



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

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Relatório de Estágio

# **Uso de terapias complementarias y alternativas en el trabajo de parto**

**Paula Mulet Miravet**

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Uso de terapias complementarias y alternativas en el trabajo de parto**

Paula Mulet Miravet

Orientador(es) | A. Frias

Évora 2022

---

---

---

---



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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Orientador)  
M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Arguente)

## Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que me han ayudado, acompañado e influenciado en este largo camino de aprendizaje.

A la Universidad de Évora, en especial a la escuela de enfermería y a mi tutora Ana Frias, por haberme facilitado el poder estudiar para poder ejercer de matrona, la que es para mí la profesión más bonita.

Mi agradecimiento también va dirigido al Hospital de Barreiro, concretamente a Cristina Figueira, por su paciencia e interés en mi formación. Al Hospital Universitari Sant Joan de Reus, por firmar un convenio con la Universidad de Évora, donde he llevado a cabo gran parte de mis prácticas profesionales. Le estaré eternamente a gradecida a Pepi Salmerón por su colaboración, a Lidia Diez quien ha sido mi directriz, gracias por su seguimiento y evaluación de mi trayectoria y en particular, a mi supervisora, Esther Videgain por ofrecerme un trabajo en el área de maternidad.

Gracias a todas las matronas por compartir sus conocimientos, su devoción, sus correcciones y transmitirme su entusiasmo. También quiero dedicarle unas palabras a todo el equipo del área de obstetricia, por la acogida y su compañerismo.

Ha sido un privilegio estar al lado de todas las gestantes que compartieron conmigo su trabajo de parto, el nacimiento de sus hijos y que me permitieron darles la mano en uno de los momentos más trascendentales de su vida.

Gracias infinitas a mis familiares y amigos por el apoyo y los ánimos que me han dado durante esta aventura de dos años y medio, porque ellos, nunca dudaron de mí.

## RESUMEN

### Título

Uso de terapias complementarias y alternativas en el trabajo de parto.

### Resumen

La memoria surge con la finalidad de la obtención del título *de Grau de Mestre em Saúde Materna e Obstétrica*, con el objetivo de dejar constancia de mis estudios dedicados a las terapias complementarias y alternativas (TCA) en el momento del parto, a partir de una revisión sistemática. Con este informe, también reflexiono y describo las competencias y las actividades llevadas a cabo, en los distintos campos clínicos. Las prácticas fueron muy variadas y fructíferas, permitiéndome alcanzar los objetivos marcados en el proyecto, desarrollando las habilidades propias de la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstetricia. En el estudio de las TCA, observé que son insuficientes los artículos con base científica rigurosa. En cuanto a la aplicación de las TCA en mis prácticas, fueron bien aceptadas por las gestantes, siendo la pelota de partos uno de los métodos más solicitados durante el trabajo de parto.

### Descriptoros

Terapias Complementarias, dolor de parto, matrona, parto humanizado, satisfacción del paciente.

## ABSTRACT

### Title

Use of Complementary and alternative therapies in labor.

### Abstract

This trainee report was written for the purpose of obtaining a *Master's Degree in Maternal Health and Obstetrics*, with the aim of leaving a written record of my investigation into complementary and alternative therapies (CAT) at the time of childbirth, based on a systematic review. With this report, I also reflect on and describe the skills and activities carried out in the various clinical fields. The practices were very varied and fruitful, allowing me to achieve the objectives set out in the project, developing the skills of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics. In the study of CATs, I observed that there are insufficient articles with a rigorous scientific basis. As for the application of CATs in my practices, they were well accepted by the pregnant women, with the birthing ball being one of the most requested methods during labour.

### Descriptors

Complementary Therapies, Labor Pain, Midwifery, Humanizing Delivery, Patient Satisfaction.

## ÍNDICE

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1.      | Introducción .....   | 9  |
| 2.      | Contextualización de las Prácticas de Naturaleza Profesional .....                                     | 14 |
| 2.1     | Caracterización del Contexto .....   | 14 |
| 2.1.1   | Centro Hospitalar Barreiro-Montijo .....   | 15 |
| 2.1.1.1 | Caracterización de los recursos materiales y humanos .....   | 15 |
| 2.1.2   | Hospital Universitari Sant Joan de Reus .....  | 18 |
| 2.1.2.1 | Caracterización de los recursos materiales y humanos .....   | 18 |
| 2.2     | Metodología de aprendizaje .....   | 24 |
| 2.2.1   | Objetivos.....   | 25 |
| 2.2.1.1 | Objetivos generales.....   | 25 |
| 2.2.1.2 | Objetivos específicos. ....  | 25 |
| 2.2.2   | Población de Diana.....  | 26 |
| 3.      | Aportación para la Mejora de la Asistencia en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia.<br>.....      | 27 |
| 3.1     | Conceptualización.....   | 27 |
| 3.2     | Metodología .....  | 39 |
| 3.3     | Resultados.....  | 41 |
| 4.      | Análisis Reflexivo sobre el Proceso de Movilización de Competencias.....                               | 45 |
| 4.1     | Comunes de los Enfermeros Especialistas .....  | 45 |
| 4.2     | Específicas de los Enfermeros Especialistas .....  | 47 |
| 4.2.1   | Memoria de las actividades desarrolladas y su finalidad de acuerdo con la<br>evidencia científica..... | 48 |
| 4.2.1.1 | Embarazos patológicos y técnicas de ginecología en el CHBM.48  |    |
| 4.2.1.2 | Consulta: Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el CHBM<br>.....                               | 53 |
| 4.2.1.3 | Consulta ginecológica: Virus Papiloma Humano (VPH),<br>prevención, rastreo y tratamiento .....         | 55 |
| 4.2.1.4 | Intervenciones quirúrgicas ginecológicas: .....  | 57 |
| 4.2.1.5 | Dispensarios en la gestante de bajo riesgo .....   | 58 |
| 4.2.1.6 | Sesión clínica .....   | 59 |
| 4.2.1.7 | Asistencia en el trabajo de parto y parto normal .....   | 60 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 4.2.1.8 | Asistencia de la matrona en el puerperio clínico ..... | 66 |
| 4.2.1.9 | Curso de cuidados intensivos en neonatología.....      | 69 |
| 5.      | Consideraciones Finales.....                           | 71 |
| 6.      | Referencias Bibliográficas.....                        | 74 |

## ANEXO

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| <b>Anexo 1:</b> | Representación de las Competencias .....         | 83 |
| <b>Anexo 2:</b> | Plan de Parto.....                               | 84 |
| <b>Anexo 3:</b> | Curso de Urgencias-Obstétricas.....              | 88 |
| <b>Anexo 4:</b> | Curso Teórico-Práctico UCI neonatal .....        | 89 |
| <b>Anexo 5:</b> | Manejo del Paciente Covid-19.....                | 90 |
| <b>Anexo 6:</b> | Curso Indicaciones de Transfusión Sanguínea..... | 91 |

## APÉNDICES

|                    |  |     |
|--------------------|--|-----|
| <b>Apéndice A:</b> | Petición de Resultados al Jefe del Servio de Ginecología.....        | 94  |
| <b>Apéndice B:</b> | Distribución del Lugar de Procedencia de las Gestantes .....         | 94  |
| <b>Apéndice C:</b> | Tipo de Alimentación en Catalunya, Según la Procedencia de la Madre. | 95  |
| <b>Apéndice D:</b> | Comparativa Poblacional entre el CHBM y HUSJ 2019 .....              | 95  |
| <b>Apéndice E:</b> | Plano de la planta de Hospitalización.....                           | 96  |
| <b>Apéndice F:</b> | Programación inicial .....   | 96  |
| <b>Apéndice G:</b> | Proyecto .....   | 97  |
| <b>Apéndice H:</b> | Modelo T-005.....  | 100 |
| <b>Apéndice I:</b> | Lugar de Inyección del Agua Estéril .....                            | 102 |
| <b>Apéndice J:</b> | Síntesis Artículos.....  | 103 |
| <b>Apéndice K:</b> | Resumen Indicaciones TCA.....  | 108 |
| <b>Apéndice L:</b> | Experiencia Clínica.....   | 110 |
| <b>Apéndice M:</b> | Presentación Webinar a las Gestantes del 3º Trimestre .....          | 111 |



## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1:</b> Distribución de prácticas profesionales por los campos clínicos 2020-2021 ....            | 14 |
| <b>Tabla 2:</b> Tipos de Partos Realizados en el CHBM .....   | 17 |
| <b>Tabla 3:</b> Tipos de Partos en el HUSJ en el 2020.....  | 22 |
| <b>Tabla 4:</b> Tipos de partos en Catalunya en el 2019 .....   | 22 |
| <b>Tabla 5:</b> Distribución de RN según el Tipo de Parto y edad en la Madre en Cataluña en el 2020 ..... | 23 |
| <b>Tabla 6:</b> Tipos de Anestesia Aplicada en los Partos del HUSJ en el 2020 .....                       | 23 |
| <b>Tabla 7:</b> Número de Partos según Procedencia en el HUSJ en el 2020.....                             | 24 |
| <b>Tabla 8:</b> Edad Gestacional de los Nacidos en HUSJ en el 2020 .....                                  | 24 |
| <b>Tabla 9:</b> Método PICO .....   | 39 |
| <b>Tabla 10:</b> Ecuaciones empleadas en la Base de Datos Pubmed .....                                    | 41 |

## Índice de Figuras

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Conselho de Barreiro.....                                      | 15 |
| <b>Figura 2:</b> Comparativa Índice Sintético de Fecundidad 2001-2020 .....     | 16 |
| <b>Figura 3:</b> Comparativa Tasa Bruta de Natalidad 1981-2020 .....            | 16 |
| <b>Figura 4:</b> Comarca del Baix Camp.....                                     | 18 |
| <b>Figura 5:</b> Estructura y distribución del HUSJ.....                        | 19 |
| <b>Figura 6:</b> Representación de Nacimientos desde el 1993 en Catalunya ..... | 22 |
| <b>Figura 7:</b> Diagrama de flujo PRISMA.....                                  | 42 |
| <b>Figura 8:</b> Resultados de Aplicación de TCA .....                          | 43 |

## 1. Introducción

Este informe está organizado en cinco secciones, comienza con un breve resumen, seguido de la introducción, después se realiza un análisis del contexto clínico, seguido del desarrollo del tema a exponer. El capítulo cuatro, consta de la descripción de las prácticas realizadas y de un análisis reflexivo de las competencias adquiridas, por último, en las consideraciones finales, se sintetizan conceptos y se hace una reflexión y análisis crítico. Como complemento se adjuntan apéndices y anexos. El trabajo está organizado en base a los estándares de la Asociación Americana de Psicología (APA) de la 7.º edición (APA, 2019) y las normas recomendadas por UÉESESJD.

La memoria tiene como finalidad alcanzar los objetivos que requiere el Máster en Salud Materna y Obstétrica (MEESMO) de la Universidad de Évora, incluidos en la Unidad Curricular *Estagio de Natureza Profissional com Relatório final*, supervisado por la Profesora Ana Maria Aguiar Frias. El propósito de este documento consiste en demostrar el aprendizaje de las competencias de una forma reflexiva durante la pasantía en los diferentes contextos clínicos, enfocado en un tema de interés personal como son las *terapias complementarias y alternativas (TCA) en el momento del parto*, a partir de una revisión sistemática.

Acompañar a la mujer y a la familia desde la fase preconcepcional hasta la menopausia, es uno de los campos de actuación del Enfermero Especialista en Salud Materna (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Durante el embarazo se analizan diferentes aspectos, la adaptación fisiológica, la aceptación y vivencias del embarazo en la pareja, la preparación del nacimiento, el plan de partos etc. El nacimiento de un hijo es una experiencia única, vivida y percibida de forma diferente por cada mujer, en la que se generan una serie de expectativas y necesidades que deben quedar cubiertas (Fernández, 2015). El tema por analizar durante las prácticas se centra en el uso de terapias no farmacológicas o terapias complementarias y alternativas, basado en el plan de partos, con la finalidad de conseguir una experiencia positiva a través de la gestión del dolor y también de la resolución de dudas o inquietudes.

La National Center of Complementary and Integrative Health, estima que las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina alopática, por el contrario, la medicina alternativa es utilizada cuando se rechaza la convencional, ambas conocidas como TCA (Sellés, 2013). El uso se está haciendo popular entre los consumidores de todo el mundo. Hay estudios que sugieren que del 30% al 50% de los adultos en los países industrializados utilizan alguna de estas técnicas para prevenir o tratar problemas relacionados con la salud (Manrique, 2015).

La evidencia científica sobre el uso de las TCA, en ámbito obstétrico, se centra en la reducción del dolor del parto mediante la relajación, la acupuntura, la hipnosis, la inmersión en agua caliente y la reducción del dolor perineal mediante la aplicación de compresas en el periné (Sellés, 2013).

La experiencia del parto está condicionada por la calidad de los cuidados recibidos, por el acompañamiento, por el cumplimiento de las expectativas, por la gestión del dolor y posibles complicaciones, influyendo de forma significativa en la satisfacción materna (Fernández, 2015). Son numerosas las variables que intervienen, es esencial conocer sus necesidades y expectativas, pues a través del plan de parto se expresan sus preferencias ante el tipo de atención y la forma de afrontar el dolor (Sellés et al., 2016).

Las terapias no farmacológicas es un tema de gran interés para las matronas, ya que son las responsables de ayudar a las mujeres que desean un parto natural. El empleo de estos métodos, debe ser impulsado y ser parte de las estrategias nacionales e internacionales de la atención a la gestación y al parto, pues promueven beneficios para el bienestar materno y actúan en la evolución del parto (Cavalcanti et al., 2019).

El trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico para las mujeres, donde aparecen tipo de emociones como el miedo, la ansiedad, la excitación y la felicidad (Frias et al., 2020; Manrique, 2015). El dolor del trabajo del parto se origina por las contracciones uterinas, la dilatación del cuello del útero y la presión de la cabeza del feto sobre el suelo pélvico (Rodríguez et al., 2017). Cabe tener en cuenta, que el dolor del trabajo de parto sirve de guía y de protección, pues estimula a adoptar nuevas posiciones reduciendo la resistencia. La tecnología elevada en el parto, recuda la calidad del vínculo entre la madre y el recién nacido (Néné et al., 2016).

El dolor es uno de los aspectos más relevantes del parto, en las distintas culturas su interpretación varia, ya que se encuentra ligado a la filosofía de vida. *“Una mujer con un estilo de vida lineal y que pertenece a una sociedad tecnológica, elegirá un parto lineal con un componente tecnológico; mientras que quien se siente más próximo a la naturaleza escogerá un parto natural”* (Fernández, 2015, p.32).

Mi interés por la aplicación de estas terapias viene dado al considerar que su conocimiento puede ayudar a las mujeres en el autocontrol en el momento del parto. Los enfermeros podemos aportar una asistencia sanitaria diferenciada y con ello, prevenir posibles complicaciones, mejorar la recuperación y dar información a la madre respecto a los cambios que están ocurriendo. Me gustaría que la aplicación de estas terapias ayudase a la mujer a

sentirse capacitada para parir sin ansiedad, con la mayor naturalidad, pero teniendo en cuenta sus limitaciones.

Uno de los objetivos del uso de las TCA es volver a dar protagonismo a la mujer y a su pareja en el TP permitiendo que se sienta confiada. El nacimiento de un hijo será posiblemente uno de los cambios más sorprendentes en la vida de una embarazada y de su pareja, y crear un buen recuerdo del parto, requiere esfuerzo por parte de todo el equipo.

El rol de las matronas también implica ofrecer soporte emocional, transmitir calma y fortaleza y proporcionar herramientas como las TCA para mejorar el trabajo de parto. Consideré esencial recurrir al estudio de estos métodos para ampliar mis conocimientos y poder ofrecer cuidados de calidad para lograr un parto más humano. La matrona ha estado acompañando al nacimiento desde que el mundo existe. Un saber transmitido de madres a hijas sin base científica, basado en la experiencia. Actualmente, la matrona es el profesional sanitario reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios, considerándose una figura esencial en el campo de la maternidad, con una actitud científica responsable y utilizando medios clínicos y tecnológicos. Proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas de prevención, promoción y recuperación de la salud. Incluyendo así mismo, la atención a la madre en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como por la Unión Europea, en la que la Matrona es una profesión regulada con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo (E. Martínez et al., 2018; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

El embarazo es un acontecimiento vital que supone no sólo una serie de cambios físicos, sino también psicológicos que incluye sentimientos de ambivalencia hacia el nuevo estado y de aceptación del rol materno (Cejas et al., 2019). Esta adaptación también genera estrés y ansiedad relacionados con el desarrollo del embarazo y el futuro parto. La mayoría de los estudios muestran que estos sentimientos se dan con mayor prevalencia en nulíparas, teniendo un origen multifactorial y considerándose un importante factor de riesgo para el parto (Cejas et al., 2019).

Las hormonas producidas durante el embarazo, el parto y el alumbramiento desencadenan muchos de estos sentimientos. Entre ellas encontramos la oxitocina que es el acelerador del parto, en caso opuesto, hallamos la adrenalina que actúa cuando el cuerpo detecta una situación de peligro. Otra de las hormonas que intervienen son las endorfinas, conocidas como los opiáceos naturales (Moreno, 2018), al hacer un esfuerzo físico, los niveles de endorfinas aumentan, al igual que estar en un ambiente de calidez, cariño y apoyo. Las endorfinas bloquean los receptores del dolor, dan el sentimiento de placer que acompaña un trabajo bien hecho. Las pacientes que no están aterradas tienen más probabilidad de producir endorfinas haciendo un parto más sencillo, menos doloroso y a veces, incluso placentero (Gaskin, 2016) . Como se ha visto hay una fuerte relación entre el miedo y el dolor, pudiendo influenciar negativamente en la vivencia del parto (Néné et al., 2016) y aquí es cuando la enfermera tiene un papel fundamental en la realización de estos cuidados.

El miedo se define como un estado en el que la persona, tiene sentimientos de alteración fisiológica o emocional relacionados con un peligro. En el caso del parto, el miedo se identifica con algo que pueda salir mal, con la madre y/o el bebé (Frias et al., 2020). El miedo es un sentimiento poderoso capaz de trastornar el organismo y la única defensa contra este, es estar bien informado, porque evitando el miedo, el dolor se reduce automáticamente. Si el parto es explicado, adquiere un significado distinto y la mujer se muestra más abierta a participar (Vélez-Frias, 2016).

El deseo de que el parto acabe con el nacimiento de una criatura sana, ha propiciado la institucionalización de los partos, llevando a cabo intervenciones médicas y quirúrgicas en ocasiones innecesarias (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Algunas parejas quieren que el parto de sus hijos sea con la mínima intervención, en un ambiente agradable y con la seguridad de estar en el hospital, por si se debe actuar de forma urgente. Desde hace años, los diferentes organismos de salud cuestionan el exceso de intervencionismo, porque puede dar lugar a la insatisfacción en la experiencia del parto. En las últimas dos décadas se ha producido un aumento considerable en las inducciones o estimulaciones del parto, lo que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico con el fin de mejorar los resultados. El parto dirigido, tiene la ventaja de modificarlo a voluntad de la persona o el equipo que lo dirige mediante fármacos, maniobras e intervenciones (Vélez-Frias, 2016), incrementando así la medicalización en el proceso de parto, debilitando a la capacidad de la mujer de dar a luz y afectando negativamente su experiencia de parto (Hernández & Jaramillo, 2018).

Hoy en día, parece resurgir el interés hacia la elección de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor durante el parto, motivado tanto por el deseo de evitar los efectos secundarios de la analgesia epidural como por la intención de alcanzar mayor autonomía y libertad en la toma de decisiones por parte de la mujer (Lago et al., 2016). La población demanda cada vez más, expresar sus necesidades y preferencias, los profesionales debemos dar información adecuada y dejar que, dentro de sus posibilidades, las futuras madres, puedan decidir sobre el transcurso de su parto. Los sanitarios implicados deben de estar sensibilizados, tener presente el protocolo de parto natural y el plan de parto diseñado.

Los avances científicos nos permiten comprender mejor los mecanismos responsables del dolor de parto, así como las medidas farmacológicas o no farmacológicas que pueden ayudar a tratarlo (Lago et al., 2016). El conocer las distintas terapias complementarias (TCA) nos permitirá conseguir grandes beneficios como por ejemplo alargar el tiempo de administración de la anestesia epidural, siendo la medida más eficaz para el alivio del dolor. Es la técnica más utilizada en los países del primer mundo aunque se relaciona con el aumento de la fiebre materna, la prolongación del parto, mayor necesidad de oxitocina y puede aumentar el número de cesáreas y partos instrumentados (Lago et al., 2014).

## 2. Contextualización de las Prácticas de Naturaleza Profesional

La formación clínica tiene como propósito realizar las actividades de carácter asistencial, aplicadas tras la adquisición de conocimientos teóricos, teniendo una supervisión del tutor con carácter decreciente hasta alcanzar la autonomía de la profesión. En este el periodo el estudiante tiene la posibilidad de desarrollar las competencias, a través de acciones experimentadas, reflexionadas y criticadas para la adquisición de conocimientos (Rigobello et al., 2018).

El actual informe se realiza en el segundo curso del máster 2020/2021, basado en los diferentes contextos donde se desarrolla el curso lectivo, en este caso entre Portugal y España. El curso se divide en dos semestres, el primero se inició el mes de septiembre, en el contexto de embarazos patológicos, consultas externas y sala de partos, con una duración de seis semanas en cada campo clínico. En el segundo semestre, la experiencia clínica se ejecutó de manera continua en la sala de partos, seguido del servicio de neonatología y los cuidados del puerperio.

**Tabla 1:**

*Distribución de prácticas profesionales por los campos clínicos 2020-2021*

|            | <b>15 set.<br/>AI<br/>25 oct.</b> | <b>26 oct.<br/>AI<br/>4 dic.</b> | <b>7 dic.<br/>AI<br/>29 en<sup>a</sup>.</b> | <b>8 febr.<br/>AI<br/>10 abr.</b> | <b>12 de abr.<br/>AI<br/>6 may.</b> | <b>9 may.<br/>AI<br/>26 jun.</b> |
|------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1ºSemestre | Grávidas Patológicas              | CC.EE                            | Bloque de partos                            |                                   |                                     |                                  |
| Centro     | CHBM <sup>b</sup>                 | HUSJ <sup>c</sup>                | HUSJ  |                                   |                                     |                                  |
| 2ºSemestre |                                   |                                  |   | Bloque de partos                  | Bloque de partos                    | Puerperio/ Neonatología          |
| Centro     |                                   |                                  |   | HUSJ                              | HUSJ                                | HUSJ                             |

<sup>a</sup> Interrupción; 21 de diciembre hasta el 4 de enero por vacaciones de Navidad.

<sup>b</sup> Centro Hospitalar Barreiro Montijo

<sup>c</sup> Hospital Universitari Sant Joan

La realización de las prácticas se vio afectada por la Pandemia COVID-19, adaptándose a la situación del momento, habiendo cambios respecto a la planificación inicial. Teniendo una respuesta resolutive por parte de la universidad y la institución donde realizaba las prácticas.

### 2.1 Caracterización del Contexto

Realizar un análisis de contexto es fundamental para comprender el trabajo que se desarrolla durante la pasantía. Conocer el entorno nos permite comprender las potencialidades y limitaciones del trabajo desarrollado a lo largo del curso. Las condiciones del entorno laboral son los factores que más afectan al individuo y a la salud de los profesionales, así como la forma que se desarrolla el trabajo. Comprende el espacio físico, las tecnologías, los equipos y

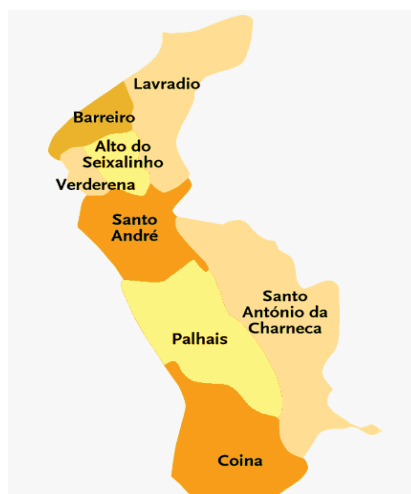
materiales disponibles, las condiciones de trabajo y las relaciones interpersonales (Dodou et al., 2017).

### **2.1.1 Centro Hospitalar Barreiro-Montijo**

El edificio actual fue inaugurado en 1985, con una disposición de 500 camas, con el nombre de Hospital Distrital do Barreiro que pasó a ser una entidad pública empresarial, designándose Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE (CHBM, 2021). Pertenece al distrito de Setúbal. Con un área de influencia que abarca los municipios de Barreiro, Moita, Montijo y Alcochete. La institución atiende a una población de más de 216.337 habitantes, en el 2018, cuenta con más de 30 servicios clínicos, hospitalización, consultas externas, urgencias, hospital de día, atención a domicilio, asegurando medios diagnósticos y terapéuticos (CHBM, 2021).

**Figura 1:**

*Conselho de Barreiro*



Fuente: <https://geneall.net/es/map/238/barreiro/>

#### **2.1.1.1 Caracterización de los recursos materiales y humanos**

El Centro Hospitalario de Barreiro Montijo, cuenta con 1.927 profesionales, con un incremento del 7 % de personal de enfermería en respuesta a la pandemia COVID.19. El servicio de obstetricia se sitúa en la 5 planta, es allí donde se transfieren a las mujeres tras las 2 horas del puerperio inmediato. En la unidad disponen de un total de 25 camas y 25 cunas, distribuidas en habitaciones compartidas con 3 camas, a excepción de 3 que son individuales para pacientes de riesgo o que precisen estar aisladas por cualquier otro motivo, a disposición de ginecología hay 15 camas más. La sala de partos está en la planta 0, compartiendo espacio con urgencias obstétricas.

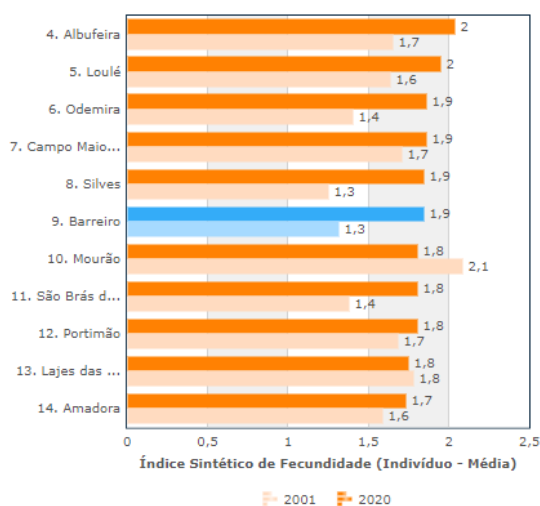


El programa hospitalario que utilizan para escribir los registros en la historia clínica se llama Scĺnico, aunque en el control de la unidad disponen de una pizarra donde anotan la informaci3n m1s relevante de las pacientes ingresadas. Concretamente 18 datos relevantes para tener un mayor control de la situaci3n y ver a simple vista los cuidados proporcionados o que quedan pendientes por realizar.

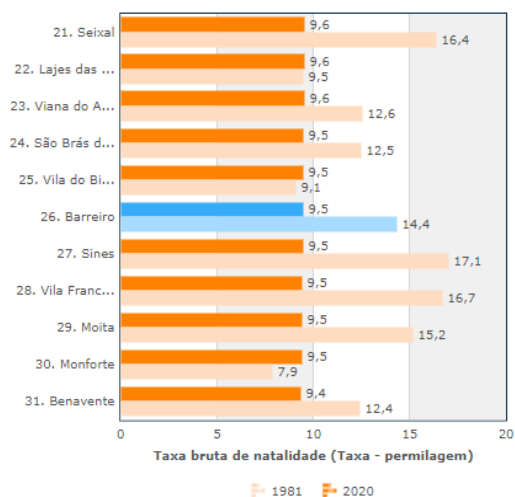
El Centro Hospitalario tiene como misi3n brindar atenci3n m3dica diferenciada a todos los ciudadanos. Con visi3n de ser un excelente hospital para la comunidad y un referente nacional. Como valores promueve la humanizaci3n y no discriminaci3n, respeto por la dignidad individual de cada paciente, actualizaci3n en investigaci3n y ciencia, excelencia t3cnico-profesional, 3tica profesional, promoci3n de la multidisciplinariedad y respeto al Medio Ambiente (CHBM, 2021).

Seg3n Pordata, en el 1rea metropolitana de Lisboa, que incluye la poblaci3n de Barreiro, la edad media de la madre en el nacimiento del primer hijo es de 30.8 a1os. Los 3ltimos datos publicados del 2019 en Europa, la media de edad en tener el primer hijo es 30.9 a1os, en Portugal 31.4, Espa1a de 32.3, siendo Bulgaria el pa3s con madres m1s j3venes de 27.8 a1os (PorData, 2021).

**Figura 2: Comparativa Tasa Bruta de Natalidad 1981-2020**



**Figura 3: Comparativa 3ndice Sint3tico de Fecundidad 2001-2020**



Fuente: PorData

Barreiro presenta una poblaci3n de 74.730 residentes en el 2020 y de los cuales 40.262 son mujeres (PorData, 2021). Posee una tasa bruta de natalidad de 9.5 y un 3ndice de fecundidad

es de 1.85, siendo este, el número de hijos que tiene cada mujer en edad fértil. Para que el grupo de generaciones se mantenga, se recomienda que cada mujer tenga una media de 2.1 hijos (PorData, 2021). La última publicación de nacimientos en PorData es del 2019 e indica que Barreiro tuvo 1.566 partos de los cuales 943 fueron partos eutócicos, 426 cesáreas y 197 otros partos distócicos. En la publicación por el Serviço Nacional de Saúde en el 2020, se realizaron 1504 partos de los cuales 465 fueron cesáreas.

