera positiva o negativa en la evolución del proceso de duelo y en la forma en la que las familias afronten y transiten estas situaciones.

D2.3.3 — Rentabiliza las oportunidades de aprendizaje, tomando la iniciativa en el análisis de situaciones clínicas.

Como parte importante de todo mi proceso de aprendizaje y englobado en este punto concreto, se encuadra la realización del relato de experiencia de una de las situaciones vividas en materia de muerte fetal, buscando realizar un análisis de la situación para interpretar mejor la forma de actuar del personal en estos procesos y confirmar las afirmaciones recogidas al respecto en la bibliografía referentes a las actuaciones del personal sanitario y como sin formación específica, son las experiencias previas las que proporcionan las herramientas para afrontar las situaciones pudiendo éstas ser insuficientes o inadecuadas.

4.2 Competencias específicas de los EESMO

Durante todo el tiempo que duró esta parte de práctica clínica, las experiencias para el aprendizaje y por tanto para la consecución de objetivos marcados, así como la adquisición de competencias inherentes al EESMO fueron muchas y de diversas características, recogiendo de manera cuantitativa según un documento preformado, con unos mínimos establecidos, común para todos los estudiantes que en mi caso quedaría de la siguiente forma:

1. Vigilancia y prestación de cuidados a la embarazada	
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes prenatales (100) 	365
2. Vigilancia y prestación de cuidados a la parturienta.	
<ul style="list-style-type: none"> • Partos eutócicos (40) 	40
<ul style="list-style-type: none"> • Participación en partos pélvicos. 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Participación en partos gemelares. 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Participación en otros partos. 	23
<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomías 	0
<ul style="list-style-type: none"> • Episiorrafias/Perineorrafias 	22
3. Vigilancia y prestación de cuidados a mujeres en situación de riesgo. (40)	
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo 	122
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto 	44
<ul style="list-style-type: none"> • Puerperio 	115
4. Vigilancia y prestación de cuidados a puérperas saludables. (100)	143
5. Vigilancia y prestación de cuidados a RN saludables. (100)	130
6. Vigilancia y prestación de cuidados a RN de riesgo.	54
7. Vigilancia y prestación de cuidados a mujeres con afecciones ginecológicas.	1

Este apartado del informe se centra en recoger y documentar la obtención de competencias específicas del enfermero especialista a lo largo de la práctica clínica en los distintos servicios, algo que fue posible en casi todos los servicios gracias a la disposición y ganas de enseñar y acompañar mi aprendizaje de los que fueron mis orientadores clínicos, los cuales aumentaron aún más en mi las ganas de aprender y profundizar mis

conocimientos en este área específica de la enfermería en salud materna y obstétrica.

La OE recoge en su reglamento nº391/2019, que un especialista puede realizar intervenciones autónomas en situaciones de bajo riesgo, así como intervenciones interdependientes en situaciones de medio y alto riesgo, siendo estos procesos patológicos y disfuncionales dentro del ciclo reproductivo de la mujer.

Las competencias específicas de un enfermero especialista vienen definidas por el tipo de cuidados a prestar en los distintos procesos de vida en situaciones de salud y desvío de esta dentro de su área específica de actuación, en nuestro caso en el mundo ámbito de la salud materna y obstétrica. Las responsabilidades de un EESMO se centran en todos los procesos relacionados con los acontecimientos ginecológicos y obstétricos de las mujeres en edad fértil desde la menarquia hasta la menopausia, siendo estas la planificación familiar preconcepcional, embarazo, parto, puerperio, climaterio y seguimiento y control ginecológico.

Las competencias del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO), recogidas en el Reglamento nº. 391/2019 se recogen en el siguiente cuadro a modo resumen y para facilitar la lectura, junto a los criterios de evaluación y las actividades llevadas a cabo por mí a lo largo de mi práctica clínica:

Asistencia durante el periodo preconcepcional		
Cuida de la mujer dentro de la familia y la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el período preconcepcional		
Competencia Específica	Criterios de evaluación	Actividades
Promueve la salud de la mujer en el campo de la salud sexual, planificación familia y durante el período previo a la concepción.	<p>-Informar y asesorar sobre los recursos disponibles en la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y previa a la concepción.</p> <p>-Informar y asesorar sobre planificación familiar y preconcepcional.</p>	<p>-Asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, características y recomendaciones según cada caso.</p> <p>-Colocación de diversos dispositivos que precisan de personal sanitario adiestrado.</p>

	- Promover la decisión informada en el contexto de la planificación familiar y la salud preconcepcional.	
<p>Asistencia al embarazo durante el periodo prenatal Cuida de la mujer en el ámbito de la familia y la comunidad durante el periodo prenatal, buscando potenciar su salud y detectar y tratar de forma precoz las complicaciones, promoviendo el bienestar materno-fetal.</p>		
Competencia Especifica	Criterios de evaluación	Actividades
Promueve la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.	-Informa y orienta a la mujer sobre sexualidad y anticoncepción tras un aborto. -Promueve la decisión informada en el ámbito de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).	-Revisiones para informar las posibilidades en anticoncepción en cada caso y recuperación de actividad sexual según procedimiento. - Explicación del procedimiento a seguir y administración del tratamiento oportuno en casos de IVE.
Promueve la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de enfermedad.	-Identifica y monitoriza el proceso de enfermedad. -Coopera con otros profesionales en el tratamiento de la parturienta con complicaciones del embarazo.	- Realización de citologías para cribado de enfermedades y rastreo de cáncer de cuello uterino. -Derivaciones a profesionales específicos e inter-servicios si resulta preciso.
<p>Asistencia al parto normal o con complicaciones durante el trabajo de parto y el parto. Cuida a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el trabajo de parto, efectuando un parto en un ambiente seguro, buscando optimizar la salud de la parturienta.</p>		
Competencia Especifica	Criterios de evaluación	Actividades
Promueve la salud de la mujer/feto durante el trabajo de parto.	-Promoción de un ambiente seguro durante el trabajo de parto y el	-Control de características del ambiente, intimidad, tranquilidad, preparación de material que pudiera ser necesario.

<p>Promueve cuidados a la mujer con problema con el embarazo y/o el trabajo de parto.</p> <p>Procura cuidados en situaciones que puedan afectar negativamente el periodo postnatal.</p>	<p>parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promoción de confort y bienestar para la mujer y familiar significativo. -Promoción de vinculación madre/ padre/ recién nacido/ familiares significativos. -Promoción, prevención y control del dolor. -Promoción de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina -Implementación y evaluación de medidas de soporte psicológico y emocional a la parturienta y familiar significativo -Asegurar medidas de soporte emocional y psicológico a la puérpera. -Planear, implementar y evaluar intervenciones de recuperación postparto también en caso de complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Integración de la pareja en el proceso de parto siendo parte activa del mismo. -Fomento y promoción del piel con piel y la lactancia materna respetando los deseos de los padres. -Enseñanza y participación en medidas no farmacológicas para control del dolor -Supervisión y control del proceso adaptativo favoreciéndolo con el ambiente adecuado. - Acompañamiento activo durante el proceso, resolución de dudas para calmar miedos y disposición para ayudar en lo que sea necesario. -Documentación sobre la situación familiar y conversaciones previas al alta sobre cuidados y resolución de dudas. -Seguimiento telefónico posparto de manera periódica durante los primeros meses para detectar posibles complicaciones o solventar las que puedan haber aparecido
<p>Asistencia en procesos de salud/complicaciones durante el período posnatal. Cuida a la mujer dentro de la familia y la comunidad en el período postnatal, buscando potenciar la salud de la puérpera, apoyando el proceso de transición a la parentalidad</p>		
<p>Competencia Específica</p>	<p>Criterios de evaluación</p>	<p>Actividades</p>

<p>Promueve la salud de la mujer en el periodo postnatal.</p> <p>Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer durante el periodo postnatal Procura cuidados en situaciones que puedan afectar</p>	<p>-Informar y orientar sobre recursos disponibles en la comunidad.</p> <p>-Informa, orienta y apoya a la madre en el autocuidado.</p> <p>-Implementa y evalúa intervenciones con la finalidad de potenciar la salud de la mujer en el postparto.</p> <p>-Planear, implementar y evaluar intervenciones para la mujer con complicaciones postparto.</p>	<p>-Recomendación e información sobre grupos d apoyo a la lactancia</p> <p>-Creación de documentos con información de interés para los primeros meses.</p> <p>-Información sobre cuidados importantes en el puerperio previo al alta.</p> <p>-Valoración en consulta de situación a los 15 días posparto.</p> <p>-Educación para la salud en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidados de la herida en cesáreas. • cuidados de las episio o perineorrafias si las hubiera. • recomendaciones para fortalecimiento y mejora de suelo pélvico
<p>Asistencia durante el periodo postconcepcional. Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el período del climaterio</p>		
<p>Competencia Especifica</p>	<p>Criterios de evaluación</p>	<p>Actividades</p>
<p>Promueve la salud de la mujer en el proceso de transición a la menopausia.</p>	<p>-Identificar y monitorear el estado de salud de las mujeres en climaterio.</p> <p>-Identificar cambios físicos, psicológicos, emocionales y sexuales resultantes del climaterio.</p> <p>-Intervenir con mujeres con cambios asociados con el climaterio</p>	<p>Este apartado de las competencias fue en el que se presentaron menos oportunidades de aprendizaje, algunas en cuidados primarios y alguna en las urgencias obstétricas, pero fue un tema muy comentado con mis orientadores y sobre el que traté de ampliar conocimientos leyendo artículos y estudios que iba encontrando.</p>
<p>Asistencia en procesos de problemas ginecológicos o de mama. Cuida de la mujer dentro de la familia y la comunidad a vivenciar procesos de salud/enfermedad ginecológica, buscando potenciar su salud.</p>		
<p>Competencia Especifica</p>	<p>Criterios de evaluación</p>	<p>Actividades</p>
<p>Promover la salud ginecológica de la</p>	<p>-Implementar programas de seguimiento y rastreo.</p>	<p>-Captación de mujeres en las consultas para realización de citologías según programa de rastreo.</p>

<p>mujer mediante programas y rastreo.</p> <p>Diagnostica precozmente y prevenir complicaciones relacionadas con afecciones del sistema genitourinario.</p> <p>Proporcionar cuidados a las mujeres con afecciones genitourinarias o de mama y facilitar su adaptación a la nueva situación.</p>	<p>-Concienciar sobre la importancia de la prevención y diagnósticos precoz.</p> <p>-Asegurar la adhesión de las mujeres a los diversos programas.</p> <p>-Planear, implementar y evaluar intervenciones de educación para la salud.</p> <p>-Asegurar la continuidad de cuidados.</p> <p>-Cooperar con otros profesionales para un buen seguimiento y acompañamiento en los diversos procesos.</p>	<p>-Educación para la salud siempre que resulta oportuno tanto en consulta como en urgencias ginecológicas.</p> <p>-Realización de exploraciones mamarias en consultas de planificación familiar.</p> <p>-Enseñanza de realización de una correcta autoexploración mamaria</p> <p>-Seguimiento y contacto telefónico (debido a la pandemia) para resolver posibles dudas y reforzar la información.</p>
<p>Asistencia general a la población diana (mujeres en edad fértil)</p>		
<p>Todas las actividades realizadas durante todo el periodo práctico han ido dirigidas al cuidado de la población diana en todas y cada una de las diferentes etapas de su vida fértil, sexual y reproductiva en la que se encontrasen.</p>		
<p>Basa su praxis clínica especializándose en evidencia científica Basa los procesos de toma de decisiones e intervenciones en conocimientos válidos, vigentes y pertinentes, asumiéndose como facilitador en los procesos de aprendizaje.</p>		
<p>Competencia Específica</p>	<p>Criterios de evaluación</p>	<p>Actividades</p>
<p>Basar la práctica clínica en la evidencia científica</p>	<p>Interpretar y organizar los resultados de la evidencia científica</p> <p>-Diagnosticar la necesidad de formación por parte de los enfermeros especialistas no atendiendo a parejas que se encuentran en fase de duelo perinatal</p>	<p>-Realización de cursos específicos durante la formación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sutura perineal. • Auscultación fetal • Optimización de posiciones fetales (OPF) <p>-Estudio continuo para el desarrollo de habilidades según experiencias vividas.</p>

A lo largo de toda la fase de práctica clínica he desarrollado diversas actividades que me han permitido adquirir las competencias propias de un EESMO trabajando y acompañando a mujeres en las diversas fases o etapas de su vida fértil desde en el inicio de esta con la menarquia hasta el final con la menopausia. De todas y cada una de las mujeres a las que atendía realizaba un registro en mi cuaderno de campo en el que anotaba las distintas intervenciones y actividades llevadas a cabo según el grupo al que pertenecieran, anotaciones de interés para mí para realizar estudios más completos en algunos casos o buscar información de situaciones que me resultaban más desconocidas o interesantes.

Con respecto al grupo de mujeres embarazadas, que fue el que más número concentraba, anotaba una serie de datos básicos tales como nombre, edad, índice obstétrico, edad gestacional, antecedentes personales de interés, patologías asociadas al embarazo y principales cuidados prestados. Con algunos de estos datos realicé unos gráficos para conocer un poco el tipo de población con la que trabajaba y llegué a la siguientes conclusiones:

La edad materna media de las embarazadas se situaba entre 26-35 años y de todas las que pasaron por bloque de partos más de la mitad, un 79%, lo hizo con inicio de trabajo de parto de forma espontánea, aunque le fue administrada oxitocina sintética al 30% de ellas.

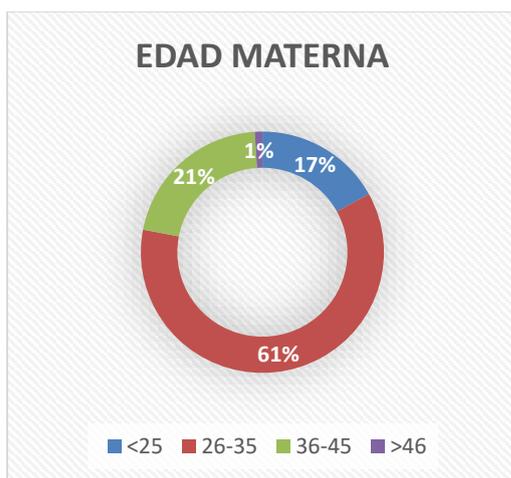


Ilustración 27 Gráfico edad materna

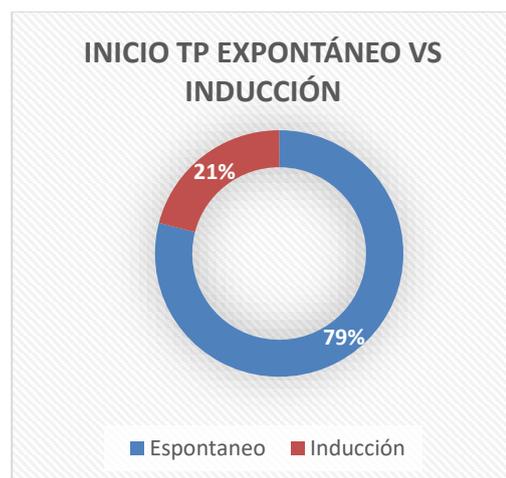


Ilustración 28 - Gráfico % inducciones.

En las inducciones, siempre valorando Bishop, los métodos utilizados por el equipo médico fueron, ordenados de mayor a menor prevalencia, los comprimidos de misoprostol vía oral y en alguna ocasión vaginal, seguidos de la oxitocina endovenosa y en última

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

instancia la aplicación vaginal de gel con prostaglandinas.



Ilustración 29 Gráfico métodos de inducción.

Del total de mujeres en trabajo de parto, más del 80% hizo uso de la analgesia epidural, algo que por suerte en los locales en los que pasé por este servicio, no impedía la movilidad casi total de la embarazada, siendo las posiciones más frecuentes la posición de litotomía, en la mayoría de casos porque pensaban que era la que tenían que mantener o porque tenían miedo de moverse, pero nunca con las perneras colocadas a menos que las usáramos para posiciones asimétricas, seguida del uso del banco o cuclillas y la posición de cuadrupedia.



Ilustración 30 - Gráfico uso de epidural.



Ilustración 31 - Gráfico posiciones en el parto.

Esta posibilidad de cambiar de posiciones y tener libertad de movimiento, permitida por el equipo de anestesia, aceptada por el equipo de ginecología y fomentada por las EESMO con la que tuve la suerte de aprender, se refleja en el estado del periné tras el parto ya que la mitad sufrieron desgarros leves de 1º grado que en pocas ocasiones

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

precisaron ser suturados, salvo aquellos que sangraban mucho, y casi un 30% mantuvieron periné íntegro.

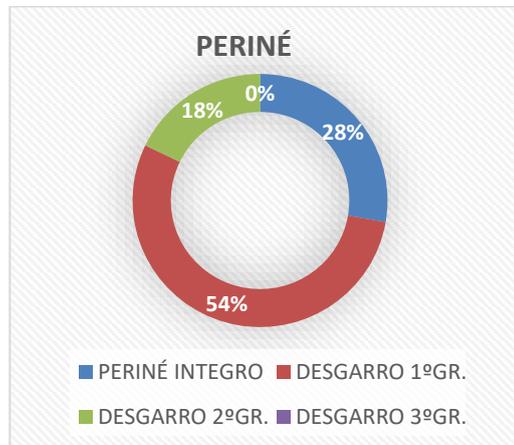


Ilustración 32 - Gráfico % tipos de desgarros.

El registro de todas las actividades realizadas al total de las embarazadas con las que tuve contacto que fueron las 298 mujeres, irá desglosado por competencias.

1. Cuida de la mujer dentro de la familia y la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional.

Durante las consultas en atención primaria, tuve oportunidad de participar de forma activa en un total de 35 consultas de planificación familiar, en las cuales se realizaba educación para la salud sobre todo a dos tipos de usuarias las que querían evitar el embarazo porque no querían tener hijos por el motivo que fuera y aquellas que deseaban comenzar la búsqueda del embarazo. De esta forma los cuidados me permitían informar y orientar sobre los recursos disponibles en la comunidad, hablando sobre los diversos métodos y enseñando y supervisando el uso de algunos de ellos, resolviendo posibles dudas en este ámbito y administrando o colocando los que precisan de un profesional sanitario para ello.

En aquellas mujeres que acudían con intención de comenzar la búsqueda de embarazo, los cuidados se centraban sobre todo en la información sobre estilos de vida saludables, pero también tuve oportunidad de hablar con alguna de ellas sobre la infertilidad y las opciones disponibles hoy en día para conseguir un embarazado cuando

éste no llega de forma natural.

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

He prestado cuidados a un total de 298 mujeres embarazadas realizando unos 365 exámenes prenatales ya que muchas de ellas acudían de forma periódica según lo estipulado para los controles oportunos o porque debido a alguna afección o patología asociada precisaban cuidados con mayor asiduidad.

Dentro del acompañamiento a mujeres en el periodo prenatal, acompañé a 17 mujeres que se encontraban transitando la pérdida de su bebé, tema que ya he recalcado en diversas ocasiones, es muy importante para mí, tuve oportunidad de sentarme con casi todas ellas y hablar sobre cómo se sentían, qué necesitaban en ese momento y cómo yo podía ayudarlas y alguna prefería estar sola así que me centraba sólo en hacerles saber que estaba allí si me necesitaban. A veces mis cuidados se basaban en darles un poco de soporte acompañando en silencio, a veces simplemente necesitaban entender el procedimiento y cómo iba a desarrollarse todo, dolor, sensaciones, sangrado... En algunos servicios, este acompañamiento fue un poco más duro ya que las mujeres pasaban el proceso en el mismo bloque de partos o eran atendidas en una urgencia obstétrica llena de embarazadas, pero independientemente de dónde estuviéramos, me centraba mucho en hacer que se sintieran un poco menos solas, ya que las condiciones de pandemia no permitían acompañante, y sobre todo ayudar con los miedos dándoles la información que cada una necesitaba de manera individualizada.

Dentro de este apartado relacionado con la pérdida, tuve la oportunidad de pasar consulta en varias ocasiones con una EESMO maravillosa como profesional y persona, que se encargaba de las IVE, atendiendo a un total de 20 embarazadas que no deseaban continuar con sus embarazos, y aquí el trabajo se centraba en promover la decisión informada por medio de la información y resolución de dudas, siempre desde el respeto y sin someter a las mujeres a juicios de valor, proporcionando el tratamiento oportuno para la IVE y realizando los controles oportunos posteriormente.

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

El número total de partos que tuve la oportunidad de acompañar fueron los 40 mínimos solicitados, ya que en el bloque de partos de Abrantes fue una etapa en la que casi no teníamos partos y en el HGO éramos muchas estudiantes y no resultaba fácil conseguir más de una oportunidad por turno, además de que por mi situación personal con dos hijos pequeños viviendo conmigo allí, no realizaba turnos de noche que eran los turnos más fructíferos en este sentido.

Además de estas 40 mujeres a las que presté cuidados durante el periodo expulsivo sola, junto a mi orientadora y el acompañante al que hacía partícipe de todo el proceso, hubo otras 23 en cuyos expulsivos estuve presente pero mis cuidados en esa fase fueron más dirigidos hacia el RN puesto que fueron partos instrumentales, siendo un total de 63 mujeres en expulsivo, 67 mujeres en fase latente, 58 mujeres en fase activa de trabajo de parto.

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

En el periodo posnatal podría separar dos grupos, las mujeres en puerperio inmediato, las dos horas posparto, que fueron un total de 88 y el resto de las puérperas, englobando tanto a las que atendía en planta de puerperio como a las que acudían a consultas, siendo estas un total de 115 puérperas.

En el servicio de puerperio, mi orientadora era una persona que desprendía luz y que empleaba la mayor parte de su tiempo en informar, así que esta oportunidad me ayudó muchísimo a conseguir habilidades para potenciar la salud y la parentalidad responsable. En este ámbito del cuidado mi parte preferida al estar formada como asesora de lactancia era sin lugar a duda la promoción y el apoyo de la lactancia materna, resolviendo dudas, realizando valoraciones para prever y corregir posibles alteraciones y hablar sobre posibles complicaciones que pueden aparecer, sobre la lactancia mixta o en diferido y en general de todos los posibles temas sobre lactancia que podían aparecer en cada caso.

Con todas las puérperas en la planta realizábamos unas pequeñas charlas de educación para la salud de cara al alta en las que hablábamos sobre sexualidad y anticonceptivos en el posparto, autocuidado y cuidados del bebé, crecimiento y desarrollo del RN y sobre signos y síntomas de alarma, tema que ya tenía bien desarrollado desde mi paso por cuidados de atención primaria donde di un aula online de primeros auxilios al recién nacido para unas 10 puérperas que acababan de ser dadas de alta. Todos estos temas eran abordados en las habitaciones de manera individual o en algunas ocasiones en pequeños grupos de 3 ya que las condiciones no permitían hacer grupos mayores, pero el hecho de que hubiera más de una madre en la conversación, hacía mucho más enriquecedora e interactiva la información que transmitía ya que entre ellas surgían nuevas preguntas, dudas de situaciones vividas en puerperios anteriores...

5 Cuida a la mujer durante el período de climaterio

Este fue el grupo al que menos acceso tuve y por tanto el número de oportunidades de aprendizaje fue menor, pero en las situaciones en las que me encontré aproveché para documentarme y hablar con mi orientadora en ese momento sobre aspectos importantes de esta etapa de la vida de la mujer que sin lugar a duda es una de las más ignoradas y por la que menos consultan. Aun así, tuve pude hablar sobre la importancia de la autoexploración mamaria y enseñar el procedimiento, la importancia de la adhesión al programa de rastreo del cáncer de mama y hablar un poco sobre alimentación y suplementación en esta fase.

6 Cuida de la mujer dentro de la familia y la comunidad a vivenciar procesos de salud/enfermedad ginecológica.

Promoción de la salud ginecológica por medio de la educación para la salud a todas y cada una de las mujeres con las que he tenido contacto, principalmente en las consultas de cuidados primarios, exponiendo la importancia de un buen seguimiento para la prevención de problemas ginecológicos. Resulta muy importante para ello conseguir una buena adhesión a los programas de salud como por ejemplo el de rastreo de cáncer de cuello uterino y por ello, a todas las mujeres independientemente del motivo por el que consultasen, se les revisaba en su historial cuando se habían realizado las últimas citologías y exámenes precisos, saliendo de consulta ya con una cita marcada para ello si

era necesario actualizar. Además, conversaba sobre los métodos de protección frente a las ETS y orientaba y facilitaba los métodos anticonceptivos elegidos por las mujeres, algo que la DGS favorece permitiendo la dispensación gratuita de casi todos los métodos disponibles actualmente en el mercado.

Otra de las actividades en este apartado se centraba en el diagnóstico precoz de patologías ginecológicas, centrado en la realización de citologías, técnica que aprendí durante mi periodo en centro de salud y que realicé en 11 ocasiones, algo que me permitió mejorar mis conocimientos sobre características normales de la mucosa, apariencia del cuello uterino y detectar anomalías en algunas ocasiones en cuanto a alteraciones del flujo vaginal en presencia de candidiasis, visualización de pólipos, problemas relacionados con una mala cicatrización de desgarros o episiotomías, observación de lesiones indicativas de posibles alteraciones celulares... con todo esto podía comenzar a encaminar los cuidados necesarios o coordinarme con el médico de cabecera para la prescripción de algún tratamiento, derivar a cuidados especializados para seguimiento o incluso a fisioterapeutas para mejora de condiciones de suelo pélvico o tratamiento de cicatrices dolorosas posparto.

7 Cuida de la población diana (mujeres en edad fértil) dentro de la comunidad.

Todos los cuidados expuestos y detallados en los párrafos anteriores organizados por competencias, vienen a formar el total de actividades llevadas a cabo para la consecución de esta séptima y última competencia recogida en la OE, puesto que todas y cada una de las acciones y acompañamientos realizados durante todo el periodo práctico en los distintos centros y servicios por los que he ido pasando, han ido siempre encaminados al cuidado de la población diana para esta especialidad de enfermería, las mujeres en edad fértil, en cada etapa de su vida y en todos y cada uno de los procesos vivenciados dentro de estas.

5. Consideraciones finales

Al finalizar este segundo año de la formación como EESMO en el que se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante el primer año teórico y con resultado final el presente informe considero haber logrado los objetivos propuestos por medio de

la adquisición de las competencias comunes de un enfermero especialista y las específicas del área de salud materna y obstétrica. A lo largo de todo este tiempo he tenido el placer de acompañar a muchas mujeres dentro de la familia y de la propia comunidad, en distintas fases de su vida relacionadas con la sexualidad, el embarazo, parto y posparto, transición y adaptación a la parentalidad y climaterio y también a mujeres con afecciones ginecológicas o transitando una pérdida gestacional y todo estos cuidados se han desarrollado tanto en área de cuidados básicos de salud o primarios, como en cuidados hospitalarios o especializados.

El inicio en cada nuevo servicio siempre precisaba de un periodo de adaptación, los primeros días se centraban en observar la estructura del servicio a nivel de distribución de los espacios, organización del trabajo y forma de trabajar principalmente de mi supervisor clínico. La barrera idiomática resultó ser menor de lo que pensaba ya que creía que no me iba a permitir establecer una buena relación terapéutica con las mujeres, pero mi capacidad adaptativa y la asertividad mostrada por parte de las mujeres en este sentido superaron mis expectativas y facilitaron mucho la creación de un trato cercano y de confianza.

Llevar a cabo todo este proceso de aprendizaje desde la práctica reflexiva y realizar este informe final, me ha permitido ir cuestionando mi forma de actuar en las diversas situaciones y aprender que aspectos debía ir mejorando o modificando, cuándo resultaba necesario ampliar soporte teórico o realizar una revisión de la evidencia más actualizada buscando siempre la excelencia en los cuidados, tal como establece el reglamento nº. 391/2019, e intentando entender las diversas formas de trabajar ya que según dónde y con qué profesional las cosas se hacían de una u otra forma. Todo esto, junto a la orientación de mis supervisores clínicos y mi orientadora pedagógica, ha contribuido a sentirme más segura a lo largo del aprendizaje en la ejecución y realización de las diversas tareas y cuidados de enfermería requeridos en cada caso.

En lo referente a mi contribución para la mejora de la profesión centrándome en un tema de interés que en este caso ha sido “Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios”, me ha permitido profundizar en la adquisición de algunas competencias específicas, mejorando mis conocimientos al respecto

y por tanto garantizando una atención de calidad en este sentido, y mediante lo cual he podido sacar en claro, tras las conversaciones con los profesionales con los que he ido coincidiendo y una revisión de la literatura, dos aspectos de gran importancia:

- En primer lugar, existe realmente una necesidad de formación percibida y manifestada por los profesionales en este ámbito que nos permita poseer herramientas para saber actuar en estos casos y de esta forma cuidarnos también a nosotros mismo ya que las situaciones de pérdida siempre provocan un mayor desgaste psicológico sobre todo si no se sabe qué hacer y cómo.
- En segundo lugar, dentro de la profesión somos muchos los que creemos firmemente en la necesidad de mejora de las condiciones a nivel espacios físicos y ubicación de estas mujeres durante el proceso y por tanto en la importancia de la instauración de protocolos humanizados, que contemplen las necesidades reales de estas familias y que nos permitan a los sanitarios saber cómo dirigir los cuidados.

El haber realizado las prácticas en Portugal, ha sido a partes iguales un reto y una experiencia maravillosa que me ha permitido un crecimiento tanto profesional como personal. El encontrarme con aspectos culturales tan diferente y ver distintas formas de trabajar, me ha ayudado a abrir más la mente y adquirir más conocimientos desarrollando el raciocinio crítico y siendo capaz de tomar decisiones sustentadas siempre en un marco ético, legal y con base a un código deontológico.

Todo este camino recorrido hasta ahora no es más que el principio de toda una vida profesional de crecimiento y aprendizaje al cuidado de las mujeres, familias y sus bebés según en qué momento de su ciclo vital nos encontremos y espero estar siempre a la altura de lo que yo considero propio de un buen profesional sanitario.

Como futura EESMO pretendo tener en cuenta los Objetivos de desarrollo Sostenible (ODS), que “constituyen los pilares básicos de una sociedad moderna y equilibrada, capaz de generar empleo y riqueza, respetando, en simultaneo, la naturaleza y los derechos humanos” (Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, 2020). Resulta fundamental la educación en esta época de crisis sanitaria, combatir las

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

desigualdades sociales y sanitarias en indicadores de salud materna y del niño, así como, educar en alimentación sostenible. (Rodrigo-Cano, 2019). Es necesario crear conciencia, primero dentro de la profesión de enfermería, acerca de qué son los ODS y su importancia; igualmente, entre la población, los gobiernos y otros órganos de decisión, sobre la contribución que las enfermeras realizan para el logro de los ODS. (Castañeda-Hernández, 2017).

6. Referencias bibliográficas.

- Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 9º edición. Barcelona: Elsevier; (2018).
- Alvarado García, R. (2019). Muerte perinatal y el proceso de duelo.
- Ascunce Elizaga, N. (2015, April). Cribado: para qué y cómo. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 1, pp. 5-7). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Borrallo Riego, Á. (2020). Percepciones y opiniones de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla sobre el tutelaje de prácticas.
- Bourgeois, M.L. *Le Deuil Clinique Pathology*. Press Universitaire de France, 1996.
- Brier, N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 451- 464.
- Cabrera Coronel, C. C. (2020). Métodos de Screening para la detección de cáncer cervical.
- Cala, M. L. P., & Hernández, L. F. A. (2019). Duelo por muerte perinatal. Necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina (Col)*, 19(1), 32-45.
- Camacho Ávila, M. (2020). Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las familias en el duelo perinatal.
- Carol Kingdon, Emer O'Donnell, Jennifer Givens, Mark Turner. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby. *PLoS ONE*. 2015; 10(7)
- Cassidy, P. R., Cassidy, J., Olza, I., Martín, A., Jort, S., Sánchez, D., ... & Martínez, P. (2018). Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Girona: Umamanita.
- Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de la mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista muerte y duelo perinatal*, 4, 23-34
- Castañeda-Hernández, M. A. (2017). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus vínculos con la profesión de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3), 161-162.
- Castillo Valderrama J, Rey Herмосilla A, Cabello-Hidalgo P, Núñez-Fellay C, Villagrán-Becerra M. Duelo perinatal: experiencias de la profesional matrona/matrón ante la muerte. *Matronas Hoy* 2020; 8(2):37-45.

- Castro Tardón, M. D. D. (2018). Análisis del impacto de la muerte y la atención al duelo perinatal en los profesionales de enfermería: una revisión sistemática.
- Centro de Saúde de Vila Real de Santo António (centrosdesaude.pt) consultado el 30 de Octubre de 2020.
- CH | Médio Tejo (min-saude.pt) consultado el 2 de febrero de 2021
- Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável (2020). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10362/117473>, consultado a 20 de Noviembre de 2021.
- Cordero MA, Palacios P, Mena P, Medina L. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. *Rev Chil pediatr* 2004; 75(1):67-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000100011>
- Dahlen HG, Caplice S. What do midwives fear? *Women Birth*. 2014 Dec; 27(4):266-70. doi: 10.1016/j.wombi.2014.06.008. Epub 2014 Jul 24. PMID: 25067794.
- del Río Ripoll, S. (2018). Duelo perinatal: haciendo visible lo invisible. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 38(97), 75-93.
- Domingo, A. (2017). La práctica reflexiva: nueva perspectiva para la formación docente. *Práctica Reflexiva: Escenarios y Horizontes. Avances en el contexto Internacional*. Buenos Aires: Aique.
- Dos Enfermeiros, O. (2015). Livro de Bolso—Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Accedido em 10 novembro: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- E, Kingdon C, Heazell AE. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals. *BMJ open*. 2013; 3(2): 10.
- Elorz López, J. (2016). Guía para la atención de la muerte perinatal.
- Eurostat database. [acceso Enero 2022]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Euro-peristat. (2015). European perinatal health report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. Recuperado de: http://www.euoperistat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (2012). Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.

- Fernández-Alcántara, M., Schul-Martin, L., García Caro, M. P., Montoya-Juárez, R., Pérez-Marfil, M. N., & Zech, E. (2020). 'In the hospital there are no care guidelines': experiences and practices in perinatal loss in Spain. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(4), 1063-1073.
- Ferreira, R. K. R., & Rocha, M. B. (2020). A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(4), e121942933-e121942933.
- Fuentetaja, A. M. L., & Villaverde, O. I. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres Feeling and thinking the perinatal mourning: emotional accompaniment by a parent group. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(e25), 1-24.
- Garrido, A. B., Íñiguez, C. P., & Tegedor, B. V. (2018). El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 01-12.
- Goberna Tricas, J. (2018). Bioética de la relación asistencial: El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. *Dilemata. Revista internacional de éticas aplicadas*, 2018, num. 26, p. 53-62.
- Gomez Suarez, A., Suarez Dominguez, A. C., & Rodil Perez, A. M. (2020). Proceso e importancia del duelo por perdida perinatal y neonatal en los progenitores y sus familias.
- Hernández Sampayo, L. (2019). Vivencia del cuidado de enfermería en un proceso de duelo.
- Hospital Particular Gambelas, Algarve | Grupo HPA Saúde consultado el 20 de noviembre de 2020.
- <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/> consultado el 3 de Julio de 2021
- Ilse S. *Brazos vacíos*. Maple Plain: Wintergreen Press, 1999.
- Instituição Categoria - Hospital Garcia de Orta (min-saude.pt) consultado 30 de Junio de 2021
- Kalu, F. A., Larkin, P., & Coughlan, B. (2019). Development, validation and reliability testing of 'Perinatal Bereavement Care Confidence Scale (PBCCS)'. *Women and birth*

- Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. *Hum Reprod* 2015;30:495.
- Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York. Macmillan 25. Rodriguez y Enriquez RFC , VelázquezTML, Roís HJ. MartaPublishing Co. 1969.
- López, I. M., Arbelo, C. G., & Guisado, M. D. M. S. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 300-309.
- Lugones Botell, M. (2018). La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1-3.
- Martínez Raposo, P. (2016). Estudio exploratorio sobre las vivencias de la matrona en el acompañamiento del duelo perinatal en Asturias: Un estudio cualitativo.
- Martos-López, I. M., del Mar Sánchez-Guisado, M., & Guedes-Arbelo, C. (2016). Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado= Bereavement for perinatal death, unauthorized bereavement. *Revista Española de comunicación en salud*, 300-309.
- Melo Ledermann, P. (2020). Duelo perinatal: Significados de padres respecto a su proceso de duelo en el contexto de atención del sistema de salud público chileno.
- Mogollon Abad, L. K. (2019). Percepción del cuidado enfermero en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía: según la teoría de Kristen Swanson, Chiclayo-2019.
- Moon Fai, C., & Gordon Arthur, D. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2532-2541.
- Nappi L., Trezza F., Bufo P., Riezzo I., Turillazzi E., Borghi C., Bonaccorsi G., Scutiero G., Fineschi V., Greco P. La clasificación de los mortinatos es un dilema continuo. *J. Perinat. Med.* 2016; 44:837–843. doi: 10.1515/jpm-2015-0318. [PubMed] [CrossRef] [Google Académico].
- Netto, L., & Silva, K. L. (2018). Práctica reflexiva y el desarrollo de competencias para la promoción de la salud en la formación del enfermero. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Niño Peñaranda, C. J. (2018). Significado para las enfermeras de cuidar a las mujeres en duelo perinatal. *Facultad de Enfermería*.

- Olivé Ferrer, M. C., Getino Canseco, M. R., Sanfeliu Cortés, M., & Bardají Fandos, T. (2014). El diario reflexivo. Una vivencia de aprendizaje en las estancias clínicas enfermeras. *Revista Iberoamericana de Educación (OEI)*, 2014, vol. 65, num. 2, p. 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. D R [Internet]; II Série(26):4744-50. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019. D R [Internet]; II Série(85):13560-65. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasa de cesáreas. [Monografía en Internet] 2015. [Acceso el 10 de MARzo de 2022]. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/
- Pascoal, M. M., & de Souza, V. (2021). A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. *Revista iberoamericana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536-553.
- Pastor Montero, S. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa.
- Plano de Ação 2016-2018 USF LEVANTE
- Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista D.R II série. Nº 35. (18/02/2011) Pag. 8648
- Regulamento n.º 127/2011. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. D. R. II Série. Nº 35 (18/02/2011).
- Ridaura Pastor, I. (2015). Estudio del duelo perinatal: interrupciones médicas del embarazo, muertes prenatales y muertes postnatales. *Universitat Autònoma de Barcelona*.
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Sintomatología depresiva y duelo en mujeres españolas que han sufrido una pérdida perinatal. *Psicothema*, 43-48.
- Rodrigo-Cano, D., Picó, M. J., & Dimuro, G. (2019). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible como marco para la acción y la intervención social y ambiental. *RETOS. Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 9(17), 25-36.

- Roose, Rosemarie E. MSN, RN; Blanford, Cathy R. Perinatal Grief and Support Spans the Generations: Parents' and Grandparents' Evaluations of an Intergenerational Perinatal Bereavement Program. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2011; 25(1): 77–85
- Rosati S. Cuando tu bebé fallece antes de nacer. El país [Internet]. Consultado el 13 de agosto de 2021; Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/05/08/mamas_papas/1525777213_250307.html
- Roget, À. D. (2021). La práctica reflexiva. *Zona Próxima*, (34).
- Ryninks K, Roberts-Collins C, Mckenzie McHargk, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 13(14): 203.
- Sánchez Guio, T., & Delgado Sevilla, D. (2017). Revisión sistemática de la formación acerca del duelo en los planes de estudios de enfermería en España.
- Schön, D. A., Montero, L., & Vez Jeremías, J. M. (1992). La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones.
- SEGO. Definiciones perinatológicas Guía práctica de asistencia actualizada. 2010.
- Simwaka AN, de Kok B, Chilemba W. Women's perceptions of Nurse and Midwives' caring behaviours during perinatal loss in Lilongwe. *Malawi medical journal*. 2014; 26(1): 8-11.
- Sordo, P. (2019). Educar para sentir, sentir para educar: una mirada para entender la educación desde lo familiar hasta lo social. *Oceano*.
- Tenorio, L. M. L., & Vallejos, M. F. C. (2015). Experiencias de los estudiantes del tercer ciclo de enfermería en el uso del diario de práctica. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 2(1), 56-70.
- Tovar, L. O. G., Castiblanco, C. L. V., & Castaño, Á. M. H. (2021). Análisis de una narrativa de enfermería desde la teoría de los cuidados de Swanson Analysis of a nursing narrative from the Swanson's caring theory Análise de uma narrativa de enfermagem a partir da teoria do cuidado de Swanson.
- Umamanita. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Umamanita; 2009

- Valenzuela, M. T., Bernales, M., & Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(3), 281-305.
- Walter T. Modern Grief, Postmodern Grief. *Int Rev Sociol* 2007;17:123–34
- Wojnar, D. M. (2007). Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. In *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 553-563). Elsevier.
- World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimate.
- World Health Organization. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019[citado 28 Marzo 2022]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.
- Zeitlin J, Mohangoo A, Delnord M. European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Paris: Euro-Peristat, INSERM; 2010.

