

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Adopción de diferentes posiciones en el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista**

Javier Morano Carranza

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2022

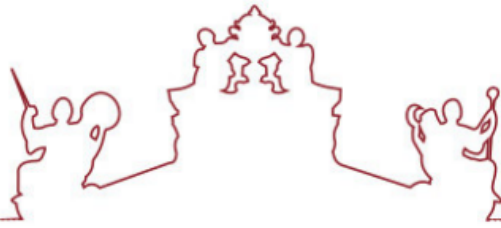
---

---

---

---

---



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

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

Relatório de Estágio

**Adopción de diferentes posiciones en el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista**

Javier Morano Carranza

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

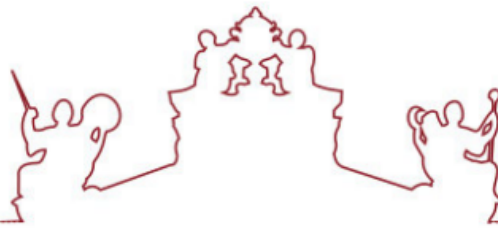
Évora 2022

---

---

---

---



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 da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)  
Maria Sagrario Gómez Cantarino (Universidad de Castilla-La Mancha) (Arguente)

## DEDICATORIA

Este trabajo, y toda mi carrera profesional, se la dedico, en especial, a mi madre Marisol por todo lo que me he dado cuenta que ha hecho por mí desde el día de mi concepción, hasta hoy.

*No creo que nadie se dé cuenta de lo que hace una madre por su cría hasta que no estudia y comprende la totalidad del proceso*

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Évora por darme la oportunidad de formarme entre sus alumnos.

A mis profesoras del mestrado y a mis supervisores clínicos en los diferentes hospitales y en especial a D<sup>a</sup> Otilia Zangão, la orientadora de este relatório.

A Larry Tesler por inventar los comandos informáticos “copiar y pegar”, así como sus accesos directos.

Los equipos de Google que inventaron el botón de Google académico, google.remotedesktop y Google.docs.

A mis queridísimos padres y hermano que me han apoyado y motivado en la realización del curso.

A mis amigos que han sabido ser un pilar básico (aunque ellos no lo supieran) en mi día a día al ayudarme a desconectar y al escuchar todas mis historias y quejas. Tanto los que han estado físicamente conmigo como los que lo han hecho a través de los videojuegos.

A mis compañeros de curso, sin ellos todo esto hubiera sido tremendamente más difícil.

A mi queridísimo gato Nuevo, aunque él no entienda de qué va todo esto.

**Título:** Adopción de diferentes posiciones en el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista

### **Resumen**

**Introducción:** Este relatório se ha producido para dotar de documentación el Estágio de Naturaleza Profesional del Curso de Mestrado en Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

**Objetivo:** Razonar bajo un punto de vista crítico y reflexivo el proceso de adquisición y desarrollo de competencias necesarias por un enfermero especialista obstétrico-ginecológico, así como de profundizar en el conocimiento científico en la temática sobre posturas maternas durante el periodo expulsivo del parto.

**Metodología:** La metodología aplicada en los estágios fue la supervisión clínica. Se desarrolló una práctica basada en la evidencia científica, utilizando herramientas como la revisión de literatura y la recopilación de datos durante el periodo de practicas.

**Resultados:** Se consiguieron los objetivos propuestos en el curso, además de las competencias comunes y específicas inherentes al área de especialización.

**Conclusiones:** Los conocimientos y habilidades adquiridas, contribuyeron a brindar una atención especializada de calidad, teniendo como base decisiones basadas en la evidencia científica. Así como, he adquirido un esbozo de lo que piensa la sociedad en la que vivo respecto al tema, así como una visión global gracias a la revisión bibliográfica realizada.

**Descriptores:** Segundo Periodo del Trabajo de Parto; Parto; Parto Natural; Enfermería Obstétrica.

**Título:** Adopção de diferentes posições na segunda fase do trabalho de parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista

### **Resumo**

**Introdução:** Este relatório foi produzido a fim de fornecer documentação para o Estudo de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

**Objectivo:** Raciocinar sob um ponto de vista crítico reflexivo e realista o processo de aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para uma enfermeira especialista em obstetrícia-ginecologia, bem como aprofundar o conhecimento científico sobre o tema das posturas durante o período expulsivo do parto.

**Metodologia:** A metodologia aplicada nas fases foi a supervisão clínica. Foi desenvolvida uma prática baseada em provas científicas, utilizando instrumentos como a revisão da literatura e a recolha de dados através de instrumentos criados por mim.

**Resultados:** Os objetivos propostos no curso foram alcançados, para além das competências comuns e específicas inerentes à área de especialização.

**Conclusões:** Os conhecimentos e competências adquiridos, contribuíram para fornecer cuidados especializados de qualidade, tendo como base decisões baseadas em provas científicas. Adquiri também um esboço do que a sociedade em que vivo pensa sobre o assunto, bem como uma visão global graças à revisão bibliográfica realizada.

**Descritores:** Segundo Estágio de Trabalho de Parto; Parto; Parto Natural; Enfermagem Obstétrica.

**Title:** Adoption of different positions in the second stage of labor: Nurse specialist intervention.

**Abstract**

introduction: This report has been produced to provide documentation for the Professional Nature Practices of the Master's Degree Course in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Objective: To reason under a reflexive and realistic critical point of view the process of acquisition and development of competences necessary for an obstetric-gynecological nurse specialist, as well as to deepen the scientific knowledge in the thematic on postures during the expulsion period of childbirth.

Methodology: The methodology applied in the stages was clinical supervision. A practice based on scientific evidence was developed, using tools such as literature review and data collection through questionnaires created by me.

Results: The objectives proposed in the course were achieved, in addition to the common and specific competencies inherent to the area of specialization.

Conclusions: The knowledge and skills acquired, contributed to provide quality specialized care, having as a basis decisions based on scientific evidence. As well as, I have acquired an outline of what the society in which I live thinks about the subject, as well as a global vision thanks to the bibliographic review carried out.

Descriptors: Labor Stage, Second; Parturition; Natural Childbirth; Obstetric Nursing.



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL</b> .....	17
2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO .....	17
2.2. METODOLOGÍA.....	24
<b>3. CONTRIBUCIONES PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE LA SALÚD MATERNA Y OBSTÉTRICA</b> .....	27
3.1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	27
3.2. METODOLOGÍA.....	29
3.3. RESULTADOS .....	32
<b>4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS</b> .....	43
4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS.....	43
4.2. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DE SALÚD MATERNA Y OBSTÉTRICA .....	45
<b>5. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	61
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	62
<b>APÉNDICES</b> .....	67
Apéndice 1 - Síntesis de los artículos de la revisión integrativa de la literatura.....	68
Apéndice 2 - Proposta de projeto de estágio. ....	71
Apéndice 3 - Formulario Final de Estagio .....	76
Apéndice 4 - Guión charla puérperas. ....	77
Apéndice 5 - Díptico informativo para madres sobre posiciones durante el expulsivo. ....	78
Apéndice 6 - Tríptico informativo sobre las posiciones durante el parto - Portugués. ....	79
Apéndice 7 - Tríptico informativo sobre las posiciones durante el parto - Español.....	80
Apéndice 8 - Ejemplos de impresiones de placentas hechos por mí.....	81
<b>ANEXOS</b> .....	84
Anexo 1 - Ejemplos de dípticos oficiales para las embarazadas del SNS.....	85
Anexo 2 - Diploma curso suturas.....	87

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Mapa donde se encuentra el hospital de la subregión metropolitana de Lisboa... 19	19
Figura 2 - Mapa donde se encuentra el Hospital universitario de Tenerife .....	19
Figura 3 - Mapa donde se encuentra el hospital Universitario en Lanzarote .....	20
Figura 4 - Mapa donde se encuentra el hospital del distrito de Setúbal.....	21
Figura 5 - Mapa donde se encuentra el centro hospitalario universitario Lisboa.....	22
Figura 6 - Mapa donde se encuentra el hospital universitario de Salamanca .....	23
Figura 7 - Representación gráfica de la edad de las mujeres.....	33
Figura 8 - Número de partos vividos por la mujer.....	35
Figura 9 - Duración de la segunda fase del trabajo de parto .....	35
Figura 10 - Administración Anestesia/Analgesia .....	36
Figura 11- Duración de la segunda fase del trabajo de parto/Administración de Anestesia/Analgesia .....	36
Figura 12 - Duración de la 2ª fase del trabajo de parto/ Postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto .....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- Organización del Estágio de Naturaleza Profesional.....	18
Tabla 2 - Edad de la mujer.....	32
Tabla 3 - Nacionalidad de la mujer.....	33
Tabla 4 - Religión que profesa la mujer .....	33
Tabla 5 - Formación académica.....	34
Tabla 6- Profesión de la mujer .....	34
Tabla 7 - Número de partos vividos por la mujer .....	34
Tabla 8 - Relación entre el inicio del trabajo de parto y la administración de analgesia epidural.....	37
Tabla 9 - Relación entre la Preparación al parto y el plano de parto .....	37
Tabla 10 - Relación entre el lugar de trabajo de la madre y el número de hijos .....	38
Tabla 11 - Conocimiento de las diferentes posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto .....	38
Tabla 12 - Postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto.....	39
Tabla 13 - 2ª postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto.....	39
Tabla 14- Relación entre las dos posturas adoptadas en la 2ª fase del trabajo de parto .....	39
Tabla 15 - Relación entre el estado del periné al final del parto y la postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto.....	40
Tabla 16 - Relación entre formación académica y la postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto.....	41
Tabla 17 - Relación entre el conocimiento de las posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto y la postura adoptada.....	41
Tabla 18 - Relación entre el conocimiento de las posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto y la segunda postura adoptada .....	42

## 1. INTRODUCCIÓN

Este documento forma parte del Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica (En lo sucesivo MESMO) para la obtención del título de Máster de la Universidad de Évora (UE).