**Tabla 2:**

*Tipos de Partos Realizados en el CHBM*

| <b>Año</b> | <b>N.º total de partos</b> | <b>Partos eutócicos</b> | <b>Partos por cesárea</b> | <b>Otros partos distócicos</b> |
|------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 2017       | 1533                       | 931 (60.73%)            | 416 (27.13%)              | 186 (12.13%)                   |
| 2018       | 1513                       | 902 (59.61%)            | 435 (28,75%)              | 176 (11.64%)                   |
| 2019       | 1566                       | 943 (60.21%)            | 426 (27.20%)              | 197 (15.57%)                   |
| 2020       | 1504                       | -                       | 465 (30.9%)               | -                              |

De los 1.566 partos en el 2019, 711 partos pertenecen a la población de Barreiro. Según PorData, el 2019 en CHBM hubo un 3.5% de nacimientos más respecto el año 2018.

En el ámbito de la salud materna y obstetricia, El Hospital Nossa Senhora do Rosário, presenta varios proyectos. En septiembre de 2012, fue reconocido *Hospital amigo dos bebês*, por cumplir con las diez medidas de probabilidad de éxito materno, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Siendo renovada su certificación en julio de 2016.

El proyecto *Maternidade com Qualidade*, se basa en la vigilancia y promoción del bienestar materno-fetal a través del monitoreo cardiotocográfico, se incentiva al acompañamiento y se fomenta el vínculo materno-paterno, aunque lamentablemente se ha visto afectado por las medidas preventivas anticovid. Este proyecto incluye la ingesta de líquidos durante la hospitalización, medidas no farmacológicas, analgesia epidural y contacto piel con piel entre otras. Cuenta con los cursos de preparación para el parto, parentalidad y postparto.

El Proyecto *Nascer Cidadão* facilita el registro del bebé y la tarjeta ciudadana, pero en tiempo de pandemia, pasó a realizarse online. Todas las púerperas tienen a su disposición las 24 horas una línea de apoyo para que puedan ponerse en contacto con el equipo de enfermería y resolver dudas. En el CHBM, nada más nacer, le ponen al recién nacido (RN) una pulsera de

seguridad antisequestro. Esta medida me llamó la atención, por qué no tenía referencias de ningún hospital español que lo aplicase. También tienen un rincón de lactancia materna.

### **2.1.2 Hospital Universitari Sant Joan de Reus**

La Generalidad de Cataluña, a través del Servicio Catalán de la Salud y del Ayuntamiento de Reus hicieron realidad en 2010, el nuevo Hospital Universitario Sant Joan de Reus (HUSJ), con un área de 93.000 metros cuadrados.

Este hospital está situado en la comarca del Baix Camp, que pertenece a la provincia de Tarragona, posee una extensión de 697.07 km<sup>2</sup>, subdividida en 28 municipios, del cual destaca la población de Reus con una superficie de 53km<sup>2</sup>, ciudad donde se encuentra el HUSJ. Actualmente Reus, tiene una población de 106.168 habitantes, lo que supone un 60% del total de habitantes del Baix camp, de las cuales 54.833 son mujeres, con una media de edad de 43 años en 2020. De este grupo de mujeres 8.401 son de nacionalidad extranjera. La edad media del 1º hijo se encuentra en los 29.7 años y la edad media de maternidad de 31.1 años, son datos extraídos del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat, 2021).

**Figura 4:**

#### *Comarca del Baix Camp*



Fuente: [www.pateandoespaña.es](http://www.pateandoespaña.es)

#### *2.1.2.1 Caracterización de los recursos materiales y humanos*

El Hospital Universitario Sant Joan de Reus, inicia su actividad en octubre del 2010, con una disponibilidad de 315 camas, divididas en agudos, críticos, semicríticos, sociosanitarios y neonatos, distribuidas en 5 plantas. Es el hospital de referencia en las especialidades de oncología, cirugía bariátrica, cirugía plástica y reparadora, medicina vascular y cirugía torácica,

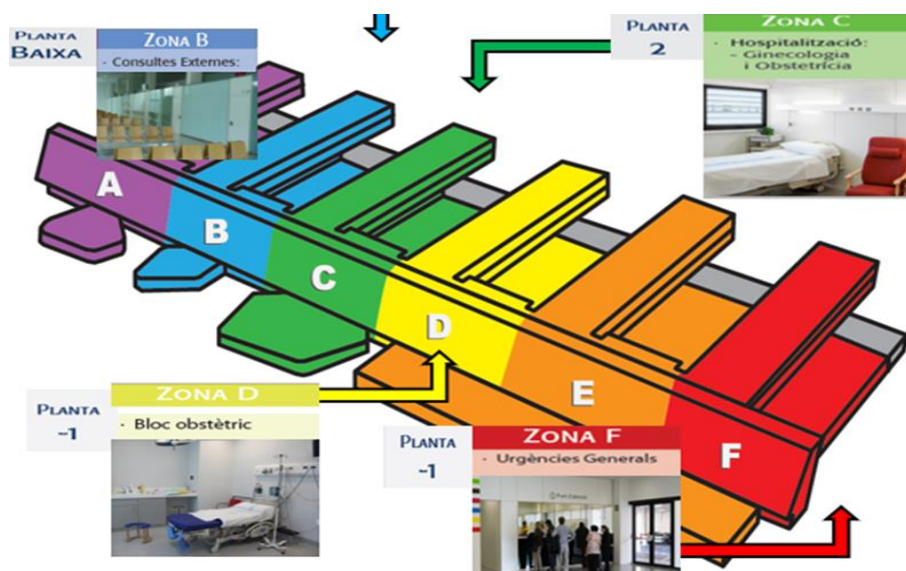
teniendo muy presente la vocación universitaria. Su ámbito de actuación abarca las comarcas del Baix Camp, el Priorat, la Ribera del Ebro y parte de la Terra Alta. Desde julio de 2021 el Hospital forma parte de la Entidad de Derecho Público (EDP) Salud Hospital Sant Joan de Reus – Baix Camp.

El modelo sanitario del HUSJ está centrado en la persona, en la autonomía en la toma de decisiones y en el compromiso cívico. La misión de la institución se basa en prestar una asistencia sanitaria de calidad, segura y sostenible a través de una cartera de servicios amplia, con cobertura especializada y abordaje integral. Con visión de ser referente en la investigación, la docencia y en la innovación (*Hospital Universitari Sant Joan de Reus, 2021*).

En la sección de color amarillo, designada con la letra *D*, encontramos en la planta -1 el bloque obstétrico-ginecológico que está junto a la unidad de neonatos, en la misma sección, pero en la 5ª planta se ubica la unidad de pediatría.

**Figura 5:**

*Estructura y distribución del HUSJ*



Fuente: Imagen proporcionada por el propio HUSJ

El sistema informático con el que se trabaja para escribir en la historia clínica es el H-net.

El equipo sanitario obstétrico-ginecológico está formado por: 17 médicos especialistas, 8 médicos residentes, 1 coordinadora de matronas, 2 matronas por turno, 1 enfermera por turno, 1 auxiliar por turno y 1 administrativa. En cuanto a los recursos materiales dispone de: 4 salas de trabajo, 2 salas de sesiones, 7 salas de partos individuales, una de ellas equipada con bañera

para parto natural con monitorización centralizada, 4 camas de observación y 2 boxes para cuidados críticos, 1 quirófano dentro del bloque obstétrico y 1 quirófano séptico, 7 dispensarios.

El área de hospitalización neonatal dispone de un total de 15 plazas, de las cuales, 5 son para cuidados intensivos, dotadas con incubadoras de doble pared, cunas térmicas, respiradores y monitores centralizados. También dispone de 2 boxes adicionales para realizar aislamientos y 3 plazas de semicríticos con boxes individuales. Cuenta con una zona de trabajo médico y de enfermería, 1 sala de curas, 1 sala de sesiones clínicas, 1 sala de padres, una sala de lactancia y vestuarios. El área fue decorada por la Fundación Curarte que tiene como objetivo humanizar los cuidados y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Habitualmente, en la planta de ginecología y obstetricia había en funcionamiento 27 camas, pero en diciembre del 2020 la dirección decidió cerrarla y pasó a ser compartida con la planta de pediatría, por falta de personal sanitario, ante la situación de la pandemia y los profesionales fueron reestructurados. En la actualidad, la planta de ginecología y obstetricia sigue cerrada, colapsando la unidad, porque se han vuelto a retomar las intervenciones quirúrgicas, han aumentado el número de partos y los ingresos pediátricos. Esta situación dificulta la atención hacia los pacientes, aumentado el riesgo de infección y el estrés de los propios sanitarios.

La International Confederation of Midwives (ICM) se encuentra preocupada por la violación de los derechos humanos de las mujeres, sus bebés y las matronas por la introducción de protocolos inapropiados respecto al manejo del embarazo, el parto y la atención posnatal durante la Covid-19 (International Confederation of Midwives., 2020).

Esta pandemia ha pasado factura a la atención de las embarazadas y los recién nacidos. La OMS ha publicado directrices que deben de seguirse a nivel mundial (Martínez, 2020). Intervenciones como las inducciones, partos instrumentados o cesáreas incrementan la probabilidad de complicaciones maternas y neonatales, al mismo tiempo, acentúan la carga del personal sanitario y la duración de la estancia hospitalaria, adicionando la posibilidad de exposición al Covid. Actualmente, no hay evidencia que sugiera que las mujeres no puedan dar a luz por vía vaginal o que sea más seguro tener una cesárea en caso de sospecha o confirmación de Covid-19 (International Confederation of Midwives., 2020).

Durante los meses de pandemia, ha habido preocupación y quejas por parte de las mujeres y matronas sobre la vulneración de los derechos de las mujeres y de los recién nacidos. Las quejas más frecuentes están relacionadas con el incumplimiento del derecho a estar acompañada, a ser separadas de su bebé sin indicación médica, a la obligación de parir con

maskarilla con un resultado de PCR negativa y también ha sido objeto de partos inducidos e incluso cesáreas. Aunque, la OMS avisa que por ser positivo en COVID-19 no es indicación de cesárea y recomienda mantener el contacto directo y temprano, así como la lactancia materna exclusiva con buena higiene respiratoria; realizar *El piel con piel* y compartir la misma habitación. También propone lavarse las manos antes y después de tocar al bebé y mantener limpias todas las superficies (OMS, 2020). La ONU insiste en que los riesgos de no aplicar el método canguro superan con creces la baja probabilidad de que un recién nacido enferme por COVID-19 (ONU, 2021).

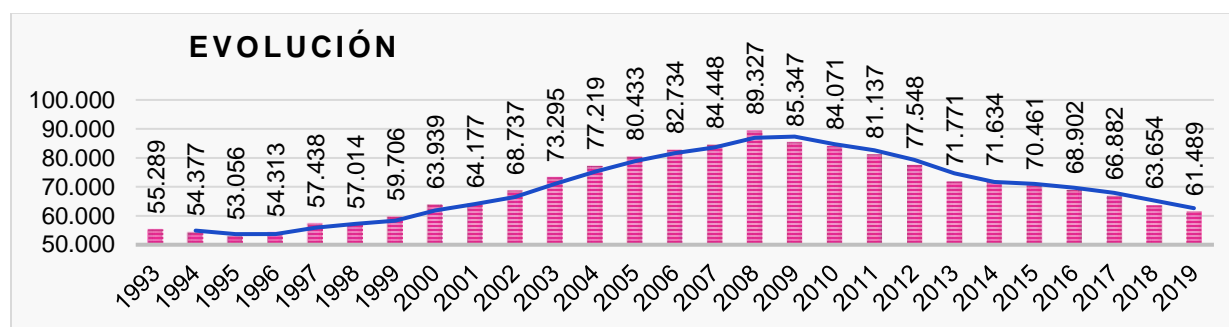
Una de las medidas COVID adoptadas para evitar el contagio, ha sido proponer el alta precoz a las 24 h del nacimiento y entre los inconvenientes que he observado, han sido, la falta de apoyo en la lactancia materna en las primeras horas, cuando se consideran esenciales, la no realización de pruebas, como el cribaje metabólico o los potenciales evocados (PEA's), para la detección de la hipoacusia neonatal que se suelen realizar a las 48h de vida. También se han visto afectados los cursos de preparación al parto de manera presencial, utilizando otra alternativa como los Webinars.

Por desconocimiento al contagio del SARS-COVID, se dejó de usar la bañera para la dilatación, así como las duchas compartidas que había a disposición de las parteras. Posteriormente, se reintrodujo el uso de la bañera, pero he observado que esta práctica no ha sido muy demandada por las gestantes, tal vez, por desconocimiento.

En cuanto a la actividad asistencial en el 2018; hubieron de 1503 nacimientos con la tasa de partos eutócicos de 70,6%, partos instrumentados de 11% y un índice de cesáreas de un 19,10%, siendo el mejor índice de las regiones sanitarias del Campo de Tarragona y de las Tierras del Ebro. Se programaron 27,5% inducciones y se aplicó anestesia loco regional a un 76,1%, 548 intervenciones quirúrgicas programadas de las cuales 180 fueron por cáncer de mama. En el 2019, hubo 1.474 nacimientos en el HUSJ, en cambio en el 2020 hubo un descenso con 1.320 nacimientos (Jané et al., 2021).

**Figura 6:**

Representación de Nacimientos desde el 1993 en Catalunya.



Fuente: Elaboración propia, creada a partir del Informe ejecutivo año 2019. *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.*

El número de nacimientos se ha reducido en un 28,0% en los últimos 10 años. Según los datos registrados, esta disminución de la natalidad ha sido mayor en la población autóctona con un 7,4%, en cambio, en la población no autóctona se ha incrementado un 3,6% (Vidal et al., 2021).

**Tabla 3:**

*Tipos de Partos en el HUSJ en el 2020*

|            | N.º Total de partos | Partos Eutócicos | Partos Distócicos | Partos por Cesárea | Partos de Nalgas |
|------------|---------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| Frecuencia | 1320                | 891              | 429               | 278                | 1                |
| %          | 100                 | 67,5             | 11,4              | 21                 | 0,1              |

|            | Partos Espontáneos | Inducción | Estimulación | Cesáreas electivas | Cesárea no Electiva |
|------------|--------------------|-----------|--------------|--------------------|---------------------|
| Frecuencia | 742                | 397       | 49           | 112                | 166                 |
| %          | 56,2               | 30,1      | 3,7          | 8,5                | 12,5                |

*Nota.* Datos obtenidos de los registros archivados del HUSJ.

En el 2020, se atendieron 38 partos con COVID, lo que supone un 2.87%. Solo se usó la bañera en 3 ocasiones pues dejó de usarse al inicio de la pandemia (Apéndice A).

**Tabla 4:**

*Tipos de partos en Catalunya en el 2019*

|            | N.º Total de partos | Partos Eutócicos | Partos por Cesárea | Instrumentados <sup>a</sup> | Partos de Nalgas |
|------------|---------------------|------------------|--------------------|-----------------------------|------------------|
| Frecuencia | 61.489              | 38.271           | 16.873             | 6.206                       | 139              |
| %          | 100                 | 62,3             | 27,4               | 10,1                        | 0,2              |

<sup>a</sup> Haciendo uso de la ventosa o fórceps.

En el año 2019 el porcentaje de nacidos por cesárea se sitúa en un 27,4% y se mantiene estable con respecto al año anterior. Las mujeres con 35 o más años presentan un porcentaje más alto de cesáreas (33,9%) (Vidal et al., 2021). Comparando los resultados del HUSJ y del Resto de Catalunya, observo una diferencia significativa en cuanto al porcentaje de cesáreas practicadas, siendo de 21% y 27.3% respectivamente. La realización de cesáreas es de gran utilidad para salvar vidas, la OMS establece mantener niveles entre un 10-15% (Hernández & Jaramillo, 2018) por tanto, existe todavía un gran margen de mejora en los hospitales catalanes.

**Tabla 5:**

*Distribución de RN según el Tipo de Parto y edad en la Madre en Cataluña en el 2020*

| Tipo de parto             | >20 años |      | 20-34 años |      | ≥ 35 años |      |
|---------------------------|----------|------|------------|------|-----------|------|
|                           | N.º      | %    | N.º        | %    | N.º       | %    |
| Vaginal                   | 740      | 76,1 | 23.433     | 65,4 | 13.700    | 56,8 |
| Por Cesárea               | 132      | 13,6 | 8.440      | 23,6 | 8.188     | 33,9 |
| Instrumental <sup>a</sup> | 98       | 10,1 | 3.887      | 10,8 | 2.166     | 9,0  |
| De nalgas                 | 2        | 0,2  | 72         | 0,2  | 65        | 0,3  |
| Total                     | 972      | 100  | 35.832     | 100  | 24.119    | 100  |

*Nota.* <sup>a</sup> *ventosa o fórceps.* Fuente: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2020).

A mayor edad, disminuyen los partos vaginales y aumentan las cesáreas.

**Tabla 6:**

*Tipos de Anestesia Aplicada en los Partos del HUSJ en el 2020*

|            | Registrados | Sin anestesia | Local | Peridural | General | Raquídea | Walking |
|------------|-------------|---------------|-------|-----------|---------|----------|---------|
| Frecuencia | 1.313       | 161           | 126   | 836       | 25      | 150      | 15      |
| %          | 99,5        | 12,2          | 9,5   | 63,3      | 1,9     | 11,4     | 1,1     |

Durante la pasentía, observé que las parturientas que más rechazaban la epidural eran las mujeres magrebís, que curiosamente eran las que más hijos tenían, tal vez, fuese por tema cultural o por la barrera idiomática. La *Walking Epidural* era bastante solicitada sobre todo por aquellas las mujeres que querían un parto natural pero que no llegaban a tolerar el dolor, siendo esta una buena alternativa para seguir participando.



**Tabla 7:***Número de Partos según Procedencia en el HUSJ en el 2020*

|            | <b>Total</b> | <b>Europa</b> | <b>África Sub-Sahariana</b> | <b>Magreb</b> | <b>Asia</b> | <b>América del Sur</b> | <b>Europa del Este</b> |
|------------|--------------|---------------|-----------------------------|---------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Frecuencia | 1.320        | 757           | 19                          | 322           | 28          | 132                    | 58                     |
| %          | 100          | 57.3          | 1.4                         | 24.4          | 2.1         | 10                     | 4.4                    |

Reus presenta el 64,7% de partos de madres con nacionalidad española, 16,7 % de partos de nacionalidad magrebí y un 7,5% de nacionalidad sudamericana, en comparación con el porcentaje de madres extranjeras en Catalunya en el año 2019, tal y como se observa en la figura 7, destacan las procedentes de Centroamérica y Sudamérica con un 11,4% y del Magreb y del valle del Nilo con un 10,4% (Vidal et al., 2021), así pues, la población del Magreb es predominante en Reus respecto a las otras áreas de Catalunya (Apéndice B).

**Tabla 8:***Edad Gestacional de los Nacidos en HUSJ en el 2020*

|            | <b>Total</b> | <b>26 SG</b> | <b>27 SG</b> | <b>28 SG</b> | <b>29 SG</b> | <b>30 SG</b> | <b>31 SG</b> | <b>32 SG</b> | <b>33 SG</b> |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Frecuencia | 1320         | 1            | 1            | 4            | 1            | 6            | 3            | 4            | 8            |
| %          | 100          | 0,075        | 0,075        | 0,30         | 0,075        | 0,45         | 0,22         | 0,30         | 0,60         |
|            | <b>34 SG</b> | <b>35 SG</b> | <b>36 SG</b> | <b>37 SG</b> | <b>38 SG</b> | <b>39 SG</b> | <b>40 SG</b> | <b>41 SG</b> | <b>42 SG</b> |
| Frecuencia | 15           | 19           | 30           | 122          | 203          | 350          | 365          | 184          | 4            |
| %          | 1,13         | 1,4          | 2,27         | 9,24         | 15,37        | 26,51        | 27,65        | 13,93        | 0,30         |

En Catalunya casi 7 de cada 100 bebés vivos nacen prematuros. De estos, el 12% presentan una prematuridad extrema, según el último informe publicado en 2021 por la Generalitat de Catalunya. El HUSJ tubo el pasado año 8 óbitos fetales, se ingresaron en la unidad de neonatos 122 RN, lo que supone 9.3 %. Aunque en el HUSJ sólo un 1.28% presentan prematuridad extrema, de los cuales se derivan al Vall d'Hebron, hospital de referencia en Barcelona.

## 2.2 Metodología de aprendizaje

El método de aprendizaje utilizado durante el proceso de prácticas se ha basado en la observación de otros, en la escucha activa de las explicaciones y consejos transmitidos por las matronas con las que he compartido turnos, en la aplicación de cuidados (abordaje teórico-práctico), en la participación de sesiones clínicas (difusión de conocimientos), en la lectura de libros relacionados en la materia, recomendados por las mismas compañeras del servicio, con el

cumplimiento mínimo de partos que se requiere para la obtención del título de EESMO, todo ello, evaluado y discutido de manera continua y constructiva por las compañeras especialistas, siendo fundamental la figura del supervisor clínico para orientar, acompañar y facilitar la integración de los cuidados.

De manera secuencial y en cada uno de los bloques prácticos, hemos tenido varias videoconferencias entre la tutora responsable de la Universidad y la Institución donde realizaba la formación, con el objetivo de intercambiar impresiones, hacer un seguimiento del de las prácticas y evaluar el proceso de aprendizaje. En estas reuniones el supervisor clínico, hacía referencia sobre las fortalezas y debilidades de la estudiante.

El método de evaluación constaba de una ficha de valoración correspondiente a cada campo clínico, donde el supervisor puntuaba del 0 al 20, cada una de las competencias propuestas por la misma universidad.

Para la realización de la memoria final del máster, he mantenido contacto principalmente por correo electrónico, que me ha permitido a orientarme en cuanto a los contenidos y desarrollo del informe.

### **2.2.1 Objetivos**

Los objetivos indican las metas que pretendemos alcanzar al final de las prácticas profesionales de acuerdo con el plan de estudios.

#### *2.2.1.1 Objetivos generales.*

- Utilizar técnicas de investigación para ampliar conocimientos sobre las TCA en el momento del parto.
- Adquirir las competencias de los cuidados especializados en el área de salud materna y obstetricia.
- Describir las actividades realizadas en el informe final y presentarlo delante de un tribunal.

#### *2.2.1.2 Objetivos específicos.*

- Desarrollar una práctica profesional, ética y legal en el área de especialidad.
- Prestar cuidados ante la salud sexual y la planificación familiar.
- Promover la salud de la embarazada o en situaciones de aborto.
- Promover un ambiente seguro y optimizar la adaptación de la vida extrauterina.
- Cuidar de la puérpera y del recién nacido, apoyando el proceso de adaptación a la parentalidad.

- Ofrecer cuidados, apoyar el proceso de transición y adaptación a la enfermedad ginecológica.

Sobre la temática a estudiar:

- Analizar artículos científicos de TCA.
- Llevar a la práctica las diferentes TCA en el trabajo de parto, observar su demanda, la respuesta de las pacientes y el conocimiento de las compañeras del equipo.
- Describir las utilidades y los beneficios de las TCA.
- Crear un ambiente confortable para que la mujer pueda beneficiarse de las TCA y tener una experiencia positiva.
- Sensibilizar al equipo de matronas sobre la aplicación de las TCA.
- Conseguir un parto más humanizado a través de las TCA.

### **2.2.2 Población de Diana**

Durante el periodo de formación he proporcionado cuidados a mujeres de todas las edades y en diferentes momentos de su vida; en edad fértil, en el periodo prenatal, en el trabajo de parto, postparto y en casos muy concretos en el periodo del climaterio y en enfermedad ginecológica. En cuanto a la aplicación de las TCA, estaban destinadas a las mujeres en trabajo de parto.

### **3. Aportación para la Mejora de la Asistencia en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia**

La enfermería basada en la evidencia (EBE) surge porque existe una gran variabilidad en la forma de proceder al realizar diferentes técnicas y cuidados. Su principal objetivo es que los cuidados se basen en estudios de investigación para prestar cuidados de mayor calidad, aplicando sentido común y teniendo en cuenta el derecho a la autonomía del paciente y los recursos con los que contamos (González, 2019).

La enfermería ha evolucionado y ha adquirido el reto de continuar actualizándose con los avances de la ciencia. Mi aportación a la práctica enfermera se ha basado en la revisión de los beneficios de las TCA y en su aplicación en las gestantes predispuestas, para constatar, verificar y reforzar estos métodos en el trabajo de parto. Por ello propongo la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué dicen los artículos publicados del uso de las diferentes terapias complementarias y alternativas en el trabajo de parto?

#### **3.1 Conceptualización**

A muchas mujeres les gustaría evitar los métodos farmacológicos o invasivos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto y las TCA pueden contribuir. Estos métodos, aportan autonomía a la enfermería, pero para hacer un buen uso, se necesitan conocimientos, investigación y difusión de estas técnicas. Actualmente, las TCA continúan siendo las «grandes desconocidas» para muchas mujeres y para parte del profesional sanitario. Desconocer sus beneficios y su aplicabilidad nos aleja de un parto más humanizado. La investigación en métodos alternativos para el alivio del dolor, como medida alternativa a la analgesia epidural, está experimentando muchos avances.

Entre las diferentes terapias encontramos:

*La hidroterapia* consiste en estar en contacto con agua caliente, ello desencadena una bajada de catecolaminas y la liberación de endorfinas. La finalidad de la bañera de partos consiste en alcanzar mayor movilidad, relajación muscular, aumentar la elasticidad del canal del parto, mejorar la perfusión uterina y reducir la ansiedad (Bocanegra et al., 2020).

La atención del parto en el agua durante el expulsivo ha empezado a solicitarse (Sanz et al., 2015). La gestante con intención de tener un parto natural y utilizar la bañera, generalmente tienen la decisión meditada y cuenta con una preparación previa. La mujer se sumerge a nivel del pectoral a una temperatura agradable de 36,5-37°C durante un máximo de 2 horas consecutivas, con criterios de bajo riesgo obstétrico.

Las distintas asociaciones profesionales tienen posiciones divergentes en relación con el parto en el agua. Recientemente, la American Academy of Pediatrics (AAP) y The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) han publicado un informe clínico, donde señalan potenciales beneficios maternos durante la primera parte del parto, pero ponen entredicho el expulsivo (American Academy of Pediatrics, 2014). Todas ellas, coinciden en que la gestante que desee realizar un parto en agua debe cumplir los criterios de inclusión, estar bien informada y que esta práctica pueda tener un seguimiento adecuado (Mallen et al., 2015). Los beneficios que respaldan durante la fase de dilatación son los siguientes, disminución de la percepción del dolor, del tiempo de dilatación, del uso de analgésicos y del número de episiotomías, así como aumento de movilidad, adoptando posiciones verticales y contribuyendo con la flexión de la cabeza fetal y una valoración satisfactoria del parto (Mallen et al., 2015; Sanz et al., 2015). A nivel neonatal, el aspecto más controvertido se encuentra en las complicaciones por aspiración de agua, rotura de cordón o la infección. Sin embargo, se considera seguro para el neonato ya que no se han encontrado diferencias significativas en la puntuación de Apgar ni en el pH de cordón umbilical, entre los nacidos en agua y los nacidos de forma convencional (Mallen et al., 2015).

Los centros que ofrecen inmersión, durante el trabajo de parto y el parto, deben establecer protocolos rigurosos y además, requieren un mantenimiento y limpieza de bañeras exigente (American Academy of Pediatrics, 2014).

El protocolo del HUSJ, establece que, para hacer el uso de bañera, implica la presencia constante de una matrona durante la fase de dilatación, por tanto, se usa cuando la carga asistencial es baja y si acontece el expulsivo se precisarán dos matronas.

Los criterios de inclusión son: embarazo de bajo riesgo, gestación a término, RCTG normal antes de la inmersión, líquido amniótico claro, rotura prematura de membranas (RPM) menor a 24 horas, serología infecciosa negativa, SGB negativo, dilatación igual o mayor a 5 cm con dinámica uterina instaurada y progresión favorable del parto. No se recomienda el nacimiento en agua para mujeres embarazadas que hayan dado positivo para Covid-19 (International Confederation of Midwives., 2020).

La mujer puede entrar al agua en cualquier momento del TP, pero si la dilatación es menor de 4 cm, entrar al agua puede disminuir la frecuencia de las contracciones, por ello, se recomienda caminar hasta que la dilatación sea superior y el patrón de contracciones esté

establecido. Será criterio de abandono; la pérdida del bienestar fetal, la hemorragia intraparto, presencia de meconio o alteración de la presión de la madre entre otros.

Es importante ofrecer líquidos a la mujer, para evitar la deshidratación, así como animarla a orinar frecuentemente. Es indispensable auscultar la frecuencia cardiaca fetal (FCF), durante y después de cada contracción o hacer uso de un cardiotocógrafo inalámbrico sumergible.

La bañera en el HUSJ se utilizará en la fase de dilatación y no en la de expulsión, aunque hay que estar preparado por si ocurre el expulsivo. Nuestra actuación consiste en animar y controlar la situación, mantener una actitud expectante sin proteger el periné, ya que la inmersión mejora su elasticidad. Una vez sale la cabeza, no hay que tocar al bebé, debemos esperar a la siguiente contracción para la salida del hombro anterior, sino sale en este momento entonces debemos de asistir. Ha de nacer completamente sumergido en el agua y bajo ningún concepto, se tiene que clampar o cortar el cordón mientras el bebé esté sumergido, por riesgo de aspiración. El alumbramiento de la placenta se tendrá que hacer siempre fuera del agua.