APÉNDICES

Apéndice I- Reflexiones estructuradas

REFLEXIÓN ESTRUCTURADA: CENTRO DE SAÚDE DE VILA REAL DE SANTO ANTONIO (USF LEVANTE)

Reflexión del periodo de 6 semanas de prácticas clínicas en cuidados de salud primarios con inicio el 15 de septiembre y fecha de fin el 25 de octubre de 2020.

La visión externa que tiene la población en la actualidad sobre el trabajo del enfermero especialista en salud materna y obstétrica (EESMO) es la de un profesional que se dedica sólo a preparar a las familias para la maternidad y la paternidad a través de la implementación de clases de preparación para el parto y lamentablemente, en este momento, muchas de las competencias del EESMO en la atención primaria han sido delegadas a otros profesionales, a pesar ser el profesional responsable mejor cualificado para dar un servicio completo e integral a las mujeres desde el momento de la menarquia hasta la menopausia.

El trabajo de la enfermera especialista en esta región queda bien determinado por un plan de actuación que se refleja en un programa de atención llamado "Óla Familia" en el que la población diana va mucho más allá de las mujeres incluyendo a la familia a modo de unidad de intervención. El trabajo de la partera debe incluir educación prenatal y preparación para la paternidad, y también hacerse extensible a la salud sexual o reproductiva de las mujeres y el cuidado de niños. (International Midwives Conferences, 2012)

La peculiaridad de mis prácticas vino dada por la situación de la pandemia que estaba sucediendo en todo el mundo, razón por la que el trato con las mujeres fue mucho menos personalizado de lo que me hubiera gustado, pero desde la primera semana, tuve la oportunidad de preparar mis propias clases de educación para la salud tanto para embarazadas como para madres, aunque tuve que adaptar el formato a la situación sanitaria que se estaba viviendo.

Semana 1

Durante esta semana ya tuve una primera toma de contacto con los distintos acompañamientos que se realizan con las mujeres desde el inicio de su vida fértil hasta el fin de esta.

Planificación familiar.

Con respecto a las mujeres en edad fértil que junto con sus parejas representan la población diana en lo referente a la planificación familiar, el primer tipo de consulta a la que asistí fue la planificación familiar, en la que las mujeres acudieron a hablar sobre los métodos anticonceptivos que utilizaban o pedían información para saber cuál era más adecuado para comenzar, de esta forma encontraba la posibilidad de informar y orientar sobre los recursos disponibles en la comunidad en el ámbito de la planificación familiar,

aportando así la información necesaria para que las mujeres tomen una decisión clara sobre su salud preconcepcional.

En el caso de la anticoncepción oral (ACO), se les informaba y orientaba en la consulta a las mujeres cual era el más apropiado en su situación personal, ya fueran madres lactantes, mujeres próximas a la menopausia o mujeres con algún tipo de problema con las píldoras que tomaba en ese momento. Las adolescentes o mujeres jóvenes que iniciaban este tipo de anticoncepción eran remitidas a la consulta médica para la receta de estas, si no la tenían ya, y se les facilitaba en la propia consulta, algo que me resultó curioso a la par que interesante y necesario, que el propio sistema sanitario facilitase el acceso a ese tipo de tratamientos de larga duración sin coste adicional.

Me pareció una buena forma de contribuir a la disminución del número de embarazos no deseados y creo firmemente que es algo que realmente debería implementarse en todas partes. En lo referente a las ACO me sentí con la necesidad de ampliar los conocimientos, ya que tenía claro el uso y la pertinencia, pero no tenía capacidad de discernir qué tipo, en lo que a composición se refiere, sería más apropiado según cada caso particular, así que realicé un pequeño trabajo sobre los diferentes tipos de ACO para ampliar los conocimientos al respecto y ser capaz de informar y orientar en materia de planificación familiar y preconcepcional, de la manera más acertada y profesional posible, incluyendo información de otros métodos anticonceptivos de carácter natural o no farmacológico, los cuales me parecieron los grandes olvidados en la información que se daba a las mujeres. De igual forma eché en falta la presencia de las parejas en las consultas de planificación, así como la información sobre la anticoncepción masculina y considero que proporcionar este tipo de información puede ampliar también las opciones a elegir.

Por lo tanto, la conclusión que obtuve fue que los profesionales deben ser informados, formados y actualizados sobre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos farmacológicos y no farmacológicos disponibles para no violar el derecho de las personas en su libre elección. El derecho a la información está consagrado en la recomendación de la Conferencia Mundial de la Población celebrada en México en 1984, que decía que los gobiernos deben proporcionar urgentemente información, educación y medios a todos los sectores de la población, ayudando a parejas e individuos a tener el número deseado de niños. En la información, la enseñanza y los medios de comunicación relacionados con la planificación familiar deben incluir todos los métodos aprobados y médicamente apropiados, incluida la planificación familiar natural. (Cordón, 2005).

La actuación en la consulta consistía en someter a las mujeres a una evaluación general con las medidas antropométricas y una anamnesis sobre posibles alteraciones nivel físico y fisiológico, se hablaba con las mujeres sobre la práctica necesaria del autoexamen mamario para el rastreo del cáncer de mama, programa en el que la población diana son las mujeres entre los 50 y 69 años, y se comprobaba si tenían las citologías al día para el rastreo del cáncer de cuello uterino. En este sentido, me impresionó especialmente que no se promueve de la misma forma el autoexamen genital para mejorar el autoconocimiento de los propios órganos sexuales, tanto a nivel externo como a nivel interno, ya que, si tomamos por norma observarnos los genitales con un espejo, podemos revisar el color y el olor de nuestro flujo, así será más fácil que notemos los cambios que se producen, algunos no tendrán importancia y otros, será necesario que los consultemos

con profesionales e la salud (Junta de Andalucía – Instituto de la Juventud,2015)

Además, la autoexploración por medio de la palpación del cuello uterino ayuda a conocer los cambios que sufre a lo largo del ciclo menstrual y los diferentes indicadores que marcan cada fase del ciclo, mejorando el conocimiento de los momentos más adecuados para conseguir un embarazo, siendo estos indicadores parte de los métodos no farmacológicos de anticoncepción.

La serie de eventos alrededor de la ovulación sirven para identificar la “ventana de fertilidad”, así la mujer tiene posibilidad de buscar el embarazo o posponer el mismo (Haghenbeck-Altamirano,2012)

El otro tipo de consulta que pude observar, en relación con la planificación familiar, fueron las mujeres que acudían para realizarse una citología. En este centro, las mujeres son captadas por teléfono o en persona cuando acuden para cualquier otro proceso, momento en el cual la EESMO revisa el historial y verifica que las citologías están actualizadas. Las mujeres son llamadas cada tres años, a pesar de la recomendación del NHS de llevar a cabo el seguimiento cada cinco, para el desempeño de la citología con el fin de asegurar la participación en el programa de detección del cáncer de cuello uterino, en el que la población diana incluye a las mujeres entre 24 y 65 años inscritas en el USF Levante. Según la Dirección General de Salud de Portugal, el cáncer de cuello uterino es el segundo tumor ginecológico maligno más frecuente en mujeres portuguesas menores de 50 años, pero es un tipo de cáncer que se puede prevenir y la infección persistente por el VPH puede provocar lesiones que, si no se detectan y tratan a tiempo, pueden progresar al cáncer.

En este ámbito, me impresionó el grado de implicación para un correcto seguimiento de cada una de las mujeres que pasaron por la consulta y me pareció una práctica de gran éxito para asegurar un seguimiento adecuado, no dejando que la responsabilidad de este recaiga de manera unilateral en las mujeres. Yo no conocía bien la clasificación de las diferentes etapas en función los cambios celulares que podemos encontrar, así que en búsqueda de una mejor adquisición de conocimientos y de herramientas de consulta, realicé una pequeña búsqueda de la clasificación Bethesda que me permitió informar y orientar de mejor manera en materia de planificación familiar.

Embarazadas.

La actuación con este grupo, que incluye a todas las mujeres embarazadas de la zona, me permitió como alumna, concebir, planear, coordinar e implementar el programa de intervención de promoción de la salud prenatal, por medio de las aulas de preparación para el parto, para ello contacté con las embarazadas por teléfono, para presentarme y comentar nuestra intención de ofrecer la formación y resolución de dudas por vía telemática , ya que era lo más seguro para ellas al ser un grupo de riesgo y encontrarse en aumento en la zona el número de positivos por COVID-19, así que en la búsqueda del cumplimiento de las directrices sanitarias y para extremar al máximo las precauciones con este grupo, se convocaron reuniones mediante la plataforma Microsoft Teams, mediante la cual vía correo electrónico, se enviaba el link de acceso al aula con el día y la hora estipulados. Para estas aulas de preparación al nacimiento y la parentalidad organice varias aulas:

- ❖ Primeros auxilios al recién nacido.
- ❖ Hablamos del embarazo!!
- ❖ Lactancia materna
- ❖ Trabajo de parto y parto
- ❖ Cuidados básicos del recién nacido.

Tenía un guión ya establecido para los contenidos de cada una de las aulas, pero se me permitió bastante libertad en la incorporación de puntos que consideraba importante tratar o que creía que era necesario que las mujeres conociesen y en este sentido pude concebir, planear, coordinar, supervisar e implementar en su totalidad este programa de salud materna promoviendo, además de esta preparación completa al nacimiento, aspectos de la salud prenatal y de la lactancia materna.

Puérperas con recién nacido.

En este grupo, que incluía a todas las puérperas y sus recién nacidos hasta los 28 días de vida, pude percibir que por la situación de riesgo real que acontecía en la región, la asistencia al centro de salud era mínima, así que de forma presencial coincidí con cinco mujeres que acudieron para dos tipos de visitas, la de revisión inmediata del recién nacido junto la realización de la “prueba del talón” entre el 3-6° día de vida, para el rastreo de enfermedades metabólicas, y la revisión que se realiza antes de los 15 días, visita que solía hacerse de manera domiciliaria pero que ha cambiado de formato por la situación de pandemia.

El día 17 de septiembre, tuve la oportunidad de valorar a una puérpera con su recién nacido de 21 días que refería problemas con la lactancia materna. La mujer ya había sufrido una mastitis en el pecho izquierdo con anterioridad y ahora presentaba molestias en el pecho derecho que se asemejaban a las que antecedieron a esta mastitis, así que aproveche mi formación como asesora de lactancia para realizar una valoración del agarre, la postura que adoptaba la madre y la posición en la que colocaba al recién nacido durante la lactancia para localizar el problema y me encontré con que el problema principal era un mal agarre debido a unas mamas de gran tamaño que impedían a la madre ver a su bebé mientras mamaba, esto la hacía estar intranquila de si estaba bien agarrada a la mama o no y provocaba que estuviese movilizándolo al bebé continuamente para que pudiese respirar bien, pues ella creía que podría asfixiarse, y de la otra parte el bebé no conseguía un buen agarre. Lo primero que rectificamos fue la postura materna, buscando una en la que se encontrase cómoda y sin tensiones y a continuación le explique otras posiciones para la colocación del bebé. Citamos a la mujer en dos semanas para valoración dejando clara la necesidad de acudir antes si empeoraba, pero aun así se derivó a la consulta del médico de familia para la receta de antibióticos algo que considero no era necesario ya que no existe evidencia suficiente para confirmar o refutar la efectividad del tratamiento antibiótico para la mastitis de la lactancia (Jahanfar S, 2013), creo que el tratamiento oportuno era la modificación de posturas corrección del agarre, favorecimiento de un buen vaciado de la mama y valoración en 10 días, para poder realizar una evaluación continua de la usuaria asegurando así la continuidad de los cuidados.

Semana 2

En esta semana, después de haber observado durante la primera semana la técnica para la realización de las citologías comencé a realizarlas yo siempre con el consentimiento verbal de las mujeres y la supervisión de la matrona. En este aspecto pude aplicar conocimientos y técnicas de la práctica de enfermería y otros nuevos. Gracias al estudio previo que realicé sobre el cáncer de cuello uterino (**Apéndice V**) y los conocimientos teóricos adquiridos al respecto durante mi primer año de formación, me resultó bastante fácil la valoración y detección de alteraciones que encontraba tanto en el canal vaginal como en el propio cuello uterino a nivel de pólipos, erupciones y alteraciones que podían ser visualizadas, esto me permitió efectuar la articulación interinstitucional derivando a estas mujeres a las consultas específicas en el hospital de referencia.

El día 23 de octubre me encontré en consulta con una mujer que acudía para la realización de su citología esta mujer referenciaba que le resultaba muy violento el procedimiento ya que después del nacimiento de su hijo había quedado traumatizada por los tactos que se le realizaron durante el trabajo de parto este caso en particular se presentaba como un reto para mí debido a mi poca experiencia práctica en la realización de citología pero tenía claro que era muy importante en este caso, igual que en todos, la información y explicación paso a paso de lo que iba realizando para que la mujer se sintiese parte del proceso y de esta forma aportarle mayor seguridad y tranquilidad.

Semana 3

La primera clase que implementé esta semana fue para madres con recién nacidos de menos de 6 meses de edad y hablamos en la clase "**PRIMEROS AUXILIOS AL RN**" (**Apéndice VI**). Tuve la oportunidad de dar información y aconsejar a las madres sobre las medidas básicas para saber cómo actuar cuando se produce alguno de los accidentes más comunes como son las caídas, las quemaduras y los atragantamientos, así como el manejo de la fiebre. Hice una demostración con un muñeco de cómo tenían que hacer las diferentes maniobras de RCP y luego en casa grabé nuevamente la clase para poder enviarla y las madres la recibieron por email para poder revisar en caso de ser necesario, recibí una muy buena retroalimentación positiva por parte de ellas y me sentí muy agradecida. Realmente a pesar de ser la primera clase, me resultó muy fácil puesto que ya doy este tipo de clases, tanto presenciales como online, a familias que inician la alimentación complementaria con el método "baby led weaning"

En esta clase tenía diferencias con las recomendaciones en lo referente al tratamiento de la fiebre con respecto a las recomendaciones dadas a las madres en este centro y no había demasiado interés en modificarlas, ya que suponía un "enfrentamiento" con parte del equipo médico, pero pude explicar a las madres lo que dicen los estudios y por tanto lo que yo he aprendido en mis estudios y en mi práctica asistencial, pero dejando claro que las recomendaciones que podrían recibir serían diferentes. Unos días más tarde pude hablar con algunos de los médicos y me di cuenta de que no hay consenso general al respecto y que las recomendaciones en este sentido dependen en gran medida del profesional de la salud, ya que en ocasiones me sentí apoyada en mi convicción al respecto de cómo actuar según las recomendaciones, y en otras ocasiones confirmé que no todos estamos actualizados y abiertos al cambio. Hay que recordar que la fiebre no es una enfermedad, sino una respuesta defensiva y que el tratamiento de la fiebre está orientado a aliviar el malestar. Intentar controlar una fiebre normal con el uso de antipiréticos como

el ibuprofeno y el paracetamol, no ha demostrado ser eficaz más allá de reducir el malestar (Asociación Española de Pediatría,2014).

El día 30 de octubre acudió a la consulta para la realización de una citología postparto una mujer que refería que desde el nacimiento del bebé tenía molestias en la zona en la que le realizaron la sutura por una episiotomía y que las molestias llegaban a hacer que las relaciones sexuales fuesen dolorosas, también refería que todavía, 4 meses después del parto, presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo así que mi primera actuación fue aprovechar la oportunidad para informar y orientar sobre los recursos disponibles en la comunidad con respecto a valoración del suelo pélvico, un tema muy importante debido a su impacto en la vida de las mujeres y que no está incluido en la mayoría de los cuidados posparto, por otra parte expliqué a la mujer medidas para favorecer el recuperación de la zona mediante la realización de masajes perineales y ejercicio a para fortalecimiento del suelo pélvico que podría realizar en el domicilio hasta ser valorada por un especialista.

La citología posparto dentro del programa de rastreo del cáncer de cuello se realiza en los 6 primeros meses después del parto, durante la realización de esta técnica además de observar los cambios propios del postparto en el cuello uterino en cuanto a coloración y características, pude observar en la zona de la sutura un pólipo sugestivo a una hipergranulación de la zona de la sutura se tomaron las muestras pertinentes propias de la citología y se derivó a la señora para el seguimiento en la consulta de ginecología en su hospital de referencia

Semana 4

Esta semana tuvimos dos clases con mujeres embarazadas, la primera clase "**HABLAMOS DEL EMBARAZO**" (Apéndice VII)

En esta clase hablamos de la anatomía y fisiología del embarazo, los cambios fisiológicos de las mujeres embarazadas y hablamos un poco sobre la sexualidad en esta fase y la importancia de tener en cuenta los cambios que se producen en este sentido. Pude informar y orientar a las embarazadas, así como a sus parejas sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Tratamos de aclarar las principales dudas sobre la recolección de células madre, de una forma superficial y orientando a las mujeres donde podrían tener la información correcta, para finalmente terminar con algunas recomendaciones básicas para la preparación de la maleta para la maternidad.

La segunda aula de esta semana fue la de **LACTANCIA MATERNA (Apéndice VIII)**. Siguiendo las directrices de la OMS y UNICEF que recomiendan el desarrollo de grupos locales de apoyo basados en la asistencia de madre a madre, realmente están aumentando los grupos de apoyo a la lactancia entre madres supervisado en la mayoría de los casos por una matrona o una asesora de lactancia. Esta aula se encontraba según el programa como un apartado dentro de una clase más general sobre el puerperio, pero después de que las mujeres supieran de mi formación como asesora por medio de la matrona y debido a la proximidad de fecha de parto de algunas de ellas, solicitaron una clase exclusiva al respecto, sin duda alguna fue una de las clases que preparé con más conocimiento gracias a mi formación específica como asesora de lactancia materna. En

esta clase siendo un tema que controlo bastante bien, pude observar nuevamente que en muchas ocasiones la información que las mujeres reciben depende mucho de aquello que los profesionales consideran apropiado que sepan o no. Yo tengo la convicción de que la información es poder y que las mujeres tienen derecho a conocer la posibilidad y las opciones que hay cuando ocurre alguna dificultad en el embarazo.

Es fundamental proporcionar información sobre la lactancia materna antes del parto (Martínez-Galán, 2017)

El día 8 de octubre acudió a la consulta una mujer de unos 20 años para el cambio de implante anticonceptivo, la chica parecía bastante distraída y no tenía clara la colocación de un nuevo implante. Pude observar que la matrona hacía especial énfasis en “convencerla” para colocar el nuevo dispositivo, algo que me pareció extraño tras ver que siempre eran las mujeres las que manifestaban sus dudas y decidían, sin ningún tipo de conducción en sus decisiones, qué método anticonceptivo querían utilizar o si no querían utilizar ninguno, pero en este caso noté que la situación en general era diferente. El médico de familia se acercó a la consulta y se realizó el cambio. Tras la consulta comenté mi percepción de la situación con la matrona y pude conocer que la paciente presenta una discapacidad intelectual y que también es parte de un grupo de riesgo al vivir

a medias entre un centro de acogida y una familia disfuncional, esto me ayudó a comprender un poco la orientación hacia ese tipo de método anticonceptivo bajo el riesgo de no ser totalmente regular con la anticoncepción oral, pero me hizo plantearme hasta qué punto como profesionales sanitarios, si un usuario no tiene un representante que decida por él o ella debido a su incapacidad, podemos nosotros “guiar” sus decisiones, pero también nuevamente me hizo ver la importancia de conocer la situación general y de la situación y condiciones de la vida de los usuarios para poder actuar en consecuencia.

Semana 5

Esta semana tuvimos otras dos aulas también, la primera fue "**TRABAJO DE PARTO Y PARTO**" (Apéndice IX).

No fue una clase donde tuviéramos mucha diferencia de opiniones ya que los temas a tratar en general no daban opción a demasiado debate en lo referente al proceso, hablamos de los Indicadores de proximidad del parto, de cómo las mujeres pueden reconocer si están perdiendo líquido o no, así como las diferentes fases que suceden desde el comienzo del trabajo de parto hasta el alumbramiento de la placenta.

Una vez más, observé que la información referente a las medidas de alivio del dolor en el parto, fueron mucho más dirigidas hacia lo farmacológico, en este caso a la epidural, que, hacia los métodos no farmacológicos, realicé un pequeño trabajo sobre éstos y pude nombrarlos y hablar de ellos, pero sin enfatizar demasiado en el tema. En el Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstétrica/Parteiras podemos leer que a pareja/embarazada debe recibir información suficiente y objetiva de los profesionales y tener la posibilidad de tomar decisiones informadas. En este sentido y a modo de reflexión, yo considero que no debemos dirigir la información más en uno u otro asunto ya que, de alguna manera, estamos influyendo indirectamente en las decisiones de las mujeres. Además del efecto analgésico en el dolor de parto algunas técnicas también aportan otros beneficios como mejor experiencia del parto y descenso

del número de partos instrumentales, además son técnicas sin riesgo para la salud materno fetal (García, 2018)

Y en el desarrollo de esta aula, al hablar sobre las posiciones a adoptar en el momento del parto en la región del Algarve, las mujeres no tienen la oportunidad de mantenerse en posiciones verticales y sólo se les ofrece la posibilidad de parir horizontalmente en la cama de parto, no teniendo opción de aprovechar las ventajas que las tiene la verticalidad en cuanto a progresión del parto y favorecimiento del movimiento para poder acomodar los espacios de la pelvis con distintas posturas según la fase del parto en la que se encuentren. El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto menos doloroso más cómodo y satisfactorio. (Rocha, 2020)

La última aula que pude dar fue una clase de **"CUIDADOS BÁSICOS AL RECIÉN NACIDO"** (Apéndice X).

Hablamos sobre los cuidados iniciales que le son dados a los RN en el hospital por parte del personal sanitario, de los que será precisos al llegar a casa por parte de los padres, cosas importantes a conocer y resolución de dudas. En este aula hablamos sobre la importancia del contacto, de la expresión de sensaciones a través del mismo, expliqué en que consiste la extero-gestación y aproveché la oportunidad para poder aconsejar a las familias sobre el porteo o uso de un portabebés ya que detecté que en esta parte de la región todavía no hay mucha información al respecto y creo que, para las parejas que tienen interés en el tema, es fundamental tener claros los conceptos básicos como es el de ergonomía, que muchas veces no son explicados en las tiendas que venden estos artículos y ocasionan que o se haga un mal uso de estos dispositivos o se adquieran algunos que no son adecuados. Preparé una breve presentación sobre los diferentes dispositivos para portear al recién nacido, sus ventajas y cómo usarlos correctamente y traté de aclarar la información sobre cómo saber cuáles no son ergonómicos, ya que un mal uso puede tener un impacto negativo en la salud del bebé. Se ha demostrado que la portabilidad ergonómica es segura si se realiza correctamente y tiene varios beneficios tanto para el portador como para el bebé portado, y debe ser conocida por el pediatra y ser capaz de diferenciar un sistema de portabilidad ergonómico adecuado. Ayuda en el cuidado de bebés prematuros con secreción temprana y se debe recomendar como parte del tratamiento en el caso de plagiocefalia postural, cólico infantil y displasia de cadera (Acuña, 2014)

El día 14 de octubre acude a la consulta una mujer que había sufrido un aborto retenido en el mes de agosto, pero ya había tenido otra pérdida gestacional anteriormente, puedo observar que se encuentra bastante afectada y que necesita expresar como se siente, pero como siempre ocurre con este tipo de pérdidas, insiste en quitarle importancia a la situación y no hablar de cómo se siente. Le explicamos a la mujer que es muy importante para el cuidado de su salud mental, dejar salir las emociones y la matrona le dejó claro que ella no era la profesional adecuada para ello porque no tenía la formación suficiente, pero que podía derivarla a algún profesional sanitario que pudiera hacerlo mejor. La matrona explicó a la mujer mi formación como acompañante de la maternidad en duelo por si quería agendar una cita en otro momento que se encontrase más preparada, pero volvió a negarse entre lágrimas con un "no merece la pena" Las familias que pierden un embarazo transitan por un duelo desautorizado, los padres que sienten síntomas intensos de duelo solicitan atención integral para poder sobrellevar el dolor que les causa la pérdida

de su hijo, esta atención es importante ya que si no se le brinda la atención oportuna a estas personas pueden llegar a desarrollar un duelo complicado o patológico el cual puede desencadenar un trastorno psicológico. (Gómez Suarez, 2020)

Lo más positivo de este periodo de prácticas ha sido tener la posibilidad de ser yo misma y poder ampliar la visión y conocimientos sobre aspectos de la maternidad y de la crianza respetuosa y cómo lo viven las mujeres de la zona, además de tener la oportunidad de intentar plantar la semilla en cuanto a la importancia de transmitir toda la información y dejar que sean las mujeres las que decidan, ya que mi propia vivencia de la maternidad es la que me ha traído a estar formándome como futura EESMO al ver que las madres necesitan tener información para tomar decisiones, conscientes y con conocimiento de riesgos y beneficios, y ser acompañadas siempre, indistintamente de aquello que elijan y a buscar tanto a nivel personal como profesional la evidencia sobre la mejor forma de actuar. La atención prestada por el EESMO debe incluir la formación del usuario para la toma de decisiones posteriores y la actuación debidamente informadas (Barrada, 2015).

He sentido que el puerperio nuevamente es la parte más olvidada de la maternidad y esta práctica habitual se ve agravada por la situación sanitaria que nos está tocando vivir a nivel mundial, se reducen los grupos de apoyo a la maternidad, las visitas puerperales se centran sólo en la patología para minimizar los contactos... y creo que esto hace que las mujeres se sientan solas en esta fase tan importante de la maternidad. Las mujeres puerperales tienen la sensación de volverse locas, de perder todos los lugares conocidos de identificación o referencia; los ruidos son inmensos, el deseo de llorar constantemente, todo les molesta, creen que han perdido sus habilidades intelectuales y racionales. No están en posición de tomar decisiones internas. Viven como fuera del mundo; viven en el "mundo del bebé. (Gutman, 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, E. L., & Ruiz, M. S. (2014). *El porteo ergonómico*. *PediatríaIntegral*, 774.
- Asociación Española de Pediatría, consultado el 25/10/2020 en <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/que-hacer-cuando-nino-tiene-fiebre>.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudencio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E. ... Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstétrica/Parteiras*. Acedido 06-07-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Cordón, J. A. F., & Soler, C. T. (2005). *Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Day-Stirk F. (2012). *Standard ICM Competency-Based List for Basic Skills Training in Midwifery Schools*. International Confederation of Midwives. Disponível em: <http://www.k4health.org/sites/default/files/WEBSITE%20VERSION%20ACCESSE%20Skills%20List%20FINAL%20-%202013%20November%202012.pdf>
- Direccíon general de saude; *A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero*, consultado el 25/10/2020 en : [https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do-](https://www.dgs.pt/em-destaque/a-importancia-do-rastreio-atempado-do)

[cancro-do-colo-do-
utero.aspx#:~:text=O%20cancro%20do%20colo%20do%20%C3%BAtero%20%C3%A9%20o,causado%20por%20uma%20infe%C3%A7%C3%A3o%20persistente%20do%20v%C3%ADrus%20HPV.](#)

- *García, R. M. G., Carrasco, Á. M. M., & Domínguez, S. M. (2018). Alternativas no farmacológicas a la analgesia epidural en el parto de bajo riesgo. Enfermería Docente, 80-84.*
- *Gomez Suarez, A., Suarez Dominguez, A. C., & Rodil Perez, A. M. (2020). Proceso e importancia del duelo por perdida perinatal y neonatal en los progenitores y sus familias.*
- *Haghenbeck-Altamirano, F. J., Ayala-Yáñez, R., & Herrera-Meillón, H. (2012). Métodos de planificación familiar basados en el conocimiento de la fertilidad. Ginecología y Obstetrica de México, 80, 276-284.*
- *Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD005458. DOI: 10.1002/14651858.CD005458.pub3*
- *Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., & Manrique-Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. Enfermería universitaria, 14(1), 54-66.*
- *Rocha, B. D. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Posiciones verticales en el parto y prevención de laceraciones perineales: revisión sistemática y metaanálisis. Revista da Escola de Enfermagem da US*

**REFLEXIÓN ESTRUCTURADA:
HOSPITAL PARTICULAR DEL ALGARVE
(HPA GAMBELAS)**

Reflexión del periodo de 6 semanas de prácticas clínicas en embarazadas de riesgo con inicio el 26 de octubre y fecha de fin el 3 de diciembre de 2020.

El HPA en Faro es un hospital privado donde he podido realizar mi periodo de prácticas en el servicio de embarazadas “patológicas” o de alto riesgo y dónde la experiencia vivida no ha sido todo lo enriquecedora a nivel aprendizaje que yo esperaba que fuera en un servicio de este tipo y desde luego no ha sido un periodo fácil. Llegué el primer día muy entusiasmada y con muchas ganas de aprender, era un lugar que ya conocía puesto que había pasado dos semanas allí el año anterior, cuando cursaba mi segundo año de especialidad, el cual tuve que interrumpir por ser yo una embarazada de alto riesgo, y mi orientador durante aquellas dos semanas fue una persona alegre con ganas de enseñar y con quien podía hablar de temas que me inquietasen, así como establecer debate sobre cuestiones en las que teníamos distintos puntos de vista en lo referente a protocolos y actuaciones en diversas situaciones, pero en esta ocasión no fue así, desde el primer momento no encontré esa cercanía y esa posibilidad de intercambiar opiniones por parte de los dos orientadores que en esta ocasión me fueron asignados, las explicaciones eran escasas y escuetas, presuponiendo que yo tenía que saber realizar todas las técnicas y tener toda la información en cada una de las situaciones que se fueron planteando.

El primer día cuando llegué, la jefa de servicio comunicó a mi orientador que yo era su alumna asignada y este no pareció estar muy agradado con la situación ya que según me explicó posteriormente, nadie le había informado, pero aun así nos reunimos y me expuso una larga lista de patologías que debía conocer a la perfección, así como los protocolos de actuación que tenían establecidos y que debía manejar en el HPA y que fui revisando a lo largo de todo el periodo. Esta primera toma de contacto provocó en mí un sentimiento de malestar por la tensión que se respiraba, pero intenté que no influyese en mi aprendizaje y en mi relación con el resto del equipo formado por auxiliares, enfermeras generalistas y otros Enfermeros Especialistas en Salud Materna y Obstétrica (EESMO).

En el HPA la carga de trabajo no es elevada la mayoría de días, el trabajo se distribuye entre 3 EESMOs y 1 enfermero generalista que se encarga de la realización de realizar la anamnesis y recogida de datos general, así como todas las técnicas básicas de enfermería (toma de constantes vitales, analíticas, canalización de vía venosa...), uno de los especialistas atiende a las mujeres que tienen marcada consulta médica con los diferentes ginecólogos y se encarga de realizar la educación para la salud pertinente en cada uno de los trimestres y realiza los registros cardiotocográficos (RCTG) si son pertinentes, así como los cribados o rastreos que fueran marcados después de pasar por la consulta. Los otros dos EESMOs quedan a la espera de que llegue alguna usuaria que precise ser internada, exceptuando los miércoles que es cuando ingresan las embarazadas que van a someterse a una inducción o las que tienen prevista una cesárea. Por su parte el enfermero generalista, en este caso enfermera porque todas eran mujeres, la mayoría de los días subía a la planta de internamiento a modo de apoyo debido a la escasez de tareas a realizar.

En el tiempo que pasé allí, ninguno de mis orientadores realizaba consultas así que en varias ocasiones pasé el turno con quien estuviera ese día en las consultas para ampliar la posibilidad de movilizar competencias y conocimientos, ellos se encargaban del cuidado y supervisión de las embarazadas internadas, que podían ser un máximo de 4 ya que esas son las habitaciones disponibles en la unidad, organizaban la parte administrativa y de gestión y atendían, en caso de que fuera preciso, las urgencias que pudieran llegar de la calle en cualquier momento o las consultas telefónicas, ya que en el HPA toda urgencia en una embarazada es triada por orden de prioridad y nivel de gravedad según un baremo y valorada por un EESMO. (**Anexo IV- Triage**)

Semana 1

En esta semana comencé con las evaluaciones de bienestar materno-fetal mediante la colocación de los registros cardiotocográficos o monitorización fetal continua (RCTG o MEFC) que se realiza mediante el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con las contracciones uterinas.

En las primeras ocasiones tuve un poco de dificultad para la colocación del transductor externo de dinámica uterina, el “tocograma”, ya que las referencias bibliográficas que tenía sobre su colocación no resultaban ser tan exactas en la práctica puesto que en función del tamaño que presentase el abdomen no era en el fondo uterino donde debía colocarse y menos aun cuando la posición no es favorecedora, pero con la práctica me convertí en una experta. La presión intrauterina se determina mediante la aplicación de un tocodinamómetro sujetado en el fondo uterino con una goma elástica. (Thacker 2001)

Aprovechaba toda oportunidad para realizar las maniobras de Leopold y poder detectar todos los parámetros posibles de la estática fetal y nuevamente comprobé que la posición sentada en las embarazadas no es la más favorecedora y que por debajo de las 35 semanas de gestación resulta mucho más difícil determinar bien todas las partes fetales, así que intentaba que las mujeres quedasen más tumbadas en las butacas que eran reclinables.

En esta semana dediqué mi tiempo a estudiar bien los distintos tipos de RCTG según la clasificación que tenían allí aceptada y visualizaba todos los que se realizaban allí y los que traían las embarazadas, con la finalidad de detectar los distintos parámetros a evaluar en un registro. (**Anexo V- Tipos de RCTG**)

La otra parte de mi aprendizaje en esta semana se centró en recibir y atender a las embarazadas que ingresaban para someterse a una cesárea, junto con una enfermera generalista. En este caso, recibía a las mujeres y las preparaba para las intervenciones, realizábamos la anamnesis para cumplimentar la historia clínica y comprobábamos que toda la documentación que debía presentar estaba completa, canalizaba la vida periférica y realizaba los análisis pertinentes, supervisaba la higiene y la preparación para el acceso al bloque quirúrgico e intentaba aclarar las dudas que la mujer presentase para disminuir en lo posible la ansiedad que una intervención de este tipo genera. Tuve sentimientos diversos en las primeras ocasiones ya que por una parte me sentí muy cómoda en estos procesos ya que las enfermeras eran unas compañeras maravillosas que no tenían problema en explicarme el procedimiento habitual y aclararme cualquier duda que me surgiera y, por otra parte, las mujeres fueron muy comprensivas con mi “barrera

idiomática” para expresarme con total fluidez pero siempre conseguí hacerme entender y recibir un feedback de confirmación de que todas las explicaciones eran entendidas a la perfección, pero por otra parte me sentí bastante perdida puesto que realmente no había visto a ningún EESMO recibir a estas mujeres y no tenía demasiado claro cuál era el papel del especialista en estos casos, después de varias intervenciones en este sentido aprendí que básicamente la parte del especialista era rellenar lo referente a historia obstétrica y colocar el RCTG .

El HPA tiene un alto índice de cesáreas como puede verse en uno de sus gráficos estadísticos de 2019 y pude comprobar que la filosofía a nivel actuación y acompañamiento de las embarazadas en este tipo de centros privados va encaminada hacia otro tipo de prioridades.

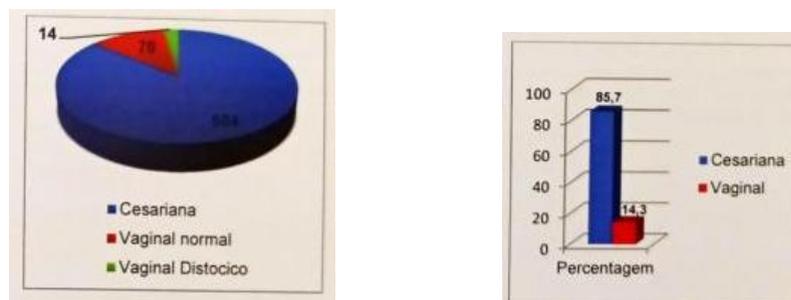


Figura 1 y 2. “Gráficos estadísticos de cesaréa vs partos vaginales. (Relatorio 2019 HPA)

En varias ocasiones intenté hablar e intercambiar opiniones sobre la pertinencia y beneficios de un parto vaginal frente a los riesgos de una cesárea con mis tutores, ó la importancia de hacer un uso necesario de esas cesáreas, sobre todo cuando veía que la mayoría eran cesáreas electivas y teniendo conocimiento de que según la literatura la cesárea programada puede aumentar el riesgo de muerte materna (1,6 por 100 000 en el grupo de prueba de trabajo de parto, en comparación con 5,6 por 100 000 en el grupo de cesárea programada (Wen 2004) , pero el establecimiento de esta conversación siempre se cerraba con un *“no eres tú quien decide, decide el obstetra con la mujer así que esta conversación no tiene sentido”*. Realmente comprobé que en los centros privados es el médico quien decide y convence a la mujer de que una cesárea es lo más adecuado, más ahora en esta situación de pandemia, ya que la mayoría de las mujeres al ingreso cuando les preguntaba motivo de la cesárea me respondían *“el Dr./Dra. dice que es lo mejor”* pero realmente no sabían porque era lo mejor y en algunas ocasiones no era lo que ellas realmente deseaban.

En 1770 Baudelocque definió la cesárea como una operación por la cual se abre una vía para el nacimiento del niño (Takuri 1997). En la actualidad se define como el *“nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (Cunningham 2006).*

Algo que me asombró positivamente fue el hecho de que las cesáreas fueran un intento de ser lo más parecido a una cesárea *“humanizada”*, entendiendo como cesárea natural o humanizada según la bibliografía a aquella que centra sus intervenciones en las necesidades de la mujer y la familia. A pesar de seguir siendo una intervención quirúrgica, debe intentar asemejarse a la vía vaginal dándole la naturalidad propia del proceso de

parto. Esta modalidad implica que se lleven a cabo una serie de Intervenciones (Pust 2015).

Realmente lo humanizada que fuera la cesárea dependía mucho del tipo de “paquete” contratado y lo que incluía cada uno de estos, información a la que no tuve acceso. Las mujeres, una vez preparadas, eran acompañadas por sus maridos durante la intervención, en el momento justo de la salida del bebé se las animaba a “pujar” para que se sintiesen más participes del proceso y los paños que separaban la zona estéril de la zona en la que se encontraban los padres eran transparentes, permitiendo que pudieran ver salir al bebé si así lo deseaban, en ese momento se les enseñaba al bebé un segundo y la enfermera generalista, o en este caso yo, en la mitad de las cesáreas que acompañé, recibíamos al bebé y lo llevábamos fuera donde el pediatra lo valoraba y todo estaba preparado para ser reanimado y atendido en caso de ser necesario según el algoritmo de actuación. (**Anexo VI- Reanimación Neonatal**)

Para recibir a los recién nacidos preparábamos el carro de reanimación neonatal que era bajado desde la planta al bloque quirúrgico cuando bajaba la mujer para la cesárea, quedando la planta sin carro disponible en caso de urgencia, y conectábamos la fuente de calor, el aspirador que se mantenía funcionando desde el inicio y el ambú ligado al oxígeno, dejando todo listo para ser utilizado si resultaba preciso, y se preparaba material necesario tal como la vitamina K para su administración inmediata durante la revisión.