Según documentos internacionales (como la Confederación Internacional de Matronas "ICM"), las competencias de un Enfermero Especialista en Enfermería Salud Materna y Enfermería Obstétrica (De aquí en adelante EEESMO o matrn/a) son cuidar a la mujer, a su salud sexual, reproductiva y materna, así como atender el embarazo, el parto y el puerperio y sin olvidar la atención al recién nacido (RN a partir de ahora) sano (hasta 28 días después del nacimiento), centrándose en la prevención, promoción y recuperación de la salud, en todos los frentes sobre los que el matrn tiene control: atención directa, educación sanitaria e investigación.

Siendo el objetivo del MESMO, preparar a los estudiantes para intervenir en todos estos aspectos aportando conocimientos que permitan una actuación racional, respaldada en la evidencia científica y socialmente útil como EEESMO

Las Prácticas de Carácter Profesional (PCP o simplemente prácticas) con memoria final son una Unidad Curricular (UC) del 2º año del MESMO, que se realizan en un contexto práctico en Instituciones Sanitarias permitiendo así la adquisición y desarrollo de competencias comunes de los enfermeros especialistas y de las competencias específicas del EEESMO. Durante este periodo se pretende articular e integrar los contenidos de las diferentes unidades curriculares desarrolladas a lo largo del curso anterior, para realizar experiencias prácticas, que permitan dar respuesta a la directiva europea, transpuesta a la legislación portuguesa a través de la Ley n.º 9/2009 de 4 de marzo, con diversas actualizaciones, en el ámbito clínico en el que se desarrolla la intervención y que se materializa en un informe que posteriormente será defendido ante tribunal.

En Portugal, estas competencias se definen en el "Reglamento de las competencias específicas del EEESMO" (Reglamento n.º 391/2019).

En mi informe me centraré principalmente en la "atención a la mujer en el ámbito familiar y comunitario durante el b) periodo prenatal, c) parto y d) periodo postnatal", sin olvidar el resto de competencias, pero siempre recordando que el objeto de mi atención es la mujer y que debo entenderla como un ser holístico, teniendo en cuenta la relación con sus familiares y su entorno, Teniendo en cuenta que el trato que debe recibir siempre es el mejor, el más humano, teniendo en cuenta todas las variables que pueden afectar.

En cuanto a las competencias comunes del enfermero especialista (Reglamento n.º 140/2019) como base utilizaré los artículos n.º 5 (mejora continua de la calidad) y n.º 8 (desarrollo del aprendizaje profesional) sin olvidar el resto de las competencias comunes.

Durante la realización de las Prácticas de Naturaleza Profesional, daré respuesta a los objetivos planteados en la planificación de la UC y obtendré conocimientos sobre el tema elegido "Adopción de diferentes posiciones en la segunda etapa del parto: Intervención de la Enfermera Especialista" para dar aportaciones a la EEESMO sobre el mismo. Podemos afirmar que el posicionamiento durante el parto no recibe mucha atención en base al número de estudios realizados sobre el tema, y mucho menos en la segunda etapa del parto; en este sentido creo que este informe es la oportunidad perfecta para ampliar estos conocimientos para la comunidad científica, a otros compañeros y sobre todo a mí mismo.

En cuanto a la metodología empleada, realizaré un estudio observacional durante mis prácticas en las diferentes áreas, especialmente en la sala de partos y en el área de puerperio, pero también en otras áreas como ginecología o consultas, realizando una tarea más enfocada a la educación, (en lo que a mi proyecto se refiere), a todas las mujeres a las que realice alguna intervención, recogiendo información y haciéndola acompañada de una revisión bibliográfica para fundamentar dicha intervención.

Pero primero me gustaría definir el parto y cuáles son sus diferentes etapas:

- El parto: es el proceso por el cual termina la gestación, que, por medio de contracciones uterinas, se expulsa, desde el útero, los productos de la concepción al completo. Consta de 3 fases:
  - Primera fase - dilatación: implica las alteraciones que sufre el cuello uterino (borramiento, desplazamiento y dilatación) a base de contracciones uterinas que permiten el paso del producto de la concepción a través del cérvix, es la fase más larga, es difícil saber cuándo comienza, pero su fin lo marca la dilatación completa (unos 10 cm). Consta de dos subfases, la pasiva (más larga y de inicio difuso) y la activa. Los criterios para la distinción de estas subfases presentan diferencias en la bibliografía, por lo que se suelen tomar en cuenta tres factores: la frecuencia de las contracciones (mínimo de 2-3 cada 10 minutos de forma regular) el acortamiento del cérvix (un 50% que suele ser en torno a 2 cm) y el diámetro de dilatación (en torno a 3-4cm). Al ser criterios bastante subjetivos se debe de contar con los 3 factores, lo que reducirá las diferencias de interpretación.
  - Segunda fase - Expulsivo: Inicia cuando el cuello del útero está dilatado completamente (normalmente 10cm) y finaliza con la salida del neonato al completo. Durante esta fase el feto realiza los distintos movimientos que le permiten desplazarse por las irregularidades y estrecheces del canal del parto.

Durante esta fase la madre nota la necesidad de empujar, estos pujos voluntarios son esenciales para la expulsión del feto. (Es en esta fase en la que centraré mi trabajo)

- Tercera fase - Alumbramiento: Inicia con la salida del feto y termina con la expulsión de la placenta y las membranas.

En el mundo de la salud materna y la partería, como en todos los campos científicos, la práctica se basa en la evidencia y la experiencia, por lo que estoy llevando a cabo este proyecto como estudiante de EEESMO, haciendo hincapié en un tema comúnmente olvidado, como es la posición durante la segunda etapa del parto. Desde el siglo XVII, se ha producido una medicalización radical del parto y, en consecuencia, un cambio en la posición de la mujer. Hasta entonces, toda la evidencia nos enseñaba que las posiciones que tomaban las mujeres eran verticales (Londoño et al. 2018).

Una primera búsqueda bibliográfica me hizo comprender que los conocimientos adquiridos en el componente teórico del MESMO (1er año) sobre el posicionamiento durante la segunda etapa del parto son insuficientes. Durante las Prácticas de Carácter Profesional, tendré la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido durante el componente teórico, de aumentar mis conocimientos, tanto en la teoría como en la práctica, y de compartir las conclusiones que he sacado de ello; a través de mi informe que se centrará en las ventajas e inconvenientes de las diferentes posturas durante la segunda etapa del parto, siempre basado en el conocimiento científico (a través de la búsqueda bibliográfica) y en mi propia experiencia (basada en un formulario que rellenaré con los datos obtenidos de las diferentes mujeres a las que asistiré, especialmente en el área de paritorio).

Uno de los retos a los que se enfrenta la profesión en los últimos tiempos es la rehumanización del parto, buscando y anulando cualquier atisbo de violencia obstétrica, que se ha establecido sistemáticamente a lo largo de los años. Para ello, se le permite adoptar a la mujer una posición de poder al consentirle decidir sobre diversos aspectos del parto, incluida la elección de la posición durante el mismo. Todo ello se reflejará en una mayor sensación de competencia como madre, lo que a su vez se traducirá en menores tasas de depresión posparto y mayor confianza en sí misma como madre (Gupta et al. 2017).

Me gustaría centrar la redacción de este relatório en el modelo de enfermería creado en 1952 por Hildegard Peplau (1909-1999) ya que para ella la actuación enfermera está basada en la relación interpersonal entre enfermera y paciente, algo que yo considero lo más básico en el trabajo de una matrona, establecer ese vínculo y esa confianza es el primer peldaño para brindar los cuidados óptimos a la familia y al individuo. Es verdad que como modelo de enfermería es un tanto atípico, ya que se centra en diferentes roles que debe adquirir la enfermera y en las distintas fases por las que evoluciona la relación enfermera-

paciente, así como de todo el trabajo interno que debe hacer la enfermera para poder observar y cumplir con dichos cambios. Incide especialmente en el desarrollo de la personalidad de la paciente y de la enfermera para cumplir los objetivos, algo que ella denominaba enfermería psicodinámica (Mastrapa, 2016).