Una alternativa a la bañera es *la termoterapia*, que consiste en la aplicación de calor local sobre los tejidos con fines terapéuticos. Se puede emplear calor seco mediante saquitos de semillas o bolsas de agua, o bien, utilizar calor húmedo aplicando compresas con agua caliente sobre la zona afectada (Rull et al., 2014). Es básico comprobar la temperatura previamente para evitar quemaduras y en especial, extremar la vigilancia cuando se emplee con analgesia peridural por la disminución de la sensibilidad. La termoterapia, aplicada de forma superficial, provoca hiperemia que favorece a la llegada de nutrientes, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor, además, mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas segregadas por el daño tisular, como prostaglandinas o histaminas y también desencadena una acción sedante en los impulsos nerviosos (Rull et al., 2014).

La literatura revisada, demuestra una reducción en el traumatismo perineal grave, alivio el dolor, aumento de la comodidad y reducción de la incidencia de incontinencia urinaria (Pernía et al., 2014). Es un método analgésico sencillo, barato, disponible en nuestro medio, aceptado por las pacientes y matronas. Esta práctica, cuyos beneficios superan los potenciales riesgos puede incorporarse fácilmente en el cuidado de las mujeres durante el parto, en especial en las que eligen parir sin anestesia (Rull et al., 2014).

Antiguamente, *la libertad de posición y movimiento* ya se contemplaba como una herramienta útil en el proceso de parto. Las matronas, comenzaron a ser conscientes de que la inmovilidad afectaba de manera negativa al proceso de parto. Observaban como se alargaba el

período de dilatación y el expulsivo, dando lugar a intervenciones más frecuentes y partos instrumentados (Lago et al., 2016). En la actualidad, la mayoría de las mujeres en España permanecen acostadas desde su ingreso en el hospital debido a la monitorización continua, a la sueroterapia y a la analgesia neuroaxial, limitando a las mujeres a deambular o a adoptar posiciones diferentes (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

El cuerpo instintivamente adopta posturas que facilitan el nacimiento, así que moverse libremente es una excelente opción. Ayudar a que la mujer tome diferentes posiciones aporta una actitud activa.

En el parto la pelvis se deforma, debido a una laxitud inhabitual de sus articulaciones. Se conoce que ciertas posiciones propuestas a la mujer facilitan el pasaje fetal. En la primera etapa del parto se recomienda la verticalidad y movilidad para favorecer la progresión, consiguiendo una disminución del uso de oxitocina y de prostaglandinas, también se consigue una reducción de los tiempos, disminución de la percepción del dolor y del estrés, dando lugar a un menor uso de la epidural u otros analgésicos (Arranz, 2017). Hay que tener en cuenta, que si la mujer lleva una anestesia epidural, tendrá poco control del movimiento y ante los cambios de posición que se realicen, no se debe forzar para evitar una posible distensión ligamentosa (Germain & Vives, 2010).

El parto es un acontecimiento asimétrico a nivel de la pelvis, la cadera y la columna movilizan la pelvis en el plano sagital, es decir, hacia delante y hacia atrás, este plano aporta amplitud de movimiento, sin embargo, lo más frecuente es que se mezclen con otros planos, dando lugar a variantes de posición.

Las tres posiciones «estrella» son; de pie, sentada o de rodillas con apoyo (Parés & Calais-Germain, 2013). En esta última conocida como posición de cuadrupedia, la pelvis se encuentra apoyada sobre la cabeza del fémur, de manera que puede adoptar múltiples orientaciones, siendo útil para facilitar la rotación fetal durante el paso por la excavación (maniobra de Ina Gaskin). Estas tres posiciones aportan a la pelvis mayor libertad de movimiento dejando la articulación sacroilíaca libre y facilitan el acceso a la parte baja de la espalda, de manera que, el acompañante puede colocar sus manos y aplicar presión o calor para calmar.

La mujer puede apoyarse sobre alguna superficie o suspenderse sobre alguna tela, reduciendo de este modo el peso del tronco, aliviando la tensión de los músculos abdominales,

la pelvis y el útero. Si se alternan las rotaciones y las asimetrías, se dispone de una gran variedad de posibilidades, transformando el paso interno de la pelvis. Una opción, es dibujar círculos con una pierna o colocar una pierna en ligera rotación interna y la otra en rotación externa e ir alternando. En la última fase del expulsivo, cuando la cabeza del feto está en el estrecho medio e inferior de la pelvis, es esencial la rotación interna del fémur para aportar tensión sobre el ligamento posterior de la cadera, girar el hueso iliaco y orientar el isquion hacia el exterior (Germain & Vives, 2010).

Hay varias razones por las que debemos detenernos y observar la posición del cuerpo, ya que hay movimientos de rotación de cadera que parece que abran la pelvis menor cuando en realidad la cierran. El cierre o la aproximación de los miembros inferiores crean aperturas inesperadas en el estrecho medio e inferior, como ocurre en la posición de cuadrupedia, en la posición de cuclillas (hiperflexión de caderas) o la posición «à l'anglaise» (tumbada en decúbito lateral sobre su trocante), pero estas posiciones tienden a separar las rodillas dejando de ser eficaces y precisan de reposicionamiento.

Se ha cuestionado las ventajas y desventajas acerca de las diferentes posiciones para dar a luz. La posición de cuclillas era una de las más naturales, sin embargo, la desventaja principal actual es que las mujeres occidentales no están entrenadas para pasar mucho tiempo en esta posición. La evidencia que se tiene con respecto a las posiciones para parir no es definitiva porque unas posiciones favorecen algunos aspectos, a la vez que parecen empeorar otros (Botell & Bermúdez, 2012).

Otra TCA relacionada con el movimiento es la *esferoterapia o esferodinamia*, una terapia que trabaja con balones de distintos tamaños y formas, conocidos como pelotas de parto (PDP). Su objetivo también es movilizar la pelvis, relajar la musculatura y reducir la tensión (Lara et al., 2017), provocando un aumento del bienestar, alivio del dolor, disminución de la ansiedad y mayor índice de partos eutócicos (Lago et al., 2014). Se puede combinar con otros métodos no farmacológicos para potenciar su eficacia (Lago et al., 2014).

La PDP fue creada en 1963 en Italia como juguete infantil y pasó a ser utilizada para la rehabilitación en niños con deficiencia neurológica en Suiza (Lago et al., 2014). Los primeros registros de su aplicación en obstetricia surgieron en la década de los ochenta en Alemania, utilizándose para ayudar en la progresión del trabajo de parto y corregir las malposiciones fetales (Arranz, 2017; Coca et al., 2016).



El tamaño de la pelota debe adaptarse a la estatura de cada mujer, de forma que sentada sobre la esfera, el ángulo lateral que formen las piernas entre caderas, rodillas y tobillos sea de 90 grados (Coca et al., 2016). Si el balón es grande, la mujer no encontrará seguridad con el suelo, por el contrario, si a la mujer el balón le queda pequeño se hundirá y dejará de tener la «pelvis libre», por este motivo, lo ideal sería que los hospitales dispusieran de diferentes tamaños para adaptarlo a la estatura. Los balones más usados son entre 55 a 75 cm de diámetro (Arranz, 2017).

Existen varias posibilidades para trabajar con la pelota tanto en el embarazo, como en el parto y posparto. En el embarazo se pretende el fortalecimiento de los músculos abdominales, lumbares, glúteos, suelo pélvico y la mejora del patrón de respiración (Arranz, 2017). Se recomienda acostumbrarse al balón antes del parto para conocer la sensación de inestabilidad y sentir el movimiento de la pelvis, se puede experimentar sentándose hacia atrás, hacia delante y pasando de una posición a otra, dejándose deslizar hacia los lados, dibujando círculos con la pelvis y cambiar de dirección (Parés & Calais-Germain, 2013). Una vez sentada, se recomienda apoyar los brazos sobre las piernas o agarrarse sobre un soporte estable. Es importante enseñar a la mujer como debe sentarse para evitar que resbale, si no se siente segura abandonará.

La posición de verticalidad que se adopta en la PDP, es una alternativa más descansada que la bipedestación. Con esta posición se acorta la primera fase del parto, a consecuencia del aumento de la frecuencia e intensidad de la dinámica uterina y mayor sensación de pujo ante el descenso de la presentación. Además, previene de posibles distocias al propiciar una correcta alineación feto-pélvica, facilitando así el encajamiento y lograr el parto eutócico (Arranz, 2017; Lago et al., 2016; Parés & Calais-Germain, 2013). El uso de la PDP se puede ampliar al posparto y la lactancia, resultando muy útil en la recuperación del suelo pélvico y la estimulación precoz en el niño (Arranz, 2017).

Cuando la mujer encadena los movimientos, ofrece una pelvis menos estática al feto que se encaja y le ayuda en a «enfilarse». El efecto de «enfilarse» se refiere a cuando los huesos de la pelvis se mueven permitiendo al feto buscar una vía de paso. El movimiento de pivotar y trasladar, aportando un efecto doble, por un lado, obliga a desplazarse hacia las diferentes paredes, mientras las separa de otras, lo que se conoce como efecto «tamiz». Consiste en sentarse sobre el balón, realizar movimientos con la pelvis para desplazar y orientar la cabeza del feto en los diferentes planos (Parés & Calais-Germain, 2013).

*La esferodinamia* es aceptada, se oferta en los planes de parto para facilitar la comodidad de la embarazada. Las gestantes, lo valoran como método relajante y efectivo para el dolor, aunque hay mujeres que tienen miedo a caerse, por eso, Nùria Vives, diseñó *La Lenteja de Parto* (LDP). Es similar a un cojín de aire, ligero y adaptable con prestaciones similares a la pelota, pero tiene una gran ventaja respecto a la anterior y es que, se puede usar en mujeres con analgesia epidural.

Para utilizar la LDP la gestante se sentará sobre ella en posición vertical u horizontal, según sea conveniente. La LDP ofrece principalmente cuatro opciones de uso;

- *Sentada sobre una silla o una cama*; tiene la posibilidad de adoptar otras posturas como la de Buda (piernas en flexión, los muslos en abducción máxima y las plantas de ambos pies tocándose entre sí) favoreciendo la ampliación al máximo el diámetro superior pélvico.
- *Semisentada en la cama*: en esta posición el sacro se sitúa en anteversión y el coxis está inmovilizado, por la presión que ejerce la LDP, lo cual, si se combina con una adecuada posición de las piernas, favorece la ampliación del estrecho superior de la pelvis permitiendo el descenso fetal.
- *Acostada en la cama*: Dependiendo de donde se coloque podemos conseguir apertura del estrecho superior o inferior. Para favorecer el diámetro superior se colocará a la altura de la articulación sacrococcigea SCC 4-5, en cambio, para abrir el diámetro inferior se colocará en las últimas lumbares y primeras sacras.
- *Decúbito lateral en la cama*: el sacro se encuentra libre y la presión de la LDP se encuentra sobre la cresta ilíaca superior, ampliando así los últimos planos.

Por higiene, es fundamental tanto en la PDP como la LDP colocar un empapador o una funda y tras su uso deben de limpiarse y desinfectarse.

El método de *inyección intradérmica de agua destilada* (IIAE), fue descrito por el cirujano Halsted en 1885 y empezó a utilizarse en obstetricia a partir de los años 20. La IIAE es útil para disminuir el dolor lumbar en etapas tempranas del parto, no siendo efectivas para el dolor abdominal ni perineal. El dolor lumbar se asocia por irradiación del dolor de las contracciones, por la presión que ejerce el feto sobre las estructuras pelvianas caracterizándose en situaciones de malposición fetal, particularmente, en posición occipitosacra (Jimenez et al., 2018).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera *las inyecciones de agua estéril* (IIAE) un método no farmacológico con eficacia demostrada para el alivio del dolor (Arranz, 2017). Consiste en la administración de 2 a 4 inyecciones de pequeñas cantidades de agua (0,1-0,5 ml) mediante agujas de 25G o 30G en la zona sacra conocida como el *Rombo de Michaelis* (Arranz, 2017), este espacio se encuentra comprendido entre la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar, el pliegue interglúteo y las espinas ilíacas posterosuperiores. Se infiltra dos punciones sobre los vértices laterales del rombo y otras dos a unos 2 cm más abajo y un centímetro más medial con respecto a cada espina ilíaca (Apéndice I).

Las inyecciones se realizan durante la contracción para minimizar el dolor, esta se puede administrar por vía intradérmica o subcutánea, aunque los resultados analgésicos por vía intradérmica son más eficaces. Una vez inyectada se recomienda no masajear la zona porque puede ayudar a la reabsorción y reducir el efecto que comienza a los pocos segundos, alcanzando un pico máximo a los 30-40' y prolongándose hasta los 90' (Jimenez et al., 2018). Si conviene se puede repetir el procedimiento.

Se desconoce con exactitud el mecanismo de acción, pero la teoría más conocida es la del control de la puerta de Melzack y Wall 1965. La pápula de agua que aparece va a interrumpir el paso por el haz espinotalámico de los estímulos dolorosos, bloqueando o disminuyendo la percepción del dolor. Otra teoría que se plantea es la irritación que genera el agua en los dermatomas T10 a T12 y en consecuencia, la disminución del dolor y la estimulación en la producción de endorfinas. El motivo de administrar agua estéril y no suero fisiológico es porque este último tiene un porcentaje similar de sal a la del cuerpo, por lo que no produciría irritación osmótica.

La principal desventaja es el escozor en el momento de la administración de la IIAE, siendo el principal motivo por el cual la técnica ha caído en desuso, pero para evitarlo se podría emplear lidocaína (Jimenez et al., 2018). Las revisiones muestran que la IIAE es una técnica eficaz, sencilla, económica y no comporta riesgos para el bebé, convirtiéndose en un buen recurso para las matronas.

El término *aromaterapia* fue utilizado por primera vez por René Maurice Gattefosse a principios del siglo XX (Lakhan et al., 2016). Se trata de una rama de la herbolaria que usa aceites esenciales para mejorar la salud física y emocional. Las plantas contienen sustancias químicas, de las cuales se usan para medicamentos convencionales, como la aspirina, la quinina, la morfina o la digoxina. De hecho, los animales buscan ciertas plantas cuando no se sienten bien con fines

curativos. Los aceites esenciales (AE) son sustancias obtenidas de las plantas aromáticas que presentan una gran facilidad de evaporación, usándose diluidos en otros aceites neutros conocidos como “base” durante el baño o para el masaje (Herrerías et al., 2013).

Hoy en día, hay diferentes métodos para extraer las esencias, y ello puede alterar sus componentes y no tener las mismas garantías de calidad al no ser tan puros y naturales. Los aceites esenciales son bioquímicamente inestables y se evaporan rápidamente. El mecanismo de acción de la aromaterapia es incierto, sin embargo, se cree que se debe a la estimulación del sistema límbico (área cerebral responsable del olfato, la memoria y la emoción) influyendo en la frecuencia cardíaca, la respiración y la respuesta al estrés. Los AE tienen varias características específicas, por lo que es importante elegirlos cuidadosamente, en los diferentes períodos del trabajo de parto (da Silva et al., 2019). En la primera etapa del parto, se recomiendan aceites calmantes y sedantes, como lavanda o la manzanilla, en cambio, en la segunda fase se recomiendan aromas más fuertes como el jazmín, ya que aumenta las contracciones uterinas (da Silva et al., 2019).

Actualmente, el equipo de matronas del HUSJ utilizan aceites esenciales de: mandarina, lavanda y clavo. *La mandarina* (*citrus reticulata*) utilizada como estimulante porque aporta frescura al ambiente y *el clavo* como uterotónico. *La lavanda* (*lavándula angustifolia*) es una planta aromática ampliamente utilizada en aromaterapia. Las investigaciones revelan que tiene efectos antiinflamatorios, antidepresivos, sedantes, relajantes musculares, antibacterianos, antiespasmódicos (Mahamud et al., 2018) y reduce la duración del parto (Herrerías et al., 2013).

A menudo el postparto se convierte en una etapa llena de estrés y ansiedad en la que las madres se sienten cansadas y fatigadas, si esta situación perdura, podría desencadenar depresión postparto (Mahamud et al., 2018). La práctica de la aromaterapia podría prevenir esta situación, estimulando el sistema nervioso parasimpático, generando un descenso de la presión arterial y en consecuencia una reducción de la ansiedad, mejorando la calidad del sueño y el estado de ánimo postparto (Mahamud et al., 2018).

Investigaciones muestran mejoría en el estado del ánimo y en los niveles de ansiedad, por tanto, se considera otra herramienta útil para mejorar el estado de confort, pudiéndose emplear antes de los analgésicos o conjuntamente (Herrerías et al., 2013).

Danièle Ryman en su libro *Aromaterapia*, recomienda mejor no usar los AE a las mujeres embarazadas, porque no sólo la piel se vuelve más sensitiva durante el embarazo, sino también el olfato, y ciertos olores, durante la gestación, les pueden molestar cuando antes nunca les habían causado problemas. Hay que estar alerta porque algunos AE tienen propiedades abortivas como el opiol o miristicina, por ello es tan importante conocer las propiedades, la pureza del aceite y la sensibilidad de la paciente.

La *aromaterapia* ha demostrado ser útil a un gran número de mujeres durante la dilatación favoreciendo el trabajo de parto, así como la relajación y el estado general de la mujer, sin embargo, hay pocas revisiones de calidad que examinen su efectividad para reducir el dolor, pero el bajo coste, la facilidad de uso y el enfoque no invasivo, hacen que la aromaterapia sea una opción complementaria (Lakhan et al., 2016).

Durante unos meses, el HUSJ dejó de utilizar la aromaterapia vaporizada como medida preventiva al COVID, por los aerosoles que se generan, pudiendo esparcir el virus. Con esta terapia he observado algún inconveniente, como por ejemplo, puede ser desagradable si a la mujer no le gusta la esencia elegida, provocando incomodidad y a veces, producir náuseas o dolor de cabeza, por tanto, hay que ser precavidos y hacer que las madres huelan previamente el aceite. Otra de las cosas a tener en cuenta, es averiguar si existe algún tipo de alergia.

Los campos de aplicación de la *musicoterapia* son variados y aplicarlo durante el embarazo o el parto, favorece el vínculo prenatal y permite vivenciarlo de una manera más agradable tanto física como psicológicamente (Bocanegra et al., 2020). Diversos estudios han demostrado que la musicoterapia tiene efectos positivos en el proceso de parto, principalmente relacionados con el dolor. La musicoterapia produce relajamiento, alegría, invita a recordar, influye en la autoestima e incluso incrementa el efecto de la medicación contra el dolor, etc. (Manrique, 2015).

Gonzales y cols., en el año 2008 en su estudio de investigación "*Efectos de la música en las gestantes durante el proceso de parto*", observaron una disminución de los valores de presión arterial, la frecuencia cardiaca y el dolor, posterior a la aplicación de la música (Manrique, 2015).

Algunas composiciones de Música Barroca conocida como "Música de los Afectos" interpretada por autores como Vivaldi, Bach, Charpentier entre otros, cuyas ondas musicales son

conocidas por su efecto relajante porque se ajusta a los pulsos del cuerpo humano (Manrique, 2015). Andante from piano Concierto 21, Andante con moto from String Cuarteto, son ejemplos de piezas musicales de este género que utilizó Minaya-Manrique en su estudio.

Creo que a la musicoterapia no se le da mucha importancia, porque he podido constatar en mis prácticas, que no había una buena selección de obras musicales, los reproductores de música existentes eran insuficientes para todas las parturientas e incluso no funcionaban o estaban en malas condiciones.

La *acupuntura* es un procedimiento de origen oriental usado de manera preventiva y curativa desde hace miles de años. Cada vez se utiliza más en la cultura occidental, destacando su uso en algunos países europeos como Francia e Inglaterra (Gutiérrez et al., 2020).

Según la medicina tradicional china, el cuerpo humano está dividido en 12 meridianos, donde se encuentran los diferentes puntos de acupuntura. Los utilizados para reducir el dolor durante el parto se encuentran localizados en manos, pies y orejas (Medina, 2014). Mediante la estimulación, se pueden lograr determinados resultados, a través de la acupresión (realización de masaje), moxibustión (aplicación de calor) o acupuntura (punción con aguja fina) sobre el punto deseado (Gutiérrez et al., 2020) para ello, se necesitan habilidades técnicas para aplicarlo sobre los puntos correctos. La acupuntura y la acupresión se pueden usar para reducir el dolor del trabajo de parto. La acupuntura puede ayudar en la maduración del cuello uterino, pero ni la acupuntura ni la acupresión han demostrado ser efectivas para la inducción y / o el aumento del trabajo de parto (Schlaeger et al., 2017). Las mujeres que recurren a esta terapia, generalmente encuentran una reducción leve del dolor (Smith et al., 2020).

La acupuntura solo puede ser administrada por un acupunturista autorizado o una enfermera-partera certificada. No se necesita licencia para administrar la acupresión, aunque se recomienda formación y práctica (Schlaeger et al., 2017).

Se necesitan más estudios de investigación de calidad alta, con un tamaño muestral suficiente para tener resultados concluyentes. La guía inglesa de NICE señala que la acupuntura es un método que no debe ser ofrecido para la inducción del parto; siendo necesario realizar más investigaciones para evaluar su eficacia y seguridad (Banco de Preguntas Preevid., 2016).

Asumimos que la experiencia de dar a luz es “un mal trago que hay que pasar, un evento médico en vez de algo natural”. Sin embargo, dar a luz es una experiencia maravillosa y hay que vivirla de manera positiva. Desafortunadamente, tener miedo al parto de manera consciente o inconscientemente es algo muy habitual. Por suerte, se puede trabajar mediante El *hipn parto*.

James Braid en 1858, documentó por primera vez, el uso de *hipnosis* en el parto. El ginecólogo francés Lamaze, creó su propio método basado en la hipnosis, igual que Bradley en los Estados Unidos. El término *hipnosis* no era bien recibido y cambiaron la terminología a *relajación profunda*, más tarde, surgió el término *hypnobirthing*, todas estas terapias buscaban eliminar miedos y afrontar el parto con positividad (Moreno, 2018).

Se considera un proceso y no un método, consiste en una preparación para el momento del parto con el objetivo de reemplazar el miedo y la ansiedad. El hipn parto, no promete el parto perfecto ni un parto natural, sino tomar decisiones desde el conocimiento. Esto también incluye aceptar intervenciones médicas cuando existe alguna condición clínica desfavorable, por ello, tomar un papel activo en el embarazo y parto ayudará a tener una mejor experiencia en cualquier escenario y empezar la maternidad de la mejor manera posible.

El acto de parir está ligado con el cerebro primitivo, responsable de la segregación de hormonas, pero el neocórtex, parte responsable del pensamiento, puede interferir en el funcionamiento normal, por lo que, se han de eliminar pensamientos obstructivos para que el cuerpo responda de manera fisiológica. El objetivo es confiar en nuestro cuerpo, dejarse llevar, estar segura y relajada, pues lo contrario, la producción de adrenalina no contribuirá en la producción de oxitocina. Cualquier estímulo negativo puede entorpecer o ralentizar el proceso del parto. Parece fácil, pero entregarse y confiar puede ser complicado.

La hipnosis, a través de técnicas de relajación, pretende acceder al subconsciente, lugar donde se encuentran las experiencias negativas y modificar la percepción negativa del parto (Moreno, 2018). Podemos partir de una respiración diafragmática para relajar el cuerpo y la mente y mediante la visualización accedemos al subconsciente. Cuando la mente imagina, se activan las mismas áreas del cerebro que si fuese real, desencadenando respuestas físicas, ya que el cerebro no diferencia entre ficción o realidad. El cuerpo va donde la mente lo dirige y por ello, con el hipn parto, prepara a la mujer para un parto positivo, en todos los escenarios posibles.

Se describen beneficios relacionados con la reducción de fármacos, mayor satisfacción con la experiencia del parto, menor depresión postparto, partos más cortos, menos instrumentados y menor incidencia en el número de cesáreas (Moreno, 2018).

### 3.2 Metodología

En este punto se describe la metodología empleada durante la pasantía para crear una relación teórico-práctica, como medida de aprendizaje. En este informe he utilizado el método PICO para diseñar una estrategia de búsqueda pertinente para ampliar conocimientos a partir de la combinación de los descriptores en las distintas bases de datos.

Las letras del método PICO hacen referencia a (P) paciente o problema de interés, (I) intervención principal a considerar, ORGANIZACIÓN alternativa con la que comparar la intervención principal, hay que tener en cuenta, que en ocasiones no se dispone de una intervención con la que comparar y (O) Outcomes, resultado a valorar, efectos de la intervención en términos de mejora (Díaz et al., 2016).

**Tabla 9:**

*Método PICO*

| <b>Desarrollo de pregunta de investigación según método PICO</b> |   |
|--|---|
| <b><i>P – paciente</i></b>                                       | Gestante en trabajo de parto  |
| <b><i>I – intervención</i></b>                                   | Aplicación de las TCA   |
| <b><i>C – comparación</i></b>                                    | Evaluar el efecto del uso de las TCA frente a mujeres que las rechazan. |
| <b><i>O- resultados</i></b>                                      | Satisfacción materna  |

La estrategia de búsqueda bibliográfica que he utilizado ha consistido en un análisis exhaustivo de la literatura científica relacionada principalmente con la atención al parto natural y sobre las TCA en la base de datos de Pubmed, Google Académico y The Cochrane Library. Para seleccionar las evidencias más actuales y adecuadas he filtrado los artículos en base a los últimos 10 años y en el idioma español, portugués e inglés. En un primer momento realicé una lectura de los resúmenes para descartar aquellos que no seguían los criterios que se buscaban. En la segunda fase, realicé una lectura completa del texto y seleccioné los más interesantes. He consultado las webs de los siguientes organismos: Organización mundial de la salud (OMS) y la sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO). Además, he hecho uso de guías actuales de seguimiento del embarazo y atención al parto y, por otro lado, he seleccionado artículos de revistas científicas como «Matronas Profesión».

La revisión sistemática de la literatura (RSL) se define como un método sistemático, explícito y reproducible que permite la identificación, evaluación y síntesis de estudios realizados por investigadores, académicos y profesionales de la salud. El interés de la enfermería por las



RSL ha aumentado, ya que constituye un método que permite una práctica basada en la evidencia científica, aportando mucha información en un solo estudio y están siendo cada vez más utilizadas por los profesionales de la salud (Sousa et al., 2018).

La revisión de la literatura consiste en buscar, seleccionar y consultar la bibliografía pertinente. De esta manera se seleccionará la información relevante y necesaria relacionada con el problema de investigación. Sin embargo, la enorme cantidad de información científica existente y la continua aparición y difusión de nuevas publicaciones, dificultan en gran medida identificar la más relevante (Gutiérrez & Maz, 2004). Por esta razón, la selección de los descriptores o palabras clave, es importante para acotar la búsqueda. El sitio web de DeCS destaca la importancia del vocabulario estructurado para describir, organizar y proporcionar acceso a la información. Hay que enfatizar en la diferencia entre palabra clave y descriptor, el primero no sigue ninguna estructura y es aleatorio, en cambio, los descriptores están organizados en estructuras jerárquicas en la que facilitan la búsqueda (Brandau et al., 2005).

A continuación, se definen los descriptores empleados para la búsqueda de información:

*Terapias Complementarias / Complementary Therapies*, son las prácticas terapéuticas que no se consideran actualmente una parte integral de la práctica médica alopática convencional, pueden carecer de explicaciones biomédicas. Las terapias se denominan como complementarias cuando se utilizan junto con tratamientos convencionales y, como alternativas cuando se usan en lugar del tratamiento convencional.

*Dolor de parto / Labor pain*, se refiere al dolor asociado al trabajo de parto. Es causado por las contracciones uterinas, por la presión en el cuello uterino, vejiga y el tracto gastrointestinal.

*Matrona / Midwifery*, profesionales capacitadas para cuidar de la salud de gestantes, parturientas, puérperas, recién nacidos y familiares, buscando promover y preservar la normalidad del proceso de nacimiento, atendiendo a las necesidades físicas, emocionales y socioculturales de las mujeres.

*Parto humanizado/ Humanizing Delivery*, el concepto de humanización del cuidado del parto presupone la relación respetuosa que los profesionales de la salud establecen con la mujer durante el proceso del parto y comprende: El parto como proceso natural y fisiológico, respeto por los sentimientos, las emociones, las necesidades y los valores culturales. Con disposición de los profesionales para ayudar a las mujeres a reducir la ansiedad, la inseguridad y otros miedos.

Promoción y mantenimiento del bienestar físico y emocional durante todo el proceso de embarazo parto y postparto.

*Satisfacción del Paciente/ Patient Satisfaction*, es el grado que el individuo considera respecto al servicio o producto de salud o la manera por la cual, este es ejecutado por el proveedor, como siendo útil, efectivo o que trae beneficio.

### 3.3 Resultados

En este subcapítulo se representa la búsqueda de los diferentes artículos recopilados en las diferentes bases de datos para la realización de la revisión sistemática, su interpretación y su aplicabilidad durante las prácticas.