CARRO DE REANIMACIÓN NEONATAL



Pese a la satisfacción que me produjo encontrarme con esta situación en las cesáreas, me resultó impactante al mismo nivel el hecho de que acontecieran varias situaciones que me hicieron reflexionar. En primer lugar el invitar a la mujer a pujar para sentirse una parte del proceso en una cesárea electiva, decidida la mayoría de las veces de manera unilateral por el médico que con sutileza convence a la mujer de que es lo más adecuado, me hizo sentir que se intentaba “enmascarar” lo que estaba ocurriendo realmente, se sometía a madres y bebés a una intervención quirúrgica no exenta de grandes riesgos como recoge la literatura y por poner un ejemplo la revisión realizada por Lavender 2012 hay pruebas que indican la existencia de mayores riesgos maternos asociados con la intervención quirúrgica (Kelleher 1994), restricciones en las actividades cotidianas (Chippington 2004), dificultades en la lactancia materna (Francome 1993) y mayores problemas maternos relacionados con la cicatriz uterina en los embarazos posteriores (Hemminki 1996). Además, siguen informándose nuevos riesgos a largo plazo

de la cesárea, incluida la placentación anormal (Serena 2005), el embarazo ectópico, la hemorragia e histerectomía después de la evacuación uterina (Bewley 2002).

En lugar de hacer un uso adecuado de esta técnica que fue creada para reducir la morbimortalidad relacionada con el parto, tanto en las madres como en los bebés en situaciones concretas, la mayoría de las veces estas cesáreas eran programadas en la semana 38 o incluso antes, aun sabiendo que en esas semanas estamos hablando de un embarazo que se encuentra en los límites de ser considerarlo a término. La American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) propone una nueva clasificación del embarazo a término, “los embarazos entre 37 semanas y 38 semanas 6 días se denominan embarazos a término temprano; los que tienen entre 39 semanas y 40 semanas 6 días son embarazos a término; los de 41 semanas y 41 semanas 6 días, término tardío, y los de 42 semanas posttérmino.

Aun siendo embarazos de bajo riesgo o no dándose las condiciones descritas para una cesárea necesaria, las justificaciones iban desde recomendación médica por tener cesárea previa, aunque hubieran transcurrido más de dos años, asegurar la presencia del padre al tener fecha exacta y por tanto tests COVID-19 realizados a ambos progenitores o incluso por primiparidad y llegando a ser una elección de la mujer por encontrarse ya cansada. Es cierto que la evidencia recoge que “tras una cesárea un trabajo de parto se asocia con un mayor riesgo de rotura uterina 0,65% en comparación con 0,25% en el grupo sin trabajo de parto” (Wen 2004) pero la mayoría de sociedades científicas recomiendan intentar el trabajo de parto. El sentimiento que me generaba esta situación era en primer lugar un sentimiento de frustración frente al uso indiscriminado de esta técnica sin una necesidad y una justificación adecuada y por otro lado referente a la posibilidad de retrasar las cesáreas en embarazos de bajo riesgo, un par de semanas favoreciendo y asegurando la madurez del bebé.

El inicio espontáneo del parto es el mejor factor pronóstico de éxito del parto vaginal y no existe contraindicación para la inducción del parto vaginal, aunque esta debe estar bien justificada y realizada con oxitocina. No se deben emplear prostaglandinas vaginales, especialmente misoprostol. “La mayoría de las pacientes con una cesárea en partos anteriores deben intentar un parto por vía vaginal” (SEGO 2010, ACOG 1992).

Por otra parte, el hecho de que sea un enfermero generalista y no un especialista quien atienda a los recién nacidos en estos casos también me resultó impactante, puesto que dentro de nuestras competencias se encuentra la atención de los bebés desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. Según se recoge en las competencias del EESMO, éste es el que “promueve la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina: Asegura la reanimación de los recién nacidos en situaciones de emergencia” (Diario da República, 2019).

Otra de las cuestiones que me preocuparon o cuanto menos me sorprendieron, fue comprobar que si podían esperar para enseñar al bebé a los padres y dejarlos realizar algunas fotos en el momento del nacimiento y justo antes de iniciar el “cierre” de la incisión, pero no esperaban para un corte tardío del cordón como recomienda la evidencia ya que, “el pinzamiento tardío del cordón, en comparación con el pinzamiento temprano, dio como resultado un mejor nivel de hierro y una menor prevalencia de deficiencia de hierro a los 4 meses de edad, y una menor prevalencia de anemia neonatal, sin efectos adversos demostrables.” (Domellöf,2011)

El tiempo que el bebé permanecía en manos de los ginecólogos sobre la barriga de la madre mientras era fotografiado por el padre, que era animado a hacerlo si así lo quería, era tiempo mas que suficiente para que dejase de latir pero en lugar de esto el cordón era ordeñado y cortado de manera precoz, con los consiguientes riesgos que esto puede originar y que se encuentran descritos en los manuales .Para beneficiar el paso de sangre de la placenta al recién nacido, en algunos centros se utiliza la técnica de ordeño, es decir, exprimir la sangre del cordón al recién nacido en el momento del nacimiento, antes de cortar el cordón umbilical y según el último congreso Hot Topics en neonatología celebrado en 2020: Esta práctica se debe abandonar en la asistencia clínica, al menos en los grandes prematuros y esperar a un futuro el resultado de los estudios que se están realizando en los nacidos a término pues puede incrementar el riesgo de hemorragia intracraneal y fallecimiento.

Semana 2

Tuve la oportunidad de acompañar en esta semana a la primera embarazada de riesgo con una amenaza de parto prematuro (APP) de 28 semanas de gestación, entendiendo por amenaza de parto pretérmino en definición de a ACOG la presencia de dinámica uterina regular con frecuencia de 1/10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, por un lapso no menor de 60 minutos asociada a modificaciones cervicales como borramiento cervical del 50% o menos y dilatación igual o menor a 3 cm progresivas desde las 22.0 hasta las 36.6 semanas de gestación.

Realicé una toma de datos y un pequeño plan de cuidados en mi cuaderno que me servía de guía y me encargaba de administrar el tratamiento pautado según las indicaciones médicas, me encontraba con una gestante que tenía un hijo vivo nacido por cesárea en 2013 y desde entonces en situaciones de estrés, sufría crisis convulsivas por una epilepsia mioclónica diagnosticada. La mujer ya tenía medicación domiciliaria y días previos al ingreso se inició el protocolo de maduración pulmonar, pero en una de las consultas la cervicometría ecográfica mostraba un cuello de 17mm por lo que fué preciso su ingreso para el tratamiento pertinente con Atosiban ya que presentaba dinámica uterina y esa medición del cuello no daba opción a demasiada maniobra.

Uno de los aprendizajes de este tipo de acompañamiento fué el protocolo de maduración pulmonar y el tipo de cuidados que necesitan estas embarazadas. Para esta señora, el reposo absoluto era igual de importante que evitar elementos de estrés así que el hecho de permanecer sola por el “protocolo COVID-19” no ayudaba mucho a mantenerla relajada, máxime cuando sufría esas crisis convulsivas a las que no siempre conseguía anticiparse para poder avisar, así que para tranquilizarla de que todo estaría bien, pacté con ella que me pasaría a verla cada media hora y eso la hizo sentirse un poco más segura y menos sola y a mi me hizo reafirmarme nuevamente en la convicción de que el embarazo es una etapa muy sensible y que a veces necesitamos algo más que un tratamiento médico cuando algo no va todo lo bien que nos gustaría.

Otras dos embarazadas acudieron al HPA para la inducción del parto según su protocolo entendiendo por inducción ambas en la semana 39 de gestación y sin patologías de riesgo previas ni asociadas al embarazo.

Una inducción es la inducción del trabajo de parto se refiere al uso de medicamentos u otros métodos para inducir, o causar, el parto. Esta práctica se utiliza provocar el inicio de las contracciones, de modo que pueda ocurrir el parto. (ACOG, 2017)

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2016, las inducciones también son tratadas como embarazos de riesgo y por ese motivo quedan ingresadas en la planta hasta que son derivadas al bloque quirúrgico para cesárea si resulta necesario o hasta que se produce el nacimiento del bebé tras el cual, con las valoraciones oportunas del posparto inmediato por parte de un EESMO, tanto de la madre como del bebé, son trasladados a la planta de maternidad. (**Anexo VII- Criterios De Inducción Y Protocolo P.O**)

Al respecto de las inducciones nuevamente quedé impactada del “poco respeto” por lo natural, por el proceso evolutivo de un embarazo y reafirmandome una vez más en que tipo de EESMO quiero ser y lo mucho que dista de lo que veía allí cada día y me hizo reflexionar sobre la importancia de cambiar esa tendencia en un futuro próximo en todos los centros. Según había estudiado durante mi primer curso del mestrado la forma de inducir también depende de las condiciones en las que se encuentre el cuello uterino y la puntuación obtenida según el índice de Bishop, para valorar el estado de madurez del cérvix, Edward Bishop ideó en 1964 un índice (BS) formado por la suma de cinco parámetros a los que se asigna una puntuación, pero en muchos casos se obviaban las recomendaciones oficiales y se iniciaban inducciones con oxitocina con un bishop desfavorable con el consiguiente fallo en la inducción en muchas ocasiones y el desenlace final de una cesárea de urgencias. Puntuaciones de Bishop por encima de 6 orientan hacia un cérvix favorable para la inducción y por debajo de 6 será preciso “madurar” el cérvix con la ayuda de prostaglandinas sintéticas, como recomiendan el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG 2017).



Exploración	Puntos			
	0	1	2	3
Dilatación cervical (cm)	Cerrado	1 a 2	3 a 4	5 a 6
Borramiento cervical (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura de la parte de presentación	-3	-1, -2	0	+1, +2
Consistencia del cuello uterino	Firme	Media	Blanda	---
Posición del cuello uterino	Posterior	Media	Anterior	---

Figura 3. Índice Bishop (

Los EESMO se encargaban de controlar la dosis correspondiente en la perfusión de oxitocina según el protocolo y la observación de los RCTG, pero la valoración en la progresión con los tactos vaginales era realizado casi siempre por el médico y sólo tuve ocasión de realizar un par de tactos en las dos únicas ocasiones que uno de mis tutores observó a las mujeres.

Tuve la suerte de que una de las mujeres a las que se les realizó la inducción consiguió tener un parto vaginal en el que pude participar, aunque no de forma demasiado activa ya que los pocos partos que se producen en el HPA son “realizados” por los ginecólogos. La mujer pasó toda la mañana acompañada de su pareja y yo estuve acompañándolos la mayor parte del tiempo, le expliqué las medidas de alivio del dolor mediante movimientos pélvicos, masajes y acupresión que realizaba yo misma o la pareja,

a la que le fui explicando cómo podía aliviarla, hablamos de la importancia de la verticalidad y del movimiento libre y hasta que llegó el anestesista para la colocación del catéter epidural, la mujer pasó un buen rato en la ducha donde me quedé con ella y su pareja para ir evaluando esporádicamente la FCF durante las contracciones con un monitor inalámbrico para poder permitir realmente que la mujer continuase adoptando las posiciones más adecuadas y confortables para aliviar las contracciones, tal y como recomienda la OMS en sus recomendaciones de Atención al Parto Normal 2019, destaca la importancia de la pelvis libre en el proceso de parto, mejorando así la tolerancia al dolor y el parto eutócico, por lo que las mujeres de parto no deberían ser colocadas en posición de litotomía durante la dilatación o expulsivo, sino que habría que estimularlas a que se movieran y permitirles la elección de la postura para la expulsión.

Una vez el anestesista llegó lo asistí en el procedimiento y la mujer quedó con su catéter colocado, a través del cual, cuando era preciso, se administraba una dosis mínima de analgesia con Ropivacaina, la dosis justa para aliviar la intensidad de las contracciones pero permitir el movimiento.

La parte positiva de acompañar las inducciones fue la de mejorar mi destreza en el monitoreo y la supervisión de la evolución de las mismas, siendo capaz de reconocer con más facilidad los posibles efectos secundarios que pueden aparecer durante el proceso. También confirmé la afirmación de que el efecto de las hormonas sintéticas es muy distinto al de las hormonas naturales generadas cuando el proceso se desencadena por sí sólo sin ser forzado y cómo la percepción del dolor, aun siendo muy distinta en cada una de las mujeres, aumenta mucho en el caso de las inducciones como se recoge en la bibliografía consultada refleja que la oxitocina sintética provoca unas contracciones más fuertes y por tanto dolorosas que las originadas por la oxitocina endógena. Esto suele llevar a la mujer a solicitar la epidural como medio más efectivo para paliar el dolor. La epidural a su vez ralentiza el parto, lo que obliga a aumentar la dosis de oxitocina, de manera que se entra en una espiral peligrosa, tanto para la madre como para el bebé. Este último puede terminar teniendo sufrimiento fetal, por no poder soportar el ritmo y la intensidad de estas contracciones provocadas artificialmente. (Olza 2011)

Efectos colaterales de la oxitocina sintética

- ✓ Incremento de la necesidad de analgesia por el aumento de dolor.
- ✓ Mayor frecuencia de taquisistolía (más de seis contracciones en diez minutos).
- ✓ Mayor frecuencia de hipertonia del útero.
- ✓ Mayor riesgo de rotura de útero (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- ✓ Mayor riesgo de sufrimiento fetal.
- ✓ Mayor riesgo de hemorragia posparto.
- ✓ Mayor tasa de partos instrumentales o cesáreas.

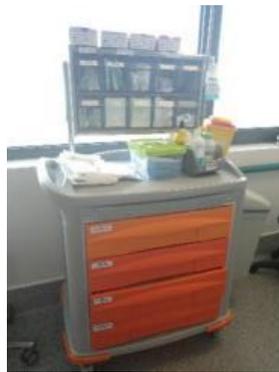
Uno de los aspectos que en este caso me impactó, en el caso de las inducciones, fue la forma rutinaria con la que se realiza una maniobra de Hamilton sin el consentimiento de las embarazadas. La maniobra Hamilton consiste en el desprendimiento de membranas que puede ser efectivo para lograr el inicio espontáneo del parto, pero la evidencia en cuanto a este procedimiento fue de certeza baja. El ginecólogo las informaba de que iba a realizar un “tacto exploratorio” y yo veía como se retorcían de dolor y sólo tras la realización de la técnica es que las mujeres eran

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

informadas de lo que acababa de realizar. La organización Mundial de la Salud publicó una declaración en 2015 en la que condenaba, entre otras cosas referentes a lo que a día de hoy se considera violencia obstétrica, los procedimientos médicos coercitivos o no consentidos y el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado (OMS 2014, ONU 2015, NU 2019)

La otra cuestión sobre las inducciones que me pareció innecesaria, fué la rotura de bolsa artificial para acelerar aun más un proceso que, desde mi punto de vista, ya está siendo acelerado al no dejar que el parto se desencadene de manera natural y forzarlo farmacológicamente, me resulta muy triste que prime más el “dejar el trabajo hecho” antes de que acabe el turno que el bienestar y la experiencia positiva que debe vivir una familia en un momento tan importante, máxime cuando todo está transcurriendo con normalidad. «Estimular» con oxitocina la dinámica uterina, o romper la bolsa antes de que se haya iniciado de forma activa el parto, lleva consigo más intervenciones que, en muchas ocasiones, aceleran el expulsivo y aumentan el dolor, y en otras muchas, desencadena alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal que precisarán de otras intervenciones (epidural, partos instrumentales, cesáreas, etc.). Algunos estudios han mostrado que la conducta activa frente al parto (rotura artificial de membranas y «conducción-estimulación con oxitocina») no disminuye la tasa de cesáreas, ni mejora los resultados obstétricos (Herruzo 1997).

SALA DE PARTO



Durante el parto se encuentra en la sala el ginecólogo, un EESMO, un enfermero generalista y un auxiliar y en este caso yo como alumna de la especialidad, el ginecólogo que atendió el parto era un señor joven que durante todo el proceso se detuvo a explicarme todo lo que estaba aconteciendo, desde el inicio del expulsivo hasta que acabó de suturar la episiotomía que realizó de manera rutinaria, sin embargo, la evidencia realiza una recomendación de no realizar de rutina, para las mujeres que se someten a un parto

vaginal, no recomendamos la episiotomía de rutina (Grado 1B). La episiotomía de rutina se asocia con tasas más altas de traumatismo perineal grave y complicaciones de la herida en comparación con el uso restringido de la episiotomía, la decisión de realizar una episiotomía se toma caso por caso, o restringida, en lugar de realizar el procedimiento de forma rutinaria (Jian 2017).

Pensaba que al ser un médico joven estaría mucho más actualizado en cuanto al uso de las episiotomías pero en cuanto le pregunté porque había decidido realizarla y le referenció lo que había leído sobre las recomendaciones oficiales de la no realización de episiotomías de rutina y la preferencia del desgarro frente a esta técnica, esperando tener un argumento que justificase la acción ya que era muy probable que, por mi falta de experiencia yo no había sido capaz de realizar una buena valoración, me dijo que en su práctica clínica le había ido bien con esa forma de proceder y eran más fáciles de suturar, justificaciones que no me parecieron las más válidas para poner en riesgo de esa forma el futuro de la salud sexual de la mujer. La episiotomía no protege contra la incontinencia urinaria y anal y el prolapso genital y se asocia con una menor fuerza muscular del suelo pélvico en comparación con las laceraciones perineales espontáneas y con más dispareunia y dolor perineal (Klein, 1994). Las complicaciones comunes de la episiotomía incluyen extensión de la incisión hacia el perineo o el complejo del esfínter anal, infección, dolor posparto y dispareunia” y además “el uso de una episiotomía en el momento del primer parto vaginal parece aumentar el riesgo de una laceración obstétrica grave en un parto vaginal posterior. (Lund, 2016)

La otra embarazada que se sometió a una inducción no corrió la misma suerte y acabó en una cesárea de urgencias, al inicio de la inducción se produjo una taquisistolia a los 10 minutos del inicio de la inducción y hubo que parar la perfusión de oxitocina en varias ocasiones, nuevamente me encontraba ante una inducción con oxitocicos sin un cuello favorable para ello y la inducción fue un fracaso a pesar de recomendar a la mujer la colocación de la analgesia epidural para intentar relajar la musculatura y conseguir evolucionar y también se le administró una medicación extra con el fin de mejorar las condiciones del cuello uterino y disminuir la rigidez que presentaba, esa medicación que vi usar en varias ocasiones, fue el “Buscopan” o Butilbrometo de escopolamina. Qu es un medicamento antiespasmódico.

Según me explicaron su efecto se relaciona con la relajación de la musculatura, ayudando a la progresión en el trabajo de parto y se administraba en relación 2:1, dos ampollas intravenosas y una ampolla intramuscular. Hay evidencia de baja calidad de que los antiespasmódicos reducen la duración de período de dilatación y aumentan la tasa de dilatación cervical y hay evidencia de muy baja calidad de que los antiespasmódicos reducen la duración total del trabajo de parto (Rohwer 2013).

Semana 3

En esta semana nuevamente tuve oportunidad de acompañar a otras embarazadas de riesgo, en este caso una hiperemesis gravídica de primer trimestre con un componente ansioso bastante marcado relacionado con el embarazo, siendo esta una de las causas reconocidas de la presentación de esta patología. Esta gestante se mantuvo cumpliendo medidas higiénico dietéticas según tolerancia con la ayuda del tratamiento farmacológico pautado. Intenté en varias ocasiones mantener una conversación con la mujer para favorecer que se sintiera más relajada y la verdad es que resultó una mujer muy agradable

con una experiencia previa del nacimiento de su primera hija un tanto traumática y que tenía especial miedo al parto y por ese motivo se encontraba muy ansiosa desde que sabía que estaba embarazada. Nuevamente realicé una toma de datos y un pequeño plan de cuidados y me encargaba de administrar el tratamiento pautado según las indicaciones médica y el tratamiento se cumplimentó con la derivación al servicio de psicología.

Esta semana una de las cesáreas programadas fue una mujer embarazada de 37+3 semanas que había sufrido una preclampsia en el embarazo anterior y presentaba una hipertensión gestacional (HTG) en éste. Se encontraba muy ansiosa ya que la situación vivida en el nacimiento de su anterior hija fue muy traumática y estaba deseando que este embarazo acabase y todo evolucionase bien, intenté animarla y tranquilizarla durante el tiempo que estuvo en la planta, ya que en esta ocasión al tratarse de una cesárea por un embarazo de alto riesgo, la mujer se mantuvo ingresada en la planta de “embarazadas patológicas” hasta que fué trasladada al bloque quirúrgico. Las tensiones se mantuvieron estables durante el ingreso.

Al día siguiente me encontré ingresada otra gestante con 32+6 semanas de gestación y con HTG, era un primer embarazo de carácter gemelar monocorial y biamniótico y las tensiones rondaban los valores superiores a 150mmHg de tensión sistólica y 90mmHg de diastólica. Se aplicó el protocolo de maduración pulmonar y se mantenía con una perfusión de Labetalol. Yo me encargaba de realizar el control de constantes vitales y de la monitorización del bienestar fetal realizando los RCTG de manera intermitente y debo reconocer que cada registro era para mi todo un reto al tratarse de un embarazo gemelar ya que en ocasiones parecía que sólo estaba monitorizando a uno de los gemelos y precisaba de ayuda para confirmar o corregir la colocación de los transductores.

Semana 4

La cuarta semana de mis prácticas me encontré con varias patologías que fue repasando a medida que aparecían, fue la semana de la diabetes gestacional así que parte de mi estudio esta semana se centró en estudiar los procedimientos para su detección, cual es el tratamiento y todo lo relacionado con esta patología.

Esta semana una de las mujeres que ingresaron para una cesárea electiva en la semana 38, fué una mujer que vivía su segundo embarazo y que el primero había acabado en un aborto tardío en la semana 21+5 por una insuficiencia cervical, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) propuso eliminar el término incompetencia y sustituirlo por insuficiencia cervical (IC). La insuficiencia cervical consiste en la alteración estructural o funcional del cuello uterino o cérvix, con la consecuente incapacidad para retener al producto de la gestación hasta el término de la misma o la viabilidad del feto.

La evidencia disponible, y el uso clínico habitual sugiere que aquellas pacientes con historia clínica característica de insuficiencia cervical, se beneficiarían del cerclaje cervical en forma electiva entre las 12-14 semanas de gestación, sin embargo, no permite concluir cuál es la mejor opción terapéutica para el manejo de las pacientes en "riesgo de insuficiencia cervical", es decir pacientes con historia dudosa, o aquellas con antecedentes

de partos prematuros, o aquellas en que se evidencia acortamiento cervical mediante el ultrasonido.(Miranda 2003)

La otra inducción que presencié esta semana acabó con un parto vaginal que, para mí, englobó todo aquello que creo que no debe hacerse y resultó un aprendizaje muy duro de como una mujer es sometida a “violencia obstétrica” sin darse cuenta, sin poder defenderse y totalmente indefensa. La mujer presentaba un Bishop favorable para la inducción y todo parecía ir bien, se movía con libertad y tenía colocado el catéter epidural pero no había solicitado analgesia, en uno de los tactos al encontrarse ya en dilatación completa, pero con el bebé aún bastante alto, pudimos apreciar un par de bradicardias de recuperación lenta relacionadas con las contracciones y de repente todo se convirtió en un momento de verdadero estrés. La mujer fue trasladada a la sala de partos, caminando, y se colocó en la cama de partos donde pasados unos minutos llegó el ginecólogo de guardia para atender el parto. La embarazada no sentía las contracciones así que los pujos eran totalmente dirigidos pero con una “exigencia” que hizo que en un momento la mujer entrase en un verdadero estado de pánico pidiendo por favor que la dejaran descansar, que necesitaba un momento y que no podía hacerlo pero nadie parecía oírlo, se la instaba a pujar bajo la presión de un “tiene que nacer ya o vamos a cesárea”, a pesar del llanto y los gritos de la mujer, nadie intentó tranquilizarla y en un momento concreto observé como la ginecóloga realizaba una episiotomía cuando aún la cabeza estaba a un par de centímetros de coronar, volviendo a repetir y ampliar la episiotomía cuando llegó ese momento, ambas veces sin comunicar a la mujer la práctica que se estaba realizando.

Como alumna no podía intervenir de ninguna manera así que me dedicaba a animarla en voz baja y acariciarle la pierna para intentar relajarla, pero cuando el bebé ya estaba coronando vi como mi orientadora subió a una banqueta y colocó su brazo sobre el fondo uterino para realizar una maniobra Kristeller en la siguiente contracción ante mi mirada atónita y la de la pareja de la mujer e ignorando nuevamente los gritos de la mujer. Para mí ese parto fue un parto bastante traumático a nivel aprendizaje y de una violencia obstétrica que no quisiera tener que volver a presenciar. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere en sus Recomendaciones sobre atención al parto normal (2007) que la presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.

Es una de las posibles causas de desgarro cervical y del síndrome doloroso abdominopelviano en el puerperio, por lo cual “la maniobra de Kristeller y la dilatación digital deberían estar proscritas en la actualidad”. Beverly Beech, presidenta honoraria de la Association for Improvements in the Maternity Services comentó: ¡Cada persona que la practica debería ser demandada por negligencia. Esta práctica, está desaconsejada tanto por la OMS como por el Ministerio de Sanidad y la SEGO.

En lo referente a la violencia obstétrica, un informe de la ONU alerta sobre el fenómeno generalizado y sistemático de esta forma de violencia contra la mujer e insta a los responsables de cada país a cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos y a encarar los problemas estructurales y las causas profundas de la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva. La organización Mundial de la Salud (OMS) respondió a los temores de las mujeres en relación con la atención del parto publicando una declaración en 2015 en la que condenaba, rotundamente, el maltrato físico, la humillación y la agresión verbal, los procedimientos médicos coercitivos o no

consentidos, la falta de confidencialidad, el hecho de no obtener el consentimiento plenamente informado...

Posteriormente tras el nacimiento del bebé la ginecóloga se marchó para atender las cesáreas programadas dejando a mi orientadora la sutura de esa doble episiotomía que había realizado y que mi orientadora declaró a una de las compañeras que no sabía cómo suturar ya que hacía más de 10 años que no suturaba. Considero que una laceración de ese tipo debería ser suturada por un médico o por un EESMO muy experimentado dada las repercusiones que puede tener un daño de este tipo en el suelo pélvico y la implicación en el futuro de la salud sexual de la mujer.

Semana 5

En esta semana y en vista de que se acababa mi periodo práctico y no conseguía conectar con mis orientadores, aproveché para pasar consulta con las especialistas asignadas y poder visionar como se organizaban y saqué bastantes aprendizajes de estas consultas. En primer lugar pude afianzar la educación para la salud necesaria en cada uno de los trimestres del embarazo y conocer las dudas más habituales de las embarazadas en cada uno de ellos, algo que a pesar de ser parte del aprendizaje del primer periodo en el centro de salud, debido a la situación de pandemia que hizo muchos más restrictivas las consultas con las embarazadas, no tuve demasiada oportunidad de ver y realicé los cribados y test prenatales que iban siendo solicitados después de la consulta.

En esta semana durante las consultas, coincidieron varias embarazadas sometidas a una FIV y alguna de ellas acudían por primera vez tras la transferencia y confirmación del embarazo pero no tenían clara la fecha establecida para realizar el conteo de las semanas de gestación ya que no había una fecha ficticia de última regla (FUR) y aún no tenían marcada la fecha probable de parto (FPP) y realmente fue algo que me llamó la atención, la forma como se establecen las fechas en estas ocasiones, así que hice una búsqueda al respecto con los datos de una de las embarazadas y me resultó bastante curioso ver como se determinan las fechas en función de la fecha de punción o fecha de transferencia de embrión y como esta varía según los días que tenga el mismo en el momento de transferirlo, me pareció un aprendizaje importante ya que hoy en día el porcentaje de embarazos derivados de reproducción asistida es muy elevado.

Otro aprendizaje de las consultas fue la importancia de prestar atención a los movimientos fetales como factores indicadores de bienestar fetal y aunque en el centro de salud en la cartilla del embarazo había visto un tipo de recomendación, en el HPA era diferente. En el centro de salud se instaba a realizar un control de los mismos a partir de la semana 35 con un conteo a lo largo del día desde el inicio de la actividad materna y durante 12h, hasta el momento en que se hubieran detectado unos 10 movimientos con el fin de establecer un patrón de movimientos, pero en el HPA la recomendación era la de realizar un conteo durante dos horas, que debían ser diferentes cada día y asegurar que el bebé realizaba esos 10 movimientos en esas dos horas.

Semana 6

En esta última semana sólo tuve dos turnos con poca carga de trabajo por días festivos en Portugal, así que sólo coincidí con 3 embarazadas que nuevamente en su semana 39 iban a ser sometidas a una inducción y yo coincidí la atención y control de

bienestar materno-fetal mediante la realización de RCTG de dos embarazadas con embarazo gemelar, fue todo un reto conseguir captar la FCF de ambos bebés y en ocasiones dudaba si estaba monitorizando al mismo gemelo y tenía que rectificar la colocación de los transductores.

Durante este periodo he podido refrescar, renovar y adquirir conocimientos importantes sobre las patologías más frecuentes o de mayor prevalencia durante el embarazo, sus factores causales y sus diversos tratamientos o planes de actuación. He podido acompañar a mujeres en un momento de gran vulnerabilidad y sensibilidad como es el embarazo, mucho más cuando aparece algún tipo de complicación que provoca mayor sensación de pérdida de control del propio cuerpo y de la situación en general y he intentado dar lo mejor de mí a nivel profesional y a nivel humano. Me hubiera gustado tener un aprendizaje más en equipo y no tan individual ya que los días se basaban en una evaluación continua de mis conocimientos teóricos, con preguntas que no admitían opción al debate y con la única resolución de estudiar por mi cuenta todas y cada una de las cuestiones que me surgían.

Ciertamente parte de mis conocimientos teóricos no eran lo más exhaustivos posibles puesto que entre el periodo teórico y el práctico transcurrió un año y mi situación personal con un recién nacido “pluripatológico” no me dejó demasiado margen de estudio durante ese tiempo, situación por la que me sentí “juzgada” en varias ocasiones cuando necesitaba que me aclarasen alguna duda, que ellos consideraban que no debía tener, con frases como “probablemente este no es tu momento”. Sin duda esta situación provocó que mis respuestas ante sus preguntas no fueran en ocasiones tan explícitas como esperaban, algunas veces debido también a que en ocasiones el idioma, por una mala interpretación que podía producirse tanto al entender la pregunta como al expresar la respuesta, motivo por el cual con las contestaciones que recibía cuando dudaba en alguna cuestión, llegué a sentirme humillada.

Invertí casi todo mi tiempo libre en este periodo práctico dedicándome a estudiar cada una de las patologías que iba viendo así como las intervenciones que se realizaban en diferentes situaciones y que, desde mi punto de vista y con el refuerzo de la evidencia científica, en muchas ocasiones llegaban a estar desactualizadas como ya he ido reflejando y argumentando a lo largo de mis reflexiones e incluso rozar como ya he expuesto con anterioridad lo que actualmente se denomina “violencia obstétrica”, pero no tenía mucha posibilidad de reflexionar sobre esto con mis orientadores, por suerte, las enfermeras generalistas con las que coincidí durante las prácticas, estaban siempre abiertas a explicarme alguna duda y a ayudarme a encontrar cosas que necesitaba, así como varias de las especialistas con las que tuve la suerte de trabajar algunos días, siempre abiertas a explicar dudas, a dejarme hacer y a debatir temas que surgían en el momento y en los que yo tenía una visión diferente o directamente desconocía, momento en el que aprovechaba para documentarme y compartirlo con ellas a fin de fijar conceptos.

El HPA del Algarve se rige por unos estándares de calidad que orienta la forma de actuar de los profesionales y que son de nominados como “the Gold Estándar in Global Health Care” y tienen de base seis puntos principales (**Anexo II- Estándares de Calidad**):

1. Identificación segura de los usuarios
2. Mejora de la comunicación efectiva.

3. Mejora de la seguridad de medicamentos de alta vigilancia.
4. Asegurar local, procedimiento y paciente.
5. Disminuir el riesgo de infecciones asociadas.
6. Disminuir el riesgo de lesiones o caídas.

Para mí sin duda la seguridad y una atención de calidad en cuanto a servicios se refiere es importante pero es mucho más importante algo que no vi en mis orientadores y es el trato cercano con las embarazadas, la consulta y consenso de las actuaciones a llevar a cabo teniendo en cuenta las opiniones y preferencias de las embarazadas en determinados momentos que a mi parecer son importantes y el trato desde el amor y el respeto más que desde la calidad y la atención basada en la excelencia a nivel servicios disponibles, más que en el acompañamiento de uno de los procesos y momentos más importantes de la vida de una familia.

Para cambiar el mundo es preciso cambiar la forma de nacer (Michel Odent)

BIBLIOGRAFÍA

- Althuisius SM, Dekker GA, van Gein et al: Cervical incompetence: a reappraisal of an obstetric controversy. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57(6): 377-87
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). FAQ: Labor induction. Retrieved February 20, 2017, from <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Labor-Induction>.
- American College of Obstetrician and Gynecologist. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 156: 565-66.
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudencio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E. ... Varela, V. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saude Materna e Obstétrica/Parteiras. Acedido 06-07-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Bewley S, Cockburn J. The unfacts of 'request' caesarean section. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2002;109(6):597-605.
- Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964; 24: 266-268. [Links]
- Brigidi, S., & Ferreiro, S. Violencia Obstétrica. Justificación social y ética. la vida, 42.
- Chippington-Derrick D, Lowdon G, Barlow F. Caesarean Birth: Your Questions Answered. London: National Childbirth Trust, 2004.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
- Definición de embarazo a término. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013;73:285-6. ACOG Committee on Obstetric Practice and Society for Maternal-Fetal Medicine. (2013; Reaffirmed 2015). Committee Opinion No. 579. Definition of term pregnancy. Obtenido el 20 de noviembre de 2016 en <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy> en el contenido de Inglés Notificación de salida

- DE GINECOLOGÍA, Sociedad Española. Obstetricia (SEGO) Protocolos asistenciales en obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. SEGO, Madrid, 2010.
- Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019
- Domellöf, M., Andersson, O., Hellström-westas, L. and Andresson, D. (2011) Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ*, 343:d7157
- Francome C, Savage W, Churchill H, Lewison H. Caesarean Birth in Britain. London: Middlesex University Press, 1993.
- Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 1996;174:569-74.
- Herruzo . AJ, Miranda JA, Puertas A. Propuestas para reducir el elevado número de cesáreas. XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal 1997 (Cádiz): 159-62.
- HOT TOPICS en NEONATOLOGÍA 2020 consultado en <http://www.hottopicsonneonatology.org/>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Kelleher CJ, Cardozo LD. Caesarean section: a safe operation?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994;14:86-90.
- Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, Kaczorowski J, Jorgensen SH, Franco ED, Johnson B, Waghorn K, Gelfand MM, Guralnick MS, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994 Sep;171(3):591-8. doi: 10.1016/0002-9378(94)90070-1. PMID: 8092203.
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane database of systematic reviews*,
- Lund NS, Persson LK, Jangö H, Gommesen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Dec;207:193-199. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.013. Epub 2016 Oct 26. PMID: 27865945.
- Miranda, V., & Carvajal, J. A. (2003). Análisis crítico del manejo de la incompetencia cervical. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(4), 337-342.
- NU. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019. Disponible en línea: <https://eipmh.com/wp-content/uploads/2019/09/UN_Res.71170..p
- Olza, I. Neurobiología del parto, administración de oxitocina sintética [Internet]. *El Parto es Nuestro*. 2011.[Acceso 13 de Noviembre de 2020].
- OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en los centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.
- ONU. Declaración de expertos en derechos humanos sobre derechos sexuales y reproductivos. Ginebra: ONU, 2015.

- Pust RE. Re: Promotion of family-centered birth with gentle cesarean delivery [Internet]. Vol. 28, Journal of the American Board of Family Medicine. American Board of Family Medicine; 2015 [citado 20 de Noviembre de 2020]. p. 160-1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25567839>
- Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>.
- Recomendaciones sobre atención al parto normal. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Madrid, 2007.
- Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD009243. DOI: 10.1002/14651858.CD009243.pub3
- Serena W, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. American Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;192:1458-61.
- Smyth, R. M., Aldred, S. K., & Markham, C. (2009). Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo revisión Cochrane traducida. la Biblioteca Cochrane Plus, (1). <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy/abstract/8> [7/12 12:59]
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Inducción de parto. Protocolos prosego. <http://www.gapsego.com/categoria-guia-asistencia/medicina-perinatal/page/4/>. Consultado el 10 de febrero de 2016. [Links]
- Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. Toko Gin Práct. 1997;56:189-193
- Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2, 2001. Oxford: Update Software.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Summary No. 130 Prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol. 2016; 128:929-930
- Wen SW, Rusen ID, Walker M, Listen R, Kramer MS, Baskett T, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labour and elective cesarean section among women with previous caesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004;191:1263-9

**REFLEXIÓN ESTRUCTURADA:
CENTRO HOSPITALARIO MEDIO TEJO
HOSPITAL DE ABRANTES
(CHMT)**

Reflexión del periodo de 6 semanas de prácticas clínicas en bloque de paritorio con inicio el 4 de enero y fecha de fin el 31 de enero de 2021.

El Hospital de Abrantes forma parte de un complejo formado por otros dos hospitales, uno ubicado en Torres Novas y el otro en Tomar, denominado Complejo Hospitalario Medio Tejo (CHMT). En este hospital, todo lo relacionado con la maternidad se ubica en la quinta planta: servicio de internamiento de embarazadas y puérperas, servicio de neonatología, consultas de ginecología, consulta de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), pediatría y el bloque de paritorio.

Al finalizar este periodo volví a sentir las ganas y la ilusión que me llevaron a emprender este camino y convertirme en EESMO, reconozco que llegué bastante abrumada al servicio puesto que considero que en el paritorio es donde tenemos mayor responsabilidad, en base a las repercusiones que pueden tener nuestras acciones sobre la mujer y sobre el proceso de nacimiento. Mi orientadora resultaba ser una persona agradable, que me daba libertad para actuar y me instaba a aprovechar todas las oportunidades de aprendizaje que surgían, y esta actitud de confianza me hacía sentirme segura y con ganas de absorber toda la información posible, consiguiendo así movilizar las competencias adecuadas y la consecución de muchos de los objetivos marcados para este servicio, algo a lo que contribuyó todo el equipo.

Las embarazadas llegaban al bloque de parto por cuatro vías, desde la consulta de urgencias en la que eran triadas por una EESMO y valoradas por el ginecólogo de guardia, podían llegar directamente a través de admisión por tener marcado el ingreso para inducción o cesárea o podían ser remitidas desde la consulta de ginecología o de la planta de internamiento. Una vez admitidas en el servicio quedaban en una sala de parto individual dónde permanecían hasta el alta o el ingreso en planta y en esta sala tenía lugar todo el proceso independientemente de cual fuera. En este sentido, el tipo de embarazadas a las que acompañé podían clasificarse en 5 grupos y en función de cada uno, planeaba los cuidados necesarios junto con el equipo de EESMO con el que me encontrase. Estos grupos eran:

- ❖ Embarazadas con pérdida gestacional o aborto.
- ❖ Inducción del parto.
- ❖ Cesárea programada.
- ❖ Embarazadas con rotura espontánea de bolsa amniótica (REBA)
- ❖ Embarazadas en fase activa de trabajo de parto (TP).

El procedimiento habitual de recepción de cualquier mujer que accedía al bloque de partos, independientemente de la procedencia y del motivo, pasaba por ser registrada por la EESMO que se encontraba en triage y que realizaba la apertura de la historia obstétrica sobre serologías, estado de las pruebas COVID-19, antecedentes personales y obstétricos y pruebas o tratamientos pendientes de realizar y todo esto era transferido al personal de turno.