Este modelo de enfermería distingue 4 fases por las que el proceso interpersonal evoluciona (Como aportación personal daré ejemplos de las distintas fases en relación con la labor del matrn):

- Fase de orientación: la paciente reconoce una necesidad y solicita atención, por otra parte, la enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. (durante el desarrollo de cualquier consulta tanto en primaria como en hospitalaria, o al inicio de una charla o clase)
- Fase de Identificación: La paciente se identifica con los cuidadores. La enfermera acompaña en la vivencia de sensaciones y en la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar el proceso de salud y a reforzar los mecanismos positivos que le proporcione la satisfacción que necesita. (el ingreso hospitalario, fomentando momentos para la interiorización de sentimientos y cambios, animando a una charla activa y bidireccional.)
- Fase de explotación: durante esta fase la paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles. (Resolución de dudas en cualquier momento, fomentando una participación activa en cualquier proceso)
- Fase de resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera. (Final de cualquier actividad)

Hay que añadir que en el área de trabajo del EEESMO estas fases no son lineales, sobre todo en lo referente a gestación-parto-puerperio. La mujer repite estas fases según evolucionando el proceso, a lo largo de su vida y especialmente en lo tocante a maternidad.

Los diferentes roles que la enfermera debe asumir según Peplau son:

- Rol del extraño: teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. La enfermera no debe prejuiciar al paciente, sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario.
- Rol de la persona recurso: la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria, y explica al paciente el

proceso. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.

- Rol de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa.
- Rol de sustituto: el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera, con su actitud, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.
- Rol de asesoramiento: se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la enfermería psiquiátrica.
- Rol docente: es una combinación de todos los restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.

Si nos fijamos bien todos estos roles pueden ser requeridos en cada una de las áreas de trabajo del EEESMO, aunque no tienen por qué darse debido a la naturaleza de la intervención, pero ya hablaré más detenidamente de este tema en capítulos posteriores del documento.

Todas las citas se basan en el modelo propuesto por la American Psychological Association (APA): Es el estándar para la publicación de textos académicos que surgió en 1929, como una propuesta de normalización de procedimientos o normas de estilo en la escritura científica para facilitar la comprensión de la lectura. En sus inicios fue utilizado mayormente por investigadores de las ciencias sociales y de la conducta, pero con el transcurrir de los años se extendió a otras disciplinas.

El Relatorio está dividido en varias secciones, en la primera sección estableceré el contexto clínico en el que realicé mis prácticas, introduciré los diferentes hospitales y más concretamente las diferentes áreas en las que tuve el honor de formarme, así como explicaré la metodología de aprendizaje y dotaré a todo el trabajo de un contexto legal. En la segunda sección me centraré en todo lo que pude aprender gracias al tratamiento de datos recogidos durante el periodo de prácticas: comenzando con un pequeño resumen de lo aprendido en mi búsqueda bibliográfica, después me centraré en la metodología (bases de datos utilizadas, filtros aplicados a la búsqueda, criterios de inclusión/exclusión...) Acto seguido escribiré sobre el pequeño estudio que llevé a cabo (me refiero al cuestionario al que sometí a las púerperas,

a los criterios de inclusión/exclusión, la pregunta PICO, objetivos, población diana...) y finalmente concluiré con los resultados del manejo de los datos obtenidos. En la tercera sección me centraré en las competencias adquiridas a lo largo del PCP, tanto las comunes de los enfermeros especialistas como las exclusivas del EEESMO, haciendo un repaso a las diferentes áreas en las que me formé, explicando a grandes rasgos mis responsabilidades en cada una de ellas, experiencias destacables en cada área, así como las relacionaré tanto con el tema bibliográfico escogido como con la teoría de enfermera de H. Peplau.

El objetivo del relatorio es razonar crítica y reflexivamente sobre el proceso de adquisición y desarrollo de competencias necesarias de un enfermero especialista en salud materna y obstetricia, así como, de profundizar en los conocimientos científicos de la temática de las posturas maternas durante el periodo de expulsión del parto.



## 2. CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

En este apartado intentaré poner un contexto físico, didáctico y legal del periodo de prácticas, para ello situaré e introduciré cada hospital y región en la que tuve el honor de formarme, así como explicaré la metodología de enseñanza propuesta por la UC que adopté y exprimí, así como aclarar en el marco legal en el que me he movido durante este estágio, tanto en Portugal como en España.

Las áreas en las que realicé las prácticas fueron:

- Paritorio: En el **hospital de una sub-región del área metropolitana de Lisboa** (en el que estuve 6 semanas), y **dos hospitales universitarios del archipiélago canario** (en los que estuve 7 y 5 semanas, situados en dos islas distintas)
- Planta de obstetricia y ginecología: en el **Hospital del distrito de Setúbal**. (Donde estuve 6 semanas)
- Consultas: en el **Centro Hospitalario Universitario de Lisboa**. (Donde estuve 6 semanas)
- Planta de obstetricia: en un **Hospital Universitario en Salamanca**. (Donde roté 5 semanas)
- Unidad de cuidados intensivos neonatales: (UCIN) en un **Hospital Universitario en Salamanca** (Donde estuve apenas 1 semana)

### 2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

Durante el periodo de prácticas tuve la oportunidad de atender a 618 mujeres y a 161 recién nacidos, aprovecho este momento para agradecerles su paciencia y la aportación de su granito de arena, ya que, la base de mi aprendizaje ha sido en gran parte gracias a ellos.

En la tabla 1 se representa visualmente el tiempo empleado en cada área y cada hospital.

Tabla 1- Organización del Estágio de Naturaleza Profesional

INSTITUCION	ÁREA/SERVICIO	FECHAS	SEMESTRE
Hospital de una sub-región de área Metropolitana de Lisboa	Paritorio	15/09/2021 al 25/10/2021	1º Semestre PORTUGAL
Hospital de la Península de Setúbal	Obstetricia	25/10/2021 al 26/11/2021	
Complejo Hospitalario de Lisboa	Consultas externas de obstetricia	06/12/2021 al 07/01/2022	
Hospital Universitario Salamanca	Internamiento de Puerperio/Neonatología	07/02/2022 al 25/03/2022	
Hospital Universitario de Tenerife	Paritorio	15/04/2022 al 17/05/2022	2º Semestre ESPAÑA
Hospital Universitario Lanzarote	Paritorio	18/05/2022 al 15/06/2022	

### Hospital de una Sub-región del Área Metropolitana de Lisboa - Bloco de Partos

Este es un hospital concertado, es decir, tiene una gestión privada, pero está dentro del sistema sanitario público del país. Da cuidados desde el 2010 a una población de unos 200.000 habitantes y cuenta con 277 camas.

En cuanto al paritorio los recursos humanos de los que dispone son:

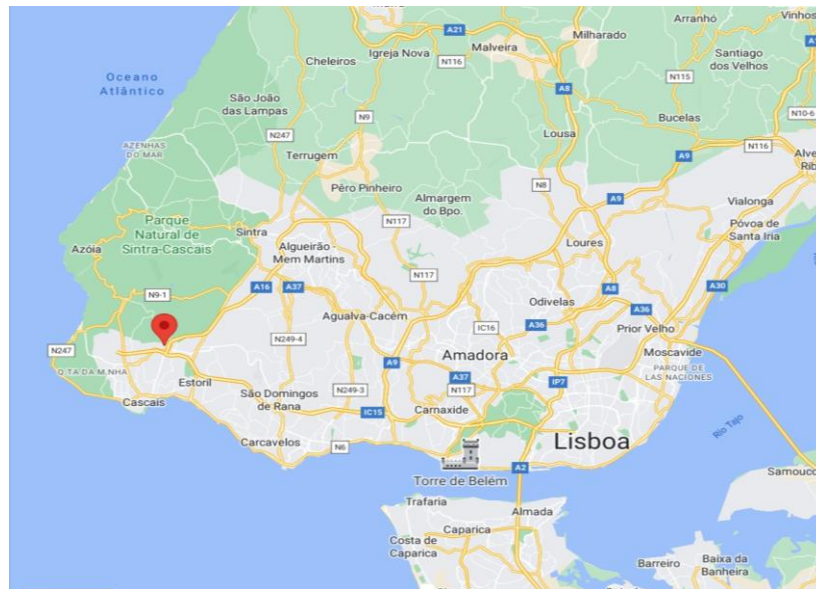
- 22 EEESMO, de los cuales 2 hacen funciones de supervisión, 6 hacen solo 20h/semanales; 5 hacen 60h/semanales y el resto 40h/semanales.
- 10 Enfermeros generalistas, de los cuales, 1 hace 60h/semanales y,
- 15 Auxiliares: 3 en mañanas y tardes y 2 en las noches.

El personal del servicio debe ser siempre 4 EEESMO + 2 generalistas, pero a veces son 3 EEESMO + 3 generalistas.

Se encuentra en la 3º planta del hospital, con cierre electrónico por todas sus salidas. Cuenta con 7 cuartos individuales de dilatación/parto con camas de parto especiales y un cuarto con 3 camas destinadas al puerperio inmediato, y cuenta también con dos quirófanos para emergencias obstétricas, así como habitaciones, para la asepsia y almacenes.