**Tabla 10:**

*Ecuaciones empleadas en la Base de Datos Pubmed*

| <b>Ecuación</b>   | <b>Resultados</b> | <b>Pubmed</b> |
|---|-------------------|---------------|
| (complementary therapies) AND (labor pain)  |                   | 53            |
| (complementary therapies) AND (midwifery)   |                   | 21            |
| ((complementary therapies) AND (midwifery)) AND (labor pain)                            |                   | 12            |
| (labor pain) AND (midwifery)  |                   | 178           |
| (Humanizing delivery) AND (patient satisfaction)  |                   | 28            |
| ((Humanizing delivery) AND (patient satisfaction)) AND (complementary therapies)        |                   | 11            |
| ((complementary therapies) AND (midwifery)) AND (labor pain) AND (patient satisfaction) |                   | 1             |

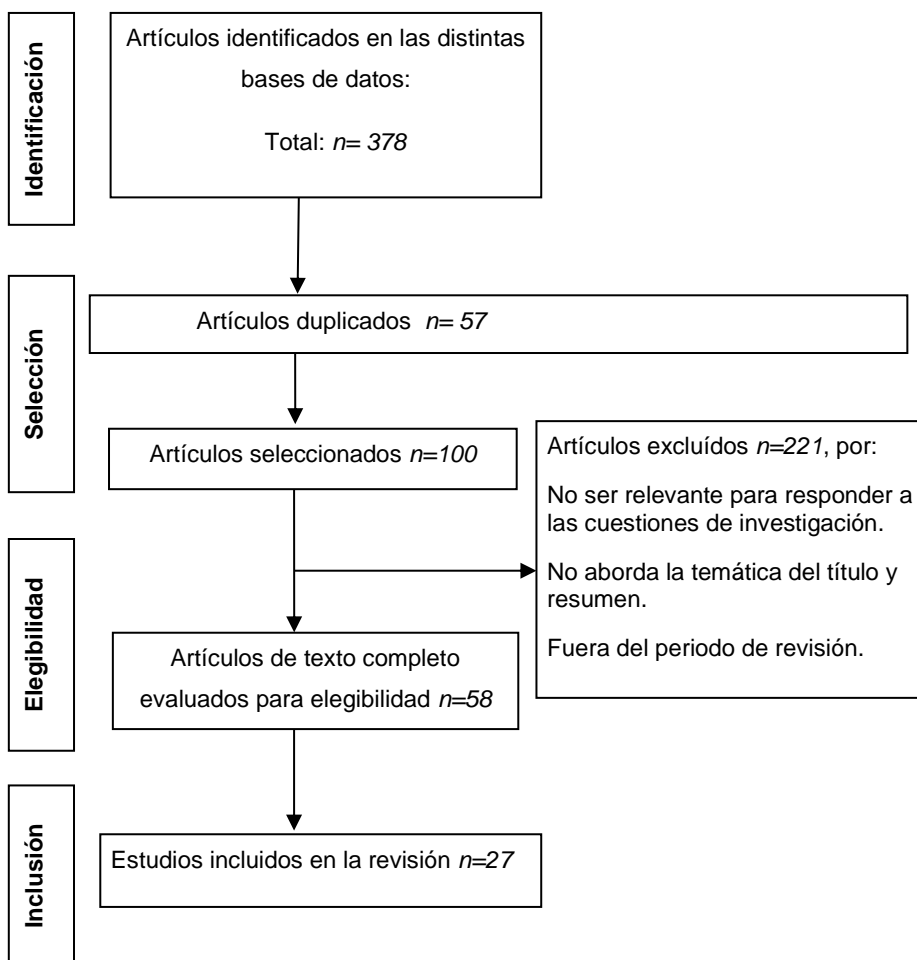
Esta tabla es una muestra de las diferentes ecuaciones que apliqué en la base de datos de Pubmed. La misma ecuación en otra base de datos como en Google Académico, resultó ser bastante dispar debido a que los filtros seleccionados no coincidían.

La búsqueda en pubmed resultó ser de 273 artículos en relación con la temática, se obtuvieron 119 artículos en relación con diferentes terapias alternativas y complementarias durante el embarazo y parto, finalmente seleccioné 38 que cumplían con los criterios de inclusión, en relación con terapias. Se incluyeron artículos cuasi experimentales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Se excluyeron artículos con de pago y fuera del periodo de búsqueda.

Sumando el total de los artículos seleccionados y revisados en todas las bases de datos consultadas resultó ser 378, de los cuales para esta revisión sistemática he hecho uso de 27.

**Figura 7:**

*Diagrama de flujo PRISMA*



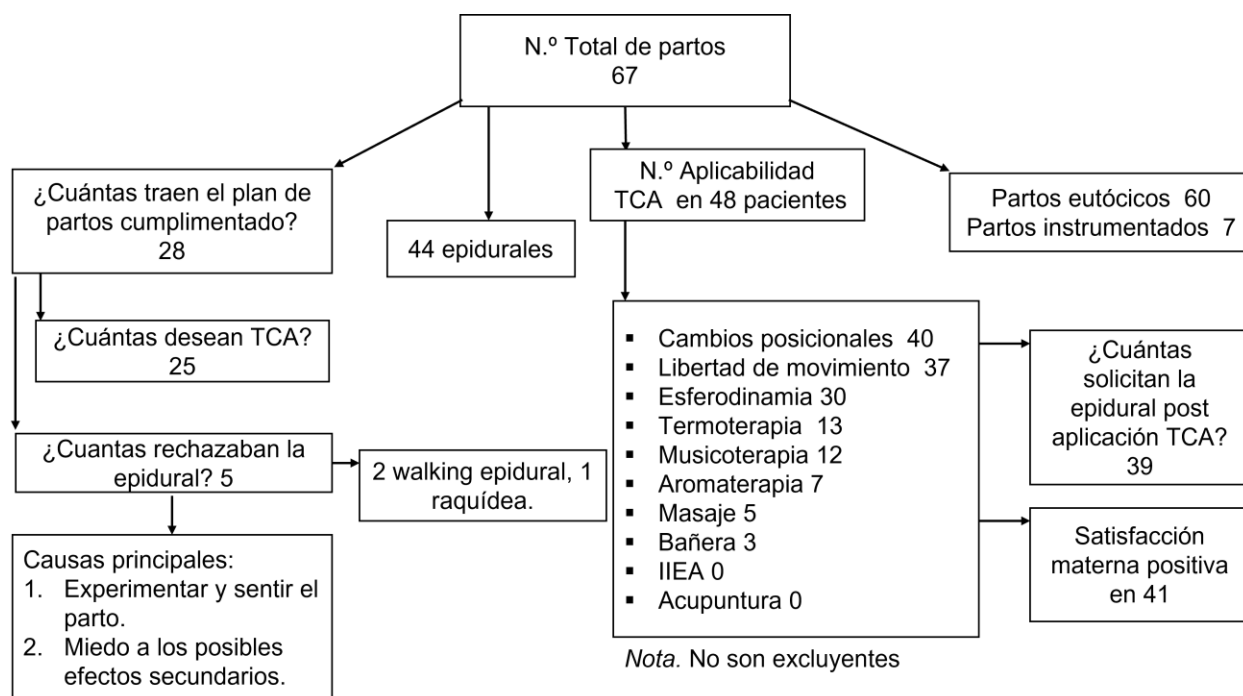
He realizado tablas sintetizando los artículos seleccionados y tipo de revisión (Apéndice J) y tabla modo resumen con las indicaciones, beneficios y consideraciones de las diferentes TCA, realizada a partir de los artículos seleccionados (Apéndice K).

He observado en la práctica clínica que cuando ofrecemos las TCA, las mujeres tienen curiosidad en probarlas, les dan voto de confianza y generalmente, se muestran satisfechas tras su uso. En cuanto al control del dolor, muchas de las gestantes acaban solicitando la epidural. Con estas técnicas no se domina el dolor como nos gustaría, pero sí se consigue tener a la mujer

más relajada, distraída y con predisposición a colaborar. En mi experiencia, las técnicas más valiosas han sido: la libertad de movimiento, el uso de la pelota de parto y el cambio de posición. Con ellas he podido constatar, el acortamiento de los tiempos, la modificación de la malposición fetal y también el alivio del dolor. La música y la aromaterapia pueden aportar un buen ambiente y crea una atmosfera de confianza, tranquilidad, con un menor grado de estrés en la sala de partos, no sólo siendo beneficioso para la parturienta sino también para los sanitarios que atendemos el parto.

### Figura 8:

#### Resultados de Aplicación de TCA



Nota. Elaboración propia.

Las gestantes que vinieron a parir al HUSJ, menos de la mitad trajeron el plan de partos cumplimentado, pero una gran parte les apetecía probar las TCA, a pesar de tener claro que no querían sentir dolor y deseaban solicitar la epidural cuanto antes.

Las mujeres que atendí tuvieron la posibilidad, durante el proceso, de solicitar técnicas con las que aliviar el dolor, un 71% de ellas probaron alguna de las TCA. La analgesia epidural fue utilizada en el 68% de los partos siendo la más solicitada y efectiva. Atendí 60 partos eutócicos y colaboré con 7 distócicos, lo que supone un 7% de partos vaginales instrumentados.

Los RN presentaron mayoritariamente, una valoración de Apgar, a los 5 minutos de nacer, de entre 7 y 10 (considerada normal), tuve un caso con depresión respiratoria moderada el cual requirió observación y tratamiento durante las 24-48h posteriores a su nacimiento.

#### **4. Análisis Reflexivo sobre el Proceso de Movilización de Competencias**

Las prácticas profesionales son fundamentales para adquirir las competencias del enfermero especialista, consolidar y ampliar los conocimientos teóricos, por ello cuenta con gran protagonismo en el segundo año académico.

Para adquirir las habilidades de un enfermero especialista se requiere de un esfuerzo por parte de estudiante para abarcar nuevos conocimientos. Discutiendo situaciones clínicas que lleven al estudiante a la reflexión sobre la realidad que vive, al análisis y al cuestionamiento (Alvarado, 2018). La práctica reflexiva de Enfermería debe de ser contextualizada y tener presente las características y necesidades de la paciente. La praxis reflexiva permite utilizar el criterio profesional para ofrecer un cuidado individualizado, humanizado e integral (Alvarado, 2018).

##### **4.1 Comunes de los Enfermeros Especialistas**

El cuidado de enfermería, tienen mayor importancia, demanda técnica y científica, y por ello cada vez, los enfermeros se especializan más. El estatuto de la Ordem dos Enfermeiros engloba seis especialidades entre ellas, enfermería en Salud Materna y Obstétrica. En este sentido, enfermera especialista es aquella que tiene reconocida la competencia científica, técnica y humana para brindar atención en un área específica.

El título de enfermero especialista presupone, además de constatar las competencias respectivas de cada especialidad, un conjunto de competencias comunes, aplicables en todos los contextos de la prestación asistencial (Anexo A) Las habilidades comunes del enfermero especialista involucran las dimensiones de educación, orientación, asesoramiento, liderazgo, la responsabilidad de interpretar, difundir y realizar investigaciones a partir de conocimientos válidos, actuales y pertinentes que permitan el continuo avance y mejora de la práctica de enfermería (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Teniendo en cuenta los aspectos bioéticos del fomento del parto con asistencia natural, este programa está basado en los principios de beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía. El cumplimiento de todos y cada uno de estos 4 principios, garantiza la realización de un trato humanizado en las instituciones sanitarias, que comporte la realización de unos cuidados basados en los valores éticos, tal y como marca el Código Deontológico de Enfermeras. La matrona actúa coherentemente con la ética profesional, los valores y derechos humanos, tiene respeto por las personas, culturas y costumbres, sea cual sea su condición social, origen étnico o creencia religiosa, mantiene la confidencialidad y trabaja en equipo.

Las competencias generales en esta categoría se refieren a la autonomía y a las responsabilidades de la matrona como profesional de la salud, los vínculos con las mujeres y otros compañeros y las actividades de atención que se aplican en la práctica de la obstetricia (International Confederation of Midwives., 2019).

Diariamente programaba mis actuaciones coordinado el trabajo junto con todos los miembros del equipo multidisciplinar, teniendo presente los recursos materiales, personales y el tiempo disponible.

Realicé un webinar destinado a los futuros padres con el objetivo de informar sobre los procedimientos habituales, los recursos de los que dispone el hospital, la manera de trabajar del centro, el espacio físico, las normas y las distintas opciones disponibles entre otras. Esta sesión se impartió en una sala preparada con soporte audiovisual, con una duración de hora y media. Al finalizar la sesión programamos un tiempo para comentar y resolver dudas. El prepararme esta presentación me supuso refrescar y ampliar mis conocimientos sobre el tema, fue un reto estructurarlo de una forma coherente y clara. En cuanto a la comunicación del contenido, mi intención principal fue la de conseguir transmitir con sencillez y de forma directa todo lo referente con la estancia hospitalaria y el parto. Esta presentación fue supervisada por la jefa del servicio. En esta reunión colaboraron también otras matronas. Estas reuniones permiten un acercamiento entre las madres y el personal sanitario, nos consta que son muy bien valoradas entre las gestantes (Apéndice I).

Ser matrona no sólo implica estar en los buenos momentos en los que nace el bebé sano, en mis prácticas, coincidí en la misma semana con dos óbitos fetales a término, en estas circunstancias tan duras, es difícil encontrar palabras adecuadas para consolar a los padres. La muerte del neonato es vivida generalmente con gran desilusión, dolor o culpa. Es necesario llevar a cabo una intervención que los ayude a vivir el duelo.

Son momentos muy complicados, en los que el personal del hospital debe mostrar empatía, cuidar el trato hacia las familias y respetar las decisiones de los padres: algunos prefieren no tocar al bebé, mientras que otros desean estar solos con el bebé muerto.

En estas ocasiones se analizan las circunstancias con el equipo buscando posibles causas evitables.

Atendimos a una gestante con estado de eclampsia la cual había ocultado todo el embarazo a sus familiares y no se hizo ningún tipo de revisión ni control. En el análisis de orina

le detectaron restos de drogas. Los asuntos sociales, estaban pendientes de la situación y después de valorar los posibles riesgos, decidieron retirarle la custodia de la niña. En estas situaciones tenemos que informar del posible desamparo de los bebés y alertar a los servicios sociales.

Las matronas al igual que otros profesionales de la salud, tenemos que ir adaptándonos a los cambios que se producen en la sociedad. Actualmente, hay que muy cautos en el uso de vocabulario para dirigirnos a las familias, porque no todas las familias son como las tradicionales compuestas por un padre, una madre y los hijos. He asistido a partos cuyos cónyuges eran dos mujeres y otros, de mujeres sin pareja, que decidieron ser madres. En situaciones me centro en mi función como matrona sin juzgar las circunstancias familiares. A veces, encontramos familias desestructuradas, en la que no ha habido una planificación familiar y la gestación ocurre en el momento más inoportuno. Cuando esto ocurre, les ayudamos en buscar recursos y los dirigimos a organismos competentes.

Considero que debemos seguir trabajando por la privacidad, dignidad y autonomía de la mujer, en vista de crear un ambiente más acogedor y confortable. En el ámbito hospitalario, se ha venido impulsando el acompañamiento de la pareja, de un familiar o de cualquier persona elegida. España hay muchas familias inmigrantes procedentes del Magreb y a nivel cultural, he notado una diferencia significativa en la percepción y actitud ante el dolor, el acompañamiento, la medicalización y en la forma de parir, con preferencias a ser atendidas por personal sanitario del sexo femenino por pudor, así como, la interacción con el recién nacido.

#### **4.2 Específicas de los Enfermeros Especialistas**

Las competencias específicas, surge de la respuesta humana en los diferentes procesos vitales y a los problemas de salud. Por ello, cada especialidad ocupa un campo de intervención (Ordem dos Enfermeiros, 2019<sup>a</sup>).

La especialización asegura ejercer en conocimiento, a partir de habilidades adquiridas para cubrir las necesidades de salud de la población de referencia, actuando en distintos contextos y en los diferentes niveles de prevención.

De acuerdo con el Reglamento nº391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019b) las competencias específicas del ESMO, en el cuidado de las mujeres en la familia y la comunidad son las siguientes:



- En la *planificación familiar* y el período *previo a la concepción*, para promover familias saludables, embarazos planificados y experiencias positivas de sexualidad y crianza.
- En el *período prenatal*, con el fin de mejorar su salud, detectar y tratar las complicaciones de manera temprana, promoviendo el bienestar materno-fetal.
- Cuidar a la mujer en edad fértil y en periodo de climaterio.
- En el parto ofrecer un ambiente seguro, con el fin de optimizar la salud de la madre y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina.
- Cuidados en términos de salud sexual y reproductiva.
- En el puerperio con el fin de apoyar el proceso de transición y adaptación a la parentalidad.
- Asesorar en los procesos de salud / enfermedad ginecológica.

El periodo de prácticas clínicas ha sido a nivel personal, una fuente de riqueza de conocimientos en todos los sentidos. Donde he ido adquiriendo de manera paulatina herramientas para desenvolverme y llevar a cabo acciones en esta área tan compleja.

Inicialmente, en relación con cada área específica, solicité documentos y protocolos de actuación necesarios para conocer el funcionamiento del servicio, siendo clave para el proceso de adaptación y desenvolvimiento.

#### **4.2.1 Memoria de las actividades desarrolladas y su finalidad de acuerdo con la evidencia científica.**

##### *4.2.1.1 Embarazos patológicos y técnicas de ginecología en el CHBM*

#### Objetivos

- Promover la salud de la embarazada y un ambiente seguro.
- Conocer los aspectos bio-psico-sociales del embarazo patológico.
- Adquirir las habilidades necesarias para prestar cuidados.

#### Actividades realizadas

- Ingreso hospitalario y anamnesis.
- Revisar el historial obstétrico para obtener información y la planificación de los cuidados.

- Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia.
- Monitorización de los signos vitales maternos y fetales como el registro cardiotocográfico.
- Fomentar la expresión de sentimientos y miedos.
- Realizar los cuidados de enfermería al alta, en los embarazos de riesgo, partos vaginales y cesárea con las indicaciones pertinentes para la madre y el bebé.

El embarazo es un tipo de proceso fisiológico cuya vigilancia depende de los factores de riesgo de la embarazada. Pueden evidenciarse enfermedades propias de la gestación (gestosis) y otras que coexisten con ella y desaparecen, casi siempre tras el parto y pueden tener consecuencias negativas, por esa razón, si el estado no es favorable, se decide finalizar con la gestación y se planifica la inducción al parto (Lozano et al., 2011). Se define como embarazo de riesgo aquel que se asocia a una mayor incidencia de resultados adversos, pudiendo requerir de vigilancia hospitalaria, teniendo en cuenta los antecedentes maternos obstétricos, factores del embarazo actual, socioeconómicos y comportamentales.

Las patologías que presencié y traté en la planta de hospitalización fueron:

### **Estados hipertensivos del embarazo**

La hipertensión asociada al embarazo constituye la causa más importante de morbilidad materna y perinatal. El parto es el único medio como tratamiento definitivo, dando lugar a prematuridad iatrogénica, frecuentemente asociado a restricción del crecimiento fetal (Néné et al., 2016). La preeclampsia es un Sdr. Multisistémico, asociado a hipertensión, que ocurre generalmente después de las 20 semanas y que se complica cerca de 2-8% de las gestaciones y un 2% de estas, desencadenan en eclampsia. Los criterios diagnósticos de la preeclampsia son hipertensión arterial (HTA= PA  $\geq$  140/90 mmHg en 2 mediciones en un intervalo de 4 h) con inicio después de las 20 semanas o una HTA crónica con empeoramiento después de la semana 20 y proteinuria de 300 mg en orina de 24h, o 2++ en test rápido de orina.

### **Infecciones del tracto urinario (ITU)**

Presentan una complicación frecuente durante el embarazo, manifestándose como bacteriuria asintomática entre el 2-10% de las gestantes, de las cuales, el 30% pueden desarrollar pielonefritis, si no son diagnosticadas a tiempo o no son correctamente tratadas. El

80% de las infecciones se debe a E.coli, pero también existen otros gérmenes 50eal negativos como Klebsiella pneumoniae. La sintomatología es semejante a cualquier cistitis, pero frecuentemente en las embarazadas refieren lumbalgia, pudiendo desencadenar contractilidad uterina, asociándose a partos prematuros (Néné et al., 2016).

### **Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)**

Se asocia cuando el ritmo de crecimiento del feto es bajo, inferior al esperado para su edad gestacional. El diagnóstico se basa en criterios estadísticos, a partir del peso fetal ajustados a la edad gestacional y adaptados a la población local ya que algunos aspectos influyen, como la altura respecto del nivel del mar, el sexo, la paridad, etc.

El RCIU refleja una situación de estrés fetal. Es importante recordar que el feto puede encontrarse en una situación de deficiencia crónica de nutrientes o en una hipoxia crónica, producir poliglobulía como mecanismo compensador. Este retraso se asocia a un aumento de la mortalidad perinatal, sufrimiento fetal intraparto y complicaciones en el período neonatal inmediato e incluso, a medio y largo plazo (Generalitat de Catalunya, 2018).

Las causas de RCIU se pueden asociar a un origen genético o a un origen infeccioso como la rubeola o CMV o también a la alteración deficitaria en el flujo uteroplacentario (Generalitat de Catalunya, 2018).

### **Amenaza de parto pretérmino (APPT)**

Aparición de una o más contracciones en 10 minutos, con nulas o escasas modificaciones cervicales y con rotura o no de membranas, en una gestante de menos de 37 semanas. La etiológica puede ser variable, las que presencié eran por ITU, incompetencia ístmico-cervical y estrés.

### **Diabetes**

La diabetes mellitus (DM) constituye la alteración metabólica más frecuente se asocia al embarazo. Estudios han demostrado que el riesgo de malformaciones fetales está relacionado sobre todo con el mal control glucémico en las primeras 6-8 semanas de gestación, motivo por el cual, el control debería iniciarse antes de la concepción y, por tanto, la gestación debería de planificarse.

La DM se considera un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones durante el embarazo como: las infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, estados

hipertensivos del embarazo y prematuridad. Sobre el feto, puede producir malformaciones y/o abortos y crecimiento intrauterino retardado (CIR), macrosomía con sus posteriores complicaciones como distocias, traumatismo obstétrico y aumento de la tasa de cesáreas, inmadurez fetal que puede manifestarse con Sdr. De distrés respiratorio o alteraciones metabólicas (Almeida et al., 2017)

La diabetes gestacional (DG) es la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono (HC), diagnosticada durante la gestación, obligando realizar una reclasificación del diagnóstico en el postparto. Aunque es más fácil el control la DG que la DM pregestacional. Generalmente no se hallan complicaciones maternas agudas puesto que existe una buena reserva insular pancreática, sin embargo, puede aparecer: fetopatía diabética con hiperinsulinismo fetal, macrosomía, hipoxia, acidosis fetal y metabolopatía neonatal, de igual manera, que la DM pregestacional.

### Reflexión crítica

El enfermero es indispensable en la detección, prevención y tratamiento de estas patologías, por ello, durante mi pasantía profesional estuve consultando y analizando continuamente los factores de riesgo en los embarazos patológicos. Compré el libro de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetricia con el que fui repasando materia.

Cuando llegué al servicio me recibieron cordialmente, los primeros días, observé y comencé a conocer y a seguir el funcionamiento del servicio, horarios y protocolos. La realización del Cardiotocograma (CTG) y su interpretación fue algo que estudié, pues había olvidado parte de conocimientos impartidos en las clases teóricas. También aprendí bastante sobre la preeclampsia, ya que tuvimos a una paciente ingresada durante un largo periodo con muchos factores de riesgo.

Aprendí a tratar la amenaza de parto prematuro (APP), los fármacos adecuados para frenar la tocólisis, su posología y efectos adversos de los betamiméticos. El atosiban, antagonista de la oxitocina, fue el fármaco con el que más trabajé para prolongar el embarazo, aunque en ocasiones también administré nifedipino. En cuanto a la evaluación fetal, valoraba la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y la altura del fondo uterino. A lo largo del ingreso hospitalario, intentaba dar consejos adaptados a la edad gestacional y a la situación de riesgo del embarazo. En estas circunstancias, las mujeres tienen miedo e incertidumbre por el transcurso de la gestación, por ello, es necesario resolver las dudas, y llevar a cabo, una

educación sanitaria de forma personalizada, adecuada al contexto socioeconómico y al nivel educativo.

En ocasiones, no había ingresos de embarazos patológicos, con lo cual me juntaba con los estudiantes de la licenciatura de enfermería y colaboraba con ellos en la asistencia del puerperio, por tanto, también apliqué los cuidados en el postparto y los cuidados el R.N.

En cuanto a la adquisición de habilidades, sentí una positiva evolución en el desempeño de las prácticas, aunque encontré cierta dificultad a la hora de realizar los registros en la historia clínica por el idioma, pero mi orientadora posteriormente me corregía los errores de escritura. Fue un logro poder participar en las sesiones y contar *'el parte'* de mis pacientes de manera verbal en portugués. De hecho, me llamó la atención la metodología en la que se realiza el cambio de turno, pues comparten 30' de la jornada para contar los datos más relevantes de cada paciente justificando el porqué de los cuidados de manera pausada y minuciosa. Lo considero esencial para recopilar información y trabajar de una manera más organizada. Me gustó la dinámica de trabajo y el respeto que se respiraba entre los compañeros y también hacia los estudiantes, haciéndolos partícipes en el cambio de turno.

Adquirí competencias sobre la salud de la mujer en la atención prenatal y en situaciones de aborto, habilidades para prevenir y diagnosticar complicaciones relacionadas con afecciones del aparato genitourinario y mama.

Me di cuenta de que había diferencia de criterios diagnósticos de la diabetes gestacional entre España y Portugal. En España se hace un cribado mediante la prueba de O'Sullivan a todas las gestantes entre la semana 24-28, no obstante, se realiza en el 1º trimestre a las gestantes de alto riesgo; >35 años, IMC >30, antecedentes personales de DG u otras alteraciones metabólicas, DM en familiares de 1º grado, mediante la determinación de la glucemia en plasma venoso a la hora de haber tomado 50 gr. De glucosa vía oral, sin requerir ayunas. Si el resultado es positivo (glucemia  $\geq 140$  mg) se realiza la sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 g para valorar la curva de metabolismo de los HC a los 60', 120', 180'. Se considera diagnóstico de DG el hallazgo de 2 o más puntos. También el resultado de 2 glucemias basales > 126 mg/dl, en días diferentes o al azar >200 mg/dl ratifican el diagnóstico y excluyen la necesidad de realizar la SOG (Lara et al., 2017).

En Portugal no se realiza el screening y se hace directamente la SOG con 75 gr (Almeida et al., 2017). El principal objetivo del control metabólico consiste en mantenerse euglicémico, es

decir, mantener valores inferiores a 95 mg/dl en ayunas, o bien, no superar los 140 mg/dl a la hora de haber comido (postprandial).

Las prácticas de ginecología las realicé en el bloque quirúrgico, en la planta de hospitalización del CHBM y también en la planta de hospitalización y en las consultas de urgencias del HUSJ. En ambos lugares aprendí conocimientos de las diferentes patologías ginecológicas y del campo quirúrgico, también adquirí habilidades en cuanto al pre y posquirúrgico. En el postoperatorio inmediato evaluaba el estado hemodinámico, controlaba los apósitos, las náuseas, el dolor, el débito de los drenajes, la coloración de las mucosas, aportando en todo momento apoyo emocional tanto a la paciente como a la familia. En las urgencias diagnosticamos muchas hemorragias del primer trimestre que terminaban con abortos, también atendí pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica que posteriormente pasaban a ser ingresada para tratamiento antibiótico. A lo largo de estas prácticas atendí a un total de 145 mujeres con alteraciones ginecológicas.

#### *4.2.1.2 Consulta: Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el CHBM*

##### Objetivos

- Ofrecer cuidados ante la salud sexual y la planificación familiar.
- Función de la enfermera ESMO: Diagnóstico precoz y prevención de complicaciones en la salud de la mujer durante el periodo prenatal y en situación de aborto.
- Identificar y monitorizar el abortamiento.
- Planear, aplicar y evaluar las intervenciones con la finalidad de potenciar la salud de la mujer durante y después del aborto.
- Identificar complicaciones post aborto.
- Incentivar el soporte de la familia.
- Enseñar la posología de la medicación y signos de alarma.

##### Actividades realizadas

- Informar y orientar de los recursos disponibles en la comunidad.
- Entrevista y confección de la historia clínica.
- Proporcionar educación y asesoramiento afectivo-sexual, así como realizar prevención de comportamientos de riesgo para evitar y/o disminuir los embarazos no deseados.
- Informar del método para la IVE y asegurarse que la mujer lo ha entendido. Seguidamente administrar la terapéutica en nuestra presencia y marcar nueva consulta.

- Informar y orientar a la mujer sobre la sexualidad y contracepción en el postparto, en la consulta de follow-up.
- Elaborar los registros de enfermería para la continuidad de cuidados.
- Realizar control analítico de la Beta-HCG, a las 3 semanas post IVE.

La interrupción voluntaria del embarazo en Portugal es un tema prioritario en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La IVE en las primeras 10 semanas de embarazo, debe ser realizada en los centros oficiales reconocidos por el artículo ley N.º 16/2007. Es necesario cumplir con el periodo de reflexión establecido, debiendo ser igual o superior a las 72 horas y ofrecer la disponibilidad de apoyo psicológico y social.

En la consulta de enfermería se evalúa la información que se le ha ofrecido a la mujer, se verifica la existencia de certificado de datación del embarazo, el grupo sanguíneo y la firma del consentimiento informado. Se crea el proceso individual de la IVE y los respectivos registros. Seguidamente citamos a la mujer para la consulta médica, simplemente para pautar la medicación. Seguidamente, se aclaran las posibles dudas, se le explica la actuación del método de interrupción y se valida la información recibida.

El método medicamentoso para IVE está regulado por en la Circular Normativa N.º 9/SR de 21/06/2007. En el CHBM la medicación es proporcionada por el equipo de enfermeros. La Mifepristona, es el fármaco indicado para interrumpir el embarazo. Este bloquea la progesterona y favorece las contracciones y la abertura del cuello del útero. La prostaglandina, completa la acción de la mifepristona, aumenta la contracción del útero y provoca la expulsión de su contenido. Si la mujer quiere abortar y se encuentra amamantando, puede tomarse mifepristona retirando manualmente la leche durante 3 días. En caso de vómitos a las 2 horas siguientes, debe de contactar con el servicio médico, ya que podría estar indicado tomar otra dosis. La paciente puede sentir pérdidas de sangre y dolores similares a la menstruación. La pérdida sanguínea posterior a la medicación no significa poner fin a la gestación, por ello es necesario un control de Beta-HCG. En el caso de que la mujer no sangrase tras el tratamiento, debería de comunicarlo. Si la expulsión ha sido incompleta se propone realizar un legrado para retirar los restos.