❖ **Embarazadas con pérdida gestacional o aborto.**

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Es la edad gestacional bajo la cual la vida extrauterina es imposible. (OMS, 1994)

Durante todo el periodo en Abrantes, presté cuidados a 4 mujeres que estaban viviendo un aborto o pérdida fetal, 3 de ellas con un aborto retenido, entendiéndolo por aborto retenido aquel en el que se ha producido la muerte del embrión o feto, pero no se ha iniciado el proceso de expulsión y sólo 1 llegó con aborto en curso. En todos los casos se trataba de pérdidas de primer trimestre de gestación y el tratamiento para favorecer la expulsión de los restos fetales fue siempre Misoprostol, pero me llamó la atención especialmente el hecho de que la vía de administración fue diferente, siendo oral sólo en el caso de la embarazada con el aborto en curso.

Intenté prestar especial cuidado en mi actuación con estas mujeres ya que para mí es un tema de especial interés que requiere de una gran sensibilidad, motivo por el que conocer la formación de los profesionales en este sentido es el tema principal de mi informe final, y observé nuevamente que el personal sanitario evitaba el acceso a estas habitaciones a menos que fuese requerido por la mujer por presentar dolor o necesitar ayuda en algún otro sentido. En todas estas situaciones me ofrecí si necesitaban algo como un vaso de agua o que me quedase allí con ellas unos minutos, intenté favorecer la posibilidad de movilizar inquietudes, dudas o miedos en los que algún tipo de información por mi parte pudiera ayudarlas e intenté mostrar respeto y empatía por su proceso en todo momento, todas se mostraron muy agradecidas y sólo una de ellas sintió que no precisaba desahogarse y sentirse más acompañada, ya que la situación con el COVID-19 no daba opción a tener acompañante durante el proceso algo que sin duda lo hace aún más duro, y prefirió mantener el silencio.

❖ **Inducción del parto.**

La inducción del trabajo de parto se refiere al uso de medicamentos u otros métodos para inducir, o causar, el parto. Esta práctica se utiliza para provocar el inicio de las contracciones, de modo que pueda ocurrir el parto (ACOG, 2012)

Pude participar en varias inducciones, un total de 6, que tras ser evaluadas por el ginecólogo para determinar el tipo de inducción según Bishop, pasaban a la sala de partos que le era asignada, donde permanecían hasta pasar las dos horas de posparto inmediato y ser trasladadas a internamiento o hasta ser transferidas al bloque quirúrgico para una cesárea si era preciso. Una vez acomodadas en la sala que les asignaban, se realizaba un RCTG para evaluar bienestar materno y fetal y se procedía a la canalización de vía venosa para sueroterapia y tratamientos pautados. Puntuaciones de Bishop por encima de 6 orientan hacia un cérvix favorable para la inducción y por debajo de 6 será preciso “madurar” el cérvix con la ayuda de prostaglandinas sintéticas, como recomiendan el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) 2013.

Los dos tipos de inducciones utilizados eran:

- ❖ Bishop desfavorable :Misoprostol vía oral
- ❖ Bishop favorable: Oxitocina sintética

Según la evidencia registrada en lo referente al uso de Misoprostol se necesitan más estudios para tener claro su nivel de seguridad pero resulta efectivo para inducir el parto. (Hofmeyr, 2010). El protocolo de inducción con Oxitocina en el servicio consistía en la dilución de 5UI en 500ml de suero salino y se iniciaba una perfusión a 12ml/h, la cual se aumenta cada 30´ hasta conseguir una dinámica uterina regular ó hasta un máximo de 96ml/h. En el periodo expulsivo esa velocidad de infusión podía ser aumentada hasta 120ml/h y tras el alumbramiento de la placenta se añadían 5UI de Oxitocina intravenosa directa y otras 5UI en la perfusión. Durante el acompañamiento de todo el proceso de trabajo de parto, me encargaba de monitorizarlo e ir evaluando su progreso y dejar todo registrado en el partograma, documento que era rellenado a mano y sólo era abierto una vez que entrábamos en fase activa del trabajo de parto. Según la Guía de Práctica clínica de atención al Parto normal de 2010 la fase activa de la dilatación es el periodo que transcurre desde los 4 cm y los 10cm de dilatación cervical y que se acompaña de dinámica regular.

Uno de los mayores aprendizajes a nivel práctico fué la evaluación de progreso del mismo mediante los tactos vaginales, tenía que identificar características utilizadas para establecer el índice de Bishop como son, dilatación, borrado, consistencia según grado de rigidez y posición desde el estado inicial o posterior hasta el estado ideal para el parto o anterior, algo que al inicio me resultó bastante complicado ya que para mí era muy difícil diferenciar todas las estructuras y características que debía, o esperaba, saber identificar. Aprendía a evaluar la integridad de las membranas y características del líquido amniótico en caso de rotura de éstas.

Mi orientadora me guiaba para intentar reconocer todos estos aspectos tan importantes para una buena evaluación del cuello uterino, como alumna la realización de los tactos vaginales es básica para mejorar la técnica, pero según las recomendaciones más recientes y directrices internacionales (OMS, 2018) estos exámenes deben ser los mínimos necesarios y siempre que la mujer esté de acuerdo obteniendo un consentimiento previo y en base a los protocolos establecidos. En el hospital de Abrantes el protocolo restringe los tactos a los mínimos necesarios para poder evaluar el trabajo de parto y no aumentar el riesgo de infección, esto se traduce en un tacto vaginal máximo cada 4 horas siempre que la embarazada no manifieste sensación de presión, ganas de empujar o aumento de la intensidad de las contracciones, algo que puede indicar una evolución en el trabajo de parto.

❖ **Cesárea programada.**

En 1770 Baudelocque definió la cesárea como una operación por la cual se abre una vía para el nacimiento del niño (Takuri 1997). En la actualidad se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (Cunningham 2006).

En mi estancia en este servicio me encontré con 5 mujeres a las que se les realizó una cesárea, 2 programadas, una de ellas por presentación pélvica y 3 de urgencias en embarazadas cuyos partos estaban siendo inducidos. Todas fueron recibidas en el servicio de la misma forma que el resto de embarazadas y en el momento indicado en cada caso, eran trasladadas al bloque quirúrgico acompañadas siempre por una auxiliar, que llevaba la cuna térmica para traslado del recién nacido (RN), y una EESMO. Una vez allí el trabajo como especialista se centraba en la recepción del RN que era mostrado a su madre

unos segundos antes de su traslado a la sala de reanimación neonatal, dónde era valorado por el pediatra y una vez valorado y administrada la vitamina K, según protocolo, era nuevamente llevado junto a su madre unos minutos para posteriormente subir al bloque de partos donde podía hacer piel con piel con el padre, si así lo deseaba. A pesar de esta posibilidad, la separación de la madre para mí es algo que debe y puede evitarse incluso en las cesáreas, siempre que madre y bebé se encuentren bien. El contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento es considerado como uno de los indicadores de Buenas Prácticas Clínicas, ya que ofrece múltiples beneficios para ambos: reduce el nivel de estrés en la madre, facilita el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. (Costa, 2020)

Por el contrario, a lo que había visto en el HPA donde realicé mis prácticas anteriores y donde el índice de cesáreas según sus estadísticas de 2019 era del 85,7%, en el CHMT Abrantes este porcentaje en 2019 era inferior al 25% y realmente eran muy pocas las cesáreas programadas que se realizaban a no ser en caso de presentación pélvica ya que no se llevaban a cabo partos vaginales en estas situaciones.

❖ **Embarazadas con REBA con o sin TP.**

Cuando una embarazada llegaba al bloque de partos refiriendo pérdida de líquido, se realizaba una valoración para comprobar si nos encontrábamos ante una REBA y una vez confirmado quedaban ingresadas para iniciar protocolo antibiótico. En este caso se administraba Ampicilina 2gr. intravenosa en ese momento y posteriormente Ampicilina 1gr. cada 4 horas hasta el momento del parto, aunque según la Biblioteca Cochrane 2014 se debe evitar el uso habitual de antibióticos para la RPM a término o cerca del término si no hay una infección materna confirmada.

Fueron 6 las mujeres que llegaron con una REBA y otras 7 a las que se les realizó una amniotomía o rotura artificial de la bolsa amniótica (RABA) y a todas se les aplicó el mismo protocolo. La amniotomía o RABA se realizó en ocasiones en las que por algún motivo el bebé permanecía alto en la presentación, la técnica era explicada verbalmente a las mujeres, aunque eché en falta la obtención de su consentimiento verbal, que en casi ningún caso fue solicitado a pesar de que ya en 1996 en la Convención sobre los derechos Humanos y Biomedicina de Oviedo, se proclamó el derecho al consentimiento informado, acto que fue ratificado por Portugal. En la Guía de Práctica Clínica española sobre el parto normal de 2010 se recomienda no realizar RABA ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.

Para realizar la técnica comprobábamos siempre el bienestar materno y fetal en el RCTG y manteníamos la mano introducida para conseguir un descenso controlado de la cabeza y evitar riesgos asociados como puede ser el prolapso de cordón. En una de las situaciones la técnica iba a ser realizada por uno de los ginecólogos de guardia y la mujer se negó, momento en el que el ginecólogo utilizó la “técnica del miedo” cuando la embarazada preguntó si realmente era necesario a lo que contestó que “si no se hacía el bebé podría morir” y que si no quería podía pedir el ata voluntaria, así que tras estas palabras la mujer pidió unos minutos para hablarlo con su pareja y finalmente accedieron. Me sentí realmente molesta con la situación ya que era una embarazada joven, que mantenía el movimiento libre para favorecer el progreso, utilizaba técnicas no

farmacológicas de alivio del dolor y quería una experiencia lo menos intervenida posible, algo que desde el inicio al médico al cargo no le agradó mucho y parecía sentirse bastante inquieto con ese intento de control del proceso por parte de la embarazada.

❖ **Embarazadas en fase activa de TP.**

Con estas mujeres me centraba en implementar intervenciones para promocionar, prevenir y controlar el dolor, ya fuera mediante respiraciones, masajes e indicando posiciones para aliviar la sensación dolorosa. El hecho de no encontrarme con muchas mujeres a la vez en esta situación me permitía estar pendiente para monitorizar e identificar desvíos del patrón normal en la evolución del TP para poder actuar en consecuencia o pedir ayuda si era preciso. A todas las embarazadas se les permitía seguir bebiendo y comiendo cosas ligeras, favoreciendo de esta forma una buena hidratación y evitar de esta forma lo que produce el ayuno, que las mujeres lleguen al momento del parto sin energía para pujar, la evidencia no muestra justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones (Singata, 2013).

PARTOS

❖ **Fase activa**

Uno de los aspectos importantes en el aprendizaje en este periodo era la atención en el momento del parto, ya fuera en mujeres con partos inducidos, mujeres que ingresaban en trabajo de parto o mujeres que llegaban en expulsivo. Pude acompañar 8 partos eutócicos y ayudar en 2 partos distócicos instrumentales en los que fue preciso el uso de una ventosa. En todos, el RCTG se mantenía de forma continuada hasta que empezaba el expulsivo, en ese momento retirábamos el tocograma para liberar un poco a la mujer y permitirle sentirse más cómoda y una vez que la cabeza coronaba, realizábamos un registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) de forma intermitente en las contracciones. El RCTG continuo se asocia a un aumento de cesáreas y de partos vaginales instrumentados (Alfirevic, 2017)

Desde que se abría el partograma cuando nos encontrábamos en fase activa, hasta el momento del expulsivo, todos los cuidados iban encaminados a aliviar el dolor con diferentes técnicas y recursos no farmacológicos, favorecer un ambiente tranquilo y relajado resolviendo dudas o atendiendo peticiones que las embarazadas pudieran presentar y en general garantizar y realizar una buena monitorización del bienestar materno y fetal. Las mujeres en esta etapa podía estar acompañadas de sus parejas, que debían tener realidazo el test COVID-19 o se les realizaba allí mismo antes de entrar al bloque y una vez el resultado negativo era confirmado, quedaban acompañando a la embarazada sin poder salir del servicio y justo hasta las dos horas de posparto inmediato, momento en el que la mujer pasaba al área de maternidad dónde ya tenían que despedirse hasta el momento del alta.

❖ **Expulsivo**

En los partos eutócicos, en el momento en el que la mujer se encontraba en dilatación completa y con ganas de pujar, aumentaba la perfusión de Oxitocina hasta el máximo recogido en el protocolo y preparaba la mesa de parto con todo el material necesario, batas y guantes estériles, gasas, material para pinzar y cortar el cordón, así

como material para realizar una episiotomía si era preciso, algo que no tuve que hacer, y suturarla posteriormente al igual que los desgarros que precisaban sutura. En el momento en el que la mesa de parto estaba lista, las auxiliares preparaban la cama, todas las camas eran desmontables y articuladas para permitir adoptar posiciones similares a estar sentada en una silla de parto, en cuclillas o en posición de litotomía si era necesario.

Referente a la posiciones para mi fue muy gratificante ver como no sólo se permitía sino que se instaba y se facilitaba a las embarazadas a adoptar diversas posiciones según dónde y cómo se encontraba el bebé colocado, pude intervenir en 1 parto vertical, 1 parto en cuadrupedia, varios en posición sentada en la cama y alguno que otro en el que la posición se iba modificando sobre la marcha para adoptar la más adecuada en cada caso. Fue todo un aprendizaje ver como gracias a la fuerza de gravedad, en función cómo estaba colocado el bebé, algo que me resultaba bastante complejo determinar en la mayoría de casos ya que por falta de experiencia no conseguía diferenciar que fontanela me encontraba palpando, el colocar a la madre de una u otra forma, junto con las contracciones y pujos adecuados, ayudaba en la progresión, descenso y salida del bebé.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus recomendaciones de Atención al Parto Normal 2019, destaca la importancia de la pelvis libre en el proceso de parto, mejorando así la tolerancia al dolor y el parto eutócico, por lo que las mujeres de parto no deberían ser colocadas en posición de litotomía durante la dilatación o expulsivo, sino que habría que estimularlas a que se movieran y permitirles la elección de la postura para la expulsión. (OMS 2019)

El 75% de las mujeres en el momento del expulsivo tenían analgesia epidural, pero a unas dosis que en ningún momento les impedía moverse ni dejar de sentir las ganas de pujar por lo que no interfirió en ese sentido, pero si tuve la sensación de influir en el aspecto de que en 7 de los 8 partos fuera preciso la realización de la amniotomía por una falta de progresión o un enlentecimiento notable. A todas era necesario realizarles un vaciado de vejiga cada cierto tiempo durante el TP puesto que con la epidural no conseguían sentir la necesidad de orinar y la vejiga llena dificulta el progreso a través del canal del parto.

La epidural a su vez ralentiza el parto, lo que obliga a aumentar la dosis de oxitocina, de manera que se entra en una espiral peligrosa, tanto para la madre como para el bebé. Este último puede terminar teniendo sufrimiento fetal, por no poder soportar el ritmo y la intensidad de estas contracciones provocadas artificialmente (Olza 2011). Durante el expulsivo la protección del perineo era uno de los factores que más me preocupaban para evitar grandes desgarros, la técnica más utilizada para tal fin era la técnica Ritgen que consiste en ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del periné mientras la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio (Sánchez-Sarabia, 2019), considero que es responsabilidad del EESMO evaluar las características que presenta el perineo y realizar una buena protección de este, sabiendo intuir cuando resulta preciso realizar una episiotomía. La decisión de realizar una episiotomía se toma caso por caso, o restringida, en lugar de realizar el procedimiento de forma rutinaria (Jian 2017).

En lo referente a la técnica Ritgen, hay autores que defienden que no existe diferencia entre aplicar la maniobra o no, sin embargo, si se observó un menor número de desgarros con la detención controlada de cabeza fetal que se consigue colocando la palma

sobre la cabeza fetal, ejerciendo su detención moderada para impedir, su extensión rápida y brusca, y cuando el puente nasal este a nivel de la horquilla vulvar realizar el deslizamiento lento y delicado del periné sobre la cara fetal. (Sánchez-Sarabia, 2019).

Realizar una episiotomía, pese a ser una técnica que realmente puede ser útil y necesaria cuando hay sufrimiento materno o fetal y es necesario acelerar la salida del bebé, puede tener muchas repercusiones negativas en el futuro de la salud sexual y reproductiva de la mujer y tengo claro que es un tipo de intervención que pretendo evitar siempre que sea posible, técnica que no realicé en ninguna ocasión, aunque en uno de los partos me vi sometida a una gran presión por parte del ginecólogo que estaba empezando a ponerse nervioso porque el bebé, que en todo momento mantenía una buena frecuencia y en ningún momento presentó signos de sufrimiento fetal, estaba avanzando lentamente y él tenía que marcharse a una cesárea así que introduje la tijera para realizarla pero no corté porque estaba segura de que no era necesario. Las complicaciones comunes de la episiotomía incluyen extensión de la incisión hacia el perineo o el complejo del esfínter anal, infección, dolor posparto y dispareunia” y además “el uso de una episiotomía en el momento del primer parto vaginal parece aumentar el riesgo de una laceración obstétrica grave en un parto vaginal posterior. (Lund, 2016)

Una vez la cabeza fetal estaba fuera, en ninguno de los partos, excepto en el parto vertical, en el que sólo tuve ocasión de colocar las manos y recibir al bebé, se dio tiempo a que el bebé realizase las rotaciones fisiológicas y naturales que se dan para la salida de los hombros del bebé, algo que nuevamente me hizo pensar y reflexionar sobre el intervencionismo que rodea al momento parto incluso en lugares en los que se intenta ir cambiando la forma de actuar de manera progresiva. Una vez los bebés eran “extraídos”, ese colocaban sobre el vientre materno donde permanecían piel con piel con la madre hasta que el cordón colapsaba y dejaba de latir, momento en el que se realizaba el corte tardío del cordón según indica la evidencia más actual, ya que la sangre de la placenta y el cordón es sangre del bebé que debe volver al bebé para aportar todos sus beneficios. En los casos en los que el grupo ABO era O o presentaban Rh -, antes de que la placenta fuera expulsada, se tomaba una muestra de sangre de cordón. El pinzamiento tardío del cordón, en comparación con el pinzamiento temprano, dio como resultado un mejor nivel de hierro y una menor prevalencia de deficiencia de hierro a los 4 meses de edad, y una menor prevalencia de anemia neonatal, sin efectos adversos demostrables. (Domellöf,2011)

De todo los partos hubo uno de ellos, el parto en el que el médico insistía en que realizase la episiotomía, que cada vez que realizaba un tacto durante el expulsivo para valorar la progresión del bebé, tenía la sensación de que la cabeza fetal impactaba en la sínfisis púbica y así se lo transmití a mi orientadora, así que en el momento de estrés por la presión de realizar la episiotomía, se lo comenté al ginecólogo y pregunté si no podíamos realizar presión suprapúbica como se realiza con la técnica Mazzanti en las distocias de hombros para ayudar al bebé a descender y cual fue mi sorpresa al comprobar que sólo con esa maniobra la cabeza del bebé salió en el siguiente pujo.

❖ **Recién Nacidos**

Varios de los bebés presentaron vueltas de cordón cervical pero sólo en una de las ocasiones vi realizar un corte inmediato del cordón, ya que en todas las demás situaciones las vueltas de cordón fueron retiradas con calma y solicitando a la mujer que no pujase

mientras el cordón era liberado. Otras veces las vueltas de cordón fueron abdominales y observé como el bebé a medida que salía se deslizaba a través de ellas y no provocaban problemas al bebé ni a la madre. Los bebés pasaban directamente al abdomen de su madre, pasados unos minutos los recién nacidos eran llevados a la sala de valoración neonatal o “berçario” para que el pediatra pudiera valorarlos y para realizar los cuidados necesarios tales como administrar la vitamina K o proceder a vestirlos, algo que me generaba un poco de tristeza puesto que creo que, en primer lugar, podían perfectamente ser valorados y realizados estos cuidados manteniendo el piel con piel con su madre y que no era para nada necesario vestir a los bebés y envolverlos en mantas inmediatamente después de nacer, es algo que realmente puede esperar y fomentar de esta forma un verdadero piel con piel, ya que la evidencia apoya que el CPP temprano debe ser una práctica normal para los recién nacidos sanos, incluidos los nacidos por cesárea y los recién nacidos prematuros a las 35 semanas o más. (Moore, 2016)

Todos los recién nacidos eran vistos por un pediatra que estaba siempre presente en el parto y se les colocaba una pulsera en la muñeca con los datos de la madre y una pulsera “antirrobo” en el tobillo, era la primera vez que veía este tipo de pulseras y me explicaron que estaban conectadas a unos sensores en las puertas de la unidad, así que en el momento que el bebé pasaba esas puertas con la pulsera, saltaba una alarma como ocurría en caso de incendio.

❖ Alumbramiento

Una vez todo en orden y asegurada de que el bebé y su madre se encontraban bien en pleno momento de “enamoramamiento”, siempre con el acompañamiento del padre, tocaba centrarme en la expulsión de la placenta o alumbramiento. En primer lugar observaba los distintos signos que indican que la placenta se está desprendiendo tales como:

- ❖ Sangrado y reaparición de la dinámica uterina
- ❖ Signo de Schroeder: útero palpable a 3 cm sobre el ombligo y lateralizado a la derecha
- ❖ Signo del cordón de Kustner: se pinza en cordón y luego se tracciona el útero hacia arriba (a través del abdomen) es positivo si la pinza no sube.
- ❖ Signo de Ahfeld: se pinza el cordón, con lo que la pinza desciende espontáneamente, se considera desprendimiento completo si desciende más de 10 cm.
- ❖ Signo de Fabres (pescador): con una mano se palpa el útero y con la otra se tracciona el cordón, si la placenta no está desprendida aún, se siente la tracción a través del abdomen.

A veces, bajo indicación de mi orientadora, realizaba alguna maniobra para ayudar de forma activa a que la placenta saliese que consistía en una leve tracción del cordón y una vez la placenta comenzaba a salir la giraba sobre sí misma para favorecer su expulsión completa. Una vez la placenta salía la evaluaba para comprobar que se encontraba totalmente íntegra, en este sentido no viví ningún caso de retención placentaria y siempre pude confirmar que salían completas con todos sus cotiledones y membranas. Tuve la oportunidad de apreciar dos veces un desprendimiento de tipo Duncan, que inicia en el borde placentario presentándose la cara materna placentaria en la salida, menos común que el de tipo Schultze en el que la parte presentada en la cara fetal.

Comprobada la placenta me centraba en evaluar los posibles desgarros que se hubieran producido, de los 8 partos fue preciso suturar 5 desgarros tipo 2 pero yo sólo me atreví en uno de ellos, el último, sentía la necesidad de visualizar bien la técnica y no sentía con confianza de realizar una buena sutura, muy probablemente por la experiencia personal de las secuelas que una mala sutura puede dejar en la mujer. La vez que realicé mi primera sutura de un desgarro realmente sentí que estaba segura de lo que hacía y cómo y quedé bastante satisfecha con el resultado. Tras acabar con la sutura realizaba una valoración referente a cuantificar las pérdidas sanguíneas y a la formación del globo de seguridad de Pinard, para ello realizaba un masaje uterino hasta palpar bien el fondo uterino.

❖ Puerperio inmediato.

“El puerperio inmediato se define como la etapa comprendida desde el final del alumbramiento hasta el momento en el cual las puérperas reciben el alta hospitalaria en un parto normal” (Laurrieta-Saiz, 2015), durante este tiempo, realizaba una evaluación de las pérdidas sanguíneas, la contracción uterina y el confort de la mujer, pero me centraba muchísimo en la lactancia materna que todas las mujeres a las que acompañé querían realizar, así que aprovechando mi formación y experiencia en este campo, junto con el hecho de que el trabajo normalmente no era demasiado, me relajaba explicando las distintas posturas y posiciones que podían adoptar en función del grado de movilidad materno, de las características de la mama... y trataba de aclarar dudas que pudieran surgir o hacer hincapié en cuestiones que podían aparecer y entraban dentro de la normalidad

Una vez transcurridas las dos horas de posparto inmediato reevaluaba a la mujer antes de ser trasladada a la parte de internamiento. Se animaba a la mujer a realizar la primera micción espontánea, pero si aún no sentía la necesidad por efecto de la anestesia se realizaba un vaciado vesical para una correcta valoración, el cateter epidural era retirado así como la sueroterapia, evaluaba nuevamente pérdidas vaginales y contracción uterina y estado del perineo para valorar la necesidad de colocar frío local por edematización de la zona o no, una vez hecho todo esto, ayudaba a la mujer a vestirse, se pasaba a la cama de traslado y se despedía de la pareja para quedar sola en su nueva habitación junto con su bebé, habitaciones normalmente compartida con otra madre y su recién nacido.

Nuevamente sufría con el hecho de que se separase a madre y bebé para ser trasladado ya que a pesar de el bebé encontrarse normalmente dormido en brazos de la madre, el traslado tenía que ser con el bebé en su cuna y realmente sigo considerando innecesarios estos momentos de separación de la diada cuando no es una decisión de la madre.

A modo conclusión me sentí muy cómoda en este período, como si fuera parte del equipo, aprendí muchísimo y disfrute viendo que en lo posible se promovía el respeto por la mujer, la pareja y sus deseos por parte del equipo de enfermería, algo que sigue pareciéndome que dista de lo deseable en el equipo médico. Creo firmemente que la forma de trabajar está en el camino de lo que yo entiendo sobre cómo debemos tratar o actuar en un proceso de parto con algunas cosas a modificar sin duda, pero nuevamente a pesar del respeto, vi que las muertes o pérdidas gestacionales siguen siendo un tema a evitar, un tema tabú y algo en lo que tenemos que trabajar más como profesionales sanitarios

BIBLIOGRAFIA

- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitoreo fetal electrónico (EFM) para la evaluación fetal durante el parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 3;2(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3. PMID: 28157275; PMCID: PMC6464257.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). FAQ: Labor induction. Retrieved February 20, 2017, from <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Labor-Induction>
- Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Adoptada e aberta à assinatura em Oviedo, a 4 de Abril de 1997. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º1/2001, de 3 de Janeiro.
- Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. M. (2020). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. [\[https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_embarazadas.pdf\]](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_embarazadas.pdf) [Consulta: 20/02/2021]
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD000941. DOI: 10.1002/14651858.CD000941.pub2
- Innovación, E., & SOCIAL, Y. P. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, consultado el, 11.
- Laurrieta-Saiz, I., Alonso-Salcines, A., Alconero-Camarero, A. R., Urquiza, M. T. G., Terán-Muñoz, O., & López-Mirones, M. (2015). Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal. *Nuberos Científica*, 2(15).
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
- Sánchez-Sarabia, D., Ruiz-Hernández, E., Góngora-Carlín, M. A., Hernández-Bernardino, G., Sánchez-Sánchez, M., & Velásquez-Paz, A. L. Eficacia de la detención de la cabeza fetal vs maniobra de Ritgen modificada para evitar trauma perineal en la atención de parto.
- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
- World Health Organization. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Geneva: World Health Organization.

**REFLEXIÓN ESTRUCTURADA:
HOSPITAL GARCIA DE ORTA (HGO)
BLOQUE DE PARTOS**

Reflexión de los períodos de 4 y 8 semanas de prácticas clínicas en bloque de paritorio con inicio el 22 de marzo y fecha de fin el 30 de mayo de 2021. Estos dos periodos, habitualmente se realizan en centros diferentes, siendo el periodo de 4 semanas una oportunidad para realizar prácticas fuera del centro de procedencia y así conocer otras formas de trabajar, pero en mi caso al no encontrarme trabajando en ningún centro del país y la dificultad para conseguir plazas en los hospitales por las medidas propiciadas por la pandemia, sumado a mi situación especial en cuanto a logística familiar al tener que desplazarme con dos niños pequeños, realicé ambos ciclos en el mismo centro, el Hospital Gracia de Orta (HGO), en el mismo servicio y por tanto con la misma orientadora de inicio a fin.

El Hospital EPE García de Orta, fue inaugurado en 1991 y está ubicado en el municipio de Almada prestando servicio también a los municipios Seixal y Sesimbra, siendo considerado uno de los hospitales más grandes de Portugal. En este hospital, todo lo relacionado con la maternidad se encuentra dividido entre la primera planta, donde se encuentra el bloque de partos o paritorio que cuenta con su propio bloque quirúrgico para cirugías de ginecología y obstetricia y las urgencias de obstetricia y ginecología que son gestionadas por enfermeros especialistas, y la quinta planta donde se encuentran el servicio de internamiento de embarazadas y puérperas en un ala y el servicio de neonatología y pediatría en el ala opuesta. Las consultas de ginecología se ubican separadas del área de internamiento, en el bloque de consultas externas.

Mi estancia en el servicio de paritorio del HGO ha sido todo un aprendizaje desde el primer minuto, considero que no he podido tener más suerte en lo referente a la orientadora que me asignaron, S.C, y a la otra especialista que quedaba al cargo de mis prácticas cuando ella no estaba, P.A. El acogimiento en el servicio ha sido maravilloso en general por parte de todo el equipo y el trato recibido por parte de enfermeros, tanto generalistas como especialistas, auxiliares y parte del equipo médico ha sido de compañerismo, respeto y disposición para enseñar y ayudar, por lo que la experiencia ha sido agradable al igual que enriquecedora.

Mi orientadora representa todo lo que yo considero que debe ser y tener una EESMO o al menos aquello que yo quiero ser y aprender para el desempeño de mi labor profesional, todas las parejas son tratadas con respeto, interesándonos siempre por sus deseos y sus miedos, favoreciendo la participación de la pareja, si así lo desean, involucrándolos a ambos en el proceso. Desde el principio me sentí libre de opinar sobre las distintas actuaciones a llevar a cabo o preguntar siempre que tenía la mínima duda, por lo que la adquisición, movilización y mejora de las competencias adquiridas, fue mucho más fácil al sentir que trabajaba en equipo.

Las embarazadas llegan al bloque de paritorio por dos vías, desde la consulta de urgencias, a la que acceden directamente de la calle por una urgencia o por marcación para cesárea electiva o derivadas de consultas, y en la que son triadas por una EESMO y valoradas por el ginecólogo de guardia, o desde la planta de internamiento de embarazadas.

Una vez admitidas en el servicio y en función de la situación o “fase” en la que se encuentran, quedan en una sala colectiva con tres camas, destinada principalmente a

controles de bienestar materno-fetal y fases latentes de trabajo de parto o pasan a una de las 7 salas de parto individuales donde permanecen hasta el nacimiento del bebé y donde pasan las 2 horas de posparto inmediato hasta ser transferidas a planta. Las embarazadas que entran en el bloque de partos para una cesárea electiva pasan su periodo de recuperación en una sala con dos camas destinada para este fin. El tipo de embarazadas a las que acompañé podían clasificarse en 5 grupos y en función de cada uno, planeaba los cuidados necesarios junto con el equipo de EESMO con el que me encontrase. Estos grupos eran:

- ❖ Embarazadas para control de bienestar materno-fetal.
- ❖ Inducciones del trabajo de parto (TP).
- ❖ Embarazadas en fase latente y fase activa de TP.
- ❖ Cuidados dirigidos al recién nacido (RN).
- ❖ Puérperas.

En esta ocasión no he prestado cuidados a ninguna embarazada en proceso de aborto ya que todas son atendidas en urgencias, donde se les proporciona la medicación necesaria si resulta preciso para ayudar en el proceso de expulsión y enviadas a casa con citación marcada para revisión y en caso de ser preciso un legrado no era realizado en el bloque de paritorio.

El procedimiento habitual de recepción de cualquier mujer que accedía al bloque de partos, independientemente de la procedencia y del motivo, pasaba por ser registrada por la EESMO que se encontraba en triage y que realizaba la apertura de la historia obstétrica sobre serologías, estado de las pruebas COVID-19, antecedentes personales y obstétricos y pruebas o tratamientos pendientes de realizar y todo esto era transferido al personal de turno.

❖ **Embarazadas para control de bienestar materno-fetal.**

Durante este periodo he prestado cuidados de control de situación de bienestar materno fetal a 34 embarazadas, las principales casusas han sido:

- Amenaza de parto pretérmino (APP) = 9 embarazadas.

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones uterinas (al menos 4 cada 20-30 minutos u 8 cada hora) acompañadas de modificaciones cervicales (dilatación cervical de al menos 2 cm o borramiento de al menos el 80%) que, en ausencia de un tratamiento adecuado o cuando este fracasa, puede llevar a un parto prematuro (Salazar 2016). En estos casos mi trabajo se centraba en evaluar e interpretar datos de bienestar fetal por medio de la monitorización y la observación directa de las embarazadas, así como el control y administración de medicación pautaada, estableciendo una relación terapéutica con la mujer. En estos casos

- Embarazos gemelares = 5 embarazadas.

El HGO es el hospital de referencia en lo que a atención a prematuros se refiere, por este motivo, eran derivadas muchas gestantes de riesgo por gemelaridad de distintas partes del país. Los partos gemelares siempre son atendidos por obstetras y todos los que se produjeron en mis turnos fueron por medio de cesárea urgente.

- Registro cardiotocográfico (RCTG) no tranquilizador = 20 embarazadas.

Los RCTG eran visualizados de manera continua y por todo el equipo presente en el turno en una pantalla central, de forma horaria se realizaba un registro de las características de este en la historia de cada una de las embarazadas y se le atribuía una denominación según las clasificaciones vigentes para determinar las actuaciones a llevar a cabo en cada caso. Para tener más seguridad en este campo, realicé un curso online de auscultación fetal durante mis prácticas (**Anexo VIII**) para saber interpretar con más conocimientos lo que sucedía en el RCTG.

Tabla 5 Clasificación de los RCTG			
	FCF basal	Variabilidad y reactividad	Desaceleraciones
RCTG normal	<ul style="list-style-type: none"> • 110 – 150 lpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleraciones • Variabilidad 5 - 25 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleraciones tempranas uniformes • Desaceleraciones variables no complicadas de duración < 60s y disminución de <60 lpm desde la línea basal
RCTG intermedio	<ul style="list-style-type: none"> • 100 – 110 lpm • 150 – 170 lpm • Desaceleraciones < 100 lpm durante ≤ 3 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • > 25 lpm (Patrón saltatorio) • < 5 lpm > 40 min con ausencia de aceleraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaceleraciones variables no complicadas de <60s de duración y disminución de >60 lpm
La combinación de varias alteraciones intermedias confiere un RCTG anormal			
Anormal	<ul style="list-style-type: none"> • 150 – 170 lpm y variabilidad reducida • > 170 lpm • Desaceleración prolongada a <100lpm durante >3 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 lpm durante > 60min • Patrón sinusoidal 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaceleraciones variables complicadas de > 60s de duración • Desaceleraciones tardías uniformes repetitivas
Pre-terminal	Ausencia total de variabilidad (<2 lpm) y reactividad con o sin desaceleraciones		

Tabla extraída de Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología. Publicada en febrero 2018. Creada por el Comité Editorial de www-physiology.com y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. -Traducción por Anna Gràcia Pérez-Bonfils- <https://www.icarectg.com/bibliografia/>- consultada el 1 de Junio 2021

❖ **Inducciones del trabajo de parto.**

“La inducción del trabajo de parto se refiere al uso de medicamentos u otros métodos para inducir, o causar, el parto. Esta práctica se utiliza provocar el inicio de las contracciones, de modo que pueda ocurrir el parto”. (ACOG, 2017)

Durante mi estancia en paritorio he acompañado a unas 14 mujeres con inducción del TP, podría decir que todas por edad gestacional avanzada. Los métodos de inducción varían entre Misoprostol 50mg vía oral o vaginal y Postín gel de 1 o 2mg vía vaginal, todo valorado por el obstetra en función del índice de Bishop. Según la evidencia registrada en lo referente al uso de Misoprostol se necesitan más estudios para tener claro su nivel de seguridad, pero resulta efectivo para inducir el parto (Hofmeyr, 2010) y en lo referente al Prostin gel, según la bibliografía ***“las tabletas, geles y pesarios de PGE2 parecen ser igual de efectivos entre sí, las diferencias entre las formulaciones son marginales, pero pueden ser importantes”.*** (Thomas 2014)

La inducción con estos métodos podía ser repetida en varias ocasiones, siempre que el bienestar materno fetal esté conservado, llegando a durar en ocasiones la inducción desde 24 hasta 36 horas máximo, momento en el que si no se consigue un inicio y avance adecuado del TP se decide la realización de una cesárea.

En el servicio, en contadas ocasiones, se utiliza el Propess para maduración cervical y las inducciones habitualmente son iniciadas en la planta de internamiento, donde se les realiza el RCTG preciso, ya que también hay especialistas en planta para la valoración de éstos, y bajan al paritorio cuando las embarazadas se encuentran en fase activa o no es posible controlarles el dolor y solicitan analgesia epidural.

“Puntuaciones de Bishop por encima de 6 orientan hacia un cérvix favorable para la inducción y por debajo de 6 será preciso “madurar” el cérvix con la ayuda de prostaglandinas sintéticas, como recomiendan el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras” (ACOG 2017).

En esta ocasión no vi iniciar la inducción con Oxitocina sintética, seguramente porque en los casos con los que me encontré el Bishop no era favorable para ello, el protocolo de inducción con Oxitocina en el servicio consistía en la dilución de 5UI en 500ml de suero salino en diabéticas o suero con glucosa en las no diabéticas, iniciándose la perfusión a 10ml/h y aumentando cada 30´ hasta conseguir una dinámica uterina regular ó hasta un máximo de 40ml/h.

En este sentido, tenía bastante libertad y confianza por parte de mi orientadora para las evaluaciones tras comprobar en los primeros días que identificaba bastante bien las características mencionadas, los tactos vaginales eran bastante “restringidos” en cuando a frecuencia y siempre con consentimiento previo verbal de la embarazada, así como recogen las recomendaciones más recientes y directrices internacionales (OMS, 2018). En el hospital de HGO, el protocolo restringe los tactos a los mínimos necesarios, máximo cada 4 horas, siempre que la embarazada no manifieste sensación de presión, ganas de empujar o aumento de la intensidad de las contracciones, algo que puede indicar una evolución en el trabajo de parto.

PARTOS

❖ Fase activa

Uno de los aspectos importantes en el aprendizaje en este periodo era la atención en el momento del parto, ya fuera en mujeres con partos inducidos, mujeres que ingresaban en trabajo de parto o mujeres que llegaban en expulsivo. Pude acompañar 32 partos eutócicos, colaborar en 10 partos distócicos instrumentales en los que me encargué de todo el acompañamiento en el proceso de dilatación e inicio de expulsivo pero que finalmente precisaron de intervención médica por diversos motivos ya fueran no colaboración materna, distocia de progresión por malposicionamiento fetal o situaciones de RCTG no tranquilizador que hacían sospechar inicio de sufrimiento fetal. En los casos en los que todo iba bien y podía visualizar mediante observación directa que todo iba progresando dentro de lo normal, se intentaba llevar a cabo la monitorización intermitente.

“El RCTG continuo se asocia a un aumento de cesáreas y de partos vaginales instrumentados” (Alfirevic, 2017)

Nuevamente, en la fase activa del TP, me centraba implementar intervenciones para promocionar, prevenir y controlar el dolor, ya fuera mediante respiraciones, masajes e indicando posiciones para aliviar la sensación dolorosa, el hecho de que mi orientadora abogase por la libertad de movimiento durante todo el proceso y sus conocimientos en biomecánica, me dieron bastantes herramientas para ayudar en este sentido. A nivel práctico conseguí identificar en muchas ocasiones en base al tipo de dolor, la posición fetal, favoreciendo posiciones que ayudasen en el descenso del bebé por el canal de parto.

La ingesta líquida se permite y fomenta a lo largo de todo el proceso ya que la evidencia no muestra justificación para la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para las mujeres con bajo riesgo de complicaciones (Singata, 2013) y las recomendaciones de la OMS (2018) para promover la calidad del cuidado materno y fetal en los servicios de salud, refuerza la necesidad de empoderar a las mujeres a adoptar posiciones de su elección, deambular libremente y beber y comer lo suficiente para asegurar una correcta nutrición e hidratación. La posición materna será preferiblemente, una posición vertical.