Aproximadamente atiende 2.100 partos al año, 1.000 menos que antes de la pandemia. Na figura 1 muestra la ubicación de esta institución.

Figura 1- Mapa donde se encuentra el hospital de la subregión metropolitana de Lisboa.

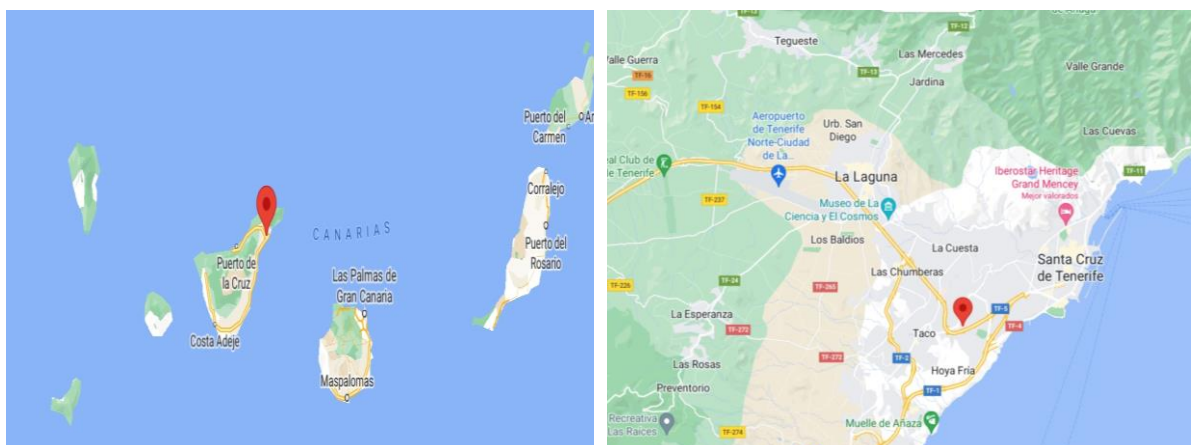


Fuente: Google Maps

### Hospital Universitario de Tenerife- Paritorio

Es uno de los hospitales más grandes de Canarias (Figura 2), da asistencia a la mitad de la población de Tenerife y a la población de ciertas islas menores, (aproximadamente 500.000 habitantes) además, es hospital de referencia para varias especialidades de todo el archipiélago; inaugurado en 1.966, cuenta con 960 camas.

Figura 2 - Mapa donde se encuentra el Hospital universitario de Tenerife



Fuente: Google Maps

En cuanto al paritorio los recursos humanos de los que dispone son:

- 40 EEESMO, 6 por turno (de los cuales 1 en urgencias, otro en planta de gestantes y por las mañanas uno extra en planta de puerperio y dos con funciones de supervisión) y,

- 30 auxiliares, 4 por turno.

Aproximadamente atiende 3.000 partos al año.

El servicio de Paritorio/Urgencias Obstétrico-Ginecológicas se encuentra en el 3º piso del bloque central del hospital; cuenta con dos áreas:

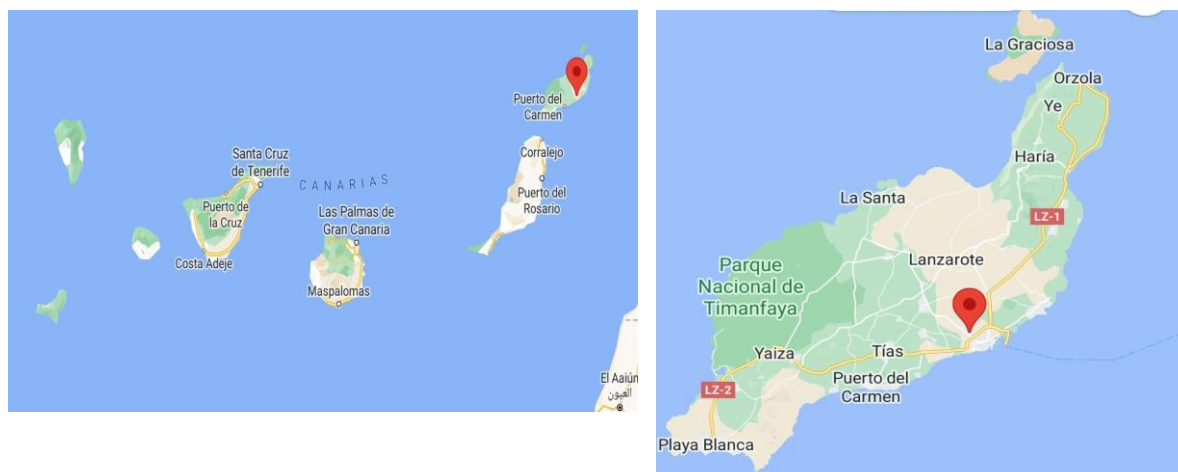
- la parte de urgencias con: una sala de espera, un despacho para el ginecólogo con mesa de litotomía para exámenes ginecológicos, 2 despachos de enfermería donde se toman constantes y se realiza la anamnesis, un cuarto de curas/tratamiento y un cuarto para exploraciones obstétricas; y,

- la zona de obstetricia con 6 habitaciones con camas especiales para dilatación/parto, con cuarto de baño propio, 3 de puerperio inmediato, 2 camas para “expectantes” donde se acomoda a las embarazadas que acuden al servicio de urgencias y requieren de un registro cardiotocográfico y un cuarto polivalente, normalmente destinado a IVEs complicadas o para el contacto piel con piel con el padre en cesáreas.

### Hospital Universitario Lanzarote- Paritorio

Es un hospital de segundo nivel, da asistencia a toda la población de Lanzarote (en torno a 150.000 habitantes), desde 2.021 se le concedió la condición de hospital universitario. Fue inaugurado en el 1.989 y posee un total de 290 camas (en breve se terminará una ampliación con 98 camas más). Na figura 3 muestra la ubicación de esta institución.

Figura 3 - Mapa donde se encuentra el hospital Universitario en Lanzarote



Fuente: Google Maps

En cuanto al paritorio los recursos humanos de los que dispone son:

- 8 Enfermeros generalistas, uno por turno,
- 20 EEESMO, 4-5 en turno diurno (dos de ellos hasta las 14h) y dos por las noches

- 8 Auxiliares, uno por turno
- 8 Celadores, uno por turno.

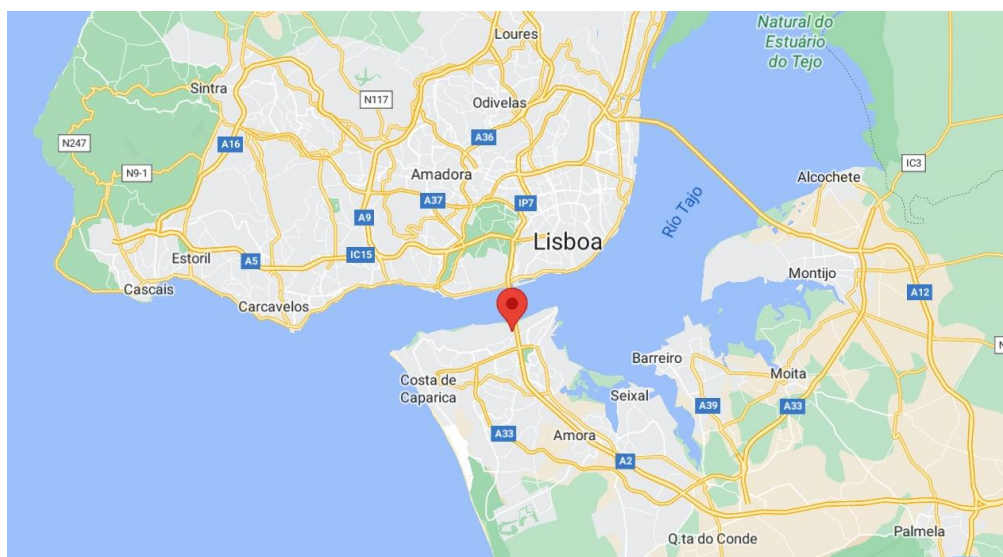
Se encuentra en el 1<sup>er</sup> piso del hospital, cuenta con 5 habitaciones de dilatación/parto, con baño propio, una habitación para la exploración de urgencias obstétricas, una habitación con 3 camas para expectantes y observación, otra habitación con 3 camas para postparto inmediato, un office, dos vestuarios y dos almacenes.

Atiende aproximadamente 1.000 Partos al año 500 menos que prepandemia

### **Hospital del distrito de Setúbal - Planta de obstetricia y ginecología**

Situado en la península de Setúbal (Figura 4) da servicio a gran parte de la población de dicha península y es de referencia para el sur de Portugal en ciertas especialidades. Inició su actividad en 1.991, cuenta con 545 camas.

Figura 4 - Mapa donde se encuentra el hospital del distrito de Setúbal



Fuente: Google Maps

En cuanto al servicio de ginecología y obstetricia los recursos humanos de los que dispone son, 8 Enfermeros generalistas, uno por turno (uno de ellos con funciones de supervisión sólo durante las mañanas), 16 EEESMO, dos de mañana y dos de tarde y uno por la noche y, 8 auxiliares, uno por turno

El Servicio de Obstetricia y Ginecología se encuentra en el 5<sup>o</sup> piso y cuenta con acceso restringido por cerradura electrónica.