De dos a tres semanas después de la interrupción, si en la analítica se obtienen unos resultados de Beta-HCG  $\leq 200$  mU/ml, se confirma la IVE y se le da el alta a la paciente, encaminándola a la consulta de planificación familiar de acuerdo con la Circular Normativa nº4, de 25/07/2007 del Ministerio da Saúde.

## Reflexión crítica

La enfermera M.J Campante, responsable de la consulta en IVE, me enseñó como realizaba anualmente el análisis de datos estadísticos referentes a las consultas de IVE. En el resumen del 2019, las pacientes atendidas eran mayoritariamente residentes del área de Barreiro y de Moita con una media de edad de 27 años. Las pacientes más añosas tenían 45, de las cuales se atendieron a 6 mujeres, en el otro extremo, se asistieron a 5 menores con 15 años. El 81% correspondía a mujeres de nacionalidad portuguesa. La situación conyugal más frecuente era la de soltera con un 51%. Un 57% de las mujeres tenían escolaridad obligatoria, el 58% trabajaban en fábricas o servicios no cualificados y sólo un 10% se encontraba desempleada. Curiosamente el 42% no tenían hijos y el 28% tenían un hijo único. El 28% de estas pacientes ya habían realizado una IVE en el pasado y el 31% no utilizaban método anticonceptivo (CHBM, 2020).

Estas pacientes acuden a la consulta con cierta ansiedad, la IVE siempre es una experiencia desagradable. Para evitar estas situaciones, sería interesante, invertir más en educación y planificación sexual. Ante este escenario, es necesario poner en práctica la escucha activa y la empatía, para que la mujer pueda expresar sus sentimientos y resolver inquietudes.

En estos días que estuve en la consulta de IVE aprendí a controlar el procedimiento, los fármacos abortivos, las pruebas que requiere el procedimiento previo al tratamiento, así como los controles posteriores. También tuve la oportunidad de asesorar respecto a los diferentes métodos anticonceptivos. Como estudiante solicitaba permiso a todas las mujeres para estar presente y ninguna se negó, lo consideré necesario ya que es un momento delicado. Estar en esta consulta me hizo ver las diferentes situaciones y reacciones de cada paciente, por lo que percibí, se requiere de mucho tacto por parte del personal sanitario a la hora de atender a cada mujer, evitando juicios de valor, mostrando máxima indiscreción, confidencialidad y tratar a todas por igual.

### *4.2.1.3 Consulta ginecológica: Virus Papiloma Humano (VPH), prevención, rastreo y tratamiento*

#### Objetivos

- Ofrecer cuidados especializados para potenciar la salud, apoyar el proceso de transición y adaptación a la enfermedad ginecológica.
- Llevar a cabo actividades de prevención al cáncer de cuello uterino.



- Participar en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual.
- Colaborar con el equipo asistencial en el seguimiento de los problemas ginecológicos.

#### Actividades realizadas

- Realizar la toma de muestras cervicales y vaginales para citologías, exámenes en fresco, cultivos y otros exámenes.
- Criocoagulación del cuello del útero.

Es un procedimiento rápido, seguro y eficaz, utilizado para la destrucción de las lesiones del cuello. Se administra un gas (óxido nitroso, azoto líquido o dióxido de carbono) a través de una sonda metálica que produce la congelación de las células. Durante el procedimiento, la paciente puede sentir una ligera molestia abdominal semejante a un dolor menstrual.

Se recomienda realizar su rastreo hasta los 65 años. Cerca del 75% de la población sexualmente activa, ha tenido contacto con el virus, pero la respuesta depende del sistema inmunitario. Puede no manifestarse, estando presente en el organismo de la mujer y ser eliminado por el organismo sin necesidad de tratamiento, aunque tiene la capacidad de originar verrugas genitales o anales (condilomas) y evolucionar en un cáncer. La infección por el HPV, se puede evitar mejorando la inmunidad, manteniendo buenos hábitos nutricionales, abstinencia tabáquica, limitando el número de parejas sexuales, usar siempre preservativo y aplicar la vacuna del VPH. La detección precoz se realiza a través de una citología (Papanicolau). Este examen, es rápido e indoloro. Si el resultado sale alterado está indicado realizar una Colposcopia. VPH raramente evoluciona para enfermedad grave. La vacuna del Papiloma forma parte del plan nacional de vacunación de Portugal.

#### Reflexión crítica

La técnica de criocoagulación era realizada por el médico, pero mi función en aquel momento era recibir a la mujer, tomarle las constantes, realizarle una pequeña anamnesis, explicarle el procedimiento que se iba a realizar, preparar todo el material necesario e introducir los registros en las notas de enfermería, al finalizar la técnica debía de asesorarle sobre los cuidados habituales como la abstinencia de relaciones sexuales, utilizar preservativo y avisar que la pérdida de líquido acuoso era normal.

La criocoagulación era una técnica que ignoraba y me llamó la atención, conocía la conización cervical, la cual requiere anestesia general y una sala de quirófano, por tanto, supone más gasto, más especialistas, más tiempo y riesgo, aunque es más eficaz.

#### 4.2.1.4 Intervenciones quirúrgicas ginecológicas:

##### Objetivos

- Ofrecer cuidados especializados para potenciar la salud, apoyar el proceso de transición y adaptación a la enfermedad ginecológica.

##### Actividades realizadas

- Participación y colaboración en la atención a la mujer con problemas ginecológicos.
- Preparación del material de manera aséptica y ayuda con el procedimiento.
- Aprendizaje mediante la observación de los procedimientos quirúrgicos.
- Manejo del uso específico de fármacos

La histeroscopia es un examen que permite la visualización directa del canal cervical y la cavidad uterina a través de un sistema óptico, usada para el diagnóstico y tratamiento de la patología intrauterina. Se distinguen dos grupos, *la quirúrgica office* de consultorio y *la resectoscopia* para situaciones más complejas.

*La quirúrgica office*, trata lesiones in situ. Está indicada en hemorragias uterinas anómalas (pre o postmenopausia), pólipos endometriales (único o múltiples), miomas submucosos y resección de sinequias uterinas. Está contraindicada en EPI (enfermedad inflamatoria pélvica), embarazo y hemorragia activa.

La preparación para el examen no requiere estar en ayunas, se recomienda un desayuno ligero con su medicación habitual junto con un AINE para prevenir posibles molestias. Las mujeres con estenosis del orificio cervical interno (OCI) con la menopausia o mujer premenopáusica sin partos vaginales, se recomienda 1 comprimido de misoprostol de 200 microgramos vía oral, 12h antes de la intervención y otro comprimido 2 horas antes del examen.

La recuperación es inmediata, la queja más frecuente es dolor semejante a la dismenorrea. La paciente debe de estar informada de que las pérdidas vaginales son normales, en pequeña cantidad, pudiéndose alargar hasta tres semanas. Después de la intervención, la mujer puede realizar vida diaria sin hacer esfuerzos físicos, abstinencia sexual durante una semana y no utilizar tampones.

El útero es una cavidad que para ser observada requiere introducir suero fisiológico para separar las paredes, por ello, se introduce presión para conseguir distensión intracavitaria que debe iniciarse entre 50mmHg y no debe ultrapasar los 100mmHg. La duración del procedimiento depende de la destreza del médico y del estado de la mujer, debe ser lo más corta posible sin pasar los 60 minutos.

### Reflexión crítica

Mi función en la consulta de histeroscopia era similar a la anterior: recibir a la mujer, tomarle las constantes, realizarle una pequeña anamnesis, explicarle el procedimiento que se iba a realizar, preparar todo el material necesario e introducir los registros en las notas de enfermería, al finalizar la técnica debía de asesorarle sobre los cuidados habituales.

A pesar de mi poca participación en las intervenciones quirúrgicas, tuve la oportunidad de asistir a 3 operaciones de cáncer de mama, 2 tumorectomías y 1 mastectomía con vaciamiento ganglionar. También asistí a 2 histerectomías, una por abdominal y otra vía vaginal. Me pareció fascinante y un gran acierto el poder observar, las diferentes técnicas utilizadas en el quirófano. Todos los equipos con los que trabajé me iban explicando con detenimiento el procedimiento. Conocer cómo se realizan las intervenciones, aporta un gran valor al asesoramiento, control y seguimiento postoperatorio.

#### *4.2.1.5 Dispensarios en la gestante de bajo riesgo*

### Objetivos

- Llevar a cabo el control y seguimiento del embarazo normal en gestantes de 39-40 SG.
- Identificar factores de riesgo.

### Actividades realizadas

- Anamnesis, creación de la historia clínica completa y seguimiento de la gestación.
- Identificación de la estática fetal a través de las maniobras de Leopold, interpretación y definición de los RCTG, registro de movimientos fetales presentes y medición de la altura uterina.
- Asesoramiento y solicitud de exámenes en el diagnóstico prenatal; recogida de muestras vaginorectales y recomendación nutricional.
- Controles de la gestante de riesgo en la consulta de ARO (alto riesgo obstétrico) y coordinación con el equipo de ginecología.
- Información del plan de parto.

- Explicación de trípticos informativos sobre la donación de sangre de cordón umbilical.
- Visita y asesoramiento en lactancia materna a las mujeres ingresadas. Registro del posicionamiento, agarre, dificultades observadas y resolución de dudas.

En nuestra consulta recibíamos a las gestantes de riesgo bajo a término, excluyéndose las pacientes con cesárea anterior que eran previamente valoradas a la 37-38 SG en la consulta de alto riesgo (ARO), para decidir la vía de parto. Las pacientes de 40 SG y con algún factor de riesgo previamente no identificado, se programaban para ARO y monitores.

Cuando hacia entrega del plan de partos a las futuras madres (Anexo B), aprovechaba para informar de las TCA que ofertaba el hospital.

### Reflexión crítica

Diariamente confeccionaba un registro de todas las consultas. En cuanto a la parte técnica no encontré dificultad, ya que la elaboración de los registros de RCTG, fue una de las actividades que realicé en mis primeras prácticas. Aprendí a leer la historia clínica (H<sup>a</sup>CL), a conocer y a interpretar los resultados de las pruebas necesarias en cada trimestre. Al principio, tenía la impresión de que retrasaba la consulta, pues no conocía el sistema informático y el número de pacientes que recibíamos era elevado para el tiempo que disponíamos.

En las primeras sesiones de lactancia materna, asistía como oyente y más adelante ya las realizaba juntamente con mi matrona de referencia. Este asesoramiento me muy fue útil para las posteriores prácticas del puerperio.

Ante la gestión de la pandemia, no se ha podido tener un trato tan cercano, a los progenitores no se les ha permitido compartir los controles médicos, en este aspecto se ha visto perjudicada la atención y el cuidado recibido. A pesar de ello, creo que el personal sanitario dentro de las normativas, han resuelto la situación de una manera óptima, ofreciendo empatía y escucha activa a las pacientes.

#### *4.2.1.6 Sesión clínica*

El tema que expusimos fue los *Cambios en la frecuencia cardíaca fetal en el trazado del RCTG debidos a la infección materna por COVID-19.*

### Objetivos

- Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional.

- Fundamentar la práctica clínica con los resultados obtenidos con evidencia científica.
- Determinar los cambios del monitor en mujeres con infección sintomática por COVID.

### Actividades

- Estudiar, discutir y difundir un tema de interés, urgente y actual.

El jefe del servicio propuso debatir este artículo, fue enviado a todo el equipo, médicos y matronas, para después exponerlo y debatirlo. Me pareció una actividad interesante y un artículo muy acertado por el momento en el que nos encontrábamos. Analizaba de manera retrospectiva, 12 trazados de registros cardiotocográficos en mujeres embarazadas con infección sintomática por COVID-19, esperando encontrar una respuesta fetal debido a los cambios en el monitor. Se estableció una correlación con los resultados perinatales ante la puntuación de Apgar a los 5 min y del pH del cordón umbilical.

Los fetos de pacientes con COVID-19 están bajo el efecto de la pirexia materna, la respuesta inflamatoria materna y las citocinas. La interpretación de la cardiotocografía mostró una Fcf basal elevada (> 10%), pérdida de aceleraciones y ciclos, desaceleraciones tardías y patrón en zigzag, pero a pesar de ello, los resultados perinatales fueron favorables. Las anomalías observadas en el trazo del RCTG fueron cambios secundarios a la infección materna, por tanto, se debe mejorar el estado materno antes de precipitarse a un parto quirúrgico (Bonfils et al., 2020).

### Reflexión crítica

Considero esencial que todo el equipo participe en las sesiones de estudios recientes sobre problemas actuales y de interés, es una manera de mantener al personal informado y motivado para trabajar con base científica.

La infección por COVID-19 tiene actualmente una importancia clínica inmensa, siendo una afección nueva y cada vez más común. Este estudio es el primero que analiza los cambios de RCTG en la infección materna por COVID-19, por ello, es esencial seguir por esta línea de investigación, ampliando la muestra para obtener resultados más sólidos.

#### *4.2.1.7 Asistencia en el trabajo de parto y parto normal*

### Objetivos

- Asistencia y cuidados en el periodo de dilatación, durante el periodo expulsivo y alumbramiento.

- Promover un ambiente seguro y optimizar la adaptación a la vida extrauterina.
- Proporcionar una asistencia individualizada e integral.
- Reconocer las situaciones de emergencia obstétrica o ginecológica para poder actuar con rapidez.
- Diagnosticar el parto y sus fases.
- Asistencia al proceso del expulsivo.
- Facilitar el acceso a las TCA y ofrecer analgesia cuando lo requiera.
- Atender al R.N. en el momento del nacimiento y verificar su bienestar, en caso de necesidad realizar reanimación inmediata.

### Actividades

- Entrevista y examen físico para valorar el estado de salud y diagnóstico de parto.
- Evaluación del progreso del parto, mediante la dilatación cervical o el descenso de la presentación, reflejándolo tanto en el partograma como en la historia clínica.
- Explorar las posiciones que mejoran la comodidad de materna, con óptima perfusión placentaria.
- Documentar las características del líquido, FCF y el patrón de contracciones después de la amniorrexis.
- Distinguir las anomalías, distocias, factores de riesgo y complicaciones materno-fetales relacionadas con el parto.
- Evaluar la integridad del canal del parto y aplicar técnicas de reparación; Episiotomía y episiorrafia.
- Enseñar técnicas de empuje.
- Instrumentación e intervenciones obstétricas, en fórceps, ventosas y cesárea.

En las urgencias de maternidad realizaba el triaje para determinar si la mujer estaba en trabajo de parto e indicar el ingreso si cumplía con los criterios de dinámica uterina regular, borramiento cervical > 50% y una dilatación de 3-4 cm. En la consulta, se realizaba la anamnesis con información obstétrica; analíticas, ecografías, maniobras de Leopold para conocer la actitud, posición y la altura de la presentación, el tacto vaginal para evaluar la dilatación, posición, consistencia y borramiento del cuello uterino, así como las características de los pródromos, el estado de la bolsa amniótica y las características del líquido amniótico. En ocasiones, las mujeres todavía estaban en una fase muy temprana y les recomendaba que volvieran a sus casas a tomar una ducha, a comer algo o relajarse hasta comenzar con una fase más activa.

Una vez ingresada, indagaba sobre el plan de partos, le explicaba algunos inconvenientes o beneficios, ajustándome a las demandas de la gestante y del servicio. La parturienta, podía pasar directamente a la sala de partos o la sala de monitores, dependiendo del estado en el que se encontraba. Les realizaba un control CTG de 20' como mínimo, monitorizaba las constantes, canalizaba un catéter periférico y aprovechaba para extraer una analítica de control, también realizaba una PCR COVID, tanto a la gestante como al acompañante. Si el resultado salía positivo, cursaba una serología para conocer los anticuerpos.

Durante el trabajo de parto, ofrecía las TCA como medidas no farmacológicas entre ellas la esferodinamia, la termoterapia, musicoterapia, alternativas de posicionamiento, aromaterapia e inmersión en la bañera, esta última, en caso de querer un parto natural.

El fármaco ideal para la gestante es aquel que, además de producir alivio, no tiene efectos secundarios en la madre, no traspasa la barrera placentaria y tampoco altera el proceso del parto (Arranz, 2017). Por esta razón, la vía epidural es la más utilizada, aunque pueda producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y prolongación de la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumentado (Arranz, 2017).

Acomodaba el ambiente a las necesidades, con el fin de brindar el máximo confort. Si la mujer deseaba la epidural, previa a su administración infundía un suero tipo Ringer Lactato, para evitar posibles efectos adversos, seguidamente, realizaba un monitoreo continuo de RCTG, TA y dejaba precargada una jeringa con efedrina como agente simpaticomimético.

Realizaba las exploraciones vaginales cada 4 horas, pero en caso de complicaciones o en sensación de pujos, me anticipaba. Intentando siempre garantizar privacidad y explicando el motivo de la exploración. Ante la presencia de alguna alteración en el transcurso del parto, lo comunicaba inmediatamente al equipo de guardia. En las dilataciones estancadas, realizábamos la amniorrexis y posteriormente, la administración de oxitocina, aumentando según la tolerancia en intervalos de 20 minutos.

Sugería posiciones verticales y de deambulación para acortar la duración de la primera fase del parto. Presencí en las mujeres con libertad de movimiento, que adoptaban posiciones que les calmaba el dolor. También animaba a hacer cambios posicionales a las gestantes con analgesia epidural, comprobando previamente el bloqueo motor y propioceptivo. La posición más común que presencí para parir fue la de litotomía, quizá por la comodidad del asistente o porqué

la mayoría de las mujeres llevan la epidural y supuestamente tienen más control. Las mujeres que pueden y quieren parir de pie, favorece al posicionamiento fetal, tienen menor dificultad para empujar, menor dolor de parto, menor trauma vaginal y al recién nacido aporta mejor puntuación en el test de Apgar (Lozano et al., 2011).

Las gestantes refieren que el dolor aumenta de intensidad durante el periodo expulsivo debido al descenso de la cabeza fetal y al estiramiento de los tejidos perineales, sintiendo una sensación de escozor o de desgarro (Rull et al., 2014). El daño perineal es uno de los traumatismos más frecuentes en el parto, incluso en el parto normal, llegando a afectar al 85% de las mujeres que paren vaginalmente (E. M. Martínez et al., 2021). Causando pérdidas sanguíneas, necesidad de sutura, dificultad en la movilidad y limitaciones en las posiciones para alimentar al bebé en el periodo posnatal. A largo plazo, el dolor puede continuar y afectar a la función urinaria, intestinal y sexual (E. M. Martínez et al., 2021). Actualmente, no recomiendan la realización del masaje perineal durante la 2.<sup>a</sup> etapa del parto, pero sí la aplicación de compresas calientes en la zona perineal (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Rull et al., 2014).

Al dirigir los pujos, usaba la vaselina para favorecer el desprendimiento del polo cefálico, cuando coronaba protegía el periné con la mano dominante, mientras con la otra, presionaba sobre la cabeza para controlar la velocidad (flexo-extensión) y pedía a la mujer que no pujara para reducir el daño sobre los tejidos. Encontraba útil el uso de espejos, para que la madre viendo la salida del bebé se motivase con los últimos esfuerzos.

En caso de tener que hacer episiotomía, la realizaba medio lateral en el momento de la contracción para producir menos dolor y hemorragia. Una vez desprendida la cabeza, revisaba el cuello para comprobar si el bebé tenía alguna circular de cordón. En ocasiones, ayudaba ligeramente a rotar al bebé y en el momento de la salida del hombro anterior, avisaba a las compañeras que realizaban el dirigido, para que infundiesen las 5 UI de oxitocina según protocolo.

Colocábamos al recién nacido sobre el pecho de la madre, mientras esperábamos 60" o hasta que el cordón dejaba de latir para realizar el pinzamiento del cordón y aprovechábamos para ponerle la pulsera identificativa y tomar las huellas al R.N. Entre los beneficios descritos del pinzamiento tardío, encontramos, incremento de los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro, con una reducción de anemia en la infancia, mejor adaptación cardiopulmonar e incremento de la duración de la lactancia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). En caso



de realizar la donación de sangre de cordón umbilical (DSCU), tenía en cuenta los criterios de selección de los donantes y aplicaba estrictamente la metodología de recogida, para disminuir el porcentaje de muestras desechadas. La DSCU, tiene la ventaja de carecer de riesgos para el donante, puede trasplantarse sin necesidad de que el donante y el receptor sean totalmente compatibles (Organización Nacional de Transplantes., 2020). Según los datos del Registro Mundial de Donantes de Médula Ósea, España lidera el ranking europeo en cuanto al número de cordones utilizados (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2021).

Informar sobre la DSCU debe hacerse previo al parto, para tener tiempo de reflexión, en caso de acceder, deben firmar un consentimiento. En el momento de la recolecta es importante tener en cuenta el volumen de sangre y la esterilidad del procedentito, así como la exclusión de los donantes (Organización Nacional de Transplantes., 2020).

Prestaba especial atención al desprendimiento placentario, por el riesgo de hemorragia y fragmentación. Una vez desprendida, pedía la colaboración de la mujer para expulsarla con pujos de menor intensidad. En alguna ocasión, realicé masaje sobre el fondo del útero para estimular la contracción. En la salida, la iba girando de forma que las membranas se quedaban enrolladas. Posteriormente, realizaba la revisión de la placenta: valoraba la cara materna y secaba los cotiledones comprobando así algún punto sangrante, juntaba las membranas para comprobar si faltaba algún fragmento y finalmente contaba los vasos del cordón.

Posteriormente revisaba el canal del parto para valorar si era necesario aplicar puntos de sutura. En ocasiones, los desgarros de I grado no precisaban de reparación, si no sangraban y los bordes de la piel se encuentran muy próximos, en cambio, para los desgarros de II grado siempre los realizaba con sutura continua. Para ultimar, realizaba un examen rectal para garantizar que el material de sutura no se había insertado accidentalmente. Mientras tanto, daba consejos de salud relacionados con el cuidado de la zona perineal, aconsejando lavado diario con agua y jabón manteniendo la zona bien seca para favorecer la cicatrización.

Para finalizar, era necesario valorar el estado materno y comprobar que el útero estaba contraído a la altura del ombligo o un través por debajo, lo que se conoce como globo de seguridad. Según protocolo, preparaba 10 UI de oxitocina en 500 de s.f a pasar en 4 horas y realizábamos controles postparto a la hora y a las dos horas.

En el mismo paritorio se inicia *El piel con piel*, mantenido al bebé caliente y cubriéndolo con una toalla. Evitando la separación dentro de la primera hora de vida y hasta que haya

finalizado la primera toma, manteniendo siempre la vigilancia y valorando los signos vitales del bebé.

A los pocos minutos de nacer, en el puerperio inmediato, el bebé recibía la vitamina K, para reducir el riesgo de hemorragias. La vía recomendada es la intramuscular pero también se ofrece la vía oral, aunque está es menos efectiva. De igual modo, se recomienda la administración de pomada antibiótica con eritromicina al 0.5% como profilaxis oftálmica, para la infección gonocócica y ceguera, pudiéndose administrar hasta las 4 horas postparto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

### Reflexión crítica

Las habilidades más difíciles de alcanzar debido a su complejidad, fue en el bloque de partos, la cual me requirió de mucha atención. Los tactos vaginales demandan de experiencia para definirlos correctamente, en términos de posición, consistencia, dilatación y borramiento. Al comienzo tuve dificultad en la identificación de las fontanelas y el posicionamiento del bebé y poco a poco fui familiarizándome.

Los primeros días, me dedicaba a escuchar y a observar. Después, realicé partos a cuatro manos y a medida que iba adquiriendo mayor destreza en los procedimientos, la supervisora iba ofreciéndome mayor autonomía, pero siempre acompañada y asesorada.

La mayoría de las laceraciones que presencié fueron de grado I y alguna de II grado. Insistí mucho en mejorar la técnica de protección del periné, pues si este daño se evitase se simplificarían los cuidados posparto (E. M. Martínez et al., 2021).

No tuve la oportunidad de asistir o colaborar en un parto pélvico, ya que previamente, se indica retroversión externa y en caso de no ser exitosa, se programa una cesárea electiva.

He colaborado en varias cesáreas, inicialmente con el objetivo de recibir al bebé y llevarlo a la sala de reanimación, para su valoración por el equipo de pediatría. Posteriormente, aprendí a instrumentarlas y a participar en diferentes técnicas quirúrgicas como ligaduras o legrados. Valoro positivamente haber recibido esta formación, pues es una de las competencias que abarca el boletín oficial del estado español ante las complicaciones del trabajo de parto.

Personalmente estoy a favor de reducir el número de episiotomías, tal y como indica la OMS. Distintas organizaciones sugieren su uso cuando el periné es el responsable de la falta de progresión del parto (Morell et al., 2017), de esta manera, se consigue acortar el expulsivo, por tanto, la contemplo de utilidad en situaciones de urgencia y/o en bebés prematuros para evitar el

traumatismo craneal. Creo que, si se aplica paciencia, se respetan los pujos y se protege adecuadamente el periné, éste responde por la laxitud que le caracteriza.

He echado en falta, poder llevar a la práctica más partos en diferentes posiciones, he realizado varios en cuclillas o de lado, pero ninguno en cuadrupedia o en vertical. Preguntaba a las mujeres en que posición querían parir y curiosamente me respondían que en posición "Normal", refiriéndose a la posición de litotomía o dorsal.

He trabajado con matronas formadas en el Reino Unido y con ellas he aprendido a tener una actitud más expectante (Hands-off), manteniendo la mano preparada para evitar la deflexión.

Los acompañantes en su mayoría padres, considerados espectadores del parto, cada vez son más partícipes, en virtud de ello, debemos tener presente sus demandas y la satisfacción al reconocimiento, porque su rol es esencial para ayudar a parir. Intentaba implicarlos ofreciéndoles tocar la cabeza de su hijo cuando esta empezaba a coronar o a cortar el cordón umbilical. Siendo un momento único, emocionante y un símbolo de bienvenida a este mundo.

Hoy en día para cualquier procedimiento, se exige el consentimiento de la paciente. Considero que no debe ser muy grato ponerse a leer un consentimiento informado cuando la mujer está sintiendo contracciones. He visto como las mujeres firman sin leer el documento, porque lo único que quieren en ese momento, es que les calmen el dolor. Considero que documentos tan importantes, deberían de entregarse cuando la mujer se encuentra en condiciones óptimas para revolver dudas y sea consciente de lo que firma.

En ocasiones las mujeres en el parto pueden llegar a pasar muchas horas en la cama, sin comer, convirtiendo una espera larga e incómoda, con apetito y falta de energía, además, la parturienta está expuesta a extraños, como estudiantes de enfermería o medicina que viene a observar, sobre todo el expulsivo. En este momento tan íntimo es crucial pedir permiso a la mujer y a su pareja ante la presencia de observadores, dado que la mujer puede sentirse molesta.

#### *4.2.1.8 Asistencia de la matrona en el puerperio clínico*

##### Objetivos

- Entender los cambios funcionales y psicológicos que se producen en la mujer después del parto.
- Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio.
- Cuidados en el puerperio normal y en el patológico

- Facilitar la recuperación de la mujer.
- Promocionar y orientar sobre la lactancia materna.
- Enseñar cuidados inmediatos del recién nacido, promoviendo la participación de las parejas.
- Instruir en la detección precoz de posibles alteraciones.
- Llevar a cabo el cuidado del recién nacido sano, incluyendo las actividades de cribaje de metabolopatías.
- Asesoramiento de enfermería hospitalaria tras el parto vaginal y en la cesarea.

### Actividades

- Realización de cribado neonatal; pruebas metabólicas y PEA.
- Profilaxis ocular con eritromicina pomada antes de las 4 horas de vida.
- Cuidados del recién nacido; Cura del cordón umbilical con agua y jabón 3 veces al día, recordar los signos de onfalitis como secreción purulenta y mal olor. Insistir en mantener la zona limpia y seca para facilitar el proceso de necrosis y su caída.
- Higiene e hidratación de los R.N ingresados en cuidados intensivos.
- Control postparto y puerperio.
- Consejos de salud relacionados con la lactancia materna, posicionamiento, agarre, valoración del estado de la mama.
- En el caso de lactancia artificial, se explica el funcionamiento, el número de tomas y la preparación de los biberones.
- Ayuda en la exploración del bebé por el pediatra.
- Ayuda y manejo en las técnicas de Punción lumbar.
- Rellenar la cartilla de salud del recién nacido con los datos relevantes del embarazo y parto.
- Realizar la somatometría del R.N peso, talla, perímetro craneal...
- Control de niveles de bilirrubina a través del bilitranscutáneo (BTC) o analítica sanguínea según convenga.
- Control de glicemias en hijos de madres con diabetes gestacional o RN grandes para su edad gestacional según las gráficas establecidas.
- Montaje y funcionamiento del respirador.
- Orientar a la mujer sobre el desarrollo del recién nacido y los primeros cuidados.
- Cribaje de cardiopatías: saturación preductal y postductal

Tras el parto comienza el periodo puerperal, un periodo en el cual la mujer va a sufrir una serie de transformaciones físicas en su cuerpo para retornar al estado previo al del embarazo. Las glándulas mamarias serán la excepción pues comienzan a tener su máxima actividad y desarrollo. En líneas generales, este periodo viene a durar unas 6-8 semanas. La mujer también siente cambios psicológico y sociales, estableciendo el nuevo rol parenteral (Lozano et al., 2011).