Desde que se abría el partograma cuando nos encontrábamos en fase activa, hasta el momento del expulsivo, todos los cuidados iban encaminados a aliviar el dolor con diferentes técnicas y recursos no farmacológicos, favorecer un ambiente tranquilo y relajado resolviendo dudas o atendiendo peticiones que las embarazadas pudieran presentar y en general garantizar y realizar una buena monitorización del bienestar materno y fetal. Las mujeres en esta etapa podía estar acompañadas de sus parejas, que debían tener realidazo el test COVID-19 o se les realizaba allí mismo antes de entrar al bloque y una vez el resultado negativo era confirmado, quedaban acompañando a la mujer sin poder entrar y salir del servicio.

Según el protocolo del HGO en caso de REBA en un embarazo a término con estreptococo B (SGB) desconocido, se mantiene una actitud expectante iniciando antibioterapia sólo si pasan más 18h, si hay fiebre intraparto (dos mediciones igual o superior a 38° con 30 min. de diferencia o una sola toma de temperatura superior a 39°)

en estos casos se administra Ampicilina 2gr. intravenosa como primera dosis y posteriormente 1gr. cada 4 horas hasta el momento del parto, protocolo que si inicia desde el comienzo si hay SGB positivo, aunque según la Biblioteca Cochrane 2014 se debe evitar el uso habitual de antibióticos para la RPM a término o cerca del término si no hay una infección materna confirmada. En el caso de estreptococo B positivo o sospecha de infección (fiebre intraparto + 1 criterio: leucocitosis materna, leucorrea purulenta o taquicardia fetal) se inicia antibioterapia terapéutica de amplio espectro con Ampicilina 2gr cada 6h + Gentamicina 320mg al día.

En contadas ocasiones por parada del progreso de TP se realiza una rotura artificial de la bolsa amniótica (RABA) también conocida como amniotomía, con la finalidad de favorecer la liberación de prostaglandinas presentes en el líquido amniótico y contribuir a que la cabeza fetal apoyase en el cuello uterino, buscando que ambas situaciones de manera conjunta reactiven el proceso y en caso de no ser suficiente el siguiente paso es la perfusión con oxitocina sintética. En la Guía de Práctica Clínica española sobre el parto normal de 2010 se recomienda no realizar RABA ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.

Había visto realizar la técnica anteriormente pero nunca lo había hecho, para realizar la técnica comprobaba siempre el bienestar materno fetal en el RCTG, realizaba un tacto vaginal e introducía el “amniotomo”, una pinza de plástico con un pequeño gancho que se utiliza para este fin, protegiéndolo con mis dedos para no dañar a la mujer y en presencia de contracción rompía las membranas amnióticas, las primeras veces me resultó una técnica bastante compleja, me preocupaba poder dañar en canal, el cuello uterino o al bebé y desde luego no pensaba que las membranas pudieran resultar tan resistentes, pero nuevamente con la práctica todo me pareció mucho más fácil y me sentía con más confianza y con más destreza. Una vez las membranas se rompen, mantenía la mano introducida acompañando el descenso de la presentación fetal con la finalidad de evitar riesgos como el prolapso de cordón.

❖ **Expulsivo**

Cada uno de los expulsivos era diferente, a la mujer se le permitía total libertad de movimiento pudiendo hacer uso de cualquiera de los elementos disponibles como la bola suiza o la silla de partos y por supuesto posiciones verticales o lo más facilitadoras en cada caso y según lo que cada mujer precisaba en cada momento para conseguir pujar y sentirse cómodas al mismo tiempo, enseñaba a los acompañantes como podían ayudar para el control del dolor en caso de mujeres sin epidural o era yo la que ayudaba en esta parte sugiriendo posiciones o movilizaciones según la presentación del bebé intentando centrarme nuevamente en la biomecánica del nacimiento.

Con la forma de trabajar de mi orientadora, nunca tratábamos un parto como un momento estéril aunque si lo más aséptico posible, preparaba la mesa con todo el material y sólo vestía la bata y los guantes cuando la cabeza empezaba a coronar, pero no colocaba todo el dispositivo de perneras ya que fueron extraños los partos en posición de litotomía, sólo los que finalmente fueron instrumentales y en los que me limité a colaborar y los campos estériles los reservaba para el momento de realización de sutura perineal en caso de desgarros.

Pude comprobar como la libertad de movimiento permite una mejor adaptación de la cabeza fetal en su salida al exterior y como la resolución de problemas es mucho más sencilla.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus recomendaciones de Atención al Parto Normal 2019, destaca la importancia de la pelvis libre en el proceso de parto, mejorando así la tolerancia al dolor y el parto eutócico, por lo que las mujeres de parto no deberían ser colocadas en posición de litotomía durante la dilatación o expulsivo, sino que habría que estimularlas a que se movieran y permitirles la elección de la postura para la expulsión”. (OMS 2019)

Excepto las que llegaron en pleno expulsivo y fue realmente imposible por falta de tiempo la colocación de un catéter epidural y algunas mujeres que por creencias, todas de raza negra y origen africano, no quisieron hacer uso de ésta, todas las embarazadas presentaban analgesia epidural, pero a unas dosis que permitían movilidad y colaboración en todo momento.

Al igual que en mi anterior periodo práctico en paritorio, la protección del perineo para evitar grandes desgarros pero en este periodo aprendí realmente en que momento era adecuado colocar mi mano y no me apresuraba en este sentido, conseguía tener más calma y saber esperar y evaluar, ya que es responsabilidad del EESMO evaluar las características que presenta el perineo y realizar una buena protección de este, sabiendo intuir cuando resulta preciso realizar una episiotomía, algo que no fue necesario en ninguno de los 32 partos.

“La decisión de realizar una episiotomía se toma caso por caso, o restringida, en lugar de realizar el procedimiento de forma rutinaria” (Jian 2017).

Todos los bebés tenían su tiempo para realizar las rotaciones fisiológicas y naturales que se dan para la salida de los hombros y del resto del cuerpo y aprendí a acompañar esos movimientos en lugar de forzarlos y a actuar sólo en los casos en los que sentí que era necesario, aunque esto fue todo un trabajo de aprendizaje para mí realmente, el dar tiempo, tocar lo menos posible, saber esperar y evaluar cuándo realmente mi intervención era necesaria, y una vez fuera, el bebé quedaba en contacto piel con piel con la madre hasta que el cordón dejaba de latir y se realizaba el corte tardío del mismo, tal como se recomienda en la actualidad, dejándolo así que toda la sangre del bebé vuelva al bebé desde la placenta por medio del cordón.

“El pinzamiento tardío del cordón, en comparación con el pinzamiento temprano, dio como resultado un mejor nivel de hierro y una menor prevalencia de deficiencia de hierro a los 4 meses de edad, y una menor prevalencia de anemia neonatal, sin efectos adversos demostrables.” (Domellöf, 2011)

❖ **Cuidados al recién nacido.**

Durante todo mi periodo de prácticas presté cuidados en el servicio a 66 RN saludables 12 de riesgo, 6 prematuros, 2 por patología materna que hacía que precisaran un cuidado más específico, como en madres diabéticas, y 4 con que presentaron dificultad para la adaptación a la vida extrauterina.

Los bebés pasaban directamente al abdomen de su madre, pasados unos minutos los recién nacidos eran llevados a la sala de valoración neonatal o “berçario” para realizar los cuidados necesarios tales como administrar la vitamina K o proceder a vestirlos, pero en este caso a diferencia de lo que había visto en mis anteriores prácticas en paritorio, no era algo protocolizado y se les preguntaba a los padres si querían permanecer más tiempo piel con piel, si el acompañante quería vestirlo y se realizaban los cuidados en este caso junto a sus madres, además no era precisa la presencia del pediatra en cada parto a no ser que algo no estuviese bien y entonces eran llamados para valorar al RN, así que en este sentido me sentí inmensamente feliz de ver realmente el establecimiento del piel con piel sin prisas ni protocolos y las pulseras identificativas eran colocadas sobre la madre y una vez pesados antes de ser vestidos, era colocada nuevamente la pulsera antirobos.

En las cesáreas, el RN es mostrado a su madre unos segundos antes de su traslado a la sala de reanimación neonatal o “berçario”, dónde era valorado por el pediatra y una vez valorado y administrada la vitamina K, según protocolo, lo llevaba junto a sus padres, ya que salvo excepciones el otro progenitor podía asistir a la cesárea, allí si todo estaba bien se podía realizar la piel con piel hasta ser trasladados conjuntamente a la sala de recuperación.

“El contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido tras el nacimiento es considerado como uno de los indicadores de Buenas Prácticas Clínicas, ya que ofrece múltiples beneficios para ambos: reduce el nivel de estrés en la madre, facilita el desarrollo del vínculo afectivo, el éxito de la lactancia materna y la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina”. (Costa, 2020)

En el caso de las cesáreas, como hospital amigo de los bebés, pude ver realmente lo que se conoce como cesárea respetada o cesárea humanizada y me parece maravilloso el respeto que se presta en las cesáreas al hecho de no separar y sobre todo me alegró comprobar que cuando el bebé salía del quirófano con llanto vigoroso, el tiempo de separación de la madre era mínimo, casi no llegaba a los 2 minutos, pero aun así creo que en este sentido podemos mejorar todavía mucho más la atención del pediatra al bebé, y la satisfacción general en cuanto a los cuidados, si en estos casos la valoración es realizada junto a la madre evitando la separación.

Para mí la no separación de la madre y el bebé es esencial para una experiencia de parto positiva para la madre y como ayuda básica y fundamental a la adaptación al nuevo medio con el que se encuentra el bebé, todos los mamíferos quedan junto a sus crías después del nacimiento, para reconocerlos, estimularlos, calentarlos... y así lo reconocen todas evidencias revisadas todas apoyan que el contacto piel a piel de la madre y el recién nacido es eficaz para su adaptación extrauterina, llegando a la conclusión de que es eficaz el contacto piel a piel para la adaptación a la vida extrauterina en el recién nacido (Anchante 2020).

En el HGO dentro del equipo de paritorio hay enfermeros generalistas que son los que principalmente se encargan de asistir en las cesáreas, pudiendo ser también especialistas los que realicen este trabajo, pero preferencialmente los especialistas se encargan de recibir al RN, así que en varias ocasiones entraba a quirófano para este fin, sobre todo cuando se trataba de una cesárea gemelar, lo cual ocurrió en 5 ocasiones, prestando los cuidados a uno de los dos bebés y en estas situaciones siendo siempre prematuros, eran derivados tras la valoración pediátrica al servicio de neonatología.

Varios de los bebés presentaron vueltas de cordón cervical todas las situaciones las vueltas de cordón fueron retiradas con calma y solicitando a la mujer que no pujase mientras el cordón era liberado. Otras veces las vueltas de cordón fueron abdominales y observé como el bebé a medida que salía se deslizaba a través de ellas y no provocaban problemas al bebé ni a la madre y en un par de ocasiones tuve oportunidad de realizar la maniobra de Somersault para la liberación del cordón sin ser necesario un corte precoz del mismo.

❖ Alumbramiento

Nuevamente una vez todo en orden y asegurada de que bebe y mamá se encontraban bien, llegaba el momento del tercer estadio o tercera fase del parto. Una parte importante y tranquila de todo el proceso ya que por suerte no viví ninguna hemorragia ni situación urgente y podía centrarme en observar los distintos

Una vez la placenta salía la evaluaba para asegurarme de que había salido completa, la mostraba a las familias que querían verlas y les explicaba como estaba conectada a sus cuerpos y a los de sus bebés, algo que me parece maravilloso, y hacía una revisión de todo el canal del parto y vulva para evaluar los posibles desgarros que se hubieran producido, de los 32 partos fue preciso suturar 21 desgarros, sólo dos de tipo 2 y tras acabar con la sutura realizaba la valoración oportuna.

El momento de la sutura de los diferentes desgarros es sin duda el más delicado desde mi punto de vista, puesto que considero que el futuro de la salud sexual de la mujer está muy relacionado con la forma en la que esos desgarros sean “reparados” y pese a mi destreza con los instrumentos, puesto que a diferencia de en Portugal en España los enfermeros suturamos y como enfermera de urgencias he suturado muchísimas veces, el tener tan poco espacio y un tipo de tejidos tan sangrante y tan frágil me creaba cierta inseguridad, así que realicé un curso online sobre sutura perineal para estar actualizada en las mejores técnicas según cada caso. (Anexo IX)

❖ Puerperio inmediato.

“El puerperio inmediato se define como la etapa comprendida desde el final del alumbramiento hasta el momento en el cual las puérperas reciben el alta hospitalaria en un parto normal” (Laurrieta-Saiz, 2015), durante este tiempo, realizaba una evaluación de las pérdidas sanguíneas, la contracción uterina y el confort de la mujer, pero una vez más mi punto fuerte por mi formación previa en el tema era la lactancia materna así que intentaba ayudar interviniendo lo menos posible y según cada caso, tratando de anticiparme a explicar dudas o cuestiones que podían aparecer y entraban dentro de la normalidad

Una vez transcurridas las dos horas de posparto inmediato reevaluaba asegurando una evaluación continua y asegurando la continuidad de cuidados una vez que era transferida a la planta de internamiento, evaluaba nuevamente pérdidas vaginales, contracción uterina y estado del perineo para valorar la necesidad de colocar frío local por edematización de la zona o no, retiraba catéteres epidural y venoso, excepto en múltiparas que mantenían acceso venoso por riesgo incrementado de atonía uterina, y en

las cesáreas que también se dirigían a planta con el catéter epidural.

La transferencia a planta se realizaba con el bebé en la cama con la madre y eran las compañeras de puerperio las que acudían al servicio a realizar la transferencia interservicios.

Mi reflexión sobre este periodo de prácticas se resume en que me sentí como si fuera parte del equipo, aprendí muchísimo y disfruté viendo que el tipo de trabajo en un paritorio, realmente puede ser el que yo visualizo, aquel en el que la embarazada y su bebé son el centro de los cuidados y todo se intenta adaptar en lo posible a los deseos y expectativas que la mujer tiene sobre su proceso de parto, incluyendo al acompañante principal aún en la situación extraña y compleja que vivimos con la pandemia.

BIBLIOGRAFIA

- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitoreo fetal electrónico (EFM) para la evaluación fetal durante el parto. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 3;2(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3. PMID: 28157275; PMCID: PMC6464257.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). FAQ: Labor induction. Retrieved February 20, 2017, from <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Labor-Induction>
- Anchante Urbina, E., & Miranda Vidal, Y. (2020). EFECTIVIDAD DEL CONTACTO PIEL A PIEL PARA LA ADAPTACIÓN A LA VIDA EXTRAUTERINA EN EL RECIÉN NACIDO.
- Costa Romero, M., Lalaguna Mallada, P., & Díaz Gómez, N. M. (2020). Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201902006.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA²2009/01.

https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_embarazadas.pdf [Consulta: 20/02/2021]

- Domellöf, M., Andersson, O., Hellström-westas, L. and Andersson, D. (2011) Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ*, 343:d7157
- Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología. Publicada en febrero 2018. Creada por el Comité Editorial de www-physiology.com y el Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. -Traducción por Anna Gràcia Pérez-Bonfils- <https://www.icarectg.com/bibliografia/>- consultada el 1 de Junio 2021
- Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD000941. DOI: 10.1002/14651858.CD000941.pub2

- Laurrieta-Saiz, I., Alonso-Salcines, A., Alconero-Camarero, A. R., Urquiza, M. T. G., Terán-Muñoz, O., & López-Mirones, M. (2015). Plan de cuidados estandarizado durante el puerperio inmediato del parto normal. *Nuberos Científica*, 2(15).
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Regulamento nº 391/2019. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. D. R. II Série. Nº 85.
- Salazar, L., de Guirior, C., Díaz, D., Alcalde, P., Bermejo, R., Nieto, C., & Palacio, M. (2016). Alternativas terapéuticas para la tocólisis en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. *Prog Obstet Ginecol*, 59(2), 112-8.
- Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3
- Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD003101. DOI: 10.1002/14651858.CD003101.pub3
- World Health Organization. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Geneva: World Health Organization.

REFLEXIÓN ESTRUCTURADA HOSPITAL GARCIA DE ORTA (HGO) PUERPERIO

Reflexión del período de 6 semanas de prácticas clínicas en el servicio de puerperio entre las que se incluye 1 semana de observación en el servicio de neonatología del 15 al 21 de marzo y posteriormente las 5 semanas en puerperio del 31 de mayo al 30 de junio, continuando en el Hospital Gracia de Orta (HGO), donde acababa de terminar mis prácticas de paritorio

❖ Puerperio.

Mi paso por puerperio fue una experiencia maravillosa que superó con creces lo que yo esperaba, ya había trabajado como enfermera en una planta de maternidad durante dos años y pensaba que no diferiría mucho de aquello, pero para mi asombro, descubrí una forma diferente de cuidar en el puerperio, mucho más centrado en la diada madre-bebé y no tanto en la resolución de complicaciones físicas de la madre o problemas de adaptación del RN. Seguramente este enfoque tan diferente y propio para una EESMO vino determinado por el tipo de proyecto que se encuentran realizando en la unidad de puerperio y que es liderado por mi orientadora S.F. una persona que pone todo el amor y la paciencia en el cuidado y que me enseñó a observar y saber detectar qué es lo que se espera de nosotras y qué es lo que una mujer en pleno posparto necesita.

El proyecto que se está llevando a cabo se denomina “preparación de alta en puérpera de bajo riesgo” y es un intento de justificar la instauración de un protocolo que permita que sean los EESMO los que se encarguen de este tipo de altas ya que según el Reglamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista *“el enfermero especialista de salud materna y obstétrica asume en su ejercicio profesional intervenciones autónomas en todas las situaciones de bajo riesgo, entendidas como aquellas en las que están envueltos procesos fisiológicos e procesos de vida normales en el ciclo reproductivo de la mujer e intervenciones autónomas e interdependientes en todas las situaciones de medio y alto riesgo, entendidas como aquellas en las que están envueltos procesos patológicos y procesos de vida disfuncionales en el ciclo reproductivo de la mujer”* (Reglamento nº 391/2019, 2019, pág. 13561). No obstante, pese a que el tipo de mujeres que acompañaba eran todas las puérperas de bajo riesgo, también acudía a ayudar a alguna que estuviera fuera de la población diana del proyecto y que precisara ayuda específica sobre todo en lo relativo a la lactancia materna.

Los criterios para incluir a una puérpera en el proyecto, y por tanto ser parte de las mujeres a las que mis cuidados iban dirigidos, eran:

- Mujer sana sin patología previa o inducida por el embarazo, mayor de edad y sin comportamientos adictivos (alcohol, drogas).
- Embarazos y partos anteriores vigilados y sin alteraciones o cesáreas anteriores con más de dos años.
- Embarazo actual de bajo riesgo y feto único.
- Seguimiento del embarazo en centro de salud o médico privado.
- Parto eutócico*, a término y sin desvío de la normalidad.
- Puerperio inmediato sin alteraciones.
- puerperio sin alteraciones**

- Lactancia establecida ***

- * Membranas fragmentadas - puede incluirse si cumple protocolo en vigor y el obstetra realiza y documenta ecografía sin alteraciones.

- ** Anemia Puerperal -- Hg menor de 10 mg/dl y considerada anemia puerperal.

- ** Alta Social firmada por asistente social.

- *** Inhibición láctea por opción y decisión materna.

Así que, al inicio del turno, acudía junto a mi orientadora al cambio de turno y anotábamos las puérperas susceptibles de ser atendidas por la EESMO, posteriormente confirmábamos en las historias que no había ningún indicador contrario y si era así quedaban a nuestro cargo y nos encargábamos de sus valoraciones, cuidados y altas.

Al realizar las valoraciones físicas me centraba en una valoración integral que comprendía, entre otras cosas, la revisión del estado de las mamas e instauración de la lactancia materna. Realizaba una valoración por medio de exploración y observación para detectar situaciones de ingurgitación mamaria y realizar los cuidados oportunos para aliviarla o hablar de en qué consistía y porque se producía, una vez más mi formación previa en lactancia, así como experiencia personal y profesional, me sirvió de gran ayuda a la hora de tratar y resolver este tipo de problemas. Me centraba en enseñar a realizar una extracción manual para evitar la estimulación excesiva que provoca el sacaleches y recomendaba el uso de parches de hidrogel fríos o en su defecto, mucho más económico e igual de útil, el uso en casa de hojas de col frías.

“Hay evidencia que sugiere que algunos tratamientos podrían ser prometedores para el tratamiento de la ingurgitación mamaria, como las hojas de col, las compresas de gel frío, las compresas de hierbas y los masajes, pero se necesitan más estudios para conocer el verdadero efecto de estas intervenciones”. (Zakarija-Grkovic, 2020)

Otro problema frecuente que aparece en el posparto inmediato y relativo a la lactancia son las grietas en el pezón, así que mis cuidados se centraban mucho en su prevención mediante la valoración del agarre y posición del bebé corrigiendo si era preciso la postura de la madre o explicando otras que pudieran disminuir el dolor cuando las grietas ya se habían producido, en el servicio se recomendaba mucho el tratamiento de las grietas con lanolina o con la aplicación de la propia leche materna pero mis cuidados y mi opinión discrepaba en ese sentido ya que la evidencia más reciente recoge que No se ha encontrado información que demuestre la efectividad del uso de lanolina en el tratamiento para la curación y cuidado de las grietas del pezón producidas durante la lactancia (Denias, 2014) y muestra calidad baja de evidencia sobre el hecho de que aplicar leche materna extraída reduce el dolor y mejora la curación de las lesiones del pezón (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2017) por el contrario, los resultados de los ECAs encontrados sugieren que el uso del aceite de oliva virgen extra (AOVE) es eficaz en la prevención de las grietas del pezón (Murciasalud, 2019).

La otra parte de la valoración se centraba mucho en la involución uterina, los loquios y estado del perineo con o sin sutura, nuevamente el suelo pélvico era el centro de la recuperación posparto ya que el futuro sexual y reproductivo de una mujer depende mucho de cómo éste se recupera y es tratado desde el posparto, gracias a mis conocimientos en este campo a nivel personal después de haber sido seguida por una fisioterapeuta especialista en suelo pélvico para mi propia recuperación, aprovechaba para dar pequeñas nociones de ejercicios que podían ir realizando sin demasiado esfuerzo para

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

mejorar y fortalecer toda la musculatura y ayudar a que las vísceras y demás órganos vuelvan a su lugar original, trabajo del cual ya se encarga la lactancia en gran parte. En lo casos en los que había sido precisa una perineorrafia, dentro de los cuidados intentaba hablar de cómo tratar y mejorar la cicatriza para evitar problemas de dolor en el futuro.

Una vez realizada la exploración general de la mujer y estando todo en orden, nos centrábamos en los cuidados al alta e intentábamos establecer una conversación fluida abordando todos los temas de interés que no hubieran sido ya tratados como podían ser la alimentación posparto, relación con otros hermanos en la vuelta a casa, prevención de complicaciones en la lactancia, actividad/reposo, baby-blues, reinicio actividad sexual y anticonceptivos, rehabilitación de suelo pélvico, señales e alerta y cuidados básicos al RN. Esta educación para la salud fue todo un reto para mí, no tanto a nivel conocimientos, puesto que son temas de los que tengo bastante información y conocimientos teóricos, sino a nivel lenguaje, nunca había tenido que hablar tanto, durante tanto tiempo y con especial atención a que se entendía lo que estaba hablando y al inicio me generó inseguridad e intentaba resumir la información al máximo pero con el refuerzo positivo de mi orientadora en este sentido y los *feedbacks* por parte de las mujeres en cuanto a la facilidad con la que me explicaba y el nivel aceptable de mi portugués, me hicieron ganar confianza y sentirme mucho más tranquila y a gusto en este tipo de situaciones llegando a disfrutar mucho estos momentos. Tras el alta las mujeres seguían siendo acompañadas ya que se les solicitaba permiso para realizar una consulta de seguimiento vía telefónica a las 24-48h, al mes, tres y seis meses.

Sin lugar a duda la lactancia era el centro de la preocupación de las madres y el servicio dispone de varios modelos de trípticos informativos referentes a las distintas cuestiones que puedan surgir en referencia a la lactancia, sus principales problemas y como resolverlo...



A este nivel informativo, realicé a petición de mi orientadora dos hojas informativas, una sobre *baby-led weaning* (BLW) o destete autodirigido por el bebé (**Apéndice N**) y el segundo sobre *baby wearing* o porteo (**Apéndice O**), y esta información podía ser entregada a las mujeres que presenten inquietudes al respecto de estos temas.

El BLW o destete autodirigido por el bebé ***“es un término de reciente aparición y que está gozando de gran seguimiento por parte de los padres que intentan educar a sus hijos a través de una crianza respetuosa, pero con un rigor científico detrás”*** (Pérez 2018). Debido al perfil de familias que acuden al HGO en busca de una experiencia de parto lo más natural y respetada posible, aparecieron en el servicio situaciones en las que, a pesar de ser un tema con una perspectivas más en el futuro y no tan en el presente, las madres preguntaron qué sabíamos sobre este tipo de alimentación y cómo podían informarse, así que una vez más aproveché mi formación y experiencia previa para explicar un poco en que consiste y ofrecer acceso al grupo de Facebook del que formo parte y donde hay actualmente unas 20.900 personas que exponen dudas e intercambian información al respecto, siempre gestionado por un grupo de administradoras entre las que me encuentro, así que elaboré el documento con la intención de abrir una ventana al conocimiento de otras opciones a tener en cuenta cuando el momento de la alimentación complementaria se acerque.

En referencia al porteo, ***“es un sistema de transporte que asegura un contacto constante entre el bebé y el adulto o porteador, se realiza con pañuelos, mochilas u otro tipo de sujeción, asegurando siempre una posición adecuada y segura”*** (Martín, 2019). Surgieron situaciones en las que las madres se encontraban angustiadas porque los bebés presentasen en el futuro el temido “cólico del lactante” y otras ocasiones en las que los bebés regurgitaban y hubo una situación en concreto en la que la madre vio como su hijo se atragantaba con la leche e incluso presentó dificultad para respirar con normalidad durante unos segundos, así que además de nociones básicas de primeros auxilios en para saber actuar y recomendaciones como elevación del cabecero, una vez más aproveché mis conocimientos como educadora de porteo para hablar sobre los beneficio que el porteo presenta y mostrar de una forma muy básica como colocar un portabebés y a un RN y formulé el documento con esta información para poder ser entregado al alta y que también podría ser ofrecido en el servicio de neonatología ya que, entre otras cuestiones, ***“el porteo ayuda al cuidado de bebés prematuros con alta precoz y debería ser recomendado como parte del tratamiento en el caso de la plagiocefalia postural, el cólico del lactante y la displasia de cadera”*** (Acuña, 2014). Además de estas cuestiones de ayuda en situaciones médicas o de desvío de salud, es importante hablar de la autonomía que proporcionar el poder portear al bebé y tener las manos libres para realizar cualquier otra tarea o atender a otros hijos pequeños si los hay y por tanto considero que es una información muy valiosa para las madres.

En definitiva, mi paso por el servicio de puerperio me ayudo a movilizar nuevas competencias e infinidad de conocimientos teóricos adquiridos durante el primer curso de mi formación, además de poner en práctica conocimientos específicos que considero importante difundir y dar a conocer entre las madres, sobre todo en aquellas que, como yo, creen en un tipo de crianza natural, respetuosa y con apego.

❖ **Consultas externas.**

Dentro del periodo de puerperio, pasé un par de turnos en consultas externas lo cual me permitió ampliar aún más los conocimientos y movilizar competencias en otro tipo de cuidados y atención a la mujer.

- **Consulta de Diagnóstico Prenatal.**

En esta consulta son realizadas las pruebas necesarias para un diagnóstico

prenatal más específico cuando ya se ha visualizado algún tipo de alteración o malformación en el feto y se necesita conocer si hay algún tipo de problema cromosómico o congénito o cuando se reúnen una serie de factores de riesgo que pudieran dar origen a algún tipo de problema.

Las dos pruebas por realizar específicamente serán la amniocentesis, en la que se extrae líquido amniótico por medio de punción guiada ecográficamente o la biopsia de vellosidades coriónicas, en la que por el mismo medio se obtiene un trozo de tejido, la realización de una u otra técnica depende de la semana de embarazo en la que se encuentre la mujer siendo la biopsia en semanas más precoces.

En la sala se encuentra 1 administrativa que va realizando los registros pertinentes, 1 enfermera que prepara el material necesario para la técnica y 1 o 2 obstetras que realizan la técnica. En esta consulta sólo pasé un único turno y tuve la oportunidad de ver y colaborar en la realización de 4 amniocentesis.

- **Consulta de Interrupción Voluntaria del Embarazo.**

Esta consulta es dirigida de manera autónoma por una EESMO que posee una formación brutal en este campo a nivel conocimiento como a nivel técnico, en esta consulta hay dos momentos bien diferenciados en el trato a las mujeres, uno es la propia interrupción voluntaria del embarazo (IVE), que en Portugal sólo es permitida hasta las 10 semanas de embarazo, desde el inicio y toma de decisión consciente por parte de la embarazada hasta la revisión posterior de confirmación de finalización del proceso y la segunda parte es la referente a planificación familiar con el asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos y la colocación del mismo en caso de ser preciso.

La especialista en esta consulta se encarga de administrar la medicación adecuada para la IVE y explica el procedimiento habitual, así como señales de alarma, realiza la ecografía de revisión, capta a las mujeres para el programa de detección de cáncer de cuello de útero en caso de no tener citologías actualizadas y las realiza y por último coloca los dispositivos anticonceptivos que precisan ser colocados por un profesional sanitario.

En lo referente a la IVE, en los dos turnos que pasé en esta consulta, atendimos a 10 mujeres que habían decidido iniciar el proceso y 10 mujeres para revisiones posteriores, de estas 10 últimas, 2 fueron citadas para nueva revisión por restos, a 2 de ellas se les realizó citología de control y colocamos 3 dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales “Kyleena”

❖ Neonatología

Dentro del periodo de 6 semanas de prácticas en puerperio, se incluye una semana de observación en neonatología así que la semana del 15 al 21 de marzo realicé turnos en dicho servicio también en el HGO. El servicio se encuentra dentro del ala de pediatría y se divide en cuidados intensivos y cuidados intermedios, yo realicé mi campo clínico en intermedios y sólo pasé por intensivos el primer día para conocer un poco el servicio y posteriormente en alguna situación especial como la realización de alguna técnica o algún ingreso. En ambas partes del servicio hay 2 enfermeras y 1 auxiliar por turno y en los turnos de mañana un tercer enfermero que realiza las funciones de jefe de equipo y está

para el servicio completo más la supervisora.

Ha sido un periodo corto pero intenso y realmente mantuve las emociones a flor de piel casi durante toda la semana ya que la experiencia con mi bebé en cuidados intensivos tras su nacimiento me hacía empatizar, quizás en exceso, con los miedos y preocupaciones de los padres. La mayor parte de los bebés eran prematuros gemelares y personalmente ha sido todo un reto tratar con tantos gemelos tras haber perdido a uno de los míos durante el embarazo, así que este periodo práctico entre otras cosas me hizo trabajar mucho en la gestión de mis emociones, el intentar separar aún más la parte personal de la profesional y empatizar con las situaciones pero siempre intentando mantener la distancia justa para dar una atención humana y de calidad sin que me afecte demasiado, ha sido una semana de un gran crecimiento personal.

Pese a ser una semana de observación las compañeras con las que compartí turno me vieron segura y con conocimientos suficientes como para realizar cuestiones básicas como el aseo, la administración de alimentación por sonda o incluso el “entrenar” a algún RN en tomar la leche en vaso, sabía cómo se realizaba la técnica, como colocar al bebé y cómo colocar el vaso pero nunca había tenido la oportunidad de realizarlo y fue increíble ver como una personita tan pequeña y tan indefensa tiene unos instintos tan fuertes y sabe perfectamente qué es lo que tiene que hacer aún no siendo la forma habitual de alimentación. Aprendí un dato interesante, que todos los prematuros precisan de un aporte extra de hierro y en el HGO esta administración se inicia al mes de vida extrauterina ya que hay ciertas bacterias hospitalarias que tienen especial predilección por adherirse al hierro y que sólo la leche materna parece poder inhibir y como la posición en decúbito lateral derecho favorece la digestión y vaciado de esos pequeños estómagos con sistemas digestivos aún inmaduros.

El método canguro era una norma instaurada en el servicio y me parecía maravilloso por la efectividad que presentan estos cuidados, tal como demuestra la literatura *“el método madre canguro (MMC) posee multitud beneficios para el recién nacido a la hora de realizar cribados, menor llanto y dolor, fototerapia, mejoría del sueño, alta precoz, y la madre que lo practique como menor riesgo de depresión postparto, mejoría de las constantes vitales así como institucionales con ahorro económico”* (Basurto, 2021). En la situación mundial en la que nos encontrábamos en ese momento por la pandemia, ver que el contacto con los padres, así como el acceso de estos al servicio, era totalmente libre durante todo el día todos los días de la semana, siempre con controles pautados para detección de COVID-19, siendo realizados los test a ambos progenitores antes del acceso al servicio y semanalmente durante el ingreso del o los RN, fue alentador saber que a pesar de todo hay sitios que, con las medidas de seguridad necesarias, hacen balance de riesgo/ beneficio y se adaptan para que dar los mejores cuidados y los más necesario, sea posible.

“El papel de enfermería es clave encargándose de acompañar, apoyar y enseñar el MMC. La pandemia Sars-Cov2 separó el binomio madre-hijo ante el desconocimiento de la transmisión de la enfermedad perdiéndose los efectos beneficiosos del MMC” (Basurto, 2021)

El equipo de enfermería se encontraba siempre muy dispuesto a la atención y resolución de dudas de los padres, ya fuera sobre cuidados realizados en el servicio, sobre

cuidados básicos en la preparación para el alta, momento en el que se animaba a que los padres realizasen todas las actividades, tales como cambio de pañal, aseo, alimentación... para poder valorar la autonomía y reforzar las partes que fueran necesarias en vistas al cuidado en domicilio. Además de las explicaciones de los enfermeros y las resoluciones de dudas, el servicio cuenta con distintos *flyers* o documentos informativos que son entregados a los padres para que tengan la información siempre por escrito y hubo dos de estos documentos que me resultaron bastante “curiosos”.



El primero fue el referente a cómo preparar leche de fórmula, algo que a priori nos parece sencillo pero que no siempre lo es y que no está tan presente ni tan en auge como los cuidados y orientaciones hacía una lactancia materna y no debemos olvidar que hay madres que no quieren o no pueden amamantar a sus bebés y es igual de importante que tengas todas las herramientas para poder proporcionarles una alimentación adecuada y de forma segura, sobre todo en este tipo de bebés prematuros. Y el segundo fue el de oxigenoterapia en domicilio, algo que para el personal sanitario es tan básico pero que imagino que no lo es para unos padres que llegan a casa llenos de miedos.

En definitiva, mi paso por neonatología fue todo un aprendizaje a distintos niveles y disfrute mucho de la forma en la que se trabaja, la forma en la que son tratadas las familias y sus bebés y la calidad humana del personal sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, E. L., & Ruiz, M. S. (2014). El porteo ergonómico. *Pediatría Integral*, 18(10), 774-780.
- Basurto García-Estañ, B. (2021). Los beneficios del método madre canguro en recién nacidos pretérminos y sus madres: una revisión bibliográfica.
- Dennis CL1, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 15;(12). [DOI 10.1002/14651858.CD007366.pub2] [Consulta: 04/11/2019]
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [<http://portal.guiasalud.es/wp->

content/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf] [Consulta: 04/11/2019]

- Martín-Martín, R., Fajardo-Hervás, B. E., & Agea-Cano, I. (2019). ¿Qué ventajas e inconvenientes presenta el porteo ergonómico del bebé? *Parainfo Digital*, 1-5.
- Murciasalud, 2019. Banco de Preguntas Preevid. Uso del aceite de oliva virgen extra en el manejo de las grietas del pezón. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/23112> Consultado el 10/05/2021
- Pérez Varas, E. (2018). Introducción a la alimentación complementaria mediante el método " baby-led weaning"(BLW).
- Zakarija-Grkovic I, Stewart F. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 9. Art. No.: CD006946. DOI: 10.1002/14651858.CD006946.pu

Apéndice III- Conversaciones sobre pérdidas

Para obtener información útil al respecto del tema de interés, *Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios*, intentaba establecer conversaciones al respecto con las EESMO con las que iba trabajando para conocer su opinión y procuraba organizarla en 5 bloques:

En primer lugar, me interesaba conocer que opinaban sobre su propia formación al respecto en este campo, desde que iniciaron el curso base de enfermería hasta que acabaron la formación como especialistas y en este sentido concluí que las 19 especialistas manifestaron no tener formación en este ámbito, aun reconociendo ser una parte de las competencias del EESMO registradas

En segundo lugar me resultaba interesante saber si habían recibido alguna formación a lo largo de su práctica profesional en los centros en los que iban trabajando o si habían realizado alguna de manera independiente y me quedó claro que la mayoría de las profesionales refieren interés e intenciones de mejorar su formación en el área pues dicen tienen demasiadas carencias al respecto, reconociendo dificultades cada vez que se enfrentan al duelo pero sólo una minoría refiere tener formación, aunque sin demasiada profundidad.

El tercer aspecto de interés para mi era saber qué actitud presentan en estas situaciones de pérdida, si aprovechan para movilizar competencias y acompañar o por el contrario intentan huir y en su mayoría intentan acompañar y apoyar a las familias dentro de sus capacidades, aunque estas normalmente son de forma improvisadas sin unas directrices ni herramientas específicas que ayudaran a prestar unos cuidados de calidad. Concluyendo que, aunque se encuentran faltas de formación específica solo una reconoció huir siempre de la situación.

En cuarto punto me centraba en conocer si consideraban tener herramientas para lidiar con las situaciones y en los casos afirmativos cuales eran estas y en general las herramientas disponibles van relacionadas con las experiencias personales y profesionales que han ido viviendo en su quehacer diario, siendo ésta su fuente de formación en el área. Creen tener herramientas para solventar las circunstancias y dar soporte a las familias, aunque reconocen que pueden mejorar con formación específica, evitarían mucho el azar y tendrían una base de conocimientos sólidas que aun sin tener experiencia pudieran aportar.

Y en quinto lugar y a modo de cierre intentaba saber si creen que la formación necesaria par un cuidado de calidad en estas situaciones, debe ser obtenida desde el inicio de la formación como sanitarios y las 19 EESMO consideran que es básica y fundamental la formación en este sentido, pues la muerte perinatal desgraciadamente es parte de su trabajo y ahondar en ella es tarde ardua y complicada en la mayoría de los casos.

Después de la conversación más específica y sabiendo que es un tema que me interesa mucho, a medida que coincidíamos los turnos siempre hablábamos un poco de algunas experiencias personales y fui tomando nota de algunas de ellas.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

“Como EESMO que presta cuidados a mujeres embarazadas, en ocasiones con un desenlace negativo, siento que no disfruté de una forma tan tranquila de mi embarazo, tenía miedos que muchas de las embarazadas no tienen por desconocimiento de los riesgos menos frecuentes y a mi formación y conocimientos en esta área se sumaron dos pérdidas de embarazos anteriores por lo que viví, el que quizás sea mi único embarazo a término, con mucho miedo y algo de angustia”

“Aunque demos apoyo de la mejor forma posible a estas mujeres, no tenemos para nosotros ninguna forma de lidiar con nuestras dificultades ni una figura de otro profesional de salud que nos acompañe”

“Para mi lo más importante ante una muerte fetal es preguntar a la madre y su pareja si quieren ver al bebé, si quieren cogerlo, hacer fotos... dar el tiempo necesario para despedirse. Pero cuando las pérdidas son más tempranas tengo mucha más dificultad de ayudar a aliviar ese malestar”

“No estamos preparados para lidiar con la mujer y su pareja que sufren una pérdida, sea a cualquier edad gestacional”.