En cuanto a estructura física, del lado izquierdo se encuentra la sala de enfermería, sala de exámenes con ecógrafos, dos cuartos de baño para las usuarias (uno para obstetricia y otro para ginecología), un cuarto de baño para los profesionales, un gabinete para la

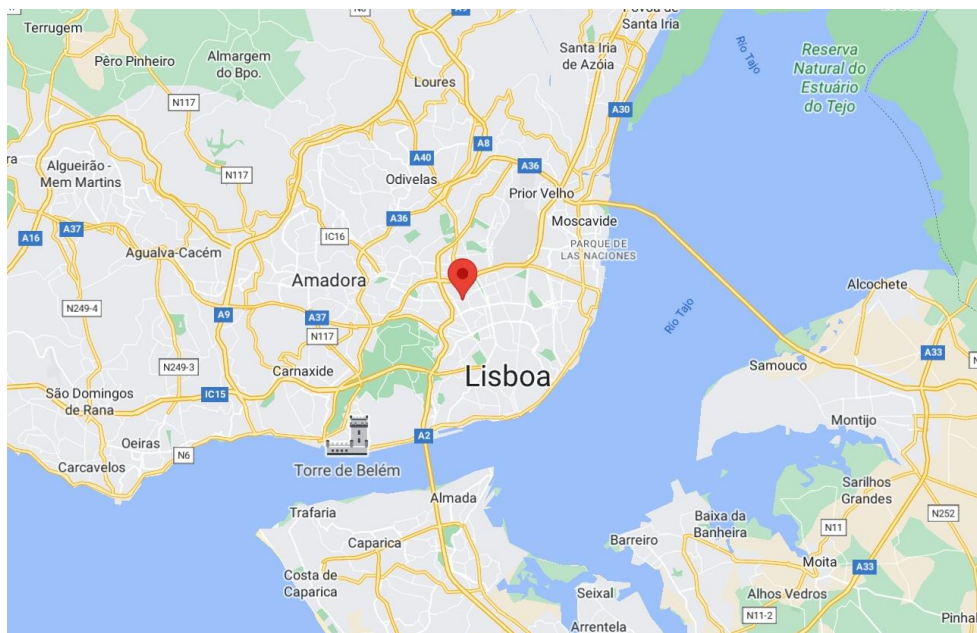
supervisora de enfermería, el cuarto de medicación/control de enfermería, una sala de reunión compartida con el equipo médico y gabinetes médicos. Por el contrario, en el lado derecho se encuentran los cuartos de las pacientes con 26 camas en total, los 3 primeros cuartos con 3 camas cada uno son los utilizados por las pacientes ginecológicas y el resto para usuarias de obstetricia, cada habitación de estas últimas está equipada con dos o tres camas articuladas cada una de ellas con su armario individual, un aparato cardiotocográfico (CTG), y un televisor. Cabe decir que por motivo del Covid, las habitaciones del fondo se están usando para pacientes Covid+ o pendientes de resultado de PCR, anteriormente se reservaban para pérdidas gestacionales o IVEs complicados.

Aproximadamente 3.000 Mujeres atendidas al año.

### **Centro hospitalario universitario de Lisboa - Consultas del embarazo e IVE.**

Es el mayor complejo hospitalario de Portugal (Figura 5), su inauguración se remonta a 1.953, En el mismo edificio se encuentra la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa. Hospital de referencia para ciertas especialidades a nivel nacional, cuenta con un total de 1.183 camas.

Figura 5 - Mapa donde se encuentra el centro hospitalario universitario Lisboa



Fuente: Google Maps

En cuanto al servicio de consultas externas los recursos humanos de los que dispone son, 2 EEESMO, que trabajan de lunes a viernes (en caso de que faltase alguno le sustituirá uno de la planta de obstetricia) y, 2 Auxiliares que trabajan de lunes a viernes (uno de ellos hasta el mediodía)

Hay 3 tipos de consultas, de las cuales 2 de ellas se atienden indistintamente en la planta 4ª, que son: Medicina materno fetal, (Embarazos de alto riesgo) y Prenatal (embarazadas de bajo riesgo, pero de 37+ semanas de gestación) y por último la consulta de IVE, que se encuentra en la planta 1ª.

En cuanto a la estructura física, en el pasillo del 5º piso tenemos una habitación para la realización de RCTG con capacidad para dos gestantes, 2 gabinetes de enfermería equipados con báscula, tensiómetro y Eco-doppler, 5 gabinetes médicos, una sala de exploración ginecológica, un office y un baño.

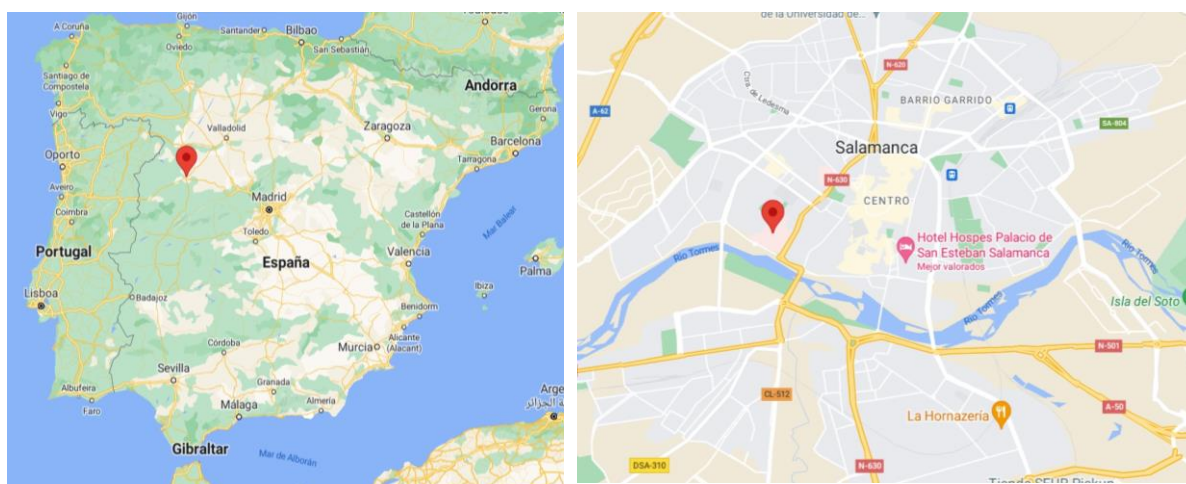
Entre las 3 consultas se atienden al año a aproximadamente 8.500 mujeres.

### Hospital Universitario en Salamanca - Planta de obstetricia

Cabe decir que este hospital es especialmente nuevo, fué inaugurado en noviembre del 2021 y todo el área materno-infantil del complejo hospitalario de Salamanca (Figura 6) fué reubicada aquí. Es un hospital de tercer nivel y de referencia para toda la provincia de Salamanca e incluso a nivel de la Comunidad Autónoma en algunas especialidades.

Da cobertura a un total de 326.500 personas aproximadamente.

Figura 6 - Mapa donde se encuentra el hospital universitario de Salamanca



Fuente: Google Maps

En cuanto a la planta de puerperio los recursos humanos de los que dispone son, 10 EEESMO, 2 en cada turno, (a veces rota alguno de paritorio) y, 10 Auxiliares, 2 en cada turno.

La planta de puerperio se encuentra en el 2º piso de la torre D y cuenta con 18 cuartos individuales con sofá cama para el acompañante y baño propio, un almacén, un cuarto “sucio”, un office, una sala de medicación, el control de enfermería, una sala destinada a la lactancia materna donde encontramos 2 bombas para leche materna, una sala donde las embarazadas ingresadas realizan el registro cardiotocográfico según indicación médica y una

sala dedicada a la intervención del recién nacido (aunque se usaba más como almacén de todo lo dedicado al recién nacido ya que las intervenciones casi siempre se realizaban en los brazos de la madre).

Se atiende aproximadamente a 1.400 mujeres al año, aproximadamente 200 menos que en prepandemia.

### **Hospital Universitario en Salamanca - UCI Neonatal**

Me gustaría mencionar que en este servicio tuve el privilegio y oportunidad de trabajar con enfermeros especialistas en otro campo, lo que me hizo comprender el nivel de competencias y conocimientos que he conseguido con mi formación, ya que pude observar las carencias que tenía en el campo de la pediatría y a su vez pude compartir conocimientos con los compañeros del campo que aquí nos atañe, obteniendo una preciosa relación simbiótica y adquiriendo muchos conocimientos sobre el cuidado pediátrico de primera mano.

La unidad contaba con 15 Enfermeros (normalmente se intentaba que en todos los turnos hubiera un especialista, aunque no siempre era posible por lo que se cubría con enfermero generalista), 3 por turno y 10 Auxiliares, 2 por turno

El área de neonatos se encuentra en el 2º piso en la torre E y cuenta con: UCI Neonatal, UCI pediátrica, unidad de cuidados intermedios del recién nacido (con 20 cunas, 3 de ellas en boxes de aislamiento), varios despachos, almacenes, un cuarto de baño, un cuarto “sucio” y un office para el personal.