En el puerperio inmediato, se lleva a cabo un seguimiento más cercano, por las posibles complicaciones, como la hemorragia postparto por atonía uterina o retención de restos ovulares (DGS, 2015). Se realizaba un control hemodinámico, de temperatura, involución uterina, de loquios, estado del periné, micción y movilidad de las extremidades en caso de haber llevado analgesia epidural o raquídea.

La lactancia materna (L.M) promueve el vínculo afectivo, disminuye el riesgo de hemorragia y depresión postparto, por ello, las primeras horas son un momento ideal para darle de mamar. La promoción del buen agarre, lo trabajé en el puerperio precoz, cuando la madre se encontraba más dispuesta y el bebé estaba activo. Los profesionales de la salud deben reconocer e informar sobre posibles dificultades de la L.M como sensación de dolor en la succión, mastitis, pezón plano o invertidos (DGS, 2015).

En caso de alimentación con lactancia artificial, explicaba las tomas de los biberones que eran cada 3 horas, ofrecía carbegolina y aconsejaba usar un top deportivo apretado.

Durante la estancia hospitalaria, a la puérpera le explicaba el proceso fisiológico normal del postparto, tales como la evolución de los loquios, la sensación de los entuertos y también los signos de alarma.

Cuando atendía a puérperas con cesárea ajustaba los cuidados postparto: comprobaba la permeabilidad de la sonda vesical, el control de diuresis, administración de dosis mayores de analgésicos, revisión del apósito quirúrgico, entre otros. Cuando la paciente se encontraba estable valoraba retirar la vía para mayor comodidad y ayudaba en la higiene.

En el momento del alta hospitalaria, recordaba los cuidados principales tanto de la madre como los del bebé.

### Reflexión crítica

En este periodo adquirí habilidades de promoción, prevención, diagnóstico e implementación en la salud de la mujer y el recién nacido en situaciones que pudieran afectar negativamente la salud en el período posnatal.

Durante las prácticas en el puerperio, me llamó la atención que las madres primerizas tenían un gran desconocimiento sobre los cuidados del recién nacido, sobre la subida de la leche, así como poca destreza con el manejo del bebé. Me he encontrado situaciones, en las que abrigaban en exceso a los bebés o les daban infusiones como purga para eliminar antes el meconio, pero me di cuenta de que estos casos estaban íntimamente relacionados con su tradición cultural, siendo las costumbres difíciles de modificar.

Nuestro papel es importante para resolver las dudas que les van surgiendo, no obstante, sería conveniente que en los cursos de preparación al parto se trabajaran también estos temas.

#### *4.2.1.9 Curso de cuidados intensivos en neonatología*

Las competencias que adquirí en este curso fue obtener conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para la realización correcta de las tareas propias del servicio de la UCI neonatal.

#### Actividades

- Asistencia al curso teórico-práctico con una duración de 17,5 horas (Anexo D).

Esté curso fue coordinado por la supervisora del área materno-infantil y mi tutora en el periodo de prácticas del puerperio.

Los contenidos que se trataron fueron los siguientes:

En la primera unidad explicó la estructura y organización de la UCI neonatal.

En la unidad 2, trabajamos el protocolo al ingreso del R.N. La procedencia de los ingresos habitualmente era de la sala de partos o de la misma planta de hospitalización. En caso de empeoramiento se trasladaban a un hospital de 3º nivel.

En la unidad 3, se trató el alta al domicilio y el traslado del neonato a otro centro.

En la unidad 4, se hizo un repaso de los cuidados básicos del neonato: control de la temperatura corporal, concepto de ambiente térmico neutro, cuidados de la piel y curas especializadas. Se explicó el cribaje sistemático de las pruebas metabólicas, de la hipoacusia neonatal, cardiopatía congénita y la hiperbilirrubinemia. También se detalló la nutrición enteral, se recordaron los beneficios de la lactancia materna y la administración de nutrición parenteral, su indicación, posología y complicaciones.

En la unidad 5, se basó en las patologías más frecuentes que podíamos encontrar en esta uci neonatal. R.N de bajo peso para edad gestacional, retraso del crecimiento intrauterino

(RCIU) y R.N de peso elevado para edad gestacional. Seguido de trastornos metabólicos como la hipoglucemias y trastornos infecciosos. En los trastornos cardiacos se expusieron las cardiopatías congénitas no cianosantes y cardiopatías cianosantes. En cuanto a los trastornos hematológicos destacaron, la hiperbilirrubinemia neonatal, la poliglobulía y la hemolisis por la incompatibilidad del grupo sanguíneo. Entre las malformaciones del neonato, el Sdr. de Down, el labio leporino, fisura palatina, luxación congénita de caderas y otras alteraciones como el Sdr. De abstinencia neonatal y las convulsiones.

En esta misma unidad se desarrolló el recién nacido prematuro, sus características, cuidados centrados en el desarrollo y la familia, el sufrimiento o pérdida de bienestar. Ante los trastornos respiratorios, se desarrolló la aspiración de meconio, la taquipnea transitoria del R.N, enfermedad de la membrana hialina, la apnea, la displasia broncopulmonar, el neumotórax, la neumonía y para finalizar la hipertensión pulmonar persistente.

Los procedimientos más habituales de la UCI se trataron en la unidad 6. La medición de los signos vitales, ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica no invasiva, canalización de vías periféricas, EPI-cutáneas y umbilicales, los diferentes tipos de sondaje orogástrico, nasogástrico y vesical. Manejo y cuidados de toracocentesis, punción lumbar, así como extracción y conservación de muestras de laboratorio.

En el séptimo tema, se expuso el uso, la preparación y administración de fármacos de fármacos comunes y fármacos de urgencia como la adrenalina, fentanilo y el surfactante. Acompañado por un taller de cálculo de dosis, programación de bombas de infusión y exposición de casos prácticos. En los otros talleres, se practicó el montaje del respirador, aspiración de secreciones en circuito cerrado, material de tubo endotraqueal y fijaciones.

### Reflexión crítica

A mi criterio, fue un curso bastante completo en el que se repasó un amplio abanico de patologías del R.N. Considero que fue esencial realizarlo antes de pasar por la unidad, para así consolidar los conocimientos aprendidos durante el curso.

## 5. Consideraciones Finales

Nacer es un viaje, una transición para llegar a un mundo que desconocemos y ello implica adaptación y tiempo. A veces, más fácil y otras más complicado. En ocasiones, se requiere ayuda y en otras, se consigue de manera natural. Y que diferente puede ser la experiencia vivida desde el respeto o desde las prisas, que diferencia si se vive desde el amor y la tranquilidad y no, desde el miedo o la incertidumbre. Llegar al mundo entre el silencio, el calor, la oscuridad o entre las luces, frío y barullo, marca la diferencia. Nacer es una experiencia única e irrepetible tanto para la madre como para el bebé, por tanto, debemos de cuidar el nacimiento, porque ahí es el principio de todo.

Cada vez son más las mujeres que demandan tomar sus decisiones y expresar sus necesidades y preferencias ante el parto. Existe un gran número de mujeres que todavía desconocen *El plan de parto* y las diferentes *terapias alternativas* para el alivio del dolor. Se debería de trabajar desde una visión holística e impulsar programas de psicoprofilaxis, informando sobre la existencia de estos métodos con la finalidad de conseguir partos más naturales y humanizados, estimulando la participación de la mujer y la familia como sujeto activo de cuidado.

Las gestantes que optan por un parto natural desean sentirse participes y vivir la experiencia, afirman haberse preparado para poder afrontarlo con éxito, sobre todo visualizando el momento del nacimiento.

Considero esencial la formación en los métodos no farmacológicos y alternativos e incorporarlos dentro de los protocolos de actuación. La formación de las matronas en TCA, actualmente es totalmente voluntaria y va a cargo de las motivaciones, implicaciones y recursos de cada comadrona. Algunas terapias requieren de un entrenamiento especial como la acupuntura, el resto, pueden aplicarse con facilidad, ayudando a disminuir el dolor y regulando la ansiedad y el miedo que genera el proceso de parto.

Con la revisión de la literatura mis conocimientos al respecto han aumentado, y gracias a las prácticas he podido valorar su aplicabilidad y la respuesta en las gestantes. Mi interés por el tema ha hecho que el equipo se involucrase con mi aprendizaje, en partos más naturales.

El uso de las TCA está demostrando grandes beneficios relacionados con un acortamiento de las fases del parto y una mejor vivencia del momento, aunque existe poca evidencia científica en algunas de las TCA y se trata de un campo con pocos estudios



experimentales, algunas carezcan de evidencia demostrada, son terapias inofensivas y económicas.

Una de las conclusiones de todo lo que he revisado referente al tema TCA, es que nunca hay que sustituir un tratamiento médico por una terapia alternativa, cuando no hay suficiente evidencia que lo respalde, por ello hay que tener presente el principio de beneficencia, velando siempre por el estado de la paciente y el bebé.

Sería interesante fomentar y promocionar las salas de partos naturales, así como respetar la intimidad del parto. El hecho de revisar y discutir aquellos partos que han sido instrumentados puede ayudar a disminuir su incidencia. Como afirma Kemi Johnson, *“El parto es un evento natural que en ocasiones necesita ayuda médica, no un evento médico que a veces ocurre de manera natural”*.

He aprendido la importancia que tiene la buena actitud de la matrona, en cuanto al tono de voz, el uso de las palabras adecuadas, las muestras de cariño, de respeto y consuelo, teniendo un efecto directo en la mujer, aliviando su sufrimiento y favoreciendo el proceso de parto.

En cuanto al proceso de adquisición de habilidades prácticas, cabe señalar que se cumplieron con éxito todos los objetivos propuestos, evaluados y reflexionados en los distintos periodos. También adquirí competencias de gestión de los cuidados, trabajo en equipo, responsabilidad profesional y ética, administración del tiempo y de los recursos, aplicando principios centrados en el bienestar del paciente.

En mi pasantía logré realizar 172 exámenes prenatales, atendí 60 partos eutócicos, realicé 9 episiotomías, logré adquirir destreza con las episiorrafias alcanzando un total de 36. Colaboré en 4 partos con fórceps, 3 con vacuum y participé en 19 cesáreas, de las cuales una de ellas fue un gemelar. He aplicado cuidados postparto a 160 puérperas sanas, distribuidas en la planta de maternidad y en la sala de partos. Un total de 157 recién nacidos sanos y 29 neonatos de riesgo, tratados entre la planta de pediatría y los cuidados intensivos. Finalmente, entre la vigilancia y prestación de cuidados con patología ginecológica, interactué con 145 mujeres entre el CHBM y HUSJ.

Mis prácticas a nivel general han sido muy completas, me han permitido adquirir las competencias necesarias para el desempeño de la función de la matrona. En los diferentes estadios, he aprendido los conocimientos y habilidades para transmitir los cuidados necesarios en

la gestación, determinar el estado de salud de la mujer y del feto, cumplimentando su historia clínica, haciendo exámenes físicos, informándoles de todo el proceso de gestación, parto y postparto.

En el periodo de formación, he podido comprobar que las funciones que tenemos asignadas son muy numerosas. Al estudiar las competencias reflejadas en la normativa vigente, he constatado que nuestro trabajo no consiste únicamente en atender a las madres en el momento del parto, si no que nuestra labor empieza antes de la concepción y continua después del nacimiento.

Hacer un seguimiento riguroso en todo el proceso de gestación nos aporta mucha información valiosa, para poder llevar a cabo de manera exitosa el parto.

Realizar la especialidad en una Universidad extranjera fue un gran desafío, pues temporalmente renuncié a mi puesto de trabajo para vivir en Évora y asistir a las clases. En plena pandemia tuve que reincorporarme por necesidad de personal sanitario, conciliándolo con los exámenes finales. Posteriormente durante la pasantía, ajusté mis turnos de trabajo para poder compaginarlo y en los ratos libres dedicar tiempo al estudio y a escribir las memorias.

Realmente han sido dos años y medio duros, pero con un gran avance personal y profesional de los cuales me siento orgullosa. Sólo deseo que este gran esfuerzo se vea reflejado y algún día poder trabajar como matrona.

## 6. Referencias Bibliográficas

- Almeida, M., Dores, J., Ruas, L., Vicente, L., & Paiva, S. (2017). *Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017*. 12(1), 24–38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-nº-1-Março-2017-Recomendações-págs-24-38.pdf>
- Alvarado, O. (2018). Práctica reflexiva en Enfermería y humanización del cuidado. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación En Enfermería*, 8(4), 4–6.
- American Academy of Pediatrics. (2014). *Immersion in Water During Labor and Delivery*. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3794>
- APA. (2019). *Guía Normas APA*. 1–57. <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>
- Arranz, J. (2017). *Ensayo clínico aleatorizado sobre la efectividad de la esferodinamia versus petidina y haloperidol para el alivio del dolor de parto en fase de latencia*. [Universidad autónoma de Madrid]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680208>
- Banco de Preguntas Preevid. (2016). *¿Funciona la acupuntura en las inducciones de parto?* <https://www.murciasalud.es/preevid/20914#>
- Bocanegra, B. M., Sosa, J. C., & Simbaqueba, D. C. (2020). Terapias complementarias durante la gestacion y parto. Revisión integrativa. *Revistta Cuidarte*, 11(2), 1–15. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1056>
- Bonfils, A., Perez, O., Llurba, E., & Chandraharan, E. (2020). Fetal heart rate changes on the cardiotocograph trace secondary to maternal COVID-19 infection. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 252, 286–293. <https://doi.org/10.1016/J.EJOGRB.2020.06.049>
- Botell, M., & Bermúdez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 38(1), 134–145. <http://scielo.sld.cu>
- Brandau, R., Monteiro, R., & Braile, D. M. (2005). Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 20(1), VII–IX. <https://doi.org/10.1590/s0102-76382005000100004>
- Cavalcanti, A., Henrique, A., Brasil, C., Gabrielloni, M., & Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Gaucha de*

*Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

Cejas, C. M., Merino, J., Garrido, A., Pérez, M. I., Hernández, M. M., Canut, T., & Jaime, S. (2019). Miedo al parto : revisión bibliográfica de los instrumentos de medida. *Matronas Profesión*, 20(2), 36–42.

CHBM. (2020). *Relatório e análise dos dados estatísticos referentes à Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez, Ano 2019*.

CHBM. (2021). *Relatório e contas, exercício 2020*. [http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/relatorio\\_contas20.pdf](http://www.chbm.min-saude.pt/attachments/article/301/relatorio_contas20.pdf)

Coca, S., Ruiz, E. M., & Álvarez, F. (2016). Efectividad de la esferoterapia durante el trabajo de parto. *Paraninfo Digital Monográficos De Investigación En Salud*, 1–7.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003>  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.01.002>  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(12\)70006-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(12)70006-3)  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000763>  
[.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/)

da Silva, M. A., Sombra, I., Jacinto da Silva, J., da Silva, J. C., Melo Dias, L. R., Calado, R., Albuquerque, N., & Silva, G. A. (2019). Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(2), 455. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a237753p455-463-2019>

DGS. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. In *Direção Geral da Saúde*.

Díaz, J. D., Chacón, V., & Ronda, F. J. (2016). Design of clinical questions in evidence-based practice. Formulation models. *Enfermería Global*, Nº 43, 431–438.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.239221>

Dodou, H., Sousa, A., Barbosa, E., & Rodrigues, D. (2017). Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 332–338.  
<https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030082>

Fernández, M. (2015). Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora. *Universitat Rovira I Virgili*. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi Maria Inmaculada.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi%20Maria%20Inmaculada.pdf?sequence=1)

- Frias, A., Sousa, L., & Ferreira, A. (2020). Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas. *A Enfermagem e o Gerenciamento Do Cuidado Integral* 3, December, 187–198.  
<https://doi.org/10.22533/at.ed.706200812>
- Gaskin, I. M. (2016). *Guía del nacimiento* (1º ed). Capitan Swing.
- Generalitat de Catalunya. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. (3ª Edició). Departament de Salut.
- Germain, B., & Vives, N. (2010). Pelvic mobility during expulsion. *Matronas Profesion*, 11(1), 18–25.
- González, M. (2019). Enfermería basada en la evidencia. *Revista Enfermería Endoscopia Digestiva*, 6(2), 31–35.
- Gutiérrez, Á., & Maz, A. (2004). Cimentando un proyecto de investigación: la revisión de literatura. *Revista EMA*, 9(1), 20-37.
- Gutiérrez, T., Martínez, L., Aroztegui, I., Buendía, L., González, L., & Alonso, T. (2020). La acupuntura y su utilidad en el trabajo de parto. *Revista Electrónica de Portales Medicos.Com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-acupuntura-y-su-utilidad-en-el-trabajo-de-parto/>
- Hernández, G. E., & Jaramillo, Y. M. (2018). Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(4), 320–327.  
<https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018005>
- Herrerías, I., Puertas, E., & Martínez, M. (2013). Revisión sobre la efectividad del uso de los aceites esenciales durante el trabajo de parto. *Paraninfo Digital*, 19. n: <http://www.index-f.com/para/n19/144d.php%0APARANINFO>
- Hospital Universitari Sant Joan de Reus*. (2021). <https://www.hospitalsantjoan.cat/>
- Idescat. (2021). *El municipio en cifras. Reus (Baix Camp)*.  
<https://www.idescat.cat/emex/?id=431233&lang=es>
- International Confederation of Midwives. (2019). *Competencias esenciales para la práctica de la partería*.
- International Confederation of Midwives. (2020). Los derechos de las mujeres en el parto deben

ser respetados durante la pandemia de coronavirus. *Worldometer*, 4.

<https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

Jané, M., Vidal, M., Tomás, Z., & Ciruela, P. (2021). Indicadors de salut perinatal a Catalunya.

Any 2019. Informe complert. *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut*.

<https://canalsalut.gencat.cat/prpprofessionals/vigilancia-epidemiologia/viligancia-perinatal/>

Jimenez, M., Aliseda, M., Fernández, M., García, M., Prim, F., Poveda, I., & Font, E. (2018).

Inyecciones intracutáneas de agua estéril en el rombo de Michaelis previa anestesia local:

Una terapia complementaria para el alivio de dolor durante el parto. *MUSAS. Revista de*

*Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 3(1), 24–37. <https://doi.org/10.1344/musas2018>.

Lago, A. M., Pan, L., & Bouza, E. (2014). A pelota de parto. Redescubriendo un recurso no

farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. *Revista de Enfermería*

(*Barcelona, Spain*), 37(3), 36–42.

Lago, A. M., Pan, L., Garate, M., & Bouza, E. (2016). *La lenteja de parto: un recurso*

*favorecedor de la movilidad pélvica*. 10(1), 5–24. <https://doi.org/versión> On-line ISSN 1988-

348X

Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The Effectiveness of Aromatherapy in the

Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Hindawi Publishing*

*Corporation*, 2016, 1–13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1155/2016/8158693> Research

Lara, J. M., Diaz, L., Gómez, R., Martínez, M., García, M. A., Marín, S., Gutiérrez, C., González,

F., Molina, J. A., Alsina, N., Gómez, M., Lara, M. D., Díaz, D., Pérez, M. I., & Lozano, P.

(2017). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología* (2ª Edición). Instituto Nacional de

Gestión Sanitaria.

[https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Manual\\_obstetricia\\_ginecologia.htm](https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/Manual_obstetricia_ginecologia.htm)

Lozano, V., Martínez, J. M., & Castilla, F. (2011). *Intervenciones en el embarazo, parto y*

*puerperio* (Primera ed). Formacion Continuada Logoss, S.L.

Mahamud, B., Domínguez, J., Gamboa, E., & Betegón, Á. (2018). Aromaterapia en el postparto

y puerperio: Revisión sistemática basada en la evidencia. *MUSAS. Revista de*

*Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 3(1), 79–94.

<https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num1.5>

- Mallen, L., Terré, C., & Palacio, M. (2015). Inmersión en agua durante el parto : revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 16(3), 108–113. <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19648/173/inmersion-en-agua-durante-el-parto-revision-bibliografica>
- Manrique, M. E. (2015). *Efecto de la Musicoterapia Durante el Trabajo de Parto en Gestantes Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Martinez, A. I. (2020). *Ibone Olza: «El acompañamiento en el parto no es un capricho, es una necesidad»*. ABC. [https://www.abc.es/familia/mujeres/abci-ibone-olza-acompanamiento-parto-no-capricho-necesidad-202004080155\\_noticia.html?fbclid=IwAR0hRTI82qdm4c9Mukup5LKlg3zNZgcURImUf9N7Ogn9E3SOpaE6DZfokho](https://www.abc.es/familia/mujeres/abci-ibone-olza-acompanamiento-parto-no-capricho-necesidad-202004080155_noticia.html?fbclid=IwAR0hRTI82qdm4c9Mukup5LKlg3zNZgcURImUf9N7Ogn9E3SOpaE6DZfokho)
- Martínez, E., del Pulgar, M. M., Martín, A., Zafra, M. D., Fernández, M. L., & Montesinos, J. V. (2018). Analysis of the definition of the midwife, their access to training and training programs in an international, European and Spanish context. *Educacion Medica*, 19, 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.017>
- Martínez, E. M., Sáez, Z., Sánchez, E., Ávila, M., Conesa, E., & Ferrer, M. B. (2021). Métodos de protección perineal: conocimiento y utilización. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0193>
- Medina, I. (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermeria Global*, 13(1), 400–406. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2021). *España, líder mundial en bancos y uso terapéutico de sangre de cordón umbilical*. <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3053>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Orden SAS/1349/2009. *Boletín Oficial Del Estado*, 129, 44697–44729. <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

- Morell, F., Barba, I., Simó, A., & Pérez, A. (2017). Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Profesión*, 18(3), 98–104.
- Moreno, C. (2018). *Hipn parto: Preparación para un parto positivo*. (p. 139).
- Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel).
- OMS. (2020). *Preguntas frecuentes sobre la COVID-19, el embarazo, el parto y la lactancia materna*. <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- ONU. (2021). *Separar a los recién nacidos de las madres con COVID-19 supone un grave riesgo para los bebés*. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489562?fbclid=IwAR13kEKAhzQYubTJNbcA6VG91NyCbPQ334yRmsAGIbuK6-mQr0Jq5mEPgEo>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2ª Série, nº26, 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2ª Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Organización Nacional de Transplantes. (2020). Plan nacional de sangre de cordón umbilical 2020-2025. *Ministerio de Sanidad*.
- Parés, N., & Calais-Germain, B. (2013). *Parir en movimiento* (3º edición). La liebre de Marzo.
- Pernía, B., Peña, S., Rivera, C., Fernández, Alegre, S., Hospital, A., & Fernández, T. (2014). La aplicación de compresas calientes durante el expulsivo del parto como método de prevención del traumatismo y el dolor perineal. | NURE Investigación. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/65>
- PorData. (n.d.). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Retrieved June 22, 2021, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Idade+média+da+mãe+ao+nascimento+do+primeiro+filho-843>



- PorData. (2021). *Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*.  
<https://www.pordata.pt/>
- Rigobello, J. L., Bernardes, A., Moura, A. A. de, Zanetti, A. C. B., Spiri, W. C., & Gabriel, C. S. (2018). Supervised Curricular Internship and the development of management skills: a perception of graduates, undergraduates, and professors. *Escola Anna Nery*, 22(2), 1–9.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0298>
- Rodríguez, I., Núñez, M. T., & Rojas, I. (2017). *Musicoterapia: terapia alternativa para el control del dolor en el parto*. Revista Electrónica de Portales Medicos.Com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/musicoterapia-dolor-parto/>
- Rull, C., Montesinos, J., Gómez, R., Comas, N., Poveda, I., & Ferrer, A. (2014). Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Profesión*, 15(4), 122–129.
- Sanz, M., Luna, M., Mussons, F., Astorquiza, T., Vicens, J. M., & Aloy, J. (2015). Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Anales de Pediatría*, 82(2), 108.e1-108.e3. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.013>
- Schlaeger, J. M., Gabzdyl, E. M., Bussell, J. L., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., & Wilkie, D. J. (2017). Acupuncture and Acupressure in Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 62(1), 12–28. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12545>
- Sellés, E. (2013). *Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència* [Universitat de Barcelona].  
<http://www.tdx.cat/handle/10803/134964>
- Sellés, E., Tricas, J., & Hito, M. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. *Matronas Profesión*, 17(2), 51–58.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(2).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.PUB2>

- Sousa, L. M., Firmino, C., Vieira, C. M., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45–55.  
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Vélez-Frias, C. (2016). *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz*. (Quinta edi). OB STARE.
- Vidal, M., Jané, M., Teixidó, M., Tomás, Z., & Ciruela, P. (2021). Indicadores de salud perinatal en Cataluña . Informe ejecutivo año 2019. *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut*.

**ANEXOS**

**Anexo 1:***Representación de las Competencias*

Fuente: International Conderation of Midwives. Competencias esenciales para la práctica de la partería. Edition 2018.

**Anexo 2:***Plan de Parto*

# Plan de nacimiento

Programa de atención hospitalaria al parto de bajo riesgo

**Servicio de Ginecología y Obstetricia - Hospital Universitari Sant Joan de Reus**

## 1. INTRODUCCIÓN

El principio básico de nuestro centro es ofrecer una atención al parto centrada en las necesidades de las mujeres y de su pareja/acompañante con la posibilidad de decidir el máximo número de aspectos de acuerdo a sus preferencias, que vendrán dadas por las concepciones éticas, culturales, sociales y familiares.

Nuestro servicio pertenece a un hospital universitario y, además de los profesionales, se encuentran personas en periodo de formación. Toda persona que le atienda se presentará y se identificará como profesional y/o estudiante.

## 2. OBJETIVO DEL PLAN DE NACIMIENTO

Se debe recordar que:

- El parto es un proceso fisiológico que hay que respetar
- La mujer tiene derecho a estar informada y decidir
- La actitud del personal debe ser respetuosa, apoyar y ofrecer recursos a la mujer
- Hay que revisar los conceptos de normalidad (dilatación, expulsivo, alumbramiento...)

El objetivo de este documento es que tengáis la oportunidad de expresar vuestras preferencias y necesidades en la atención que recibiréis cuando existan alternativas igual de eficaces y seguras.

Durante el embarazo los profesionales que os atenderán os darán las informaciones necesarias para que toméis decisiones informadas.

La inclusión en el plan de nacimiento implica, necesariamente, que el parto sea considerado de bajo riesgo o medio, en todo momento. La aparición de algún factor que haga considerar el parto de alto riesgo implica la necesidad de alejarse de este plan de nacimiento en algún aspecto, dependiendo de la situación.

Se debe garantizar una coordinación estrecha con los profesionales de la atención primaria (ASSIR). Durante vuestra asistencia al curso de educación maternal recibiréis información del plan de nacimiento y el Hospital promoverá una visita en torno las 37 semanas.

## Plan de nacimiento

Programa de atención hospitalaria al parto de bajo riesgo

### 3. ATENCIÓN GENERAL DURANTE EL PARTO

Se procurará que la asistencia durante todo el proceso de dilatación y parto sea en la misma sala, donde se mantendrá un ambiente íntimo y acogedor.

**Durante el proceso de parto quiero:**

- Tener acompañante (una sola persona).....
- No tener acompañante

**Preferencias relacionadas con el espacio físico:**

- Posibilidad de escuchar música
- Posibilidad de graduar la intensidad de la luz
- Otros.....

Se te pondrá una vía venosa para permitir administrar tratamientos, en caso necesario. Si el parto se desarrolla sin complicaciones la vía se mantendrá sin administrar fármacos.

Cuando se ha detectado estreptococo en los cultivos que se hacen al final del embarazo, o si es desconocido y pretérmino, se administrará antibiótico para prevenir una posible infección al bebé.

- En caso necesario de administrarme un medicamento, quiero que se me informe y me consulte la opinión.

Se procurará que dispongas de libertad de movimientos, con la mínima intervención posible siempre controlando vuestro hijo o hija.

**He pensado en utilizar el siguiente material de apoyo del que pueda disponer el centro y/o que llevaré:**

- pelota
- cojines (es aconsejable que los lleves)
- espejo
- silla de partos
- música (si a caso la quieres, la tienes que llevar)
- bañera
- otros.....

**Exploraciones vaginales:** Se evitarán las exploraciones repetidas y se preservará al máximo tu intimidad.

**Hidratación:** La hidratación durante el parto es importante y en general se pueden beber líquidos claros sin pulpa durante la dilatación.

**Rasurado:** El rasurado del periné no es necesario. Se realizará sólo en caso de ser necesaria una episiotomía.

**Amniorrexis:**

- No querría que se me rompiera la bolsa de las aguas si no fuera necesario

## 4. ALIVIO DEL DOLOR

- Me gustaría tener un parto sin anestesia
- Me gustaría que me pusieran la anestesia lo antes posible
- Me gustaría utilizar métodos farmacológicos si lo necesito
- Me gustaría aliviar el dolor con métodos alternativos: relajación, respiración, masaje...

## 5. PREFERENCIAS DURANTE EL PERÍODO EXPULSIVO

Procuraremos que dispongas de la máxima libertad de movimientos y de escoger la posición, con la mínima intervención posible, siempre controlando tu hijo o hija. En todo momento procuraremos realizar una protección activa del periné, para evitar la episiotomía.

Los pujos son la fuerza que hace la mujer para acompañar la salida del bebé. En un parto normal sólo debe hacerse si se siente la necesidad de hacerlo y con la dilatación completa.

Se puede pinzar y cortar el cordón umbilical poco después de la salida del bebé o se puede esperar que deje de latir.

- Me gustaría que mi acompañante pueda estar a mi lado
- Me gustaría esperar a tener ganas para empezar los pujos
- Me es indiferente el momento en que se corte el cordón
- Me gustaría hacer donación de sangre de cordón en el Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña
- Me gustaría que el cordón umbilical se cortara una vez haya dejado de latir
- Me gustaría que me pusieran el bebé sobre la piel inmediatamente
- Me gustaría darle el pecho en la misma sala de partos
- Me gustaría que se valorara a mi hijo o hija delante de mí

## 6. PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

Se ha demostrado que el alumbramiento dirigido facilita la salida de la placenta.  
La OMS recomienda el alumbramiento dirigido para prevenir la hemorragia postparto.