“La formación es esencial puesto que es de extrema importancia la forma en la que la mujer y su pareja son acompañados por el equipo, ya que será recordado siempre y quedará marcado en sus corazones como se sintieron de acompañados y respetados”

“Es muy importante tener una red de apoyo para estos padres, preferentemente conocido por el equipo sanitario, para poder encaminarlos y recibir la ayuda necesaria según cada situación y los potenciales riesgos para la salud mental de la mujer/pareja”

“Es un acontecimiento que marca la vida de la mujer y la nuestra y a mi, que aún no soy madre, pero me gustaría serlo, es un tema que me remueve mucho y me causa cierto recelo lidiar con estas situaciones porque me hacen tener presente que son situaciones que un día pueden ocurrirme”

“Viví esa experiencia en primera persona y después de esto cuando tenía una mujer frente a mí que estaba viviendo una experiencia de este tipo, que para mí fue tan dolorosa, fácilmente no conseguía contener mis propias emociones y lloraba con ellas, a lo largo de la especialidad pedí a la psicóloga que me ayudase”

“Yo también perdí un bebé y tuve la oportunidad de ser invitada a participar en un proyecto para ayudar a padres y madres que habían vivido estas situaciones, invitada por una colega que dirigía el proyecto y que también había vivido una pérdida. Hoy en día creo que fue algo maravilloso para ayudarme a nivel profesional y personal”

Apéndice IV- Relato de experiencia

RELATO DE EXPERIENCIA

Aunque la muerte avise, aún no estamos preparados para saber recibirla.

RESUMEN:

Objetivo: Este artículo tiene como finalidad contar una experiencia relacionada con la muerte gestacional y neonatal vivida en mis prácticas clínicas y como fue afrontada por todo el equipo, siendo este mi tema de estudio principal a lo largo de mi aprendizaje como futura EESMO. **Método:** descripción de la situación vivida en el bloque de partos desde un enfoque fenomenológico, centrada en la actuación del personal sanitario y las características del ambiente que nos englobaba. **Resultados:** existe la necesidad de ofertar una formación especializada al personal obstétrico que permita proporcionar atención adecuada y apropiada. **Consideraciones Finales:** queda al descubierto el hecho de que los profesionales sanitarios no estamos formados para tratar la muerte, ni en casos como este en los que sabemos que va a producirse, y nuestra actuación depende mucho más de nuestras experiencias que de nuestra formación académica.

Descriptor: Enfermero especialista; Muerte gestacional; Actitud en situaciones de muerte; Formación; Duelo; Interrupción médica del embarazo.

ABSTRACT:

Objective: This article aims to tell an experience related to gestational and neonatal death lived in my clinical practices and how it was faced by the entire team, this being my main study topic throughout my learning as a future EESMO. **Method:** description of the situation experienced in the delivery block from a phenomenological approach, focused on the performance of health personnel and the characteristics of the environment that encompassed us. **Results:** there is a need to offer specialized training to obstetric personnel that allows adequate and appropriate care to be provided. **Final Considerations:** the fact that health professionals are not trained to treat death, not even in cases like this in which we know that it will occur, is revealed, and our performance depends much more on our experiences than on our academic training.

Descriptors: Specialist nurse; Gestational death; Attitude in death situations; Training; Duel; Medical termination of pregnancy.

Apéndice V - Rastreo de cáncer de cuello uterino

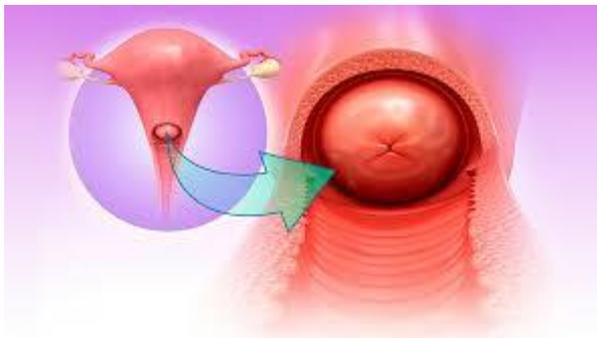
El cuello uterino es la parte baja del útero. Está localizado en la parte superior de la [vagina](#). Mide aproximadamente 2.5 a 3.5 cm de largo. El canal cervical atraviesa el cuello uterino. Esto permite que la sangre de un periodo menstrual y un bebé (feto) pasen de la matriz hacia la vagina.

El canal cervical también permite que el semen pase de la vagina hacia el útero¹.

Sobre el estroma fibroso del cérvix se encuentra el epitelio cervical, que es de 2 tipos:

-Columnar o glandular (en endocérnix) consiste en una capa de células secretoras de mucus que se encuentran en criptas.

-Epitelio escamoso estratificado no queratinizado (en exocérnix)



El área entre la UEC original y la UEC activa se llama zona de transición (TZ)

Existe un área en donde estos dos tipos de epitelios se encuentran es llamada la unión escamo-columnar (UEC). Esta zona es importante clínicamente, ya que es el sitio en donde aparece el 90% de las neoplasias del tracto genital femenino. Durante la infancia, la UEC se ubica justo dentro del orificio cervical externo (OCE).

Bajo la influencia de las hormonas y la acidificación vaginal durante la pubertad, se estimula la metaplasia de las células subcilíndricas, la cual hace que la UEC se “desenrolle” o evierta, desde su posición original a una posición en la superficie cervical. El epitelio columnar también es desenrollado hacia el mismo lugar.



Cáncer de cuello uterino.

El cáncer del cuello uterino es una de las neoplasias malignas de mayor incidencia y mortalidad entre las mujeres de todas partes del mundo, hallazgo que resulta paradójico si se tiene en cuenta que el cuello uterino es de fácil acceso y existen estrategias debidamente probadas que permiten un diagnóstico y tratamiento precoz.

Cribado:

Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.

Prueba de cribado: citología cervical.

Intervalo entre las exploraciones recomendado: de 3 a 5 años.

Toma de citología:

En mujeres sin factores de riesgo:

Citología anual; tras dos citologías consecutivas normales, continuar con citologías cada tres años.

En mujeres mayores de 65 años, tras dos citologías normales, se puede finalizar el control citológico.

En mujeres con factores de riesgo: realización de citología anualmente².

La reducción de la incidencia y mortalidad por Cáncer de Cuello de Útero, sólo será posible a través de la adopción de medidas de prevención primaria y secundaria³.

Prevención Primaria.

1. Vacunación profiláctica contra el HPV dentro del Plan Nacional de Vacunación.
2. Recomendación de vacunación profiláctica contra el HPV fuera del Plan Nacional de Vacunación.

Prevención Secundaria.

Realización de un test de rastreo en el cuello uterino.

Tests de rastreo: Pueden ser utilizados como métodos de rastreo la citología convencional, la citología en medio líquido o test de HPV y/o una asociación de ambos.

En la actualidad se conoce que la citología convencional no captura la totalidad de la muestra y esto se debe a que en los elementos de toma se desecha cerca del 80% de la muestra, deficiencia que en parte explica la generación de falsos negativos^{4,5}; además de

esta, la fijación incompleta por causa de extendidos gruesos da lugar a una coloración defectuosa.

En las preparaciones de base líquida, la muestra y el dispositivo de recolección se transportan en un recipiente que contiene un líquido conservador. Eso permite la inmediata fijación de las células, con lo cual todo el material removido puede usarse. Esa técnica permite obtener preparaciones con abundancia de células dispersas en una capa fina y homogénea. Sangre, inflamación y mucus quedan reducidos y distribuidos por toda la preparación. El fondo claro que así se obtiene aumenta la sensibilidad y la calidad^{5,6,7}.

Comparado con los frotis convencionales, el uso de preparaciones de base líquida ha permitido reducir considerablemente el número de preparaciones insatisfactorias o satisfactorias pero limitadas, debido a las características del ejemplar, lo que disminuye el número de resultados falsos negativos^{8,9,10}.

El sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés). Existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en subcategorías:

1) NEGATIVO PARA LESIONES INTRAEPITELIALES O CÁNCER.

Esta categoría significa que NO se detectaron signos de precáncer, cáncer, o alguna otra anomalía significativa. Se pueden detectar hallazgos que no tengan que ver con el cáncer de cuello uterino, como por ejemplo, signos de infecciones por hongos, herpes o *Trichomonas vaginalis* (un tipo de enfermedad de transmisión sexual). En algunos casos las muestras también pudieran mostrar “cambios celulares reactivos”, que son la forma en que las células del cuello uterino aparecen cuando existe infecciones u otras inflamaciones.

2) ANOMALÍAS DE LAS CÉLULAS EPITELIALES

Esto significa que las células que recubren el cuello uterino o la vagina muestran cambios que pudieran ser indicativos de precáncer o cáncer. Esta categoría se divide en varios grupos para las células escamosas y las células glandulares.

Células escamosas.

Se indica que hay células escamosas atípicas de importancia incierta (ASC-US) cuando las células se ven anormales, pero no es posible saber si esto se debe a infección, irritación o a un precáncer. En la mayoría de los casos, las células identificadas como ASC-US no son precancerosas, aunque se requiere de más pruebas, como la prueba de VPH, para confirmar esto.

Se indica que hay células escamosas atípicas en las que un alto grado de lesión intraepitelial escamosa (HSIL) no puede ser excluido (ASC-H) cuando las células se ven anormales, pero causan más preocupación porque pudiera tratarse de un posible precáncer que requiera más pruebas y que podría necesitar tratamiento.

Células escamosas atípicas (ASC) Esta categoría incluye dos tipos de anomalías:

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

- **Lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) Estas anomalías se dividen en dos categorías:**

Si los resultados de una prueba de Papanicolaou indican SIL, se requiere de más pruebas. Si se requiere tratamiento, este puede curar la mayoría de las SIL y prevenir que se origine un cáncer invasivo.

En las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL), las células se ven ligeramente anormales. Esto también podría llamarse displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (CIN1).

En las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL), las células se ven significativamente anormales y a diferencia de las LSIL, hay poca probabilidad que desaparezcan sin tratamiento. También son más propensas a convertirse en cáncer con el pasar del tiempo si no son tratadas. Esto también podría llamarse displasia moderada a grave o neoplasia intraepitelial cervical de grado 2 o 3 (CIN2 y/o CIN3).

- **Carcinoma de células escamosas:**

Este resultado significa que la mujer tiene mayores probabilidades de padecer un cáncer invasivo. Se realizarán estudios adicionales para asegurarse del diagnóstico antes de que se pueda planear el tratamiento.

Células glandulares

- **Células glandulares atípicas:**

Se indica que hay células glandulares atípicas cuando las células glandulares no lucen normales, pero tienen características que causan inquietud sobre la posible presencia de un cáncer. En este caso, la paciente debe someterse a pruebas adicionales.

- **Adenocarcinoma:**

Los cánceres de las células glandulares se llaman adenocarcinomas. En algunos casos, el médico que examina las células puede indicar si el adenocarcinoma comenzó en el endocérvix, en el útero (endometrio) o en alguna otra parte del cuerpo.

3) OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS.

Esta categoría es para otros tipos de cáncer que casi nunca afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas^{11,12}.

CLASIFICACIÓN BETHESDA

SISTEMA BETHESDA

CÉLULAS ESCAMOSAS		CÉLULAS GLANDULARES	
ASC	CE atípicas de significado indeterminado	AGC	CG atípicas: endocervicales, endometriales o no identificadas (NOS)
ASC-H	CE atípicas sin descartar HSIL	AGC	CG atípicas que sugieren neoplasia
LSIL	Incluye: infección por VPH, displasia leve, NIC 1	AIS	Adenocarcinoma in situ endocervical
HSIL	Displasia moderada y grave, carcinoma in situ, NIC 2 y 3	AC	Adenocarcinoma: endocervical, endometrial, extrauterino HPV 18
CaCU	Células escamosas HPV 16		

BIBLIOGRAFIA

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003911.htm>
- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/i-area-de-atencion-la-persona/2_atencion-especifica/23-abordaje-del-cancer/232-cancer-de-cervix
- Davey D; Cox JT; Austin M et al. Cervical cytology specimen adequacy: patient management guidelines and optimizingspecimen collection. J Low Genit Tract Dis 2008; 12(2): 71-81
- Soost HJ, Lange HJ, Lehmacher W, Ruffing-Kullmann B. The validation of cervical cytology. Sensitivity, specificity and predictive values. Acta Cytol. 1991 Jan; 35(1):8-14.
- Hutchinson ML, Isenstein LM, Goodman A, Hurley AA, Douglass KL, Mui KK, et al. Homogeneous sampling accounts for the increased diagnostic accuracy using the ThinPrep Processor. Am J Clin Pathol. 1994 Feb; 101(2):215-9.
- Linder J, Zahniser D. The ThinPrep Pap test - a review of clinical studies. Acta Cytol 1997;41:30-8.
- Nasuti JF, Tam D, Gupta PK. Diagnostic value of liquid-based (ThinPrep) preparations in nongynecologic cases. Digan Cytopathol 2001;24:137-41.
- Sprenger E, Schwarmann P, Kirkpatrick M, Fox W, Heinzerling RH, Geyer JW, et al. The false negative rate in cervical cytology. Acta Cytol 1996; 40:81-9

- Bishop JW, Bigner SH, Colgan TH, Husain M, Howell LP, McIntosh K, et al. Multicenter masked evaluation of AutoCyte Prep thin layers with matched conventional smears - including initial biopsy results. Acta Cytol 1998;42: 189-97.
- McGoogan E, Reith A. Would monolayers provide more representative samples and improved preparations for cervical screening? - overview and evaluation of systems available. Acta Cytol 1996;40:107-19.
- Vassilakos P, Cossali D, Albe X, Alonso L, Hohener R, Puget E. Efficacy of monolayer preparations for cervical cytology - emphasis on suboptimal specimens. Acta Cytol 1996;40:496-500.
- <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-papanicolaou.html>

Apéndice VI- Aula "PRIMEIROS AUXÍLIOS AL RN"



PRIMEIROS SOCORROS AO RECÉM NASCIDO

Verónica López Orta (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESESJD da Universidade de Évora)
Patrícia Jerónimo (EESMO USF LEVANTE)
Orientadora pedagógica Professora M^{te} da Luz Barros

OBJETIVOS

TRANSMITIR INFORMAÇÃO E DAR ORIENTAÇÕES SOBRE COMO ATUAR EM CASO DE:

- FEBRE
- ACIDENTES:
 - QUEDAS
 - QUEIMADURAS
 - ENGASGAMENTO

FEBRE



- FALAMOS DE FEBRE QUANDO A TEMPERATURA É SUPERIOR A 38°C
- FEBRE É UM MECANISMO QUE O CORPO TEM PARA COMBATER O ATAQUE QUE ENVOLVE INFECÇÃO, É UMA REAÇÃO DO CORPO, NÃO É UMA DOENÇA. AUMENTAR A TEMPERATURA FACILITA A AÇÃO DAS DEFESAS.



OS ANTIPIRETIICOS NÃO DEVEM SER ALTERNADOS REGULARMENTE.

COMO ATUAR EM CASO DE FEBRE

- TIRE ALGUMAS ROUPAS
- MANTENHA O QUARTO BEM VENTILADO.
- MANTER A CRIANÇA BEM HIDRATADA
- COLOQUE NA BANHEIRA COM ÁGUA TIBIA (NUNCA ÁGUA FRIA)
- MANTENHA A CRIANÇA FRESCO COM PANOS HÚMIDOS



- PARA DIMINUIR A FEBRE E ALIVIAR O DESCONFORTO TEMOS O PARACETAMOL E O IBUPROFENO XAROPE E TAMBÉM OU O PARACETAMOL E TAMBÉM USADO EM SUPOSITÓRIOS.
- IBUPROFENO PODE SER USADO A PARTIR DE SEIS MESES DE VIDA.
- NÃO É ACONSELHÁVEL UTILIZAR SEMPRE PARA EVITAR UMA POSSÍVEL REAÇÃO ÀS VACINAS.
- O PARACETAMOL PODE SER ADMINISTRADO A CADA 4 A 6 HORAS, E IBUPROFENO A CADA 6 A 8 HORAS, SEMPRE COM AS DOSES ADEQUADAS DE ACORDO COM O PESO DA CRIANÇA.
- É ESSENCIAL MANTÊ-LOS FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS.



ACIDENTES

ACIDENTES SÃO A PRINCIPAL CAUSA DE MORTE EM CRIANÇAS, O PRINCIPAL É A PREVENÇÃO E POR ISSO É MUITO IMPORTANTE PARA OS PAIS TER A INFORMAÇÃO E MANTER A CALMA

OS ACIDENTES MAIS COMUNS SÃO:

- AFOGAMENTOS
- QUEDAS/TRAUMATISMOS
- QUEIMADURAS
- ENVENENAMENTO
- MORDIDAS E PICADAS
- ENGASCAMENTO



↓ MORTALIDADE
↑ MORBILIDADE

COMO PREVENIR ACIDENTES

- **COZINHA**
OBJETOS DE CORTE E MATERIAL DE LIMPEZA FORA DE ALCANCE.
EVITE O ACESSO A EQUIPAMENTOS COM TEMPERATURA ELEVADA, ESPECIALMENTE AO FORNO.
- **CASA DE BANHO**
CONTROLE A TEMPERATURA DA ÁGUA.
DESLIGUE TODOS OS APARELHOS NA HORA DO BANHO.
UTILIZE TAPETES OU DISPOSITIVOS ANTIDERRAPANTES
- **CASA EM GERAL**
CUIDADO COM ESCADAS E JANELAS
CUIDADO COM CANTOS DE MÓVEIS E GAVETA
EVITAR O ACESSO A MEDICAMENTOS



VIGILÂNCIA CONTÍNUA DE UM ADULTO QUANDO ESTAM A BRINCAR

QUEDAS

OS FERIMENTOS MAIS COMUNS SÃO:
HEMATOMAS OU ATÉ FRATURAS.



INFLAMAÇÃO OU INCHAÇO NA ÁREA AFETADA INDICA QUE HOUVE TRAUMA INTERNO, GERALMENTE ACOMPANHADO POR DOR MAIS OU MENOS SEVERO.

APÓS UMA QUEDA, SE A CRIANÇA MANIFESTA DOR LIGADA À DEFORMIDADE NA ÁREA:

- NÃO FORÇAR O MOVIMENTO
- MANTER A ÁREA AFETADA NO REPOSO,
- APLICAREMOS CUIDADOSAMENTE FRIO LOCAL (GELO EMBRULHADO NUMA COMPRESSA)
- CONSIDERAR A NECESSIDADE DE PEDIR AJUDA AO SERVIÇO DE SAÚDE, PARA QUE ELES VALORIZEM A POSSÍVEL GRAVIDADE DA LESÃO.

SI TU HIJO SE DA UN GOLPE EN LA CABEZA

#Pediconsejos por @2PediatrasNCasa

- 1**
Observa al niño durante las siguientes 24 horas.
Manténle en un ambiente tranquilo ya bajo la supervisión de un adulto.
- 2**
Si el niño tiene sueño puede dormir.
Despiértelo cada 4 horas para comprobar si su comportamiento es adecuado.
- 3**
Si el niño el niño tuviera dolor de cabeza, se le puede administrar un analgésico: paracetamol o ibuprofeno.
- 4**
Pasadas 2 horas sin que el niño vomite le puedes ofrecer una dieta blanda.
Retome su actividad normal a las 24 horas del traumatismo.
- 5**
Acude al hospital si tu hijo vuelve a vomitar, le duele mucho la cabeza, si presenta movimientos anormales o está muy dormido.



<https://dospediatrasencasa.org>

QUEIMADURAS

AS QUEIMADURAS SÃO UM TIPO DE LESÃO QUE AFETA OS TECIDOS DO CORPO DEPOIS DE ENTRAR EM CONTACTO COM UMA FONTE DE CALOR INTENSA, PRODUTOS QUÍMICOS, ELETRICIDADE OU EXPOSIÇÃO À RADIAÇÃO.

- QUEIMADURAS DE PRIMEIRO GRAU AFETAM APENAS A CAMADA EXTERNA DO A PELE. CAUSA DOR, VERMELHIDÃO E INCHAÇO
- QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU AFETAM TANTO A CAMADA EXTERNA COMO A CAMADA SUBJACENTE DA PELE. CAUSAR DOR, VERMELHIDÃO, INCHAÇO E BOLHAS.
- QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU AFETAM AS CAMADAS PROFUNDAS DO A PELE. NÃO DOEM.



COMO AGIR NUMA QUEIMADURA

- RETIRE DA FONTE DE CALOR.
- ARREFECER A QUEIMADURA DESPEJANDO UM JATO SUAVE DE ÁGUA FRIA NA ÁREA AFETADA DURANTE 10 A 15 MINUTOS, OU MAIS, SE A DOR CONTINUAR.
- SE A DOR PERSISTIR, AS BOLHAS APARECEM (COM UM FLUIDO CLARO NO INTERIOR), A ÁREA AFETADA PARECE "CARBONIZADA", OU O TAMANHO DA QUEIMADURA É MAIOR DO QUE A DA MÃO DA MÃO DA VÍTIMA, VÁ PARA UM CENTRO DE SAÚDE.

- **SE A QUEIMADURA FOR CAUSADA POR UMA CHAMA** QUE PRENDE A ROUPA, É NECESSÁRIO EVITAR QUE A PESSOA CORRA, JÁ QUE O FOGO SERIA ABANADO. VOCÊ TEM QUE EMBRULHÁ-LO EM UMA GRANDE ROUPA QUENTE OU JOGÁ-LO NO CHÃO E CHAFURDAR, ARQUEÁ-LO COM ÁGUA DOCE, ENVOLVÊ-LO EM UM PANO LARGO E LIMPO (UM LENÇOL) E CHAMAR 112. AS ROUPAS QUE ESTÃO PRESAS À PELE NUNCA DEVEM SER REMOVIDAS.
- **SE A QUEIMADURA FOR CAUSADA POR UM PRODUTO CORROSIVO**, RETIRE A ROUPA (CUIDADO PARA NÃO SALPICAR E LAVAR A PESSOA FERIDA COM MUITA ÁGUA (NA BANHEIRA, POR EXEMPLO), DURANTE UM MÍNIMO DE 15 MINUTOS.
- **SE A QUEIMADURA FOR CAUSADA POR ELECTROCUSÃO**, DESLIGUE IMEDIATAMENTE A REDE GERAL. SE NÃO FOR POSSÍVEL DESLIGAR A REDE, RETIRE A VÍTIMA DA FONTE DE ELETRICIDADE UTILIZANDO UM OBJETO ISOLANTE, COMO UM PAU, UMA TOALHA SECA, ETC. LIGUE PARA O 112. SE NÃO ESTIVER A RESPIRAR, FAÇA RCP.



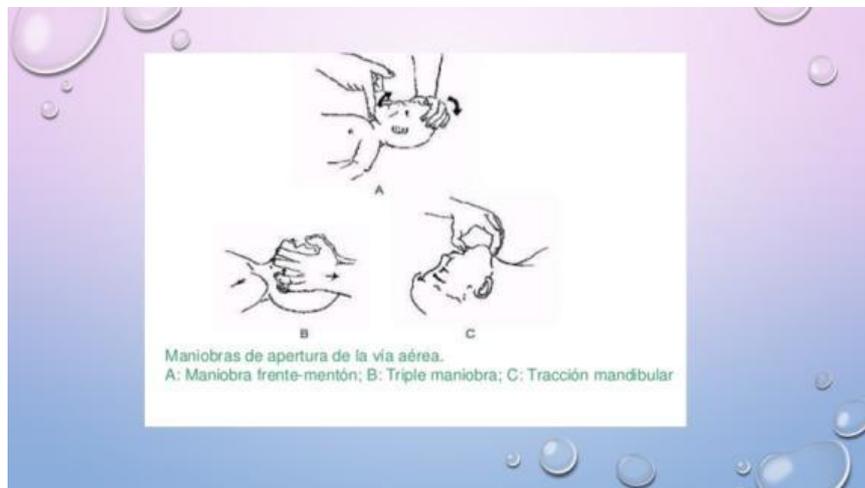
ENGASCAMENTOS

ASFIXIA EM BEBÉS E CRIANÇAS É UMA DAS CAUSAS MAIS COMUNS DE MORTE ACIDENTAL NA INFÂNCIA, A TERCEIRA, POR DETRÁS DE AFOGAMENTOS E ACIDENTES RODOVIÁRIOS

- MANTENHA A CALMA PARA QUE POSSA AGIR CORRETAMENTE.
- SE A CRIANÇA TOSSIR CORRETAMENTE E COM FORÇA, NÃO FAÇA OUTRAS MANOBRAS. NÃO DEVIAS BATER-LHE NAS COSTAS, OU TENTAR TIRAR O CORPO ESTRANHO DA BOCA ÀS CEGAS.
- SE A CRIANÇA ESTIVER CONSCIENTE, MAS TIVER UMA TOSSE FRACA E EFICAZ, OU A FALTA DE AR FOR MUITO IMPORTANTE, A EMERGÊNCIA DEVE SER CHAMADA E AJUDADA IMEDIATAMENTE.

COMO AGIR EM CASO DE ENGASGAMENTO

- SE A CRIANÇA ESTIVER INCONSCIENTE, OS SERVIÇOS DE EMERGENCIAS DEVEM SER CHAMADOS IMEDIATAMENTE SE NÃO TIVER SIDO FEITO ANTES.
- COLOQUE A CRIANÇA SOBRE UMA SUPERFÍCIE DURA E VERIFIQUE SE HÁ OBJETOS NA BOCA; SE FOR ACESSÍVEL, DEVE SER EXTRAÍDO.
- RECOMENDA-SE ABRIR AS VIAS RESPIRATÓRIAS SEGURANDO A TESTA DA CRIANÇA COM UMA MÃO E PUXANDO O QUEIXO LIGEIRAMENTE PARA CIMA E, EM SEGUIDA, VERIFICANDO SE RESPIRA.



- SE NÃO RESPIRAR, FECHÉ O NARIZ DA CRIANÇA COM DOIS DEDOS DA MÃO QUE COLOCOU NA TESTA, COLOQUE A BOCA NA TESTA E RESPIRE AR PARA DENTRO DA CRIANÇA, OBSERVANDO QUE O PEITO DA CRIANÇA SE MOVE.



- SE A CRIANÇA FOR PEQUENA, A BOCA E O NARIZ DA CRIANÇA PODEM ESTAR COBERTOS COM A BOCA E O NARIZ DO RESSUSCITADOR. EXECUTE ESTA MANOBRA 5 VEZES.
- SE O PEITO NÃO FOR LEVANTADO, AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO COMEÇARÃO, DANDO 30 COMPRESSÕES TORÁDICAS NO CENTRO DO PEITO, LOGO ABAIXO DA ALTURA DOS MAMILOS, ALTERNANDO COM 2 RESPIRAÇÕES BOCA-A-BOCA. A CADA DOIS MINUTOS DEVE VERIFICAR A SUA RESPIRAÇÃO E SE HOUVER OBJETOS VISÍVEIS NAS VIAS RESPIRATÓRIAS.

A. Apertura vía aérea
Maniobra frente-mentón



B: Ventilaciones
Lactante: Boca a boca-nariz
Niño: Boca a boca



C: Compresiones
No sanitarios → 30:2
Sanitarios → 15:2



D: DESA
>8 años: 150J
<8 años: 50-75J (si se puede)



MUITO OBRIGADA PELA
SUA ATENÇÃO

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

Apéndice VI- Aula "HABLAMOS DEL EMBARAZO"



PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

FALAMOS DA GRAVIDEZ!!

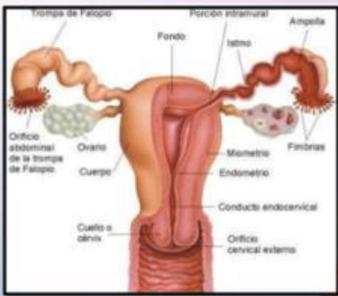
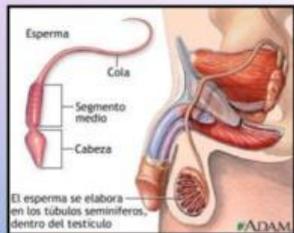
Verónica López Orta (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESESJD da Universidade de Évora)
Patrícia Jerónimo (EESMO USF LEVANTE)
Orientadora pedagógica Professora M. da Luz Barros

Setembro, 2020

OBJETIVOS TRANSMITIR INFORMAÇÃO SOBRE:

- ANATOMIA E FISILOGIA DA GRAVIDEZ
- ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GRÁVIDA
- SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ
- SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ
- RECOLHA DE CÉLULAS ESTAMINAIS
- MALA PARA A MATERNIDADE

APARELHO REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO



Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

IMPLANTAÇÃO

Útero, Mórula, Mórula 2.ª división (80 h), Mórula 1.ª división (30 h), Cigoto, Fecundación, Trompa de Falopio, Ovocito secundario, Ovario, Ovulación, Mórula (4 dias), Blástula (4 dias), Nidación (6 dias), Miometrio, Endometrio.

- IMPLANTAÇÃO É O PROCESSO PELO QUAL UM EMBRIÃO, COM CERCA DE 7 DIAS DE IDADE, ADERE AO ENDOMÉTRIO PARA INICIAR A GESTAÇÃO. NUM CICLO NATURAL, O ESPERMA FERTILIZA O ÓVULO NAS TROMPAS DE FALÓPIO. AO MESMO TEMPO QUE O NOVO EMBRIÃO SE DESENVOLVE, VIAJA PARA O ÚTERO.

DESENVOLVIMENTO EMBRIO-FETAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 16 20-36 38 40

Embrião Feto

SEMANAS DE GESTAÇÃO

- SEMANA 1 A 2
A PRIMEIRA SEMANA DE GRAVIDEZ COMEÇA COM O PRIMEIRO DIA DO PERÍODO MENSTRUAL DE UMA MULHER., DURANTE O FINAL DA SEGUNDA SEMANA, UM OVO É LIBERTADO DO OVÁRIO. É QUANDO É MAIS PROVÁVEL CONCEBER.
- SEMANA 3
UM ÚNICO ESPERMATOZOIDE E O ÓVULO DA MÃE SÃO ENCONTRADOS NA TROMPA DE FALÓPIO E UM ZIGOTO É FORMADO QUE PASSA OS PRÓXIMOS DIAS DESCENDO O TUBO E DIVIDINDO
- SEMANA 4
A IMPLANTAÇÃO OCORRE NA PAREDE UTERINA E RECEBE NUTRIÇÃO DO SANGUE DA MÃE.
- SEMANA 5
INÍCIO DO "PERÍODO EMBRIONÁRIO" E COMEÇAR A DESENVOLVER-SE: CÉREBRO, MEDULA ESPINHAL, CORAÇÃO E TRATO GASTROINTESTINAL. ESTE É O MOMENTO DE MAIOR RISCO DE DANOS POR FATORES EXTERNOS.

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



- **SEMANAS 6 A 7**
COMEÇAM A DESENVOLVER-SE:
BRAÇOS E PERNAS, OLHOS E ORELHAS, TECIDO A CONVERTER NA ESPINHA E OUTROS OSSOS.
O CORAÇÃO BATE A UM RITMO REGULAR.
- **SEMANA 8**
INÍCIO DO "PERÍODO FETAL" E COMEÇAM A DESENVOLVER-SE:
MÃOS E PÉS, COM OS SEUS PRIMEIROS MOVIMENTOS VOLUNTÁRIOS, E PULMÕES.
CABEÇA DESPROPORCIONALMENTE GRANDE (METADE DO TAMANHO DO EMBRIÃO).
- **SEMANA 9**
OS BRAÇOS CRESCEM E OS COTOVELOS DESENVOLVEM-SE.
OS DORES DO BEBÊ PODEM SER OBSERVADOS.
TODOS OS ÓRGÃOS ESSENCIAIS DO BEBÊ COMEÇARAM A CRESCER.
- **SEMANA 10**
AS PÁLPEBRAS DO BEBÊ ESTÃO MAIS DESENVOLVIDAS E COMEÇAM A FECHAR-SE.
AS ORELHAS COMEÇAM A TOMAR FORMA.



- **SEMANAS 11 A 14**
AS PÁLPEBRAS DO BEBÊ FECHAM-SE E SÓ REABRIRÃO NA SEMANA 28, O FETO COLOCA O DEDO NA BOCA (1 1AS) - REFLEXOS DE ENGOLIR, ASPIRAR E RESPIRAR.
O ROSTO DO BEBÊ ESTÁ BEM FORMADO.
OS MEMBROS SÃO LONGOS E FINOS.
OS GENITAIS APARECEM E O BATIMENTO CARDÍACO JÁ PODE SER OÍDEO.
- **SEMANAS 15 A 18**
NESTA FASE, A PELE DO BEBÊ É QUASE TRANSPARENTE.
UM CABELO FINO CHAMADO LANUGO DESENVOLVE-SE NA CABEÇA DO BEBÊ.
OSSOS E TECIDO MUSCULAR CONTINUAM A DESENVOLVER-SE E OS OSSOS TORNAM-SE MAIS DIFÍCEIS.
O BEBÊ COMEÇA A MOVER-SE E A ESTICAR-SE.
O FÍGADO E O PÂNCREAS PRODUZEM SECREÇÕES E O RIM COMEÇA A PRODUZIR URINA.



- **SEMANAS 19 A 21**
O BEBÊ CONSEGUE OUVIR.
NO FINAL DESTA FASE, O BEBÊ PODE ENGOLIR.
PULMÕES SEGREGAM SURFACTANTE (DE 20-24 ATÉ 37)
SURFACTANTE É UMA SUBTIL LÍPOPROTEÍCA COM PROPRIEDADES TENSIOATIVAS QUE REDUZ A TENSÃO SUPERFICIAL NA INTERFACE ENTRE O LÍQUIDO PRESENTE NA CAVIDADE ALVEOLAR E O AR, EVITANDO O COLAPSO DAS ZONAS TERMINAIS RESPIRATÓRIAS.
- **SEMANA 22**
O LANUGO COBRE TODO O CORPO DO BEBÊ.
O MECONIUM, O PRIMEIRO MOVIMENTO INTESTINAL DO BEBÊ, FORMA-SE NO TRATO INTESTINAL.
SOBRANCELHAS E PESTANAS APARECEM.
A MÃE PODE SENTIR O BEBÊ A MEXER-SE.
- **SEMANAS 23 A 25 "VIABILIDADE FETAL"**
A MEDULA ÓSSEA COMEÇA A PRODUZIR CÉLULAS SANGUÍNEAS.
AS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES DOS PULMÕES DO BEBÊ DESENVOLVEM-SE.
O BEBÊ COMEÇA A ARMAZENAR GORDURA.



- **SEMANA 26**
TODAS AS PARTES DOS OLHOS DO BEBÊ SÃO DESENVOLVIDAS.
PODE AGORA SURPREENDER-SE EM RESPOSTA A RUIDOS ALTOS.
SACOS DE AR FORMAM-SE NOS PULMÕES DO BEBÊ, MAS OS PULMÕES AINDA NÃO ESTÃO PRONTOS PARA TRABALHAR FORA DO ÚTERO.
- **SEMANAS 27 A 30**
O SISTEMA NERVOSO DESENVOLVE-SE O SUFICIENTE PARA CONTROLAR ALGUMAS FUNÇÕES DO CORPO.
AS PÁLPEBRAS DO BEBÊ PODEM SER ABERTAS E FECHADAS.
O SISTEMA RESPIRATÓRIO, EMBORA IMATURO, PRODUZ TENSIVOACTIVO. ESTA SUBSTÂNCIA AJUDA OS ALVÉOLOS A ENCHEREM-SE DE AR.
- **SEMANAS 31 A 34**
O BEBÊ CRESCE RAPIDAMENTE E ACUMULA MUITA GORDURA.
A RESPIRAÇÃO RÍTMICA OCORRE, MAS OS PULMÕES DO BEBÊ NÃO ESTÃO TOTALMENTE MADUROS.
OS OSSOS DO BEBÊ ESTÃO TOTALMENTE DESENVOLVIDOS, MAS AINDA SÃO MACIOS.
O CORPO DO SEU BEBÊ COMEÇA A ARMAZENAR FERRO, CÁLCIO E FÓSFORO.



- **SEMANAS 35 A 37**
O BEBÊ PESA CERCA DE 2,5 KG E JÁ TEM PADRÕES DE SONO DEFINIDOS.
O CORAÇÃO E OS VASOS SANGUÍNEOS, ASSIM COMO MÚSCULOS E OSSOS ESTÃO TOTALMENTE DESENVOLVIDOS.
- **SEMANA 38 A 40**
O LANUGO DESAPARECEU EXCETO NOS BRAÇOS E OMBROS SUPERIORES.
PEQUENOS TIROS MAMÁRIOS OCORREM EM AMBOS OS SEXOS.
O CABELO DA CABEÇA É AGORA MAIS ESPESSE E MAIS DENSO.
NA 40ª SEMANA DE GRAVIDEZ, PASSARAM-SE 38 SEMANAS DESDE A CONCEÇÃO E O SEU BEBÊ PODE NASCER A QUALQUER MOMENTO.



Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

GENITO URINARIOS

EXISTE UM AUMENTO DA FREQUENCIA URINARIA E DOR PELVICA E LOMBAR

- ÚTERO: AUMENTA DE VOLUME
- OVARIOS: DEIXAM DE OVULAR
- VULVA: MUDANÇA DA COR E EDEMA
- URÉTERES: SE DILATAM-SE
- RIÑÓN: AUMENTA DE TAMANHO POR AUMENTO DO VOLUME SANGUÍNEO



HEMATOLÓGICOS E CARDIOVASCULARES

HÁ DISSOLUÇÃO SANGUÍNEA, HIPERCOAGULABILIDADE E ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DO FERRO

HABITUALMENTE, MAIS COM INFLUÊNCIA DA CARGA HEREDITARIA DA MULHER, ACONTECE:

- PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSÃO EM PRIMEIRA TRIMESTRE E HIPERTENSÃO EM TERCEIRO TRIMESTRE.
- PRESSÃO VENOSA: VARIZES E EDEMA
- CORAÇÃO: AUMENTA A FREQUÊNCIA CARDÍACA, VOLUME E MURMÚRIOS FISIOLÓGICOS.



METABÓLICOS E HORMONAI

- FUNÇÕES METABÓLICAS
- ALTERAÇÕES METABÓLICAS NA GLICOSE
- DEPÓSITO DE GORDURA
- PESO
- NECESSIDADE DA HORMONA DA TIROIDE
- EXIGÊNCIA DE FERRO, CÁLCIO E VITAMINAS.

Peso antes del embarazo	Aumento de peso en el embarazo
Bajo peso (IMC inferior a 18,5 kg.)	De 13 a 18 kilos
Peso normal (IMC de 18,5 a 24,9 kg.)	De 11 a 16 kilos
Sobrepeso (IMC 25-29,9 kg.)	De 7 a 11 kilos
Obesidad (IMC de 30 e mayor)	De 5 a 9 kilos



MAMAS

- HIPERSENSIBILIDADE
- AUMENTO DE TAMANHO
- ALTERAÇÕES NOS MAMILOS E AUREOLAS
- SECREÇÃO CALOSTRO (<20SG)



Areola

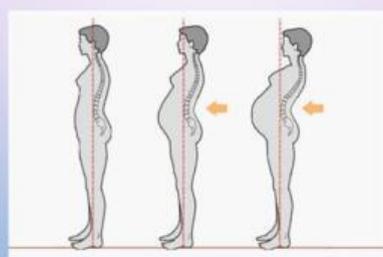
MAMA NORMAL MAMA GRAVIDA MAMA LACTANTE

Tubérculos de Montgomery

Los pezones NO necesitan ser lavados ni lubricados para amamantar, esa función le pertenece a las glándulas de Montgomery, por el contrario, "asearlos" puede ocasionar resequeadad y predisponer a la aparición de grietas.

MUSCULO-ESQUELETICO

- RELAXAMENTO DAS ARTICULAÇÕES DA VACIA.
- VARIAÇÃO DO CENTRO DE GRAVIDADE.



The diagram shows three stages of a woman's posture: 1. A normal woman standing upright with a vertical dashed line representing the center of gravity. 2. A pregnant woman with a rounded belly, where the center of gravity has shifted forward. 3. A pregnant woman leaning slightly backward to maintain balance, with the center of gravity shifted back towards the vertical line.