La zona de UCI-Neonatos (que es en la que realicé las prácticas) cuenta con 12 puestos (ampliables a 15) con un sillón/mecedora cada puesto para la visita del progenitor, dos boxes uno de los cuales habilitada especialmente a neonatos hipotérmicos y un cuarto para la medicación.

Cabe resaltar la existencia de un cuarto donde pueden convivir los progenitores con la criatura los días previos al alta, ya que los ingresos en UCI-N suelen alargarse hasta incluso meses, y la vuelta a casa normalmente cursa con monitorización, oxigenoterapia, sondas... Pese a que al ingreso será seguido por atención primaria, el momento del alta en estos lactantes suele ser delicado y exigente para los padres, por eso la existencia de este cuarto y este periodo de transición ayuda tanto en lo seguros y competentes que se sienten los padres como en los resultados a corto y medio plazo.

No he podido encontrar datos sobre la cantidad de usuarios atendidos al año.

## **2.2. METODOLOGÍA**

Todo el periodo de prácticas fué basado en la supervisión por varios EEESMO, en el que gracias a la orientación brindada por ellos y a través de reflexión, observación y desarrollo



de la práctica clínica pude adquirir las competencias necesarias en las diferentes áreas, todo esto sin olvidar el apoyo que mi tutora la Dra. M<sup>a</sup> Otilia me ofrecía a través de distintas reuniones tanto físicas como telemáticas a lo largo de todo el curso, así como de innumerable correspondencia resolviendo dudas y ayudándome en la realización de este informe.

En cuanto a la evaluación, en cada periodo realizábamos dos reuniones, en ellas nos encontrábamos: mi supervisora durante esa etapa, mi tutora y yo. Discutíamos sobre la adquisición de competencias, la integración con el equipo multidisciplinar, la relación con las usuarias y reflexionábamos sobre varios temas relacionados con el local de prácticas, dándome la oportunidad de evaluarme y expresar mis ideas respecto al servicio. Como herramienta de evaluación se utilizó el proporcionado por la universidad, que nos permitió una valoración más crítica y objetiva dividiéndola en distintos apartados.

Cabe decir que cada etapa contaba con un periodo de adaptación en el que me familiarizaba con el entorno físico/social del servicio, así como, con los protocolos y la dinámica de trabajo, muchas veces agravado por la barrera idiomática. Este periodo era el previo a la primera reunión.

Todas estas prácticas se abordaron en base, tanto a la competencia de formación y educación del enfermero, como a la supervisión clínica mencionada en las normas de la Ordem dos Enfermeiros (OE), más concretamente en el Regulamento n.º 366/2018 Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica que dice así:

*“Exercício de Enfermagem em Supervisão Clínica é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisiva, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional. Supervisão Clínica: é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 16657).

De esta manera y con el objetivo puesto en mi desarrollo y maduración profesional, la presencia de supervisión y tutorización me sirve de apoyo para obtener la confianza necesaria para conseguir autonomía en el resto de las competencias necesarias con la finalidad de llegar a ser un EEESMO. Según el Regulamento n.º 391/2019 Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13560-13565 emitido por la OE en materia de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica sostiene que el enfermero especialista de salud materna y obstetricia:

*“Assume no seu exercício profissional intervenções autônomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autônomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” (OE, 2019b, p. 13561)*

Algo también desarrollado en el estado español, por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, en el Boletín Oficial del Estado (BOE) según la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a):

*“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en su faceta preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud. Deben tener una participación en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno- infantil. La matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007” (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2009, p. 44699).*

Cumpliendo así con una formación apta y capaz en ambos estados.

### 3. CONTRIBUCIONES PARA LA MEJORÍA DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE LA SALÚD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Tanto las prácticas como la necesidad de hacer este informe para mi evaluación me han permitido realizar un acercamiento científico y así contribuir a aumentar los conocimientos y de igual modo mejorar la asistencia a las mujeres.

Nosotros como EEESMO tenemos un papel clave en la salud de la mujer a lo largo de su vida, para ello nos valemos, no solo de los cuidados o de la vigilancia que hacemos para con la mujer, si no también, como educadores de la salud, como define la Confederación Internacional de Matronas (ICM) en la reunión del Consejo de Brisbane (2007) *...La matrona tiene una importante tarea de asesoramiento y educación sanitaria, no sólo para la mujer sino también dentro de la familia y la comunidad...* y es ésta una de las herramientas más importantes de nuestro trabajo. Una mujer informada, es una mujer empoderada, segura y libre, pero esta educación requiere de estudios científicos sobre los que respaldarse y nosotros somos parte de esa comunidad científica por lo que debemos tanto investigar, cómo realizar y transmitir dichos conocimientos.

Es por eso que este documento cumple también la competencia común del enfermero especialista mencionada por la Ordem dos Enfermeiros en el artículo 8º del Diário da República n.º 35/2011, *“...Contribuí para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada...”*

#### 3.1. CONCEPTUALIZACIÓN

Desde el inicio de los tiempos las mujeres han parido prácticamente sin asistencia especializada, eso es indiscutible, pero la forma en que lo han hecho ha ido variando, sobre todo en los últimos siglos.

Hay jeroglíficos egipcios mostrando mujeres pariendo en posiciones verticales, ilustraciones persas e incluso estudios de sociedades protohistóricas nos desvelan que con una influencia nimia de la sociedad actual las mujeres buscan posturas verticales para estos menesteres (Engelmann, 1882). No fue hasta el siglo XVI y XVII cuando se inició la atención del parto en cama que, junto con la atención masculina y el traslado de los partos al ambiente hospitalario, marcó un antes y un después en la forma en que la humanidad nacía.

El adoptar esta posición antinatural motivó la aparición de tecnología e intervenciones innovadoras para suplir esa falta de movilidad y patologización del parto; cirugías, fórceps, palas, medicación, e investigación al respecto, todo esto reforzó la asistencia al parto en posición de litotomía, la más cómoda para el asistente (Huang, 2019).

Ya por el siglo XIX se afianzó la idea de que la parturienta era una mujer enferma y requería asistencia médica y hospitalización. No fue hasta los años 80, específicamente en el Encuentro en Brasil de la OMS de 1985, cuando se declaró que el parto y nacimiento no son una enfermedad; fue también cuando se empezó a abogar por devolverle el protagonismo que merece a la mujer durante su parto, así como aceptar y promover el parto en posiciones verticales. Desde entonces se está produciendo un perezoso, pero continuo cambio en la atención del parto en hospital, permitiendo cada vez más movilidad a la mujer, así como los profesionales están aceptando atender a partos en otras posiciones.

La postura del parto está muy influenciada a nivel social por la representación en los medios, que prácticamente siempre se muestra a la mujer semisentada con los pies apoyados en los estribos, realizando un gran esfuerzo físico, con mucho dolor y atendida por doctores vestidos de esteril. Todo este tema de la representación del parto en los medios y en la cultura occidental daría para una reflexión e investigación propia, pero por motivos de tiempo y logística será en otro momento cuando lo investigue.

Pero ¿cuántas posiciones hay? ¿Qué diferencias presentan?

La bibliografía hace dos grandes distinciones: horizontales (litotomía, decúbito supino o lateral) y verticales (sentada, en bola de pilates, cuclillas, de pie, en cuatro apoyos y todas las variantes que puedan imaginar) (Rodríguez, 2018). Cada postura tiene sus ventajas y desventajas, y gran cantidad de ellas están influidas por la biomecánica que es “la ciencia de la rama de la bioingeniería y de la ingeniería biomédica, encargada del estudio, análisis y descripción del movimiento del cuerpo, además de examinar las fuerzas en función de la estructura biológica y los efectos producidos por esas fuerzas” (Knudson, 2007 pp 15-16).

La posición materna puede influir en varios aspectos del parto (Huang, 2019):

- Duración: Se sabe que en estadios prolongados hay un aumento del riesgo de complicaciones materno-fetales. Las posiciones verticales suelen favorecer el descenso del feto acortando el proceso, por medio de la fuerza de la gravedad, la mayor efectividad de las contracciones y mayor apertura del canal vaginal.
- Dolor: Ya de por sí es inevitable durante el trabajo de parto, aunque varíe mucho de persona a persona (tiene influencias físicas, psíquicas y culturales). Las posiciones verticales según ciertos estudios reducen el dolor, aunque no hay muchas evidencias al respecto, pero el mero hecho de dotar a la madre de libertad de movimiento puede ayudar a controlar factores psicológicos que ayuden a enfrentarse a ese dolor. y por otra parte en las posiciones horizontales hay evidencias en que aumentan la sensación de dolor ya que pierden las ventajas físicas (ventajas mencionadas al respecto de reducción del TP) y psicológicas (la sensación de impotencia y la no libertad de movimiento) al respecto, y hay más presión de la cabeza sobre las paredes vaginales, lo que aumenta el dolor.