## 7. PREFERENCIAS SOBRE LACTANCIA

- Me gustaría dar el pecho
- No quiero dar el pecho
- No quisiera que dieran ningún tipo de alimento al bebé sin consultarme
- Desearía dar lactancia a demanda

## Plan de nacimiento

Programa de atención hospitalaria al parto de bajo riesgo

### 8. PUERPERIO INMEDIATO

A los pocos minutos del nacimiento está protocolizada la administración de la vitamina K a los recién nacidos ya que es una medida de efectividad demostrada para reducir el riesgo de complicaciones hemorrágicas. La vía recomendada es la intramuscular, pero también se puede administrar vía oral (aunque es menos efectiva).

- Prefiero que se administre la vitamina K intramuscular a mi hijo o hija
- Prefiero que se administre la vitamina K oral a mi hijo o hija

Se recomienda también la utilización de pomada / colirio antibiótico para la profilaxis ocular (evitar infecciones en los ojos).

- Entiendo y acepto el uso de pomada-colirio

### 9. HOSPITALIZACIÓN

Después del parto pasaréis a la planta de maternidad.

- Desearía que mi estancia en el hospital sea lo más breve posible
- Desearía que no me separen de mi hijo o hija, si no es estrictamente necesario

Tras el alta médica del hospital te recomendaremos el control puerperal por tu comadrona o ginecólogo.

### DATOS DE LA PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI



### BIBLIOGRAFÍA

1. Asistencia a la gestante en la sala de partos. Plan de nacimiento. Programa de atención al parto de bajo riesgo hospitalario. Protocolos de Medicina Fetal y Perinatal. Servicio de medicina materno-fetal-ICGON-Hospital Clínic de Barcelona.

2. Modelo de consentimiento informado para la asistencia natural al parto normal. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. 2007. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.



**Anexo 3:***Curso en Urgencias-Obstétricas*



**PAULA MULET**  
DNI: 53727223m

**CURSO URGENCIAS OBSTÉTRICAS**

Ha superado el curso on-line, impartido por SalusPlay y organizado por el COL-LEGI INFERMERES I INFERMERS TARRAGONA y celebrado del 1 al 31 de enero de 2021, siendo una actividad acreditada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesionales Sanitarias con el nº 263/20-13 de registro y un total de 4.7 créditos (22 horas).

Bilbao, 18 de marzo de 2021



Doña. IRATXE CABRERA BARRERA  
Directora de formación



CDN: 1646VPOPTV/INDEE-4/19V/01/1. La autenticidad de este documento se puede comprobar en: <https://www.salusplay.com/verificador>.

**TEMARIO**

- Tema 1. Valoración enfermera de la paciente obstétrico-ginecológica en urgencias
- Tema 2. Urgencias en el embarazo
- Tema 3. Asistencia al parto en urgencias
- Tema 4. Urgencias en el puerperio

**Anexo 4:***Curso Teórico-Práctico UCI neonatal*

Fundación Estatal   
PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO

## Diploma Acreditativo

D./Dña. **MULET MIRAVET, PAULA** con NIF **53727223M**  
que presta sus servicios en la Empresa **HOSPITAL DE SANT JOAN, S.A.** con CIF **A43096692**

Ha superado con evaluación positiva la Acción Formativa **CURS TEÒRIC-PRÀCTIC D'INFERMERIA A LA UCI NEONATAL**

Código AF / Grupo **22 / 1** Durante los días **23/03/2021** al **25/03/2021**  
con una duración total de **16** horas en la modalidad formativa **Presencial**

**Contenidos impartidos (Ver dorso)**

 Hospital Universitari  
Sant Joan  
FEUS  
Formació 

**1 de ABR. 2021**



Firma y sello de la entidad responsable de impartir la formación      Fecha de expedición      Firma del trabajador/a

**Anexo 5:***Manejo del Paciente Covid-19*

UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

El degà de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut atorga aquest

***Certificat d'Extensió Universitària***

a

**MULET MIRAVET, PAULA**

per haver superat amb aprofitament les proves previstes  
en l'edició 2020-21 del curs d'extensió universitària de la facultat

**MANEIG DEL PACIENT COVID-19 CRITIC**

amb un total de 4 crèdits

impartit a l'empara de la normativa de la Universitat de Barcelona

Barcelona, 28 de juliol de 2021

El degà de la Facultat

Firmado digitalmente por:  
ANTONIO DE PADUA  
TRILLA GARCIA - DNI  
37677184X (TCAT)  
Fecha y hora: 28.07.2021  
20:34:51

Antoni Trilla Garcia

El director del curs

Firmado digitalmente  
por: JOSE MARIA  
NICOLAS ARFELIS - DNI  
40875611B (AUT)  
Fecha y hora:  
30.07.2021 13:30:29

Josep M. Nicolás Arfelis

**Anexo 6:***Curso Indicaciones de Transfusión Sanguínea*



**BANC DE SANG  
I TEIXITS**



**ucf** UNIÓ  
CONSORCI  
FORMACIÓ

---

El senyor Simó Schwarts, Director Gerent del Banc de Sang i Teixits, juntament amb el senyor Òscar Dalmau Ibáñez, Gerent d'Unió Consorci Formació.

**CERTIFIQUEN:**

Que En/Na: **PAULA MULET MIRAVET** amb DNI: **53727223M** ha rebut la formació específica corresponent al curs **Indicacions per a la transfusió segura de la sang i dels components sanguinis** en modalitat teleformació, impartit del dia **11/05/2021** al dia **08/06/2021** amb una durada total de **6 hores**, i amb els continguts que es detallen al dors.

Aquest document només certifica l'assoliment amb aprofitament dels coneixements teòrics del curs. Per a l'obtenció de l'acreditació de capacitació és imprescindible realitzar les pràctiques transfusionals supervisades i avaluades pels tutors de Banc de Sang i Teixits.

I per que així consti als efectes oportuns, signem el present certificat a Barcelona, 08/06/2021.



Simó Schwarts



Òscar Dalmau Ibáñez



**LAUNIÓ**  
Associació d'Entitats Sanitàries i Socials



**DSC** Consorci de Salut i  
Social de Catalunya

Certificat d'Aprofitament

## Indicacions per a la transfusió segura de la sang i dels components sanguinis

### Detall del programa formatiu:

1. Lectures sobre la transfusió sanguínia.
2. Introducció al vídeo.
3. La sol·licitud de la transfusió.
4. L'extracció de la mostra de sang pre-transfusional.
5. L'acte transfusional.
6. La traçabilitat dels components sanguinis.
7. Actitud davant una reacció transfusional.
8. Una situació especial.
9. Nous sistemes per millorar la identificació de les persones malaltes.



## APÉNDICES

## Apéndice A:

### Petición de Resultados al Jefe del Servio de Ginecología

**Dades estadístiques**

pecavalle@grupsagessa.com

Dades estadístiques

Bona tarda Pere,  
Espero i desitjo que et trobis molt bé. Sóc Paula Mulet la resident de llevadora que depenc de la universitat de Évora. Lídia em va comentar que em posés en contacte amb tu per veure si em podies proporcionar algunes dades estadístiques per justificar i fonamentar la meva estada a l'hospital de Reus.

Vaig estar present el dia que vas exposar la sessió estadística del 2020, i me va semblar interessant, crec que d' aquesta presentació podria extreure algunes dades. No sé si la pots compartir o me pots ajudar en algun document semblant..

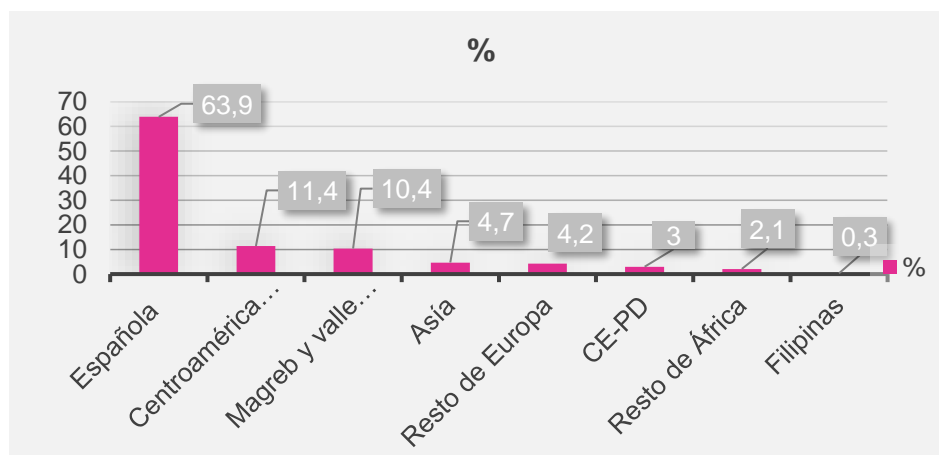
He cregut interessant reflectir en el meu relatori les següents dades del 2019-2020 i fer una comparació amb l'Hospital de Barreiro Montijo

- nombre de parts per any; eutocics, distocis, cesaries electives i emergents.
- nº de parts naturals en dilatació en banyera.
- procedència de les parturientes. És a dir, espanyoles, europees, del magreb...
- òbits fetals i possibles causes.
- nº de embarassades amb covid ateses a l'hospital.
- nº de visites en dispensaris fetes per la llevadora.
- nº de induccions i principals causes.
- nº de nadons prematurs que ingresen en nounats

Enviar

## Apéndice B:

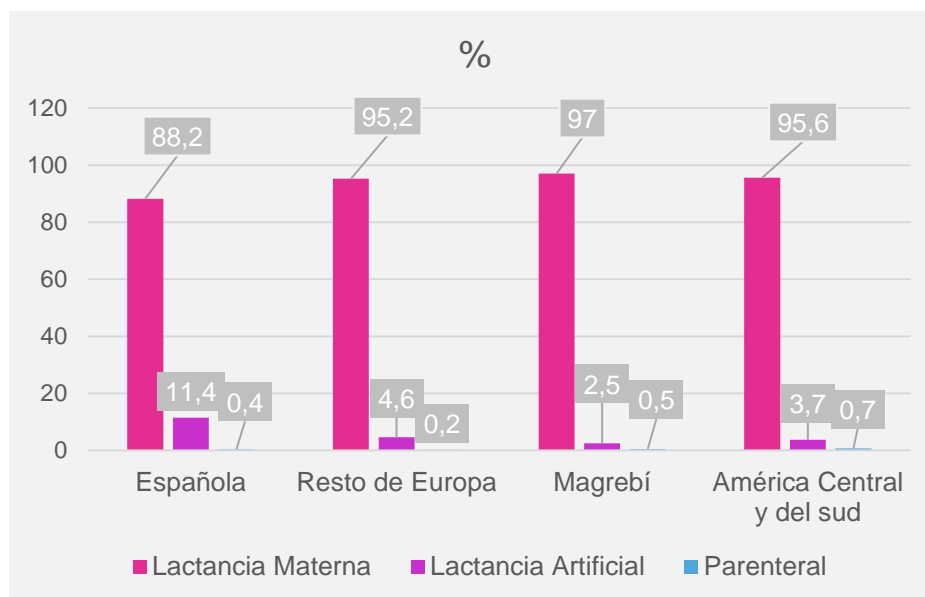
### Distribución del Lugar de Procedencia de las Gestantes



Fuente: Elaboración propia, creada a partir del Informe ejecutivo año 2019. *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut*

### Apéndice C:

#### Tipo de Alimentación en Catalunya, Según la Procedencia de la Madre



Fuente: Elaboración propia, a partir del informe ejecutivo de salud perinatal 2019. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2021).

Las madres no autóctonas presentan un porcentaje de amamantamiento de un 7,8% más alto que las madres autóctonas. Concretamente, las madres procedentes del Magreb y el valle de Nilo y Centroamérica y Sudamérica tienen los porcentajes más altos, con un 97,1%, 95,6% respectivamente.

### Apéndice D:

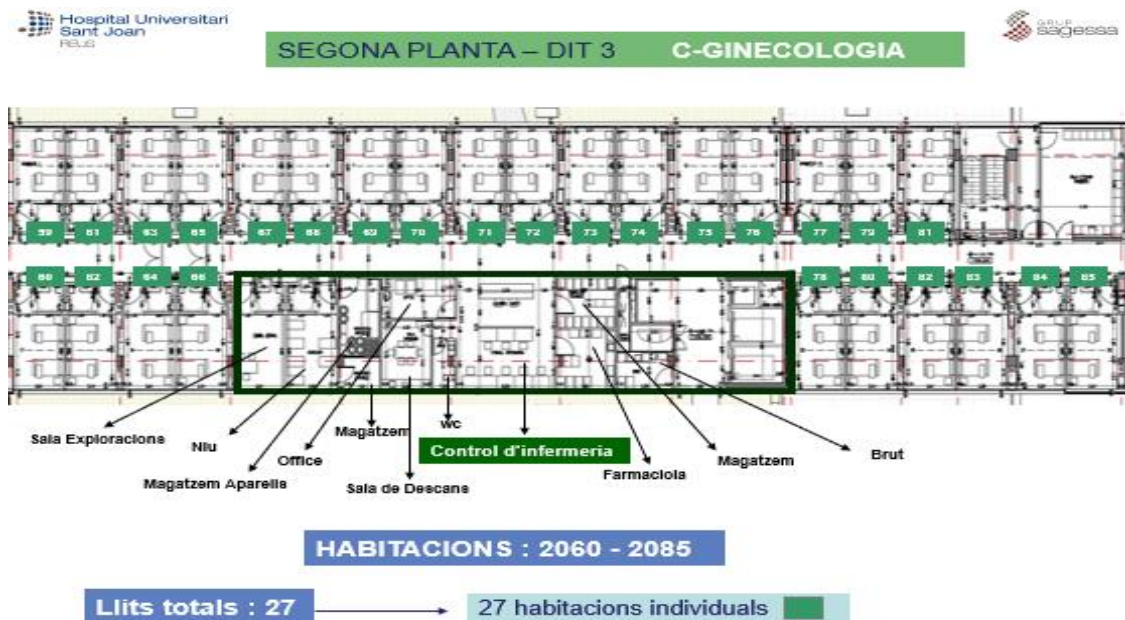
#### Comparativa Poblacional entre el CHBM y HUSJ 2019

|                                      | CHBM    | HUSJ    |
|--------------------------------------|---------|---------|
| Cobertura Poblacional                | 213.000 | 176.946 |
| Población de la Ciudad               | 74.730  | 106.168 |
| N.º Camas                            | 500     | 350     |
| Edad Media de la Madre en el 1º hijo | 30,8    | 29,7    |
| Tasa Bruta de Natalidad              | 9,5     | 8,7     |
| Índice de Fecundidad                 | 1,8     | 1,2     |
| Partos Totales                       | 1.566   | 1.474   |



### Apêndice E:

#### Plano de la planta de Hospitalización



Fuente: Imagen proporcionada por el propio HUSJ

### Apêndice F:

#### Programación inicial

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
 Ano letivo 2020/2021  
 2º Ano 1º semestre

| Período            | 6 Semanas<br>15 de set a 25 out 2020 |       |      |      |       |       | 6 Semanas<br>26 de out a 4 de dez 2020                                   |     |      |       |       |      | 6 Semanas<br>7 dez a 29 janeiro de 2020<br>(interrupção - 21 dez a 4 jan) |       |     |       |       |       |
|--------------------|--------------------------------------|-------|------|------|-------|-------|--|-----|------|-------|-------|------|---|-------|-----|-------|-------|-------|
|                    | 1                                    | 2     | 3    | 4    | 5     | 6     | 1  | 2   | 3    | 4     | 5     | 6    | 1   | 2     | 3   | 4     | 5     | 6     |
| Semanas de estágio | 15-20                                | 21-27 | 28-4 | 5-11 | 12-18 | 19-25 | 26-1   | 2-8 | 9-15 | 16-22 | 23-29 | 30-6 | 7-13  | 14-20 | 4-9 | 10-16 | 17-23 | 24-29 |
| Paula              | Grávidas Ginecologia Portugal        |       |      |      |       |       | CENTRO DE SAÚDE ou consultas externas de obstetria no hospital TERRAGONA |     |      |       |       |      | Bloco de partos TERRAGONA   |       |     |       |       |       |

6 semanas em bloco de partos; 6 semanas em Cuidados de saúde primários/Consultas externas; 6 semanas em grávidas/ginecologia

2º Ano 2º semestre

| Período            | 6 Semanas em puerpério (Inclui uma semana em neonatologia)<br>4 Semanas em bloco de partos<br>8 de fev a 23 abril 2021 Férias da Páscoa de 29 de março a 5 de abril |       |       |      |      |       |       |      |       |       | 8 Semanas (Bloco de Partos)<br>26 Abril a 25 junho 2021<br>Semana académica prevista de 30 de maio a 5 de junho |     |      |                     |       |                     |       |       |
|--------------------|---|-------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|---|-----|------|---------------------|-------|---------------------|-------|-------|
|                    | 1   | 2     | 3     | 4    | 5    | 6     | 7     | 8    | 9     | 10    | 1   | 2   | 3    | 4                   | 5     | 6                   | 7     | 8     |
| Semanas de estágio | 8-13  | 14-20 | 21-27 | 28-6 | 7-13 | 14-20 | 21-28 | 6-10 | 11-17 | 18-24 | 25-1  | 2-8 | 9-15 | 16-22               | 23-29 | 6-12                | 13-19 | 20-25 |
| Paula              | Bloco de partos TERRAGONA   |       |       |      |      |       |       |      |       |       | Bloco de partos Portugal  |     |      | Nascimento Portugal |       | Puerpério TERRAGONA |       |       |

## Apéndice G:

### Proyecto

| 13. | RESUMOS, PLANOS Y CRONOGRAMAS  |
|-----|--|
|     | <p>El Máster de Enfermería en Salud Materna y Obstetricia (MESMO) en la Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de la Universidad de Évora en Portugal, otorga la obtención del título de enfermero especialista y la maestría académica. La práctica de naturaleza profesional con informe final es una unidad práctica curricular con 60 ECTS, que tiene lugar durante el 2º año académico. Estas prácticas se realizan en diferentes instituciones y servicios y en mi caso entre Portugal y España. Se ejecutan en distintos servicios relacionados con la salud de la mujer, de tal forma que se aplica la teoría estudiada en el primer ciclo con la finalidad de que el alumno sea capaz de desenvolverse, de marcar objetivos concretos y actividades individualizadas en las distintas etapas de la mujer.</p> <p>Este curso se divide en dos semestres, el primer semestre se desarrolla la experiencia clínica en el contexto de embarazos patológicos, consultas externas y sala de partos, con una duración de seis semanas en cada campo clínico. En el segundo semestre, la experiencia clínica se desarrolla nuevamente en la sala de partos, en el servicio de neonatología y en los cuidados del puerperio. Conforme el plan de formación, se espera que el estudiante sea capaz de adquirir y desarrollar las competencias comunes y específicas del enfermero especialista y contribuir en los cuidados bajo la supervisión de un tutor.</p> <p>A lo largo del curso se procede a la elaboración de un informe final, orientado por un docente de la escuela, a fin de demostrar las competencias de la especialidad y la destreza en el área de investigación, presentando sugerencias y mejoras relacionadas con la intervención profesional (Pacheco &amp; Pereira, 2018). El alumno escoge un tema de interés a profundizar a lo largo de la pasantía, de manera que muestre sus conocimientos de investigación y exprese su reflexión crítica y capacidad de comunicar conclusiones en los cuidados de la salud maternal y obstétrica.</p> <p>Acompañar a la mujer y a la familia desde la fase preconcepcional hasta la menopausia, es uno de los campos de actuación del Enfermero Especialista en Salud Materna (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Durante el embarazo se analizan diferentes aspectos; la adaptación fisiológica, la aceptación y vivencias del embarazo en la pareja, la preparación del nacimiento, el plan de parto etc. El nacimiento de un hijo es una experiencia única, vívida y percibida de forma diferente por cada mujer, ante la que se generan una serie de expectativas y necesidades que deben quedar cubiertas (Molina Fernandez, 2015). Por ende, el tema a analizar durante las prácticas se centra en el uso de terapias no farmacológicas o terapias complementarias i alternativas respetando y partiendo del plan de partos, con la finalidad de conseguir una experiencia positiva a través de la gestión del dolor. La National Center of Complementary and Integrative Health, estima que las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina alopática, por el contrario, la medicina alternativa es utilizada cuando se rechaza la convencional, ambas conocidas como TCA (Muñoz Sellés, 2013).</p> <p>La experiencia del parto está condicionada por la calidad de los cuidados recibidos, por el acompañamiento profesional, por el cumplimiento de las expectativas de la mujer, por la gestión del dolor y posibles complicaciones, influyendo todo ello, de forma significativa en la valoración de la satisfacción materna (Molina Fernandez, 2015). Son numerosas las variables que intervienen, por ello, es esencial trabajar con el plan de parto, para así conocer y cubrir sus necesidades y expectativas, pues expresa sus preferencias ante el tipo de atención y la forma de afrontar el dolor (Muñoz Sellés et al., 2016).</p> <p>Actualmente, se ha observado un mayor interés por la aplicación de otros métodos analgésicos no invasivos (Fernández Medina, 2014). Por lo tanto, es un tema de gran importancia para las matronas, pues son las responsables de ayudar a las mujeres que desean un parto natural o promovido por la aplicación de TCA. El empleo de estas terapias como alternativa para el alivio del dolor de parto, debe ser impulsado y ser parte de las estrategias nacionales e internacionales de la atención a la gestación y al parto, pues promueven beneficios para el bienestar materno y actúan en la evolución del parto (Cavalcanti et al., 2019). El dolor del trabajo del parto (TP) o parto es el que más caracteriza el dolor en obstetricia y el gran temor de las mujeres pudiendo influenciar negativamente en la vivencia del parto. Muchos autores definen el dolor del TP como una experiencia sensorial y emocional desagradable, única, compleja y multifactorial que tiende a intensificarse a medida que avanza (Néné et al., 2016). Varios estudios demuestran que el dolor o malestar del TP están íntimamente ligados al miedo y a la ansiedad, originando tensión y actuando como resistencia al trabajo de las contracciones (Néné et al., 2016). La modernización y la adopción de nuevos estilos de vida, han aumentado simultáneamente al miedo al dolor, contribuyendo a la desaparición del parto fisiológico por el rechazo al sufrimiento. Cabe tener en cuenta, que el dolor del TP sirve de guía y de protección, pues estimula a adoptar nuevas posiciones reduciendo la resistencia. La tecnología elevada en el parto, no presenta mejoría significativa en las tasas de mortalidad perinatal, no obstante se ha visto reducida la calidad del vínculo entre la madre y el recién nacido (Néné et al., 2016). El dolor es uno de los aspectos más relevantes del parto, en las distintas culturas su interpretación varía, ya que se encuentra ligado a la filosofía de vida. <i>“Una mujer con un estilo de vida lineal y que pertenece a una sociedad tecnológica, elegirá un parto lineal con un componente tecnológico; mientras que quien se siente más próximo a la naturaleza escogerá un parto natural”</i> (Molina Fernandez, 2015, p. 32).</p> <p>Uno de los objetivos del uso de las TCA es volver a dar protagonismo a la mujer y a su pareja en el TP, permitiendo que se sienta confiada y capaz de auto-controlarse. De modo que, las matronas consigan cambiar la idea de sufrimiento que rodea el TP y para que la mujer logre su participación y mayor satisfacción. El nacimiento de un hijo será posiblemente</p> |

uno de los cambios más sorprendentes en la vida de una embarazada y de su pareja, y crear un buen recuerdo del parto requiere esfuerzo por parte de todo el equipo, así como formación específica del uso de TCA.

### Plan de actividades

| Objetivo 1: Adquirir competencias en los cuidados especializados en el área de la salud maternal y obstétrica.  |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| Centro asistencial: CHBM y HUSJ // Unidades: Bloque de partos, CC.EE, Servicio de neonatología y Obstetricia.   |   |   |   |  |
| Periodo preconcepcional y Edad Fértil   |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  | Evaluación  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados ante la salud sexual y la planificación familiar.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre los métodos anticonceptivos y supervisar su utilización.</li> <li>• Promocionar estilo de vida saludable.</li> <li>• Identificar problemas relacionados con la sexualidad, atendiendo las disfunciones sexuales, problemas de fertilidad y ETS.</li> <li>• Revisar cartilla vacunal y adaptar a las nuevas recomendaciones.</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir las competencias de EESMO en la promoción de embarazos planeados y vivencias positivas de la sexualidad y parentalidad.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta de las mujeres o familias que reciben los cuidados.</li> <li>• A través de los comentarios y reacciones por parte de los tutores especialistas.</li> <li>• Feedback por la profesora orientadora de la Universidad de Évora.</li> <li>• Cumplimentación de las hojas de evaluación de las prácticas facilitadas por la Universidad.</li> </ul> |  |
| Periodo prenatal  |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la salud de la mujer embarazada o en situaciones de abortamiento.</li> <li>• Reacción de las puérperas ante la oferta de las TCA en el plan de partos actual.</li> <li>• Feedback del equipo de enfermería.</li> <li>• Satisfacción materna.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorización del embarazo.</li> <li>• Promover el plan de parto, aconsejar y apoyar la decisión.</li> <li>• Evaluar el bienestar materno fetal.</li> <li>• Promocionar la salud mental.</li> <li>• Informar de señales o síntomas de riesgo.</li> <li>• Prescribir exámenes complementarios necesarios para la detección de embarazo de riesgo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr las competencias de EESMO en los cuidados de la mujer y la familia.</li> </ul>  |   |  |
| Trabajo de parto  |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover un ambiente seguro y optimizar la adaptación de la vida extrauterina.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actuar según el plan de partos, garantizando calidad y riesgo controlado.</li> <li>• Aplicar intervenciones para prevenir y controlar el dolor.</li> <li>• Identificar y monitorizar el trabajo de parto.</li> <li>• Evaluar la integridad del canal del parto y aplicar técnicas de reparación.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer atención al parto respetando el proceso fisiológico, favoreciendo la utilización de métodos no farmacológicos y con la mínima intervención obstétrica.</li> <li>• Implicar y sensibilizar a otros compañeros en la atención al parto natural.</li> <li>• Dominar los estadios del trabajo de parto, así como las TCA.</li> </ul> |   |  |
| Periodo Postparto   |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar de la puérpera y del R.N, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promocionar y apoyar la lactancia materna.</li> <li>• Informar y orientar a la mujer sobre el crecimiento del recién nacido, así como señales y síntomas de alarma.</li> <li>• Enseñar ejercicios de recuperación del suelo pélvico.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganar facultades en los cuidados del postparto para instruir en el autocuidado de la mujer y la familia.</li> </ul>  |   |  |
| Periodo del Climaterio y Enfermedad Ginecológica  |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer cuidados especializados para potenciar la salud, apoyar el proceso de transición y adaptación a la menopausia, así como a la enfermedad ginecológica.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de las alteraciones relacionadas con el climaterio y motivar para la realización de exámenes ginecológicos.</li> <li>• Ejecutar programas de apoyo y de promoción de la salud, así como diagnosticar complicaciones del climaterio, del aparato genitourinario o la mama y proporcionar cuidados.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr reconocer las alteraciones físicas, psicológicas, emocionales y sexuales, y derivar a otros profesionales cuando se precise.</li> </ul>   |   |  |
| Objetivo General 2: Describir las actividades desarrolladas y su finalidad, de acuerdo con la evidencia científica.   |   |   |   |  |
| Recursos materiales: Protocolos de los centros asistenciales y búsqueda bibliográfica.  |   |   |   |  |
| Objetivos específicos   | Actividades   | Resultados Esperados  | Evolución   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un informe final.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniones con la orientadora.</li> <li>• Definición de objetivos y actividades planificadas para la implementación del proyecto.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar al equipo de matronas de la importancia de las TCA.</li> <li>• Alcanzar mayor atención al parto humanizado a través de las TCA.</li> <li>• Analizar principales motivos de rechazo o aceptación de las TCA.</li> <li>• Discutir con el equipo, intervenciones para mantener o mejoras de calidad.</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción de las puérperas ante la oferta de las TCA en el plan de partos actual.</li> <li>• Feedback del equipo de enfermería.</li> <li>• Satisfacción materna.</li> </ul>   |  |

## Cronograma

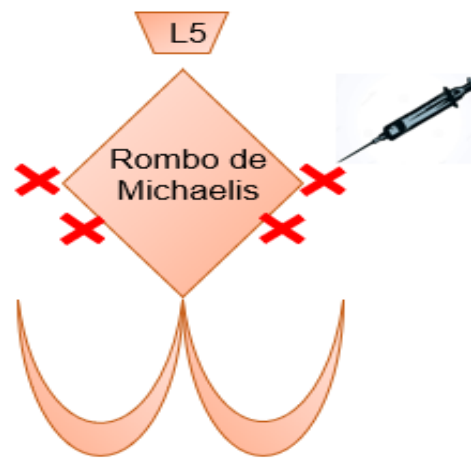
| ACTIVIDADES                                | CRONOGRAMA |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
|--|------------|------|------|------|------|-------|------|------|-----|------|------|-----|-------|------|------|------|
|  | 2020       |      |      |      | 2021 |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
|  | Sept.      | Oct. | Nov. | Dic. | En.  | Febr. | Mzo. | Abr. | My. | Jun. | Jul. | Ag. | Sept. | Oct. | Nov. | Dic. |
| Elección temática y definición del título  |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Resumen, plano y cronograma                |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Entrega del proyecto                       |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Reuniones con la Orientadora               |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Búsqueda bibliográfica                     |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Aplicación de las actividades y evaluación |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Elaboración del informe final              |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Correcciones                               |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |
| Entrega del informe final                  |            |      |      |      |      |       |      |      |     |      |      |     |       |      |      |      |

## Referencias bibliográficas

- Cavalcanti, A. C. V., Henrique, A. J., Brasil, C. M., Gabrielloni, M. C., & Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40, e20190026. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>
- Fernández Medina, I. M. (2014). Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*, 13(1), 400–406. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531>
- Molina Fernandez, M. (2015). Expectativas Y Satisfacción De Las Mujeres Ante El Parto. Diseño Y Eficacia De Una Intervención Educativa Como Elemento De Mejora. *Universitat Rovira I Virgili*. [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi Maria Inmaculada.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/306265/Tesi%20Maria%20Inmaculada.pdf?sequence=1)
- Muñoz Sellés, E. (2013). *Teràpies complementaries i alternatives en l'atenció al part: implantació i ús en els hospitals acreditats per a l'atenció natural al part normal i formació de les llevadores que hi donen assistència*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/134964>
- Muñoz Sellés, E., Goberna Tricas, J., & Delgado Hito, M. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas. *Matronas Profesión*, 17(2), 51–58.
- Néné, M., Marques, R., & Amado Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Lidel).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário Da República*, 2.ª Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019, 13560–13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Pacheco, R. F. P., & Pereira, C. S. C. (2018). Relatório de Estágio de Natureza Profissional. *Core.Ac.Uk*, 31402–31404. <https://core.ac.uk/download/pdf/148828689.pdf> <https://core.ac.uk/download/pdf/148828688.pdf>



|  |  |
|--|--|
| <b>10. ORIENTAÇÃO</b> (Anexar declaração(ões) de aceitação)  |  |
| Nome: <u>Ana Maria Aguiar Frias</u>  |  |
| Universidade/Instituição: <u>Escola Superior de Enfermagem Sao Joao de Deus</u>  |  |
| N.º Identificação Civil: <u>06583219</u> - <u>1ZY0</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____   |  |
| Telef.: <u>966640111</u> E-mail: <u>anafrias@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-9038-8576</u>  |  |
| Nome: _____  |  |
| Universidade/Instituição: _____  |  |
| N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____  |  |
| Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____  |  |
| Nome: _____  |  |
| Universidade/Instituição: _____  |  |
| N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____  |  |
| Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____  |  |
| <b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>   |  |
| Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u><br><small>Consulte a lista de Áreas FOS em: <a href="http://www.dgeec.mec.pt/np4/28">http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</a></small>  |  |
| Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>'Labor'; 'Midwife'; 'Pain'; 'Complementary and alternative medicine'; 'Support'</u>   |  |
| <b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b>   |  |
| Terapias complementares e alternativas.  |  |
| <b>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> [Se necessário submeter como anexo a este impresso]  |  |
| No documento em anexo.   |  |
| <b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>   | <b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho<br><input checked="" type="checkbox"/> Cronograma<br><input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es)<br><input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento<br><small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small><br><input type="checkbox"/> Outros: _____ | <p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p><b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</b></p> |

**Apéndice I:***Lugar de Inyección del Agua Estéril*

*Nota.* Elaboración propia.