DERMATOLÓGICOS

- TUMORES VASCULARES BENIGNOS
- DERRAMES VASCULARES
- ESTRIAS
- CABELO
- PIGMENTAÇÃO



The block contains three photographs: 1. A close-up of a small, bright red, dome-shaped bump on the skin (cherry angioma). 2. A photograph of a pregnant woman's belly showing numerous vertical stretch marks. 3. A close-up of a woman's face showing dark, irregular pigmentation on the forehead and cheeks.

RESPIRATORIOS

- MEMBRANA MUCOSA DE NARIZ E FARINGE MAIS EDEMATOSAS E GENGIVAS.
- MODIFICAÇÃO DO TÓRAX.

Elevación del diafragma por expansión del útero en el 2do. y 3er.



DIGESTIVOS

- ↓ APETITO
- ↓ MOTILIDAD INTESTINAL (HABITUALMENTE)
- ↓ TONO E MOTILIDADE DO ESTÓMAGO
- HEMORROIDAS
- NÁUSEAS E VÔMITOS

COMO FICA A PARTE INTERNA DO CORPO DA MULHER DURANTE A GESTAÇÃO?



PSICOLÓGICOS

- ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
- MUDANÇAS NOS PAPÉIS SOCIAIS
- SENTIMENTOS CONTRADITÓRIOS

SONO

- DISTÚRBIOS DO SONO

SINAIS DE ALERTA NA GRAVIDEZ



- PERDA DE SANGUE
O DE LÍQUIDO
- BEBE DEIXA DE MISCER
>35sg
NºMOV.>10/12H
- FEBRE
DOR ESTOMAGO
ALTERAÇÕES VISUAIS
MALESTAR GERAL
DOR DE CABEZA
- EDEMA
MAREOS

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ

- NO INÍCIO DA GESTAÇÃO AS MULHERES GERALMENTE SOFREM DE CANSAÇO E DESCONFORTO, O QUE PODE LEVAR A UMA DIMINUIÇÃO DA LIBIDO, MAIS NÃO É ALGO QUE PODE GENERALIZAR.
- NUMA GRAVIDEZ NORMAL, A PENETRAÇÃO NÃO É A CAUSA DO ABORTO OU DO PARTO PREMATURO.
- O FETO ESTÁ PERFEITAMENTE PROTEGIDO CONTRA LESÕES POR LÍQUIDO AMNIÓTICO E AS PAREDES GROSSAS DO ÚTERO E A SALVO DA INFEÇÃO, PELA MEMBRANA MUCOSA QUE SELA O COLO DO ÚTERO.



À MEDIDA QUE O SEU ABDÓMEN AUMENTA, TERÁ DE PROCURAR NOVAS POSTURAS SEXUAIS ONDE SE SINTA MAIS CONFORTÁVEL.



E SE ALGO CORRER MAL NA GRAVIDEZ??, HÁ CERTAS CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE É GERALMENTE RECOMENDADO NÃO TER SEXO DE PENETRAÇÃO:

- AMEAÇA DE ABORTO.
- AMEAÇA DE NASCIMENTO PREMATURO.
- PLACENTA COM SANGRAMENTO NO FINAL DA GRAVIDEZ.
- DOR E DESCONFORTO



SEXUALIDADE É MUITO MAIS DO QUE GENITAIS!!!

RECOLHA DE CELULAS ESTAMINAIS

- O BANCO DE CÉLULAS DO CORDÃO UMBILICAL É O PROCESSO DE RECOLHA, PROCESSAMENTO E ARMAZENAMENTO DESTAS CÉLULAS PARA USO FUTURO DE TERAPÉUTICAS COM CÉLULAS ESTAMINAIS.
- ELAS SÃO PERFEITAMENTE COMPATÍVEIS COM O SEU BEBÉ E TÊM UMA POSSIBILIDADE DE 25% DE SEREM COMPATÍVEIS COM UM IRMÃO OU IRMÃ, SEMPRE QUE A DOENÇA NÃO TENHA JÁ UMA DETERMINAÇÃO GENÉTICA
- EXISTE APENAS UMA POSSIBILIDADE PARA ARMAZENAMENTO DO SANGUE DO CORDÃO UMBILICAL; O DIA DO NASCIMENTO.
-  SE DESEJAREM MAIS INFORMAÇÕES, CONTACTEM COM OS BANCOS DE CRIOPRESERVAÇÃO EM PORTUGAL QUE ESTEM HOMOLOGADOS PELA DGS.

É NECESSÁRIO RECOLHER (PROFISSIONAIS SANITARIOS):

- SANGUE DA MÃE
- SANGUE DO CORDÃO
- SANGUE DA PLACENTA
- UMA PARTE DO CORDÃO



O CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL (TAMBÉM CONHECIDO COMO CLAMPEAMENTO ÓTIMO DO CORDÃO UMBILICAL) É O PROCESSO DE CLAMPEAR OU CORTAR O CORDÃO UMBILICAL DEPOIS DE PARAREM AS PULSAÇÕES DE SANGUE, OU DEPOIS DA EXPULSÃO DA PLACENTA. ESTE PROCEDIMENTO FORNECE AO SEU BEBÉ UM VOLUME SANGUÍNEO E NÍVEIS DE FERRO SAUDÁVEIS, DURANTE A SUA TRANSIÇÃO PARA FORA DO VENTRE MATERNO, INCLUINDO UMA CONTAGEM COMPLETA DE GLÓBULOS VERMELHOS, CÉLULAS ESTAMINAIS E CÉLULAS IMUNITÁRIAS.

MALA PARA A MATERNIDADE

PARA A MÃE:

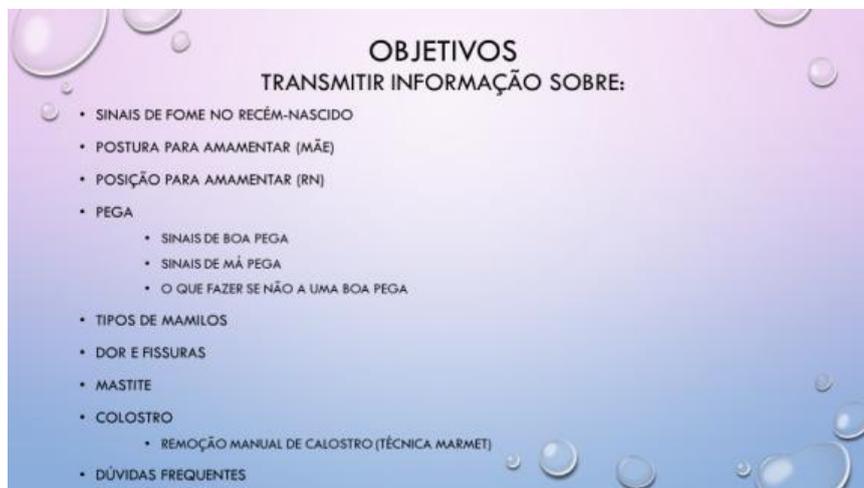
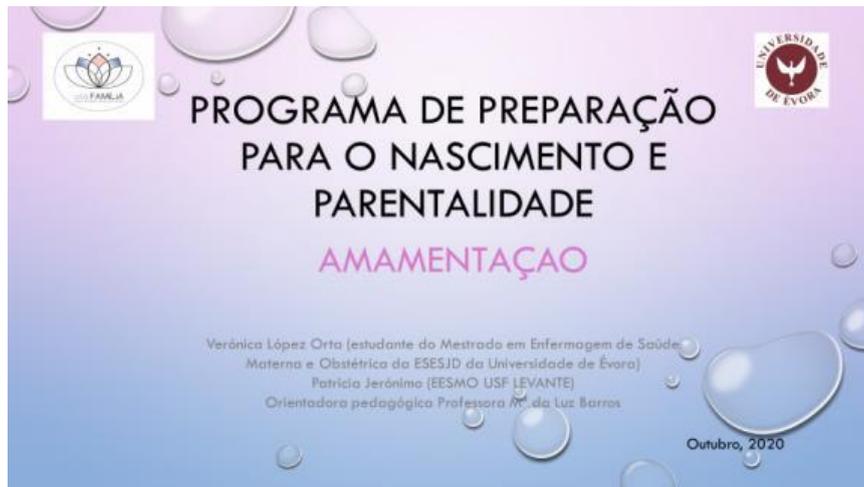
- CARTÃO DE SAÚDE E PAPÉIS DE GRAVIDEZ
- CUECAS DESCARTÁVEIS OU GRANDES
- UM PAR DE SUTIÃS DE LACTAÇÃO
- UM SACO PLÁSTICO PARA ROUPA SUJA
- UM PAR DE SAPATOS PARA ANDAR PELA CASA E UMA PARA A CASA DE BANHO.
- 3 CAMISOLAS ABOTOADAS OU 3 PIJAMAS.
- UM ROUPÃO
- PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL
- DISCOS DE AMAMENTAÇÃO
- ROUPAS PARA SAIR DO HOSPITAL.
- TOALHA DE BANHO

PARA BEBÊ:

- 3 BODYS
- 3 MEIAS
- 3 BABYGNOWS
- 1 GORRO
- 1 MANTA OU ENVOLTURA PARA O BEBÊ
- PRIMEIRA MUDA PARA SAIR DO HOSPITAL

MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO

Apéndice VIII- Aula “LACTANCIA MATERNA”



A POSTURA CORRETA DA MÃE, A POSIÇÃO DO RN E A PEGA SÃO FUNDAMENTAIS PARA CONSEGUIR UMA AMAMENTAÇÃO AGRADÁVEL E EFICAZ.

- **POSTURA:** ESTA É A FORMA COMO A MÃE É COLOCADA PARA AMAMENTAR, HÁ MIL POSTURAS DIFERENTES E TODAS SÃO VÁLIDAS SE A MÃE ESTIVER CONFORTÁVEL.
- **POSIÇÃO:** É A FORMA COMO COLOCAMOS O BEBÊ A AMAMENTAR, HÁ TAMBÉM MUITAS POSIÇÕES DIFERENTES. É NORMAL PRATICAR UM OU DOIS DEPENDENDO SE AMAMENTAMOS NA CAMA, NA CADEIRA, TAMBÉM DO TAMANHO DA NOSSA MAMA OU SE O BEBÊ TEM DIFICULDADE EM FAZER UMA BOA PEGA. O MAIS IMPORTANTE É QUE O BEBÊ MANTENHA O CORPO ALINHADO.
- **PEGA:** É ASSIM QUE O BEBÊ COLOCA A BOCA PARA AGARRAR E CHUPAR A MAMA. A PEGA É A FORMA COMO O BEBÊ POSICIONA A BOCA PARA SUGAR DA MAMA.

POSTURA DA MÃE PARA AMAMENTAR

A postura "melhor" é a que permite ao bebê obter uma boa transferência de leite e amamentar eficazmente. Deve ser confortável para a mãe sem tensões nos ombros ou braços.

O que a maioria das mães costuma fazer é usar um par ou três de posturas durante a amamentação que são combinadas de acordo com as suas necessidades



Estar sentado no sofá ou em uma cadeira
Sinta-se confortável.
Coloque a cabeça do seu bebê no antebraço, a mão nas costas, se a coloca debaixo do seu rabinho, o bebê fica demasiado alto.
Coloque o mamilo ao nível do nariz.

Lembra-te, ele está a atirar-se a ti, não você a ele.
Os lábios do bebê devem permanecer ambos virados para fora
O nariz e o queixo devem tocar no peito enquanto estão a chupar, e não, não sufocam, se precisarem de respirar, movem a cabeça para trás, por isso é importante que não tenham nada na altura da cabeça que os impeça de este movimento.



- O corpo do bebê passa por baixo do braço da mãe e os pés apontam para as costas.
- A mãe ficará mais confortável deitada.
- Esta posição é muito útil para drenar os ductos encontrados na face externa das mamas e, assim, prevenir, ou curar, possíveis bloqueios ou mastite.
- Altamente recomendado em partos por cesariana, uma vez que evita o peso na área.



- Semi-deitada ou sentada com as costas reclinando-se para trás.
- A postura ventral, que também foi chamada de "postura biológica", e um contacto direto corpo a corpo, é o que todos os filhos de primatas adotam instintivamente. Ficou provado que os bebês humanos podem amamentar de forma eficaz e sem prejudicar a sua mãe nesta posição, mesmo que tenham alguma limitação mecânica da sucção.



CABALLITO

- Muito útil com bebés com problemas de fixação mecânica, seja retrognatia (maxilar inferior curto ou retraído) ou outras causas.
- Ao inserir o peito na boca do bebé, o mamilo deve apontar "para cima" na direção do palato, de modo a que uma boa parte do peito fique apoiada no lábio inferior, facilitando a pega.



ACOSTADA

- Postura e posição frequentes facilitam o descanso da mãe.
- É especialmente útil se a mãe ainda tiver desconforto após o parto, especialmente se tiver sido submetida a uma episiotomia ou cesariana.



FIXAÇÃO DE SANDWICH PARA DIRECIONAR O MAMILO PARA O PALATO

POSIÇÃO DO RN



O corpo do seu bebé tem que ficar **alinhado**: linha reta imaginária da orelha a passar pelo ombro e a atingir a anca.



Se desenhar uma linha reta imaginária, deve sair desde o mamilo até a coroa.

PEGA

- **UMA BOA PEGA É A BASE DE UMA BOA LACTAÇÃO.**
- **UMA PEGA INCORRETA PODE CAUSAR PROBLEMAS:**
 - DOR AGUDA NA MAMA
 - FISSURAS E MASTITE
 - BAIXO GANHO DE PESO DO BEBÉ DEVIDO À MÁ TRANSFERÊNCIA DE LEITE
- ABRA A BOCA BEM ABERTA
- SE HOUVER UMA BOA PEGA, O BEBÉ MAMA DE FORMA MAIS EFICAZ EM MENOS TEMPO.
- A LÍNGUA DEVE ESTAR ABAIXO DO MAMILO QUE FAZ PARTE DA AREOLA.

SINAIS DE BOA PEGA

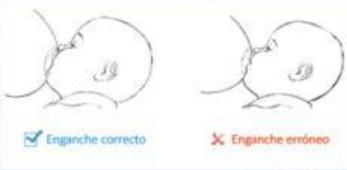
- SEM DOR
- NARIZ E QUEIXO DO BEBÊ PRESOS A MAMA
- BOCA MUITO ABERTA E LÁBIOS SEMPRE CANSADOS
- BOCHECHAS ARREDONDADAS
- PESCOÇO DO BEBÊ DEVE SER ESTICADO E RETO
- DEVE PEGAR O MAMILO E PARTE DA AREOLA.
- O MAMILO É ESTICADO DEPOIS DE TOMAR



LACTANCIA NUNCA DÓ!!!

SINAIS DE MÁ PEGA

- NÃO HÁ UM ADEQUADO GANHO DE PESO (+/- 20GR/DIA)
- O BEBÊ QUER ESTAR CONSTANTEMENTE NA MAMA E NUNCA LA DEIXA SPONTANEAMENTE.
- MAMA AFUNDANDO AS BOCHECHAS, COMO CHUPANDO UM CANUDO
- O MAMILO SAE DA SUA BOCA DEFORMADO OU SEM COR

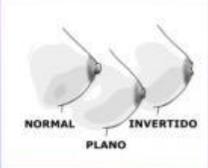


Enganche correcto Enganche erroneo

QUE FAZER SE NÃO FAZ UMA BOA PEGA.

1. TENTAR FAZÊ-LO AGARRAR POR SI MESMO:
 - DESPE-TE DA CINTURA PARA CIMA, SENTA-TE E DEIXA O CORPO DO TEU BEBÊ DEITADO NO TEU, VAI SENTIR-SE ESTÁVEL E SEGURO.
 - DEIXA O BEBÊ APENAS COM A FRALDA EM MEIO AS MAMAS.
 - O BEBÊ NÃO SE DEVE SENTIR DESCONFORTAVEL DURANTE O PROCESSO É IMPORTANTE QUE OLHES PARA ELE E FALES COM ELE, ENCORAJE-O E TRANQUILIZE-O SE ELE FICAR ZANGADO...
2. TENTE APERTAR O MAMILO COMO UMA SANDWICH NA BOCA, FACILITANDO A PEGA.
3. PODERA EM SITUAÇÃO EXTREMA SIM NECESITAR, RECORRER AO MAMILO DO SILICONE DO SEU TAMANHO, MAIS SEMPRE COM ACONSELHAMENTO DE UM ENFERMEIRO QUE FAZ SUA REMOÇÃO APOS PEGA EFICAZ.

TIPOS DE MAMILOS



- OS MAMILOS LISOS OU INVERTIDOS NÃO DEVEM SER UM PROBLEMA PARA AMAMENTAR, UMA VEZ QUE OS BEBÉS NÃO MAMAM DO MAMILO, MAMAM NA AREOLA.
- DEPOIS DE ALGUNS DIAS DE LACTAÇÃO, É MUITO PROVÁVEL QUE FIQUEM PARA FORA MESMO ENTRE MAMADAS.

NOS MAMILOS PLANOS A TÉCNICA DA SERINGA É AMPLAMENTE UTILIZADA, MAS SÓ É FEITA COM SUPERVISÃO E DESDE QUE NÃO HAJA DOR



O QUE FAZER QUANDO HÁ UM MAMILO PLANO OU INVERTIDO

- CONFIE NA SUA CAPACIDADE DE ALIMENTAR O SEU FILHO. SUAS MAMAS SÃO VÁLIDAS!
- INÍCIO PRECOCE DA LACTAÇÃO NO PÓS-PARTO IMEDIATO: AS PRIMEIRAS DUAS HORAS.
- OS MAMILOS SAEM COM O FRIO, POR ISSO MOVA-O COM UM POUCO DE ÁGUA FRIA ANTES OU CHUPE COM UMA BOMBA DE LEITE.
- SUGESTÕES PARA A PRIMEIRA PEGA:
 - POSTURA BIOLÓGICA
 - ESTIMULA O CANTO DO BEBÊ COM UM DEDO PARA
 - ABRA A BOCA COMO SE BOCEJASSE.
 - USE A TÉCNICA DE SANDWICH PARA INSERIR O SEU PEITO
 - MAMILO OLHANDO PARA O PALATO
- UMA VEZ COM UMA PEGA, SEGRE A PINÇA ATÉ QUE TENHA SIDO CRIADO UM VÁCUO SUFICIENTE.
- PRESSIONE COM O SEU DEDO INDICADOR E POLEGAR ATRÁS DA AREOLA PARA TIRÁ-LO DO COLOSTRO. (REMOÇÃO MANUAL DO COLOSTRO)
- NÃO CRIE INTERFERÊNCIAS OFERECENDO CHUPETAS, MAMILOS OU BIBERAO.

SE NÃO CONSEGUIRMOS QUE ELE AGARRE O PEITO DE ALGUMA FORMA, ELAS PODEM SER UMA SOLUÇÃO TEMPORÁRIA.



TÉCNICA SANDWICH

DOR E FISSURAS

- A AMAMENTAÇÃO NÃO CAUSA DOR, QUANDO A DOR APARECE É DEVIDO A QUALQUER PROBLEMA.
 - PROBLEMA MECÂNICO: AGARRE
 - PROBLEMA FUNCIONAL: RETROGNATHIA, UMAQUILOGLOSIA OU FRENILLO
 - PROBLEMA DA ALTERAÇÃO MICROBIANA OU INFEÇÃO DE MAMILOS E CANAIS
- AS FISSURAS SAEM QUANDO SUGAM APENAS DO MAMILO E NÃO FAZEM PARTE DA AREOLA.
- AS FISSURAS SÃO CAUSADAS POR UMA MÁ PEGA, O SEU TRATAMENTO PODE SER FEITO COM POMADAS.
- PODE NÃO SER ACONSELHADA A APLICAÇÃO DO PRÓPRIO LEITE PARA CURAR PORQUE SE HOUVER UMA ALTERAÇÃO BACTERIANA O PROBLEMA PODE SER AGRAVADO MAIS E UMA SITUAÇÃO POUCO FREQUENTE.

A ÚLTIMA RECOMENDAÇÃO DOS ESPECIALISTAS É A APLICAÇÃO DO AZEITE COM PROPRIEDADES ANTI-INFLAMATÓRIAS E BACTERIOSTÁTICAS.

- NÃO É ACONSELHÁVEL LAVAR O PEITO A CADA MAMADA, POIS AS GLÂNDULAS DE MONTGOMERY EXCRETAM UMA SUBSTÂNCIA SEBÁCEA QUE PROTEGE A PELE DA ARÉOLA E DO MAMILO.
- OS BEBÊS NASCEM COM A NARIZ ACHATADO , PARA PODEREM MAMAR SEM PROBLEMAS. SE O BEBÊ NÃO PUDESSE RESPIRAR, ELE SE SEPARARIA DO SEIO PARA ISSO, POR ISSO É IMPORTANTE NÃO SEGURAR A CABEÇA DO BEBÊ.
- TER DOR E FERIDAS NOS MAMILOS GERALMENTE ESTÁ ASSOCIADO A GANHO DE PESO INSUFICIENTE NO BEBÊ, POIS AMAMENTAR MAL, ALÉM DE SER DOLOROSO, PODE SER INEFICAZ.

MASTITE

- NÓDULO DURO E DOLORIDO EM ALGUM QUADRANTE DA MAMA, GERALMENTE NO QUADRANTE SUPERIOR QUE TOCA A AXILA.
- PODE SER ACOMPANHADO DE FEBRE BAIXA E MAL-ESTAR
- NÃO APLIQUE CALOR LOCAL: DESENCADEIA O CRESCIMENTO BACTERIANO
- MASSAJE A REGIÃO DURANTE A OPERAÇÃO COM UMA ESCOVA MACIA, COM MOVIMENTOS CIRCULARES, E EM DIRECÇÃO AO MAMILO.
- POSICIONE O BEBÊ PARA SUGAR DE FORMA QUE O QUEIXO FIQUE LOGO ACIMA OU NA DIRECÇÃO DA OBSTRUÇÃO.
- SE TIVER UMA MÃO LIVRE, MASSAJE A ÁREA AO REDOR E EM DIRECÇÃO AO MAMILO, ENQUANTO A CRIANÇA MAMA.
- APLICAR CALOR SECO



O QUE FAZER QUANDO HÁ MASTITE

- CONSULTE A PARTEIRA OU O MÉDICO. ELES RECOMENDARÃO ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANTIPIRÉTICOS PARA REDUZIR A FEBRE E A INFLAMAÇÃO.
- TOME PROBIÓTICOS ESPECÍFICOS PARA A AMAMENTAÇÃO.
- DESCANSE NA CAMA.
- DRENE AQUELE TÓRAX O MÁXIMO POSSÍVEL.
- SE NÃO HOUVER MELHORA EM 24 OU 48 HORAS, O MÉDICO PRESCREVERÁ UM ANTIBIÓTICO ADEQUADO, COMPATÍVEL COM A AMAMENTAÇÃO.
- CONTINUE A AMAMENTAR NA MAMA AFETADA



QUANDO HÁ MASTITE, O LEITE SE TORNA UM POUCO SALGADO NA MAMA AFETADA E ALGUNS BEBÊS O REJEITAM. NESTE CASO, É ESPECIALMENTE IMPORTANTE DRENAR COM UMA BOMBA TIRA-LEITE OU MANUALMENTE.



COLOSTRO

- COLOSTRO É UM ALIMENTO ÚNICO ADAPTADO ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DE UM RECÉM-NASCIDO.
- QUANDO UM BEBÊ NASCE, O COLOSTRO É SUFICIENTE.
- A PRIMEIRA FUNÇÃO DO COLOSTRO PARA O BEBÊ É PROTEGER E, A SEGUNDA, ALIMENTAR
- AS QUANTIDADES SÃO SEMPRE MÍNIMAS E PERFEITAMENTE ADAPTADAS À CAPACIDADE DO ESTÔMAGO DO BEBÊ
- É AMARELO OU LARANJA PELA QUANTIDADE DE VITAMINAS COMO BETA-CAROTENOS QUE TÊM UM EFEITO ANTIOXIDANTE NAS CÉLULAS BEBÊS.
- COMPOSIÇÃO ÚNICA QUE O FAZ PARECER MUITO COM O SANGUE, É UM COCKTAIL IMUNOLÓGICO, UMA PRIMEIRA VACINA ESPECIAL E ÚNICA.

 **COLOSTRO PASSA PARA LEITE DE TRANSIÇÃO ÀS 48H-72H**

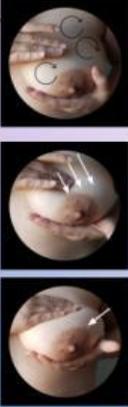
REMOÇÃO MANUAL DO COLOSTRO

- ESTA TÉCNICA DE EXTRAÇÃO MANUAL PERMITE-NOS EXTRAIR LEITE DE FORMA PRÁTICA E SEGURA
- MELHORA O NOSSO CONHECIMENTO DOS NOSSOS SEIOS E EVITA A NECESSIDADE DE USAR EXTRATORES ELÉTRICOS
- DOIS PARTES:
 1. A MÃE ESTIMULA A MAMA PARA FAZER O REFLEXO DE EJEÇÃO MAIS FACILMENTE
 2. MOVIMENTOS SÃO FEITOS PARA EXTRAIR O LEITE.

 **O LEITE NÃO SAI DO MAMILO, SAI PELO MAMILO.**



PRIMEIRA FASE: ESTIMULAÇÃO



- COMECE POR MASSAJAR COM MOVIMENTOS CIRCULARES COM OS DEDOS NO MESMO PONTO SEM OS DESLIZAR SOBRE A PELE, PRESSIONANDO A MAMA EM DIREÇÃO ÀS COSTELAS.
- ESFREGUE SEM PRESSIONAR DE CIMA PARA O MAMILO.
- INCLINE-SE PARA A FRENTE ABANANDO LIGEIRAMENTE O PEITO, A GRAVIDADE E ESTE MOVIMENTO AJUDARÁ.

 **MASSAGEM + ESFREGAR + SACUDIR**

SEGUNDA FASE: EXTRAÇÃO



- COLOQUE O POLEGAR E O DEDO INDICADOR CERCA DE 3-4 CM ATRÁS DO MAMILO (NÃO TEM DE COINCIDIR COM A EXTREMIDADE DA AREOLA) EM FORMA DE "C" COM A MÃO. TENS DE SENTIR QUE ESTÁS A SEGURAR A MAMA COM A MÃO.
- EMPURRE O PEITO COM OS DEDOS PARA TRÁS, PARA AS COSTELAS. NÃO SEPRE OS DEDOS, NEM OS MOVA NA PELE, MANTENHA A FORMA C COM A MÃO.
- COMPRIMA LIGEIRAMENTE O POLEGAR E O DEDO INDICADOR NO MAMILO, SEM ESCORREGAR SOBRE A PELE. NESSA ALTURA, AS PRIMEIRAS GOTAS DE LEITE DEVEM APARECER NO MAMILO.

 **TEM QUE SER PACIENTE E PRATICAR.**

USO DE PEZONERAS



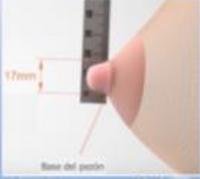
1. HUMEDECIDO

2. PUXAR AS ASAS

3. PRESSIONE O FUNIL PARA FAZER EMPUS

4. COLOCA

É IMPORTANTE QUE O TAMANHO DO PEIXE SEJA O ADEQUADO



17mm

Base del peixón

DÚVIDAS FREQUENTES

- NÃO TENHO LEITE!
- QUANDO DEVO COLOCÁ-LO NA MAMA?
- QUANTAS HORAS TEM PARA AMAMENTÁ-LO?
- QUANTO TEMPO TENHO DE O TER NA MAMA?
- DOU 1 MAMA OU 2 MAMAS?? QUAL MAMA DOU AO BEBE??

QUE DÚVIDAS TEM?



**MUITO OBRIGADA PELA
SUA ATENÇÃO**

Apéndice IX- Aula "TRABAJO DE PARTO Y PARTO"



PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

PARTO E TRABALHO DE PARTO

Verónica López Orta (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESES/D da Universidade de Évora)
Patrícia Jerónimo (EESMO USF LEVANTE)
Orientadora pedagógica Professora M^ª da Luz Barros

Outubro, 2020

OBJETIVOS TRANSMITIR INFORMAÇÃO SOBRE:

- INDICADORES DE PROXIMIDAD DEL PARTO
- PRÓDROMOS
 - COMO SABER SE ESTOU A PERDER LIQUIDO
- TRABALHO DE PARTO E PARTO
 - DILTAÇÃO
 - EXPULSIVO
 - DEQUITADURA
- TECNICAS DE CONFORTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO
- ALIVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO
- POSICIONAMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PERIODO EXPULSIVO

INDICADORES DE PROXIMIDAD DEL PARTO

1. A CABEÇA DO BEBÊ ENCAIXA NA BACIA
2. ABDOMEN BAIXA



DESCENSO DEL BEBÉ
Se encajará en la pelvis con la cabeza hacia abajo



3. AUMENTA A QUANTIDADE DE FLUXO

PRÓDROMOS

- ETAPA NA QUE A MULHER PODE TER CONTRAÇÕES LEVES E IRREGULARES QUE DESAPARECEM QUANDO DESCANSA OU REPOSIONA. ESTAS SÃO AS CHAMADAS **CONTRAÇÕES BRAXTON HICKS**.
- O PERÍODO DAS PISTAS DE CORRIDA É UMA FASE QUE PODE SER LONGA, EM QUE AS CONTRAÇÕES SÃO IRREGULARES NO TEMPO E INTENSIDADE, E A MULHER É INCAPAZ DE DETERMINAR SE ESTÁ OU NÃO EM TRABALHO DE PARTO, PODE DURAR HORAS OU DIAS.

EXPULSAO DA ROLHA MUCOSO

CONTRAÇÕES

Parto (regra 5:1:1)
5 min. entre contrações que duram
1 min. por 1h

Braxton-Hicks:
Geralmente são curtos
Não são dolorosos.
Não ocorrem em intervalos regulares.
Não acompanhado de hemorragia,
perda de líquido ou diminuição do
movimento fetal



EXPULSAR EL TAPÓN
Es expulsión mucosa en cervix, usualmente roja y gelatinosa



TAPÓN MUCOSO



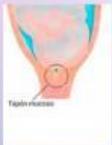
CONTRACCIONES
Ve al hospital cuando se produzcan cada 5 min



5:1:1



RUTURA DE BOLSA



TAPÓN MUCOSO



ROMPER AGUAS
Si rompes la bolsa de aguas, acudir al hospital.

COMO SABER SE ESTOU A PERDER FLUIDO



1 ORINA para vaciar la vejiga → **2 PAÑO** colócate un paño oscuro en la braguita → **3 PASEAR** sal a pasear 30 min

AL REGRESAR ...



FLUJO
Si ves restos de flujo blanquecino y espeso es flujo vaginal.

URINA
Si el paño está húmedo, es amarillento y huele a orina, se trata de pérdida de orina.

LÍQUIDO
Si está húmedo pero no tiene olor ni color, estás perdiendo líquido amniótico.

<https://dospediatrasencasa.org/>

DEVO IR AO HOSPITAL?

QUEBRA DE SACO	CONTRAÇÕES	EXPULSÃO DO ROLHAO MUCOSO
		
SI	DEPENDE	NO

QUANDO IR AO HOSPITAL

SINAIS DE ALERTA

- ROTURA DA BOLSA
- CONTRAÇÕES REGULARES 5:1:1
- SANGRAMENTO COMO UMA MENSTRUACÃO
- O BEBÉ NÃO SE MEXE.



TRABALHO DE PARTO E PARTO

O PARTO TERÁ LUGAR NORMALMENTE ENTRE A SEMANA 37 E A 42.

UMA MULHER ESTÁ EM TRABALHO DE PARTO QUANDO:

- O SEU COLO DO ÚTERO É DE PELO MENOS 50%.
- É DILATADO POR PELO MENOS 3 - 4 CM.
- DINÂMICA UTERINA REGULAR (5:1:1) 5 min. entre contrações que duram 1min. durante 1h
- RUTURA DE BOLSA

SÓ QUANDO ESTAS CIRCUNSTÂNCIAS OCORREREM É QUE SE PODE DIZER QUE O PARTO COMEÇOU E FAZ SENTIDO A ADMISSÃO À MATERNIDADE.

DILATAÇÃO

- A DILATAÇÃO É O PROCESSO DE AUMENTO DO DIÂMETRO DO COLO DO ÚTERO NECESSÁRIO PARA QUE O CORPO DO BEBÊ SAIA ATRAVÉS DELE. A DILATAÇÃO É MEDIDA EM CM. ESTE PERÍODO TERMINA QUANDO O COLO ATINGE OS 10 CM.
- A DINÂMICA DE CONTRAÇÃO ADEQUADA SERIA AQUELA COM A QUAL HÁ UM AUMENTO DA DILATAÇÃO, QUE É "SUPPORTÁVEL" PARA AS MULHERES E QUE NÃO PÕE EM RISCO O BEM-ESTAR FETAL.
- O RITMO, FREQUÊNCIA E DURAÇÃO, NÃO HÁ UM PADRÃO RÍGIDO ESTABELECIDO PORQUE CADA NASCIMENTO É DIFERENTE, NA MESMA DINÂMICA ALGUMAS MULHERES DILATAM RAPIDAMENTE, ENQUANTO NOOUTRAS A DILATAÇÃO ABRANDA.

DILATACIÓN CERVICAL

(Guía Visual)

2 cm = 10 Centimos	
4 cm = Oreo	
6 cm = Lata de Refresco	
8 cm = Donut	
10 cm = Rollo de Papel Higiénico	

Cuello del útero sin borrar ni dilatar

Cuello del útero borrado al 50% y no dilatado

Cuello del útero borrado al 100% y dilatado 3 cm.

Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

EXPULSIVO

- A 7-8 CM DE DILATAÇÃO A ATITUDE FÍSICA E PSICOLÓGICA DA MULHER DO PARTO MUDA. É QUANDO A FASE DE EXPULSÃO COMENÇA .
- O INÍCIO CHEGA COM A DILATAÇÃO COMPRETA OU QUANDO A CABEÇA DO BEBÉ É VISÍVEL, E TERMINA COM O NASCIMENTO DO BEBÉ.
- SÓ HÁ UMA MANEIRA DE SABER QUE UMA MULHER ESTÁ EM DILATAÇÃO COMPRETA É ATRAVÉS DE UM TOQUE VAGINAL.
- NOS NASCIMENTOS FISIOLÓGICOS HÁ OUTROS SINAIS DE QUE ESTÁ A TER UM MOMENTO EM QUE:
 - APARECE UMA SENSAÇÃO SUBJETIVA DE QUERER EMPURRAR.
 - MUITAS VEZES AS MEMBRANAS OU SACO FAZ UMA ROTURA ESPONTANEAMENTE SE PERMANECEREM INTACTAS.

FASES DE EXPULSÃO

HÁ DUAS FASES DISTINTAS DE EXPULSÃO:

- **PRIMEIRA FASE NÃO ATIVA OU PRÉ-IMPULSIVA.**, A MULHER NÃO SENTE A NECESSIDADE DE EMPURRAR PORQUE O BEBÉ NÃO DESCEU O SUFICIENTE

Nesta fase é aconselhável esperar que a cabeça baixe pelo efeito das contrações para facilitar a descida da cabeça e rodar para acomodar a os espaços da pélvis, é suficiente para a mulher se mover livremente.

Não precisas de forçá-lo a avançar mais cedo.

- **A SEGUNDA FASE É A DO EJETOR ATIVO**, EM QUE A MULHER SENTE A NECESSIDADE DE EMPURRAR.

A mulher vai sentir uma forte pressão na área do reto, são pressões fortes com a sensação de querer ir à casa de banho. Os esforços do puja são muitas vezes curtos e eficazes, mas incontroláveis.

COMO EMPURRAR O EXPULSIVO?

- As mulheres frequentam aulas de preparação ao parto à espera de serem "ensinadas" a empurrar. No entanto, quando chega a altura, as mulheres sabem instintivamente como fazê-lo, desde que as nossas sensações não sejam anuladas por causa da **epidural**.
- Os **pujos espontâneos** têm-se mostrado mais eficazes do que os **dirigidos**, no parto não deve ser oferecido sem sentir a necessidade de empurrar.
- Os pujos de **glottis abertos** (libertando ar ao empurrar) são mais eficazes do que **glottis fechados** (segurando a respiração enquanto empurra).
- Apesar disso, as mulheres ainda são instruídas na realização da **manobra valsaiva** em algumas classes e centros. Esta forma de empurrar é perigosa por duas razões:
 - Para o bebé porque diminui a ingestão de oxigénio
 - Para a mãe, porque causam mais danos no chão pélvico.

MOVIMENTOS DO BEBÊ NA EXPULSÃO

Com estes esforços de pujo, a cabeça do bebê desce pela pélvis da mãe, girando e acomodando-se aos seus diâmetros. Esta fase é chamada coroação
É nesse momento que as mulheres podem sentir uma sensação de queimadura na zona da vulva, o "anel de fogo"; a pele do perine é esticada ao máximo para dar lugar ao bebê com o mínimo de ferimentos possível.

ENCAIXAMENTO
DESCIDA
FLEXÃO



ROTAÇÃO
INTERNO



EXTENSÃO



ROTAÇÃO
EXTERNA



EXPULSÃO



DURAÇÃO DA EXPULSÃO

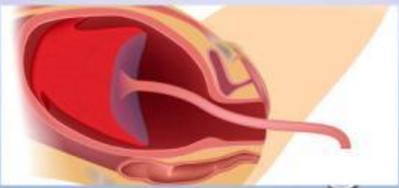
De acordo com o "guia de prática clínica do ministério da saúde sobre os cuidados normais de parto", a duração da expulsão pode variar consoante a mulher (seja o seu primeiro parto ou não), e se utiliza ou não analgesia epidural, como se reflete na tabela seguinte:

Observa-se que a ejeção é geralmente mais curta nos segundos e subsequentes nascimentos, e que o uso de epidural a prolonga.

	Fase pasiva	Fase ativa	Total expulsivo
PRIMÍPARAS			
Con epidural	2 h	2 h	4 h
Sim epidural	2 h	1 h	3 h
MULTÍPARAS			
Con epidural	2 h	1 h	3 h
Sim epidural	1 h	1 h	2 h

DEQUITADURA

- O PARTO NÃO TERMINA QUANDO O BEBÊ NASCE. DEPOIS DA SAÍDA, A PLACENTA PRECISA DE SER ILUMINADA.
- A PLACENTA GERALMENTE SAI DEPOIS QUE O CORDÃO UMBILICAL PARA DE BATER E ISSO PODE OCORRER LOGO APÓS O NASCIMENTO DO BEBÊ, GERALMENTE 10 A 30 MINUTOS DEPOIS
- **EXTRAÇÃO ATIVA DA SAÍDA DA PLACENTA**, OU SEJA, COLOCANDO 5-10 UNIDADES DE OXITOCINA



TECNICAS DE CONFORTO DURANTE EL TRABALHO DE PARTO

- LIBERDADE MOVIMENTOS:
- ANDAR
- SENTAR
- USAR A BOLA
- MOVER A PÉLVIS
- POSIÇÃO DE CUATRO APOIOS
- DUCHE



ALIVIO DA DOR NA TRABALHO DE PARTO

- MASSAGEM DA REGIÃO LOMBAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO
- CRIOTERAPIA: APLICAÇÃO EM FORMA DE CINTO NA PARTE INFERIOR LOMBAR REDUZ A DOR E MELHORA A TOLERÂNCIA ÀS CONTRAÇÕES UTERINAS E TAMBEM AGUANDO O PERIODO EXPULSIVO



ACUPUNTURA

REBOZO

OXIDO NITROSO
(no H. Faro ainda não ha)

MUSICOTERAPIA
AROMATERAPIA

A EPIDURAL

- O QUE É A ANESTESIA EPIDURAL ?

A anestesia epidural é uma anestesia local que bloqueia a dor numa região específica do corpo. O objetivo da epidural é aliviar a dor, na anestesia bloqueia os impulsos nervosos da espinal medula inferior resultando numa diminuição da sensação na parte inferior do corpo.

Há hospitais que incentivam o uso de epidurais de baixa dose (epidural ambulante) que permitem um grau bastante aceitável de alivio da dor, mesmo que não o eliminem completamente, sem bloqueio motor ou sensorial excessivo.