- Trauma perineal: hay mucha discusión al respecto, se sabe que tanto posiciones como litotomía y cuclillas aumentan el riesgo de lesión, en sedestación varía dependiendo de la experiencia tanto de la madre como de la matrona, pero podemos llegar a la conclusión de que las posturas de rodillas son las más idóneas con respecto a este apartado ya que es en la posición en la que menos presión se ejerce sobre el periné (sobretudo en cuatro apoyos)
- Pérdidas sanguíneas: Se considera anormal en partos vaginales más de 500cc de sangre durante las 24 horas postparto (incluyendo pérdidas intrapartos) y hemorragia postparto cuando hay más de 1 litro de pérdidas y síntomas de hipovolemia. Según ciertos estudios las posiciones en pie tienden a tener una ligera mayor prevalencia de hemorragia, también se dice que las pérdidas suelen ser mayores en sedestación, y las posiciones de rodillas o cuclillas no hay evidencia de mayor riesgo, aunque este aspecto está bastante ligado al trauma perineal.
- Bienestar Fetal: en posiciones de litotomía o decúbito supino el útero al ejercer presión sobre los vasos maternos puede conllevar un decrecimiento del riego placentario lo que está ligado a problemas circulatorios y de acidosis, por ello las posiciones laterales o verticales suelen ser recomendadas al respecto.

He de mencionar que hay cambios posturales que son usados y recomendados por todas las guías clínicas del manejo de la distocia de hombros, es el caso de la postura en cuatro apoyos (Maniobra de Gaskin).

Con todo esto podemos decir que el posicionamiento de la mujer durante el trabajo de parto no recibe mucha atención por parte de los investigadores, esto se confirma por la escasez de estudios al respecto, e incluso menos en lo referente a la segunda fase del trabajo de parto. Por este motivo veo especial importancia en el estudio de las diferentes posiciones y sus efectos durante el parto, tanto para el bienestar materno como el fetal. Quiero mencionar la excesiva importancia que se da en las escuelas sanitarias a la atención al parto en posición de litotomía, algo a mi parecer muy poco adaptado a la realidad a la que nos enfrentamos actualmente.

### 3.2. METODOLOGÍA

Cuando al inicio del curso me paré a pensar sobre, en qué modo podría ayudar a la comunidad científica durante mi periodo de prácticas me hice la siguiente pregunta: ¿Cuál es la posición óptima para una mujer durante el periodo expulsivo del parto? y a raíz de ella me surgieron más preguntas como: ¿Qué puedo hacer como EEESMO al respecto? ¿Estamos

suficientemente capacitados para atender otras posturas que no sea la clásica postura de litotomía durante el parto?

Es decir si nos guiamos por la terminología PICO:

- P (paciente/problema): parturientas
- I (intervención): tipo de postura
- Co (contexto): segunda fase del trabajo de parto

Nuestra pregunta sería: ¿Existe alguna ventaja en el tipo de postura (horizontal o vertical) que adoptan las mujeres trabajadoras en la segunda fase del parto?

Por lo tanto, realicé una revisión bibliográfica al respecto, algo totalmente fundamental ante cualquier acercamiento científico a cualquier materia.

La revisión bibliográfica respecto a la enfermería fue definida por Guirao (2015) en el capítulo "Definición y objetivo de la revisión bibliográfica" como: "la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico. Es una actividad de carácter retrospectivo que nos aporta información acotada a un periodo determinado de tiempo".

Realicé búsquedas de artículos y tesis en diferentes bases de datos: Google Scholar, Scientific Electronic Library (SciELO), NCBI (PubMed). Los descriptores utilizados fueron: Segundo Periodo del Trabajo de Parto; Parto; Parto Natural; Enfermera Obstétrica; Complicaciones del Trabajo de Parto. (validados como descriptores en la plataforma Descriptores de Ciencias de la Salud en la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS)) pero dada la especificidad del tema tuve que añadir a los criterios de búsqueda el término "posición materna" para poder acotar la búsqueda. Se emplearon booleanos "or" y "and" y se analizó la literatura encontrada entre los años 2016-2022 en los idiomas español, portugués e inglés (se intentó en italiano, pero no hay literatura al respecto). El proceso se repitió en todas las bases de datos que utilicé.

La búsqueda se llevó a cabo durante mi periodo de practicas (Sep 2021 - Jun 2022)

Del total de artículos recopilados se escogieron 13 artículos, recopilados y analizados en el Apéndice 1.

Durante los primeros meses del periodo de prácticas me centré en la elaboración, bajo la supervisión de mi tutora docente, de un proyecto (Apéndice 2) que consistía en la planificación del informe tanto desde el punto de vista clínico como del bibliográfico y ejecutor del mismo. Dicho proyecto fue enviado y aprobado por los servicios académicos de la Universidad de Évora.

Objetivos:

General

- Determinar cuál es la mejor posición materna durante el periodo expulsivo

### Específicos

- Conocer las diferentes posiciones para dar a luz, sus ventajas y desventajas
- Conocer en tiempo real un esbozo sobre las posiciones más utilizadas actualmente en nuestra sociedad.
- Adquirir competencias en la prestación de cuidados a la mujer en otra posición aparte de la de litotomía.
- Adquirir conocimientos suficientes para educar a la madre sobre las diferentes posiciones durante la segunda fase del trabajo de parto.
- Empoderar a la mujer para que vuelva a ser protagonista del parto

Abordaje: Para facilitar el acopio de información y poder hallar patrones y discrepancias pregunté a las madres, primero con datos sociodemográficos y segundo con datos sobre el parto.

Población diana: “La población Diana representa el subconjunto de la población donde se generalizarán los resultados del estudio” (Heredero 2013 p. 164). El grupo de mujeres corresponde a 27 madres a las que hemos atendido durante las practicas en las distintas unidades hospitalarias, y fué durante los chequeos postparto cuando realicé las entrevistas y recogida de datos.

Siguiendo la ética asistencial y por tanto respetando el derecho al consentimiento informado oral. El Código Ético de Enfermería español se recoge en el artículo 74: *“Es obligación de la enfermera que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones”*.

Por lo propio fue siempre aclarado el objetivo del estudio y su intención, explicando sus derechos y garantizando que su participación quedaría en el más absoluto anonimato *“Los pacientes tienen derecho pues a la confidencialidad y a la intimidad que han de ser garantizadas no sólo por las leyes, también por el secreto profesional (art. 19,20, y 21 del Código Deontológico de la Enfermería). Asimismo, los profesionales, de forma paralela han de ser los garantes del respeto a la dignidad humana, a la defensa de la intimidad y a la aceptación de la responsabilidad propia sobre nuestras actuaciones”* (Simón et al., 2020 pp 6-7).

Para la recogida de datos utilicé como población diana a las mujeres que tuve la oportunidad de atender durante el parto en el transcurso de mis prácticas, basándome en los siguientes criterios:

### Criterios de inclusión

- Consentimiento de participación.
- Edad 18-45 años.

- Ser atendidas por mí durante el proceso de dilatación, parto y puerperio inmediato.
- Parto vía vaginal.
- Producto de la gestación y parto vivo

Criterios de exclusión:

- Fuera del rango de edad.
- Incapacidad de comunicación en español, inglés, portugués o italiano.
- Parto vía cesárea.
- Voluntad de no participar en el estudio.
- Presentar alguna complicación por la que deba abandonar el paritorio antes del periodo considerado puerperio inmediato (2 horas después del parto).
- Madres de óbitos perinatales.

### 3.3. RESULTADOS

Para la realización de esta sección fué utilizado IBM® SPSS® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), software estadístico para Windows en su versión número 24, programa que recopila, codifica, establece relaciones y las representa entre las distintas opciones en base a los datos ingresados en él. Haré un análisis simple de los datos recopilados

- Características sociodemográficas

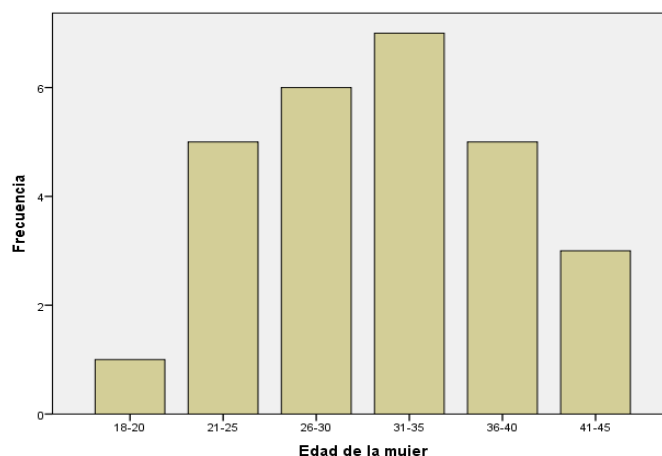
La muestra de estudio se compuso por un total de 27 puérperas con franja etaria entre 19 y 42 años (tabla 2 y figura 7).