**Apéndice J:***Síntesis Artículos*



| Artículos seleccionados:<br>Autores y año | Tipo de estudio   | Objetivos  | Resultados - Conclusiones  |
|---|---|--|--|
| Arranz (2017).                            | Ensayo clínico aleatorizado.<br><br><b>Muestra (n)</b> = 110 mujeres.             | Evaluar la eficacia de la esferodinamia en el alivio del dolor y desarrollo de parto en gestantes de bajo riesgo en fase latente de parto frente a la administración de petidina.                                  | La pelota de partos sí puede ser una alternativa al alivio farmacológico para el dolor de parto en la fase latente. Favorece el parto eutócico en las pacientes sanas que la utilizan durante la fase de latencia. LA PDP produce más satisfacción al respecto del proceso de parto que la administración de petidina y haloperidol. |
| Bocanegra et al. (2020).                  | Artículo de revisión.   | Describir las terapias complementarias que se pueden aplicar en forma efectiva y segura en mujeres gestantes, para contribuir a un mayor bienestar durante el embarazo y parto.                                    | Se analizaron diferentes terapias alternativas que se usan con mujeres gestantes: la masoterapia, hidroterapia, termoterapia, libertad de movimientos, uso de pelotas, visualización de imágenes, musicoterapia; las cuales dieron seguridad en su aplicación, con resultados benéficos en el binomio madre-hijo.                    |
| Botell & Bermúdez (2012).                 | Artículo de revisión.   | Conocer las principales posiciones de la gestante en el trabajo de parto y el parto a través de la historia, sustentadas por criterios científicos, históricos y culturales.                                       | La evidencia que se tiene con respecto a las posiciones para parir no es definitiva porque unas posiciones favorecen algunos aspectos a la vez que parecen empeorar otros.   |
| Cavalcanti et al. (2019).                 | Ensayo clínico aleatorizado y controlado.<br><br><b>Muestra (n)</b> = 128 mujeres | Evaluar el efecto de la ducha caliente y del ejercicio perineal con pelota suiza, separadamente y de forma combinada, sobre la percepción del dolor, la ansiedad y la progresión del trabajo de parto.             | Las terapias estudiadas contribuyen a la adaptación y al bienestar materno y favorecen la evolución del trabajo de parto.  |
| Coca et al. (2016).                       | Artículo de revisión.   | Determinar la influencia que produce la terapia con pelotas de parto en el proceso de dilatación y expulsivo, así como su efectividad y seguridad como herramienta útil para favorecer el trabajo de parto normal. | La esferoterapia aumenta el bienestar de la mujer y la sensación de satisfacción y control sobre la situación. No queda demostrada su influencia en la disminución del tiempo de dilatación y expulsivo, ni como factor favorecedor del mantenimiento de la integridad perineal.   |
| da Silva et al. (2019).                   | Artículo de revisión.   | Analizar el uso de la aromaterapia en el alivio del dolor durante el trabajo de parto.   | Tiene una amplia gama de variedades con propiedades específicas y es un excelente método para el alivio del dolor y/o la disminución de la ansiedad y el temor, así como ayuda en la contracción y la reducción del tiempo de trabajo de parto.  |

|                           |   |   |  |
|---------------------------|---|---|--|
| Germain & Vives (2010).   | Este artículo de tipo descriptivo se basa en el trabajo de investigación <i>Parir en movimiento</i> . | Analizar la movilidad de la pelvis y las rotaciones de la cadera.   | Las transformaciones sucesivas acompañarán a la salida de la cabeza del feto. Los huesos de la pelvis se mueven entre ellos en todos los planos.   |
| Gutiérrez, et al. (2020). | Artículo de revisión.   | Conocer la acupuntura y su utilidad en el trabajo de parto.   | La mayoría de los estudios son ensayos clínicos aleatorios controlados, unos con único o doble enmascaramiento. Cabe destacar el uso de los siguientes puntos de acupuntura IG4, H3, B6, V31, V32, E36. También es muy variable el número de sesiones en función del estudio.  |
| Herrerías, et al (2013).  | Artículo de revisión.   | Determinar la efectividad de los aceites esenciales para mejorar el estado de la mujer durante el trabajo de parto, así como comparar su efecto con otros métodos de analgesia.   | Ha demostrado ser útil a un gran número de mujeres durante la dilatación favoreciendo el trabajo de parto, así como la relajación y, por tanto, el estado general de la mujer, sin embargo, se necesitan más estudios que ayuden a establecer su efectividad con respecto a otros métodos en cuanto a resultados obstétricos se refiere. También es preciso realizar estudios independientes para estudiar el efecto de cada aceite. |
| Jiménez et al. (2018).    | Estudio cuasiexperimental.<br><br><b>Muestra (n) = 50 gestantes.</b>                                  | Evaluar el nivel de dolor de la técnica de la inyección de agua estéril previa inyección de lidocaína respecto de la técnica de inyección de agua estéril sin lidocaína. Así mismo, se pretendía evaluar si ambas técnicas (sin lidocaína y con lidocaína) disminuían el dolor lumbar durante el parto. | Las inyecciones de agua estéril en el Rombo de Michaelis constituyen una técnica efectiva para la reducción del dolor lumbar durante el parto. Además, la inyección de lidocaína previa a la técnica permite su uso evitando su principal inconveniente, el dolor al inyectar el agua estéril.   |
| Lago et al. (2014).       | Artículo de revisión, tipo descriptivo.   | Conocer la pelota de parto, su uso y los beneficios que se asocian, para poder ofertarla como un método eficaz en el alivio del dolor de parto.   | La PDP es un método no farmacológico que ha demostrado una clara eficacia en el alivio del dolor en el proceso del parto.  |
| Lago et al. (2016).       | Artículo de revisión.   | Conocer las diferentes opciones y beneficios que ofrece la lenteja de parto, para ofertarla con seguridad y optimizar sus efectos sobre el proceso del parto.   | Puede ser una herramienta de ayuda para la consecución de un parto eutócico.   |
| Lakhan et al. (2016).     | Metanálisis.  | Determinar los efectos de la aromaterapia sobre el dolor.   | La aromaterapia puede tratar con éxito el dolor cuando se combina con tratamientos convencionales.   |
| Mahamud et al. (2018).    | Revisión sistemática.   | Conocer los efectos de la aromaterapia en madres  | No se halló ningún estudio que relacionase la  |

|                          |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|
|                          |   | postparto en relación con 5su estado de ánimo y su repercusión sobre la lactancia.   | aromaterapia con la lactancia materna, pero todos concluyeron que el aceite esencial de lavanda puede ser un tratamiento preventivo de la depresión postparto.  |
| Mallen et al. (2015).    | Revisión sistemática.   | Conocer la evidencia científica disponible sobre los beneficios y posibles complicaciones de la hidroterapia, tanto en los factores obstétricos como neonatales.   | En el uso de hidroterapia durante el parto no se han detectado efectos perjudiciales sobre los parámetros obstétricos maternos estudiados, sino que disminuye la percepción del dolor y el uso de analgesia, se realizan menos episiotomías y aumenta la satisfacción del parto. Las repercusiones neonatales en cuanto a morbilidad por realizar un parto en agua es el aspecto más controvertido, en especial las complicaciones por aspiración de agua o rotura de cordón. |
| Manrique (2015).         | Estudio cuantitativo de tipo observacional y con diseño cuasi experimental.<br><br><b>Muestra (n)=60 gestantes.</b> | Determinar el efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas.   | La musicoterapia durante el trabajo de parto tiene un efecto positivo en la reducción del tiempo de la fase activa y expulsivo, así como en la disminución del dolor en las gestantes atendidas.  |
| Martínez et al. (2021).  | Descriptivo transversal.  | Analizar el conocimiento y uso de los métodos de protección perineal durante la etapa expulsiva por parte de los profesionales de la salud involucrados en el parto y si se corresponden con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. | El grado de conocimiento y uso de los métodos de protección perineal por parte de los profesionales de la salud no se corresponde con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.   |
| Medina (2014).           | Revisión sistemática.   | Evaluar la efectividad y eficacia de las principales alternativas analgésicas al parto que la literatura científica nos ofrece.  | Efectividad comprobada, no obstante, es necesaria la elaboración de mayores estudios clínicos con una metodología consensuada que avale la efectividad de dichas intervenciones.  |
| Rodríguez et al. (2017). | Revisión sistemática.   | Conocer la última evidencia científica sobre los efectos de la musicoterapia en el parto. Conocer si la musicoterapia es una alternativa a la analgesia farmacológica en el trabajo de parto.  | Las investigaciones estudiadas determinan que escuchar la música resulta muy eficaz para aliviar el estrés y ansiedad que genera el proceso del parto a la embarazada, sin embargo, no es un método totalmente eficaz para el alivio del dolor. Se ha comprobado que puede disminuir en algo la intensidad y la necesidad de opiáceos, por lo que puede resultar un   |

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
|                          |  |  | buen método si se usa como complemento a otro tipo de analgesia en el parto.   |
| Rull et al. (2014).      | Ensayo clínico multicéntrico, abierto, con asignación aleatoria al grupo de estudio.   | Evaluar la eficacia de la aplicación de termoterapia en el periné durante el periodo expulsivo de un parto normal para disminuir el dolor perineal.  | La aplicación de termoterapia en el periné es eficaz para reducir el dolor durante el periodo expulsivo de parto normal.   |
| Sanz et al. (2015).      | Revisión sistemática.  | Analizar la evidencia científica disponible en la actualidad sobre la realización del parto bajo agua y el impacto que puede tener esta práctica en la madre y sobre todo en la salud del recién nacido. | Se ha constatado que esta modalidad de parto es un método eficaz para disminuir el dolor y acortar el tiempo de dilatación.  |
| Schlaeger et al. (2016). | Revisión sistemática.  | Conocer los efectos de la acupuntura y la acupresión en el trabajo de parto.   | La acupuntura puede aumentar el grado de maduración cervical. La acupresión puede reducir el dolor y la duración del trabajo de parto.   |
| Sellés (2013).           | Estudio observacional de tipo descriptivo con metodología cuantitativa y cualitativa.<br><br><b>Muestra (n)</b> = 455 matronas y 12 mujeres. | Determinar el nivel de formación de las matronas en referencia al conocimiento y uso de las TCA y describir la percepción de las mujeres sobre su aplicabilidad.   | Poca formación por parte de las matronas. Opinan que funciona para mejorar el dolor del parto. Las gestantes confían con los profesionales para obtener información veraz.   |
| Sellés et al. (2016).    | Estudio fenomenológico con uso de metodología cualitativa.   | Comprender las experiencias vividas por las mujeres en relación con las terapias alternativas y complementarias (TCA) durante el trabajo de parto.   | Las gestantes decidieron qué tipo de alivio del dolor emplear de acuerdo con sus expectativas, aunque éstas podían modificarse en el momento del parto, según la experiencia individual. La formación de las matronas con respecto a la aplicación y uso de las TCA para poder acompañar a las mujeres fue determinante. |
| Smith et al. (2020).     | Revisión sistemática.  | Examinar los efectos de la acupuntura y la acupresión para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.   | La acupuntura en comparación con la acupuntura simulada puede aumentar la satisfacción con el tratamiento del dolor y reducir el uso de analgesia farmacológica. La acupresión en comparación con un control combinado y la atención habitual puede reducir la intensidad del dolor.                                     |

## Apéndice K:

### Resumen Indicaciones TCA

| TCA investigadas y aplicadas             |  |   |
|--|--|---|
| Terapia                                  | Ventajas   | Aclaraciones  |
| <b>Hidroterapia (Bañera)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alivio del dolor</li> <li>✓ Favorece la dilatación cervical.</li> <li>✓ Aporta movilidad.</li> <li>✓ Relajación muscular.</li> <li>✓ Mayor elasticidad del canal del parto.</li> <li>✓ Mejorar la perfusión utero placentaria.</li> <li>✓ Reduce la ansiedad.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ No se puede emplear con analgesia neuroaxial.</li> <li>→ Necesita cumplir con los criterios de inclusión.</li> <li>→ Se puede usar a partir de los 4 cm de dilatación.</li> <li>→ No disponible en todos los hospitales y en algunos no se realiza el expulsivo.</li> <li>→ Respaldada con evidencia.</li> </ul>   |
| <b>Libertad de posición y movimiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Favorece la actitud activa de la mujer.</li> <li>✓ La verticalidad ayuda a la progresión.</li> <li>✓ Acorta los tiempos.</li> <li>✓ Disminuye la percepción del dolor.</li> <li>✓ Disminución estrés.</li> <li>✓ Menor necesidad de la episiotomía.</li> <li>✓ Mejores resultados neonatales.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Gran parte de las gestantes solicitan la epidural y como consecuencia, pasan demasiado rato acostadas, paren en posición de litotomía.</li> <li>→ Se recomienda con evidencia.</li> </ul>  |
| <b>Esferodinamia (PLD o LDP)</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Moviliza la pelvis.</li> <li>✓ Relaja la musculatura y disminuye la tensión.</li> <li>✓ Aumento del bienestar.</li> <li>✓ Alivio del dolor y menor necesidad de analgesia epidural.</li> <li>✓ Mayor índice de partos eutócicos.</li> <li>✓ Alternativa a la bipedestación.</li> <li>✓ Acorta la primera fase del parto.</li> <li>✓ Facilita el encajamiento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Elección adecuada del tamaño.</li> <li>→ Relacionada con la anterior.</li> <li>→ Se puede emplear durante la gestación, trabajo de parto y postparto.</li> <li>→ Favorece el desarrollo psicomotor del niño.</li> <li>→ Es una técnica que la sociedad conoce y cuando la prueban agrada.</li> <li>→ Ofertada en muchos hospitales.</li> <li>→ Se recomienda con evidencia.</li> </ul> |
| <b>Masoterapia</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reduce los niveles de cortisol, por tanto, reducción del riesgo de depresión en las gestantes y puérperas.</li> <li>✓ Reduce de la tensión muscular.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Lo puede realizar el acompañante o la enfermera.</li> <li>→ Se pueden complementar con aceites esenciales.</li> </ul>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Durante la gestación es un potente factor protector para el trauma perineal.</li> </ul>  |   |
| <b>Inyección con agua estéril en el Rombo de Michaelis</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alivio del dolor en la primera fase del TP, sobre todo para molestias en la zona lumbar.</li> <li>✓ Se puede repetir la inyección.</li> <li>✓ Buenos resultados.</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sensación de escozor durante la administración, se puede emplear con anestésico local.</li> <li>→ No utilizar Suero fisiológico.</li> <li>→ Requiere destreza.</li> <li>→ No se conoce exactamente el mecanismo de acción, pero es respaldado por varias teorías.</li> </ul>                                   |
| <b>Aromaterapia</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimulación de contracciones uterinas (p.e Jazmín para la 2º parte del TP).</li> <li>✓ Disminuir la ansiedad con A.E calmantes (p.e Lavanda).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Depende del aceite esencial.</li> <li>→ Hay que tener en cuenta los gustos de la gestante.</li> <li>→ Diferentes formas de aplicación.</li> <li>→ Evidencia limitada.</li> </ul>   |
| <b>Acupuntura/ Acupresión</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reduce el dolor del parto, por activación de las endorfinas.</li> <li>✓ Disminuye la probabilidad de terminar con cesárea.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ La acupuntura requiere de certificación específica y la acupresión puede ser administrada sin licencia.</li> <li>→ Los estudios no han demostrado ser efectivas para la inducción ni para aumentar el trabajo de parto.</li> <li>→ Se necesitan más estudios de calidad, con mayor tamaño muestral.</li> </ul> |
| <b>Musicoterapia</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reducción de ansiedad.</li> <li>✓ Estimula el sistema neurovegetativo del feto.</li> <li>✓ Favorece la disminución del dolor.</li> <li>✓ Mejora la concentración.</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Colaborar con un musicoterapeuta.</li> <li>→ Disponer de música al gusto de la gestante.</li> <li>→ Acondicionar el material y tenerlo en buen uso.</li> <li>→ La evidencia baja, usado en otra</li> </ul>   |
| <b>Hipnoparto</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mejoran la experiencia de dar a luz.</li> <li>✓ Reduce el uso de analgésicos.</li> <li>✓ Agiliza el TP.</li> <li>✓ Mejores puntuaciones en el test de Apgar.</li> <li>✓ Menos intervencionismo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Su efectividad ha sido probada en numerosos estudios, aunque la calidad varía mucho, sin embargo, todos coinciden con los efectos positivos.</li> </ul>  |
| <b>Termoterapia / Compresas calientes perineales</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alivio del dolor.</li> <li>✓ Reducción del trauma perianal.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Material disponible en todos los hospitales.</li> </ul>  |

## Apêndice L:

### Experiência Clínica



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**  
Ano Lectivo 20\_20 /20\_21

Nome do Aluno PAULA MOLET MIRALET N° H 44288

|   |     |
|---|-----|
| 1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida<br>• Exames pré-natais (100) | 172 |
| 2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente                          |     |
| • Partos eutócicos (40) -----   | 60  |
| • Participação activa em partos pélvicos -----                                | 0   |
| • Participação activa em partos gemelares -----                               | 0   |
| • Participação activa noutros partos -----                                    | 26  |
| • Episiotomia -----   | 9   |
| • Episiorrafia / perineorrafia-----   | 36  |
| 3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)   |     |
| • Gravidez -----  | 94  |
| • Trabalho de parto -----   | 14  |
| • Puerpério -----   | 12  |
| 4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)            | 120 |
| 5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)                   | 157 |
| 6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco                          | 29  |
| 7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas. | 145 |

Rubrica Professor

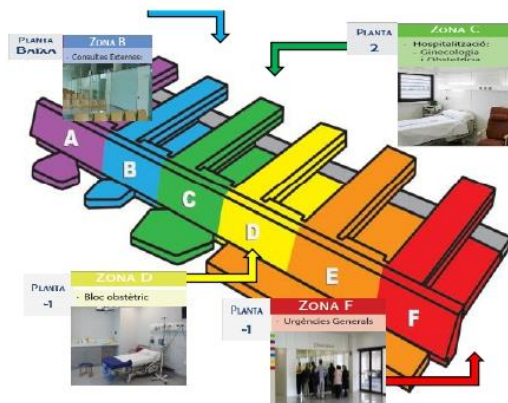
Amélia

**Apéndice M:**

*Presentación Webinar a las Gestantes del 3º Trimestre*



1



2



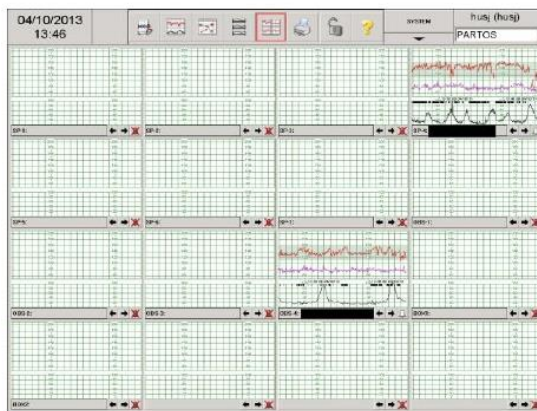
3



4

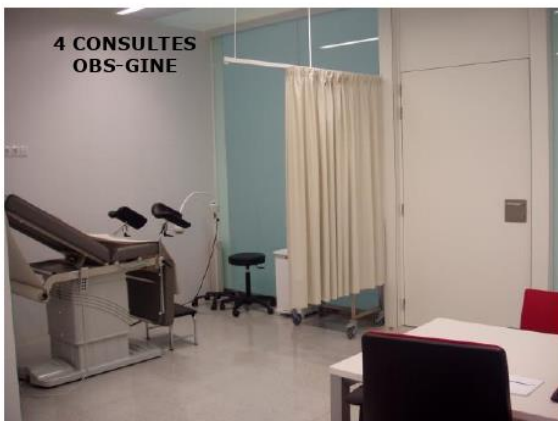


5



6

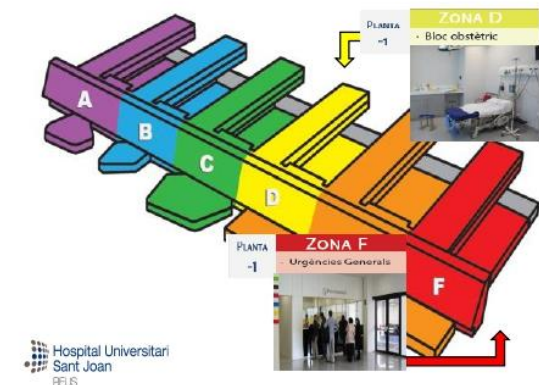




7



8



9

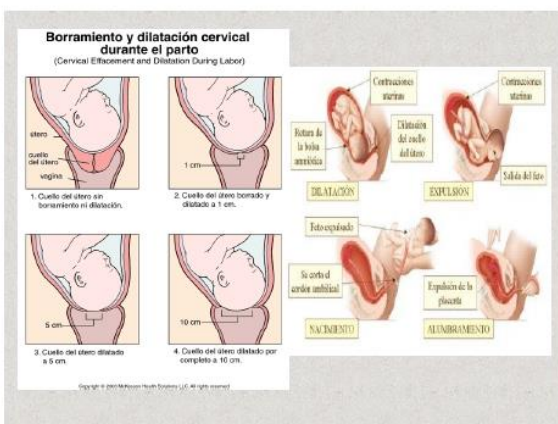
**QUAN HEU D'ANAR A URGÈNCIES ?**

- ✓ Quan tingueu pèrdues de sang iguals o superiors a una regla.
- ✓ Quan trenqueu la bossa d'aigües.
- ✓ Quan les contraccions siguin cada cop més seguides, molestes i duradores, no cedixin en aixecar-se del llit o en canviar de posició i apareguin cada 5 minuts.
- ✓ Quan no noteu moviments fetals.

✓ Si teniu dubtes, apareixen símptomes...

**Vingueu al Servei d'Urgències d'Obstetrícia, hi teniu un equip de guàrdia les 24 hores del dia.**

10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



38



39



40

**DONACIÓ DE SANG DE CORDÓ**

La finalitat d'aquest programa és recollir cèl·lules mare hematopoètiques utilitzables en transplants de malalties com leucèmies, limfomes...

41



42

## REGISTRE CIVIL

- ✓ La llevadora us entregarà el **certificat de naixement** (full groc)
- ✓ El certificat de naixement es porta al **Registre Civil de la vostra població** (si el registreu fora de Reus, haureu de passar per admissió a buscar un altre paper complementari)
- ✓ Heu de portar el **Llibre de Família** (si en teniu) i el **DNI d'ambdós progenitors**
- ✓ Si esteu casats pot fer el tràmit el pare. Si no, haureu d'anar pare i mare



43



44



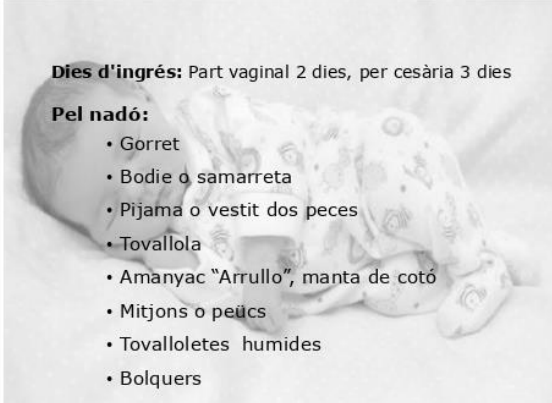
45

### Dies d'ingrés:

Part vaginal 2 dies, per cesària 3 dies

### Pel nadó:

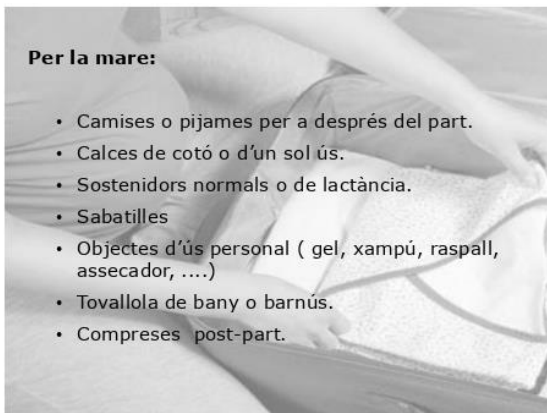
- Gorret
- Bodie o samarreta
- Pijama o vestit dos peces
- Tovallola
- Amanyac "Arrullo", manta de cotó
- Mitjons o peücs
- Tovallotes humides
- Bolquers



46

### Per la mare:

- Camises o pijames per a després del part.
- Calces de cotó o d'un sol ús.
- Sostenidors normals o de lactància.
- Sabatilles
- Objectes d'ús personal ( gel, xampú, raspall, assecador, ....)
- Tovallola de bany o barnús.
- Compreses post-part.




47



### PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA HIPOACÚSIA INFANTIL

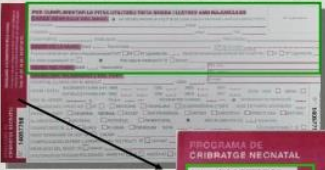
48

### Programa de Cribratge Neonatal (Prova del taló)



Es realitza a les **48 hores de vida**

Detecta 22 malalties poc freqüents però en les que el diagnòstic i tractament precoç evita conseqüències greus



**PROGRAMA DE CRIBRATGE NEONATAL**  
Nº 14057758

**RESQUARD A CONSERVAR PELS PARES**  
Consultar al unitat de Neonologia i a l'Unitat de Neonologia  
Hospital Universitari de Sant Joan de Espanya

Tel. 93 227 56 66 - 93 227 56 75

49

### SUPORT A L'ALLETAMENT MATERN



- ✓ Consulta d'alletament
- ✓ Via correu electrònic

[lactanciamaterna@hospitalsantjoan.cat](mailto:lactanciamaterna@hospitalsantjoan.cat)

50

### BANC DE LLET MATERNA





**Com funciona el Banc de Llet Materna?**

1. La mare dona el llet a la sala de llet materna.

2. El llet es congela i es conserva a -20°C.

3. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

4. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

5. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

6. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

7. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.


8. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

9. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.


10. El llet es reparteix a les mares que ho necessiten.

51

### Pandèmia Sars-Cov2



- PCR a l'ingrés
- Mascareta.
- Sempre el mateix acompanyant, podrà sortir puntualment.
- Alta precoç.
- Prohibit visites.
- Planta d'obstetrícia i ginecologia tancada, la segona planta, color groc (pediatria) és la planta de materno-infantil.



52

### GRÀCIES



Hospital Universitari  
Sant Joan  
DE ESPANYA

PAULA MULET

53