Notar a sensação de pressão da cabeça do bebé no canal de nascimento é uma boa indicação de quando é a hora certa para fazer força. Caso contrário, a mulher depende dos profissionais que cuidam dela q que lhe digam qando tem de fazer os esforços expulsivos.

No Algarve ainda não

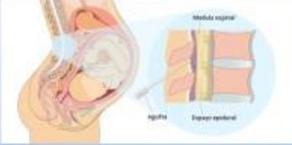


• EM QUE CONSISTE A EPIDURAL?

A epidural consiste na colocação de um cateter fino, conduzido através de uma agulha condutora, num espaço entre duas membranas

Este procedimento tem como objetivo bloquear as vias sensitivas, através da injeção de um anestésico neste espaço, junto das inserções neuronais, ao nível das vértebras L3 e L4

O alívio da dor é conseguido com os mínimos efeitos secundários possíveis.



COMO É ADMINISTRADA UMA EPIDURAL?

Fluidos intravenosos poderão ser da administração da epidural.

A epidural será administrada por um anestesiológista: ser-lhe-á pedido para arquear as costas e para permanecer imóvel deitada no seu lado esquerdo ou sentada; esta posição é vital para prevenir problemas e aumentar a eficácia da própria epidural.

Uma substância antiséptica será utilizada para limpar a linha da cintura diminuindo a hipótese de infeção.

Uma pequena parte das suas costas será injetada com um pouco de anestesia local para ser adormecida.

De seguida, na parte inferior das costas, será inserida uma agulha na área dormente. Um pequeno tubo ou cateter é inserido, enrolando-o à volta da agulha até ao espaço epidural.

Agulha é cuidadosamente removida deixando o cateter no local para que a medicação seja ministrada através de injeções periódicas ou através da infusão contínua. O cateter será fixado às suas costas com adesivo, para impedir a sua remoção.



• BENEFÍCIOS DA ANESTESIA EPIDURAL

ALIVIA O DESCONFORTO DO PARTO E PERMITE DESCANSAR.

PERMITE UMA PARTICIPAÇÃO DA MULHER ATIVA NO PARTO.

SE TIVER UM PARTO POR CESARIANA, UMA EPIDURAL PERMITIR-LHE-Á FICAR ACORDADA, E NO RECOBRO, AJUDARÁ NO ALÍVIO DA DOR.

ADMINISTRADA NA HORA CERTA HÁ MUITAS VECES QUE "MEIORA" A DILATAÇÃO.

• DESVANTAGENS DA ANESTESIA EPIDURAL

A EPIDURAL PODERÁ FAZER COM QUE A SUA PRESSÃO SANGUÍNEA DESÇA SUBITAMENTE E SERÁ TRATADA COM FLUIDO INTRAVENOSO E MEDICAÇÃO.

PODERÁ EXPERIENCIAR UMA DOR DE CABEÇA SEVERA DEVIDA A UMA FUGA DO FLUIDO ESPINAL. SE PERSISTIR PODERÁ SER-LHE ADMINISTRADA UMA INJEÇÃO DO SEU SANGUE NO ESPAÇO EPIDURAL, PARA ALIVIAR A DOR DE CABEÇA OU OFRECER CAFÉ.

PODERÁ EXPERIENCIAR OS SEGUINTE EFETOS SECUNDÁRIOS: TREMORES, ZUMBIDOS NA AUDIÇÃO, DORES DE COSTAS, DOR NO LOCAL ONDE A AGULHA ESTIVER INSERIDA, NÁUSEA OU DIFICULDADE EM URINAR.

DURANTE ALGUMAS HORAS DEPOIS DO PARTO PODERÁ SENTIR A PARTE INFERIOR DO CORPO DORMENTE, E PODERÁ NÃO CONSEGUIR ANDAR SEM AJUDA.

• EFEITOS SECUNDÁRIOS NO BEBÊ

PERDA DE PESO MAIOR NOS PRIMEIROS DIAS POR EXCESO DE FLUIDOS NA MÃE.

ALGUNS DOS MAIS SIGNIFICATIVOS E BEM DOCUMENTADOS EFETOS SECUNDÁRIOS PARA O BEBÊ POR NASCER (FETO) E PARA O RECÉM-NASCIDO ADVÊM DOS EFETOS SOBRE A MÃE. ESTES INCLUEM EFETOS SOBRE A SUA ORQUESTRAÇÃO HORMONAL, TENSÃO ARTERIAL, E REGULAÇÃO DE TEMPERATURA.

ALTERAÇÕES MAIS GRAVES, E O SOFRIMENTO FETAL QUE ESTAS POSSAM REFLECTIR, PODEM EXIGIR UMA CESARIANA DE URGÊNCIA.

POSICIONAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

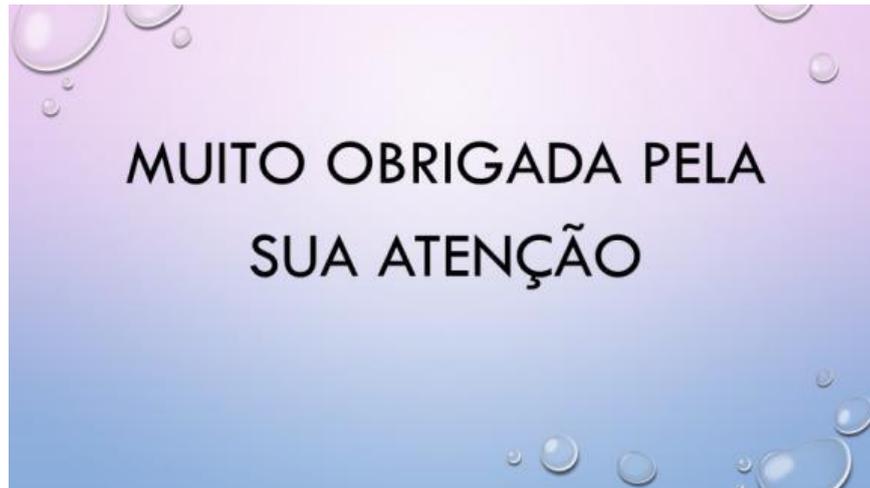


AQUI ESTÃO ALGUMAS DAS POSIÇÕES QUE PODEM SER TOMADAS DURANTE O PARTO, MAS CERTAMENTE O MELHOR É NORMALMENTE AS POSIÇÕES VERTICAIS:

- EM PÉ
- AGACHAMENTO
- SEMI-SENTADO

EM CASO EPIDURAL TAMBÉM PODEMOS ESCOLHER DIFERENTES POSIÇÕES PARA NOS COLOCAR

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.



Apéndice X – Aula “CUIDADOS BÁSICOS AL RECIÉN NACIDO”



PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

CUIDADOS BÁSICOS AO RECIÉM NASCIDO

Verónica López Orta (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESESJD da Universidade de Évora)
Patrícia Jerónimo (EESMO USF LEVANTE)
Orientadora pedagógica Professora M.ª da Luz Barros

Setembro, 2020

OBJETIVOS TRANSMITIR INFORMAÇÕES SOBRE:

- PRIMEIROS CUIDADOS BÁSICOS AO RN: CONTACTO PELE A PELE
- CUIDADOS DO RN NO HOSPITAL
- CUIDADOS AO RN EM CASA: NECESSIDADES FISIOLÓGICAS DOS RECÉM-NASCIDOS
 - ALIMENTAÇÃO
 - ELIMINAÇÃO
 - HIGIENE
 - SONO E DESCANSO
 - NECESSIDADE AFETIVA: CONTACTO
 - NECESSIDADE DE SEGURANÇA

MOMENTO DO NASCIMENTO PRIMEIROS CUIDADOS BÁSICOS AO RN: CONTACTO PELE A PELE

- PROPORCIONA UMA SENSÇÃO DE CALMA E SEGURANÇA PARA A MÃE E RN
- PROMOVE O ESTABELECIMENTO DA LIGAÇÃO MÃE-RN
- AJUDA A REGULAR A TEMPERATURA DO RN
- PERMITE TRANSMITIR SENSÇÕES ENTRE A MÃE-RN
- PROMOVE O ESTABELECIMENTO DO ALEITAMENTO MATERNO



CUIDADOS DO RN NO HOSPITAL

- PROFILAXIA OFTALMOLOGIA: pomada antibiótica para evitar conjuntivite neonatal
- VITAMINA K: prevenção do sangramento

Peso 2500-4000g (perda até 10% os primeiros dias)
Talla 48-52cm
Tº 36,5-37,5°C

- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

- TESTE DO PETINHO entre 3-6º dia de vida para deteção precoce de:
 - hipotiroidismo congénito
 - fenilketonúria
 - fibrose cística



CUIDADOS AO RN EM CASA

NECESSIDADES FISIOLÓGICAS DO RECÉM-NASCIDO

- Alimentação
- eliminação
- Higiene
- sono e descanso
- Necessidade afetiva: contato
- Necessidade de segurança

ALIMENTAÇÃO DO RN

- O leite materno é alimento ideal para as crianças. Durante os primeiros 6 meses de vida, uma criança só precisa de leite. A partir dessa idade, é aconselhável iniciar a introdução de outros alimentos, continuando com a amamentação, para completar a dieta e atender às suas necessidades nutricionais. Até ao primeiro ano de idade, o leite é o seu alimento principal, por isso pode ser preferível amamentá-lo do que o resto dos alimentos para se certificar de que bebe o leite de que precisa.
- Os bebés alimentados com leite materno têm menos constipações, bronquiolite, pneumonia, diarreia, otite, meningite, infeções urinárias, enterocolite necrotizante e síndrome de morte súbita infantil. A amamentação também reduz a probabilidade de desenvolver: asma, alergia, obesidade, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerosa e arteriosclerose ou enfarte do miocárdio.



FREQUÊNCIA E QUANTIDADE DE ALIMENTOS

- **AMAMENTAÇÃO**
Im está a pedido mas nos primeiros dias É necessário amamentar com frequência, cerca de 8 a 12 vezes em 24 horas.
O peito é oferecido assim que se observa que a criança está disposta a amamentar
Chorar é um sinal tardio de fome. Se o bebé estiver com sono, é aconselhável encorajá-lo a amamentar a cada duas ou três horas.

LACTANCIA ARTIFICIAL

A OMS recomenda a esterilização durante os primeiros meses (+/- 4m).
Só deve ser aquecida água e, em seguida, o leite em pó é adicionado.
A garrafa deve ser de plástico sem bpa ou de preferência em vidro



Não há tempo mínimo entre tomar e tomar.
Não mais do que 5 horas entre os primeiros dias.
Não mais de 3 horas entre os mamadas durante o dia
Desde que peça mais vezes à noite.

ELIMINAÇÃO DO RN

- URINA: escuro e concentrado nas primeiras 48 horas
- COCÔ:
 - mecônio 
 - TRANSIÇÃO: verde-amareladas
 - amamentação: consistência amarelada, suave, não mau cheiro. 
 - amamentação artificial: duro e odor. 



FRALDA/DIA
Urina 5-7/dia
Fezes 1 x mamada

SONO E DESCANSO DO RN

OS RN NORMALMENTE DORMEM ATÉ 20 HORAS, EM PERÍODOS DE 2 A 3 HORAS.

DORMIR NA CAMA DOS PAIS



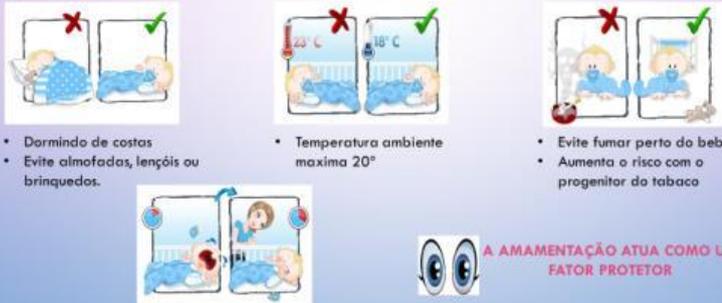
PRÁTICA NÃO ACONSELHADA EM PORTUGAL

- OS PAIS CONHECEM MELHOR O RECÉM-NASCIDO.
- AMAMENTAÇÃO MAIS CONFORTÁVEL.
- OS BEBÉS DESCANSAM E DORMEM MELHOR.
- OS RECÉM-NASCIDOS CHORAM MENOS.



O TABAGISMO DOS PAIS É UM FATOR DE RISCO PARA A SÍNDROME DA MORTE SÚBITA SE HOUVER CHOLECHO

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA MORTE SÚBITA INFANTIL



- Dormindo de costas
- Evite almofadas, lençóis ou brinquedos.
- Temperatura ambiente máxima 20°
- Evite fumar perto do bebê
- Aumenta o risco com o progenitor do tabaco
- Dormindo no quarto dos pais

A AMAMENTAÇÃO ATUA COMO UM FATOR PROTETOR

HIGIENE DO RN



BANHO

Água entre 35° e 37° e sabão ph neutro em pequena quantidade.

Evite correntes de ar e de ar frias.

Não há necessidade de tomar banho todos os dias e daremos banhos curtos para evitar a perda de calor.

Codon umbilical pode ficar molhado

Seque muito bem e hidrate o bebê com óleos ou leite corporal.

Não utilize toalhetes ou pomadas rotineiramente.

HIGIENE GERAL

As **orelhas** limpam apenas por fora.

Olhos, se necessário, usaremos gaze embebido em soro ou camomila.

Nariz se houver muco lavado com soro ou água do mar.

Vamos limpar os pregos, se for preciso.

Genitais: meninas: da frente para trás.
menino: não retire a pele dos glans

CUIDADOS COM O CORDÃO UMBILICAL

CURA ENTRE O 7° E O 15° DIA.

- MANTENHA-SE LIMPO E SECO.
- ÁGUA MORNIA E SABÃO NEUTRO.
- CUBRA COM GAZE OU DEIXE DESCOBERTO.
- QUANDO CAIR, LIMPAR DURANTE 2 OU 3 DIAS.



**VERMELHIDÃO
MÁ CHERO
NÃO SE CURA EM 15 DIAS.**

NECESSIDADE AFETIVA DO RN: CONTACTO

MASSAGENS

AS MASSAGENS RN SÃO UMA FORMA MARAVILHOSA DE CONTACTO E LINGUAGEM:

- REDUZEM O STRESS.
- MELHORAR O DESENVOLVIMENTO NEUROLÓGICO.
- PROMOVE A ESTIMULAÇÃO
- PODEMOS DAR-LHES A QUALQUER HORA DO DIA E PARA DIFERENTES FINALIDADES:

- ESTIMULAR
- ACALMANDO E PROMOVENDO O SONO
- MELHORANDO A CÓLICA INFANTIL



BANHO E MASSAGENS SHANTALA



- A FORMA ORIGINAL DA BANHEIRA SHANTALA PERMITE DAR BANHO AO BEBÉ EM POSIÇÃO FETAL, TAL COMO ESTAVA NO VENTRE DA MÃE
- É UMA POSTURA QUE LHE É FAMILIAR E MUITO CONFORTÁVEL, PARA ALÉM DE AJUDAR A ALIVIAR AS CÓLICAS.
- COMO FICA COM O TRONCO E OS OMBROS SUBMERSOS NA ÁGUA, O BEBÉ PERMANECE QUENTE DURANTE MAIS TEMPO.

VANTAGENS:

- Ajuda a relaxar e a aliviar as cólicas do bebé.
- Bordos arredondados para maior conforto e segurança.
- Ergonómica e compacta.
- Mantém a água quente durante mais tempo

NECESSIDADE DE SEGURANÇA DO RN

TRANSPORTE ERGONÓMICO OU BABY WEARING

VANTAGENS PARA O BEBÉ:

1. FORNECE DO SEGURANÇA
2. TRANQUILIDADE
3. MELHORA A QUALIDADE DO SEU SONO
4. A POSTURA ERGONÓMICA MELHORA O SEU BEM-ESTAR FÍSICO
5. NO CORPO MATERNO, OS SISTEMAS DO BEBÉ FUNCIONAM DA MELHOR FORMA: TERMOREGULAÇÃO, SISTEMA DIGESTIVO, SISTEMA CIRCULATÓRIO, SISTEMA RESPIRATÓRIO, ETC...
6. PROMOVE O ALEITAMENTO MATERNO

VANTAGENS PARA OS PAIS:

1. MELHORA A SUA QUALIDADE DE VIDA
2. O CONTACTO FÍSICO REFORÇA OS LAÇOS
3. AUMENTO DA AUTONOMIA E DA MOBILIDADE
4. PROMOVE O ALEITAMENTO MATERNO
5. PERMITE MAIS LIBERDADE DE MOVIMENTO

Formación sobre la pérdida gestacional y perinatal: percepción de los profesionales sanitarios.

- COLOCANDO O BEBÊ NA POSTURA FISIOLÓGICA
- COSTAS CRIANDO UMA "C" E PERNAS UM "M"
- APOIO PARA TODOS OS PONTOS NA PARTE DE TRÁS.
- A CABEÇA DO BEBÊ FIRMEMENTE, MAS SUAVEMENTE ENCOSTADA AO CORPO DO ADULTO.
- ABDÔMEN DO BEBÊ EM CONTACTO COM O CORPO DO ADULTO.
- ROSTO DE BEBÊ SEMPRE VISÍVEL.
- ADULTO PENDENTE DO CONFORTO DO BEBÊ.



Ergonomia

- OS PORTADORES ERGONÔMICOS DE BEBÊS REPRODUZEM A POSIÇÃO FISIOLÓGICA NATURAL DO BEBÊ. QUANDO SÃO RECÉM-NASCIDOS, É O MESMO QUE TINHAM NO ÚTERO. À MEDIDA QUE CRESCEM, ESTA POSIÇÃO MUDA POUCO A POUCO, MAS UM BOM PORTA BEBÊS ERGONÔMICO SERVIRÁ SEMPRE O BEBÊ, NÃO O BEBÊ AO PORTA BEBÊS.
- ESTA POSIÇÃO É O QUE COSTUMAMOS CHAMAR DE "POSIÇÃO DE RÃ": "COSTAS EM C" E "PERNAS EM M", EMBORA ENQUANTO CRESCEM A POSIÇÃO MUDA E O BEBÊ GANHA NO CONTROLO POSTURAL, OS JOELHOS PARAM DE IR TÃO ALTO PARA IR PARA O LADO, E A FORMA "C" DAS COSTAS EVOLUI PARA A FORMA "S" DOS ADULTOS.

Portabebês ergonômicos

CARACTERÍSTICAS QUE UM PORTADOR DE BEBÊS ERGONÔMICO REAL DEVE TER
O MAIS IMPORTANTE É, COMO DISSEMOS, QUE O PORTA BEBÊS É O QUE SE ADAPTA AO SEU BEBÊ E NÃO O CONTRÁRIO. ISTO RESULTA EM:

- O bebê vai em uma posição de rã, como se sentado em uma rede
- O peso da bebê repousa sobre o porteiro, não sobre o próprio bebê
- Segure o pescoço do bebê que não tem controlo postural
- Não força a abertura da anca do bebê (é do seu tamanho).
- O assento não é estreito e os bebês não penduram nos seus genitais.
- As costas do bebê estão presas. Não se mexe nem balança
- As costas não são rígidas nem direitas. Especialmente para bebês recém-nascidos.
- O centro de gravidade está bem estabelecido, não puxa a parte de trás do porteiro
- Nos recém-nascidos, é importante que seja feito de tecido fular. É o único dotilo suficiente para segurar a vértebra de volta à vértebra.

Tipos de porta bebés

- **FULAR TECIDO:** PODE SER USADO DESDE O NASCIMENTO, É A TÉCNICA MAIS VERSÁTIL MAS PRECISA.
- **FULAR ELÁSTICO:** PODE SER USADO DESDE O NASCIMENTO, PERMITE O NÓ ANTES DE COLOCAR O BEBÉ, MAS TEM UM LIMITE DE PESO ENTRE 9 E 15 KG.
- **BANDOLERA:** USE DESDE O NASCIMENTO, RÁPIDO A COLOCAR, SIMPLES MUDANÇA DE POSTURA E FÁCIL DE LACTAÇÃO. CARREGUE O PESO NUM OMBRO.
- **MEI TAI:** USO DESDE QUE O BEBÉ ESTÁ SOZINHO. SÃO CONFORTÁVEIS, SIMPLES POR E RÁPIDO
- **MOCHILA:** TECIDO FIRME COM CINTO E ALÇAS DE OMBRO CONFORTÁVEIS E ACOLCHADAS COM FECHO DE CLIQUE. USE DESDE QUE O BEBÉ COMEÇA A SENTAR-SE.

FULAR



BANDOLERA



MEI TAI

Em relação ao Mei Tai é um ponto medio entre um wrap tecido e uma mochila.
Tem como ponto positivo a melhor distribuição do peso do bebê, visto que o mesmo é amarrado nos ombros e na cintura dos cuidadores, coisa que não acontece com a bandolera.
Demanda tempo para ser colocado e requer certa habilidade e prática de quem o utiliza.
A grande diferença dele para o Wrap tecido é que o Mei Tai apresenta uma base mais larga, que é melhor para o apoio da criança e que ficará na mesma posição citada anteriormente.
Mei Tai comum é indicado para crianças de 6 meses em diante.
Mei Tai Evolutivo pode ser usado desde o RN, dependendo do fabricante.



MOCHILA



NECESSIDADE DE SEGURANÇA DO RN

SEGURANÇA NO CARRO

As estatísticas mostram que viajar de costas para a marcha é cinco vezes mais seguro do que de frente.

Os países que adotaram esta importante medida (países escandinavos) apresentam as menores taxas de mortalidade infantil rodoviária do mundo.

Qualquer criança deve andar de costas para a marcha pelo menos até os 4 anos de idade.

Com uma cadeira instalada ao contrário a cabeça, pescoço e costas estão alinhados no encosto e a força de impacto é absorvida pela própria cadeira, protegendo ao máximo as zonas mais vulneráveis da criança e reduzindo consideravelmente a pressão em seu torax e abdômen.



Em bebês, devemos levar em consideração três fatores:

- A proteção da área da cabeça**, precisamos de um bom grupo 0 com bons redutores. Podemos fazer o teste de "mão fechada".
- A reclinção no carro** deve ser apenas o suficiente para evitar que a cabeça caia para frente causando uma "asfixia postural".
- O tempo de uso**, sempre depende do tamanho do bebê, pode ser usado até que a cabeça saia para cima da cadeira

 **TODOS OS SISTEMAS DE CRIANÇA RETENÇÃO DEVEM SER APROVADOS. NÓS SABEMOS ISSO E ASSIM SE VOCÊ ENCONTRAR A ETIQUETA LARANJA NO VERSO, INDICANDO O PADRÃO DE REFERÊNCIA. VOCÊ DEVE VER A ECE 44/04 PADRÃO, MAS O I-SIZE R-129 É O MAIS RECENTE.**

 SENTIDO DE LA MARCHA RIESGO CONVENCIONAL

 SENTIDO INVERSO A LA MARCHA PARA UNA MAYOR SEGURIDAD

<http://www.acoctransarochasalvavidas.es>

CHORO NO RN

- CHORAR É A LINGUAGEM DO RECÉM-NASCIDO, EXPRESSAM DOR, FOME, NECESSIDADE DE AFETO, CALOR, ESTÍMULOS EM EXCESSO... UM BEBÊ NÃO CHORA PORQUE SIM, CHORA PORQUE PRECISA DE ALGUMA COISA E PODE SER O NOSSO CONTACTO.

NÃO DEIXE SEU BEBÊ CHORAR PORQUE ELE SENTIRÁ QUE ESTÁ SOZINHO E NINGUÉM ATENDE A SUA CHAMADA

MUITO OBRIGADA PELA SUA ATENÇÃO

Apéndice XI- Baby Led Weaning (BLW)

"Ninguém no mundo sabe a quantidade de comida que o seu filho precisa, salvo seu filho".

Carlos González-Rodríguez Pediatra e autor de livros sobre parentalidade, alimentação e saúde infantil.

O principal objetivo do método é incentivar a liberdade do bebé durante as refeições, estimulando o seu desenvolvimento e autonomia.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Verónica López Orta (estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESESJD da Universidade de Évora)
Sonia Marina Domingos Correia Fonseca EESMO HGO
Orientadora pedagógica Professora M^{te} da Luz Barros

BLW - passo a passo. Baby led weaning
Espanha



BLW
Baby-Led Weaning

O que é Baby-Led Weaning (BLW)

Pode ser entendido como "alimentação complementar liderada por bebés"

Os cuidadores deverão comprar os alimentos, confeccioná-los, prepará-los de acordo com a fase de desenvolvimento e disponibilizá-los.

Trabalham-se as áreas da confiança, autonomia e respeito

Implica respeitar e confiar na Evolução do bebé

O bebé aumentará progressivamente a ingestão de alimentos sólidos, ao mesmo tempo que os consumos de leite diminuirão, de acordo com as suas necessidades.

¿Quando começamos?

IMPORTANTE QUE O BEBÉ CUMPRA REQUISITOS BÁSICOS (seja para BLW ou para papas)

- 6 MESES** TER 6 MESES DE IDADE.
- SENTAR-SE SEM APOIO.**
- O bebé senta-se sem suporte e sem cair ao mover-se.
- NÃO MANTÉM REFLEXO DE EXTRUSÃO**
- É um mecanismo de segurança que protege ao bebé do engasgamento.
- INTERESSE PELA COMIDA.**
- O bebé mostra interesse pela comida e estica a mão à procura dela.

VANTAGENS

- Promove a mastigação, motricidade fina e coordenação motora.
- Aprendem a comer com segurança, apreciando o processo.
- O bebé faz parte das refeições em família.

DESVANTAGENS

- Método sujo
- Ausência de controlo sobre as quantidades ingeridas
- Incompreensão "familiar"

Apéndice XII- Porteo

"O contacto físico frequente aumenta a capacidade de resposta materna e promove a ligação segura entre as mães e os seus bebés."

Williams, L. R., & Turner, P. R. (2020). Experiencias con "Babywearing": ¿Equipo de crianza de moda o una herramienta de crianza en sintonía con el desarrollo?. *Children and Youth Services Review*, 112, 104918.

Este sistema de transporte assegura um contacto constante, de forma segura e respeitosa e o bebé adquire uma postura correta e adequada ao longo do seu crescimento.

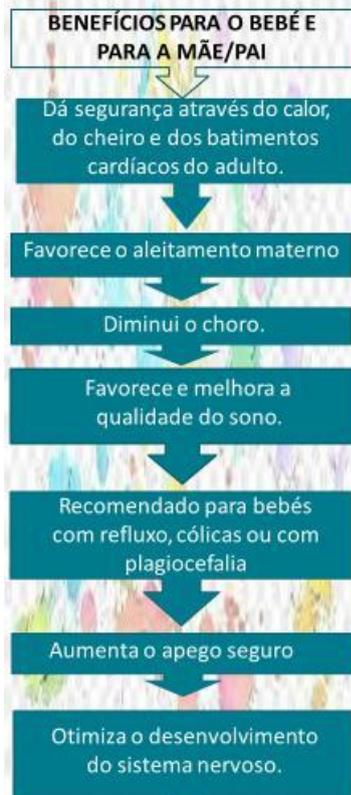
María Alejandra Delgado Delgado, Danny Yiseth Linares Hernández, Diana Alejandra Mueses López, Wulmer Alexander Panloja Caicedo, & Mg Diana Graciela Lagos Salas. (2020). Porteo: una alternativa de transportar para tus hijos. *Boletín Informativo CEI*, 7(2), 82-88.



Verónica López Orta
(estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESESJD da Universidade de Évora)

Sonia Marina Domingos
Correia Fonseca EESMO HGO
Orientadora pedagógica
Professora M^a da Luz Barros

Baby Wearing



O babywearing é uma excelente forma de fazer uma passagem delicada entre a vida intra-uterina e a vida extra-uterina



Há um porta-bebés adequado a cada família.
Procurem o vosso!!!



ANEXOS

Anexo I- Registro total de las experiencias referidas a lo establecido en la Directiva Europea

uovora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

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

Nome do Aluno VERÓNICA LÓPEZ ORTA Nº 41916

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	365
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) _____	40
• Participação activa em partos pélvicos _____	3
• Participação activa em partos gemelares _____	5
• Participação activa noutros partos _____	23
• Episiotomia _____	0
• Episiorrafia / perineorrafia _____	22
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez _____	122
• Trabalho de parto _____	44
• Puerpério _____	115
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	143
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	130
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	54
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	1

Rubrica Professor

Anexo III- Diploma formación maternidad en duelo



Formação sobre a perda gestacional e perinatal: percepção de los profissionais sanitarios.

Anexo IV- Hoja De Triage

 Hospital Particular do Algarve GRUPO HPASAÚDE	SISTEMA DE GESTÃO INTEGRADO QUALIDADE E AMBIENTE (SGIQA)		
	Triage de pacientes na Obstetrícia –		
	SAP		
	- Gambelas -		
	Código	Revisão	Data
	PQ-DCL-076	00	05-03-2018
	Elaboração	Validação	Aprovação
	Enfa. Patricia Sancho	Dra. Ivone Lobo	Direção Clínica

Triagem Obstétrica	Nível 1 (Ressuscitativa)	Nível 2 (Emergente)	Nível 3 (Urgente)	Nível 4 (Menos Urgente)	Nível 5 (Não urgente)
Tempo de Espera	Imediato	Até 15 minutos	Até 30 minutos	Até 60 minutos	Até 120 minutos
Critérios Parto	Parto iminente	Suspeita de parto pré-termo/ RPM abaixo das 37 semanas	Sinais de trabalho de parto acima de 37 semanas	Sinais de início de trabalho de parto/ REBA acima das 37 semanas	Desconfortos da gravidez
Critérios Hemorragia	Hemorragia vaginal ativa	Hemorragia associada com dor abaixo das 37 semanas	Hemorragia associada com dor acima das 37 semanas	Spotting	
Critérios Hipertensão Arterial	Convulsões	Hipertensão (160/110) e ou cefaleias, alteração visual; dor no hipocôndrio direito	Hipertensão (140/90) com ou sem sintomatologia		
Critérios Estado Fetal	CTG tipo 3 Ausência de Movimentos fetais	CTG tipo 2, Perfil biofísico alterado Diminuição de movimentos fetais			
Critérios Outros	Dor abdominal de início súbito Nível de consciência alterado Prolapso do cordão SDR Suspeita de Sepsis	Trauma major Alteração da respiração parto não planeado ou não assistido	Dor abdominal ou de costas maior que o esperado na gravidez Dor no flanco/hematúria Náuseas/vómitos e ou diarreia com suspeita de desidratação	Vigilância de ambulatório Trauma menor Náuseas/vómitos e ou diarreia Sinais de infeção (disúria, tosse, febre)	Qualquer coisa que não coloque em risco a mãe e o feto

Anexo V- Tipos De RCTG

 GRUPO HPASAUDE	SISTEMA DE GESTÃO INTEGRADO QUALIDADE E AMBIENTE (SGIQA)		
	CLASSIFICAÇÃO C.T.G		
	Código	Revisão	Data
	DC-DCL-91	01	19-05-2017
	Elaboração	Aprovação	
	Alexandre G. Dra. Ivone Lobo	Direção Clínica	

1. DEFINIÇÕES

Para uma actuação segura importa classificar os CTG de acordo com os critérios e respectivas categorias incluídas nesta Instrução de Trabalho.

2. RESPONSABILIDADES

Médico Obstetra – O médico deve classificar a tipologia do CTG em processo Clínico.

3. CLASSIFICAÇÕES CTG POR CATEGORIA

CATEGORIA I

FCF basal: 110 – 160 bpm

Variabilidade: Moderada

Acelerações: Presentes ou ausentes

Desacelerações: Sem desacelerações tardias variáveis ou prolongadas

CATEGORIA III

Ausência de variabilidade e qualquer um dos seguintes:

- Desacelerações tardias recorrentes;
- Desacelerações variáveis recorrentes;
- Bradicardia.

Padrão sinusoidal

Fortemente preditivo de *status acido-base anormal* do feto na altura da observação, talvez não 100% preditivo, mas o suficiente para requerer intervenção imediata.

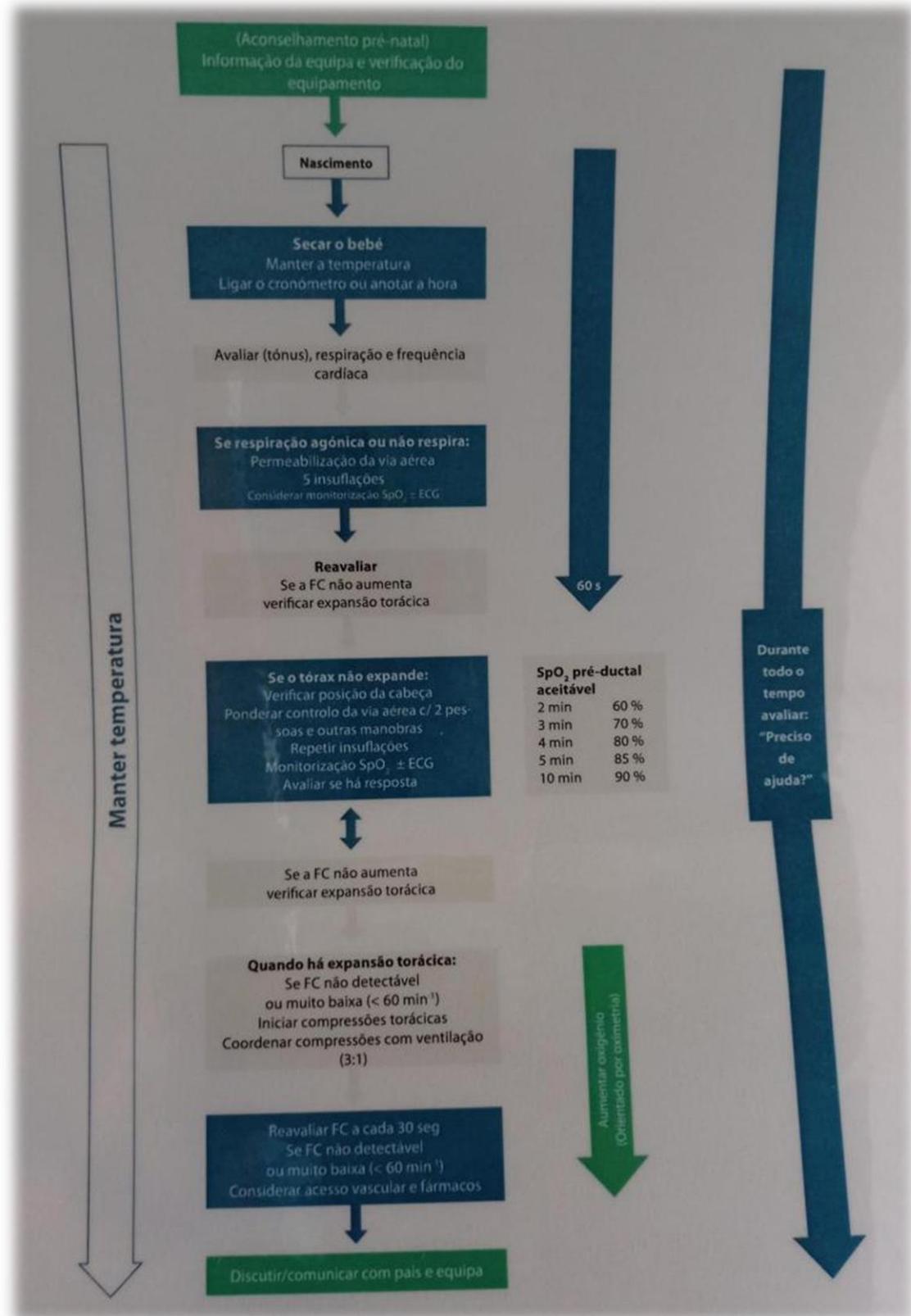
CATEGORIA II

Inclui todos os traçados não categorizados como I ou III.

São considerados indeterminados porque não conseguem determinar a presença de um status ácido-base fetal anormal.

Se as acelerações ou variabilidade moderada estão presentes, o traçado categoria II é preditivo de *ausência de acidemia fetal* na altura da observação.

Anexo VI- Reanimación Neonatal



Anexo VII- Criterios De Inducción Y Protocolo P.O

Las razones para la inducción del trabajo de parto incluyen las siguientes:

- Embarazo prolongado. Ya pasaron casi dos semanas de la fecha prevista de parto, y el trabajo de parto no comenzó en forma natural.
- Rotura de las membranas antes del parto. Rompiste bolsa pero el trabajo de parto no ha comenzado.
- Corioamnionitis. Tienes una infección en el útero.
- Restricción del crecimiento fetal. El peso estimado de tu bebé es inferior al décimo percentil para la edad gestacional.
- Oligohidramnios. No hay suficiente líquido amniótico alrededor del bebé.
- Diabetes gestacional. Tienes diabetes que aparece durante el embarazo.
- Trastornos de presión arterial alta durante el embarazo. Tienes una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos (preeclampsia), presión arterial alta que estaba presente antes del embarazo o que se presenta antes de las 20 semanas de embarazo (presión arterial alta crónica) o presión arterial alta que se presenta después de las 20 semanas de embarazo (hipertensión gestacional).
- Desprendimiento de placenta. La placenta se despegó de la pared interna del útero antes del parto, ya sea en forma parcial o completa.
- Ciertas enfermedades. Tienes una afección médica como enfermedad renal u obesidad.

SISTEMA DE GESTÃO INTEGRADO QUALIDADE E AMBIENTE (SGIQA)
Hospital Parto de Algarve
GRUPO HPA SAÚDE

Objeto	Revisão	Data
Elaboração	Validação	Aprovação
Dr.ª Maria Célia Est.ª Perceira	Dr.ª Irene Lobo	

1. OBJECTIVO
Uniformizar a indução de trabalho de parto com octoína.

2. ÂMBITO
Aplica-se à equipa médica e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna do Serviço de Maternidade.

3. RESPONSABILIDADES
O protocolo deverá ser cumprido pela equipa médica e de enfermagem do Serviço de Maternidade.

4. INDICAÇÕES

- Indução do trabalho de parto
- CPD tipo 1 com rutura espontânea de bolsa de águas

5. TROCENIM DE PERFUSÃO COM OCTOÍNA

Tempo após iniciar perfusão (minutos)	Dose
0	3
30	2
60	4
90	6
120	12
150	16
180	20
Observação médica necessária	
210	24
240	28
270	32

SISTEMA DE GESTÃO INTEGRADO QUALIDADE E AMBIENTE (SGIQA)
Hospital Parto de Algarve
GRUPO HPA SAÚDE

Objeto	Revisão	Data
Elaboração	Validação	Aprovação
Dr.ª Maria Célia Est.ª Perceira	Dr.ª Irene Lobo	

6. Cuidados especiais

- Deverá ter um enfermeiro especializado em saúde materna de 1.1;
- Administrar sempre em bomba infusora
- No início das primeiras contrações iniciar monitorização externa contínua e sempre que necessário de acordo com avaliação do enfermeiro e médico responsável
- Realizar registo sempre que se inicia/ reinicia/ suspende/ alteração de dose administrada da perfusão

Incompatibilidades

- Administrar perfusão após 30' de ser retirada a Dinoprostona
- Não iniciar perfusão antes das 6h após colocação da Dinoprostona

Manutenção da dose

- Usar dose mínima para estabelecer e manter trabalho de parto em fase activa;
- Avaliar ritmo cardíaco materno e fetal antes de qualquer aumento;
- Objectivo de contrações:
 - 3 a 4 contrações num período de 10 minutos
 - Duração de 40 a 60 segundos
 - Período de repouso/descanso não menos de 60 segundos

Reavaliação Obstétrica exigida

- antes de exceder 20 milivoltagem/minuto
- se não se iniciou trabalho de parto, aos 32 milivoltagem/minuto
- se cessar perfusão
- antes de recomeçar perfusão.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2011). Optimizing Protocols in Obstetrics, serie 1

Anexo VIII- Certificado curso Auscultación Fetal



Anexo IX- Certificado curso Sutura Perineal.