Tabla 2 - Edad de la mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-20	1	3,7	3,7	3,7
	21-25	5	18,5	18,5	22,2
	26-30	6	22,2	22,2	44,4
	31-35	7	25,9	25,9	70,4
	36-40	5	18,5	18,5	88,9
	41-45	3	11,1	11,1	100,0
	Total		27	100,0	100,0



Figura 7 - Representación gráfica de la edad de las mujeres



La edad a la que más mujeres dan a luz en la muestra es la comprendida entre 21 y 40 años, especialmente de los 26 a los 35 años.

En cuanto al resto de datos, pude ver que todas convivían con la pareja., que el origen era algo heterogéneo, pero predominantemente europeo, como era de esperar (Uní españolas y portuguesas en europeas porque pese a que culturalmente presentan diferencias, entre las gentes de las distintas regiones hay más características que nos unen de las que nos separan).

Tabla 3 - Nacionalidad de la mujer.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Europea	20	74,1	74,1	74,1
	Sudamericana	4	14,8	14,8	88,9
	Africana	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

La religión que procesan las madres eran la mayoría o cristianas o ateas (el 85,2% del total, tabla 4)

Tabla 4 - Religión que procesa la mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	13	48,1	48,1	48,1
	Islámica	1	3,7	3,7	51,9
	Agnóstico, Ateo, Sin religión.	10	37,0	37,0	88,9
	Ns/nc	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

En cuanto al nivel de estudio casi el 60% de las madres tenían estudios superiores a los obligatorios y sólo poco más de un cuarto del total tenían solo la primaria (Tabla 5).

Tabla 5 - Formación académica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2º Ciclo/6º año	7	25,9	25,9	25,9
	ESO/9º año	4	14,8	14,8	40,7
	Bachiller/12º año	5	18,5	18,5	59,3
	FP	7	25,9	25,9	85,2
	Licenciatura/grado	4	14,8	14,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

En cuanto a la actividad profesional me satisface decir que la mayoría (en torno al 66%) trabajan fuera de casa, algo impensable mirando hacia atrás tan solo una generación (Tabla 6).

Tabla 6- Profesión de la mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabaja fuera de casa	18	66,7	66,7	66,7
	Desempleada/trabajadora del hogar/ Cuida de familiares-hijos	9	33,3	33,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

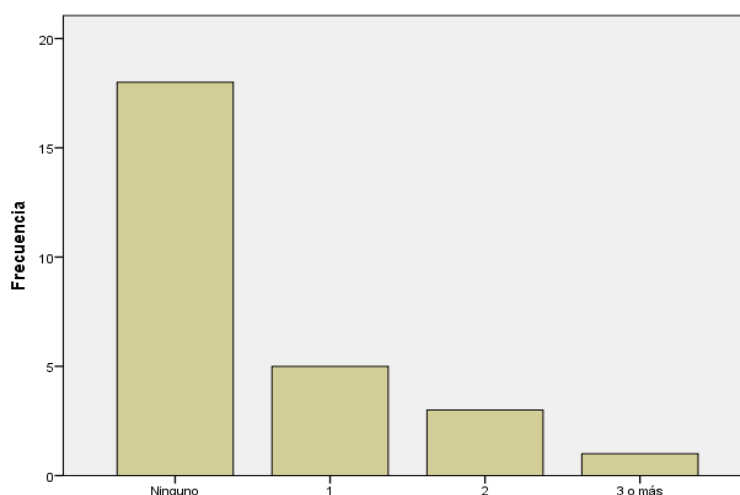
- Características Obstétricas

Lo primero que me llama la atención es que el 66,7% de todas las madres eran primigestas, como podemos ver en la tabla 7 y figura 8.

Tabla 7 - Número de partos vividos por la mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	18	66,7	66,7	66,7
	1	5	18,5	18,5	85,2
	2	3	11,1	11,1	96,3
	3 o más	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

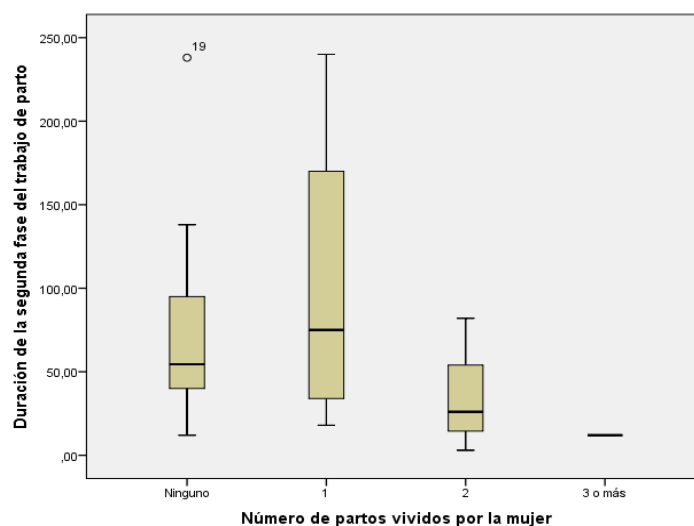
Figura 8 - Número de partos vividos por la mujer



También me planteé algo que la bibliografía ha discutido en numerosas ocasiones, y es que los partos posteriores al primero son más cortos (Abalos, 2018). Principalmente quiero decir que cada mujer y cada parto es diferente, no hay dos partos iguales y para obtener un resultado más concluyente, lo óptimo sería medir dos partos en una misma mujer, algo impensable en mis circunstancias, por el tiempo tan limitado que estuve realizando este informe.

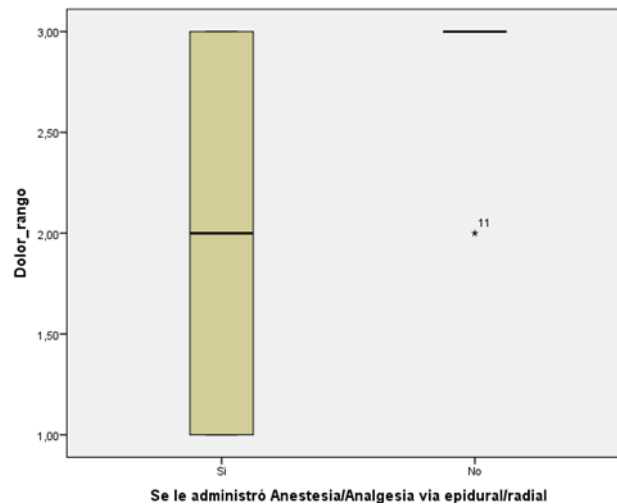
En el siguiente diagrama de tallo (Figura 9) y hojas podemos ver que en principio se cumple lo vaticinado por la bibliografía, menos en el caso de las segundas gestaciones, que claramente podemos ver que tanto la media como el conjunto de todos los valores es superior a la duración del resto de gestantes. Achaco esta incongruencia a la parcialidad provocada por una muestra tan limitada.

Figura 9 - Duración de la segunda fase del trabajo de parto



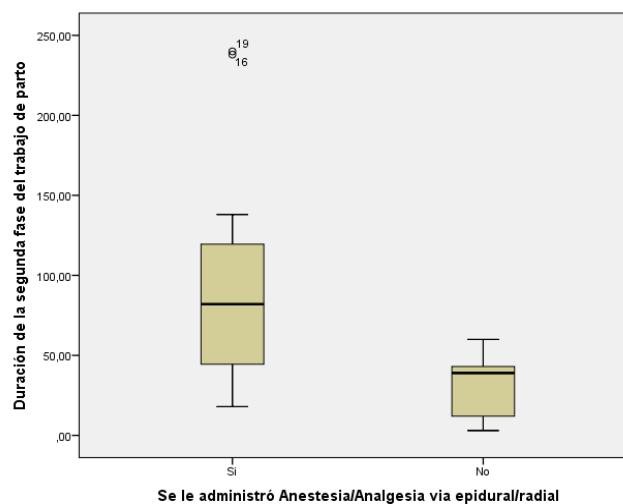
Ahora me gustaría recalcar un hecho obvio, y es la efectividad de la epidural. Una de las preguntas del cuestionario hacía referencia al nivel de dolor soportado por la madre durante el parto, me basé en la escala numérica del dolor, pero agrupando las respuestas en 3 niveles para facilitar su manejo, podemos ver en la figura 10 que prácticamente todas las mujeres en las que no fue administrada la analgesia epidural el dolor era el máximo, sin embargo las mujeres que sí que se les administró, los valores varían, ya que no para todas fue igual de efectivo, pero en su mayoría el dolor se redujo considerablemente.

Figura 10 - Administración Anestesia/Analgesia



También podemos observar algo que se ha comentado mucho en la bibliografía, especialmente en estos últimos años, y es que los partos con epidural por lo general duran más que sin ella (Abalos, 2018), esto se debe principalmente a que la madre conserva la capacidad de “escuchar” a su cuerpo y así reconocer cuándo empujar y cómo hacerlo eficientemente (Figura 11).

Figura 11- Duración de la segunda fase del trabajo de parto/Administración de Anestesia/Analgesia



Un detalle a destacar, de la muestra es la relación que hay entre el inicio del trabajo de parto y la administración de analgesia epidural. Y es un hallazgo curioso, ya que se cree que los partos inducidos son más dolorosos (Antón, 2019), por lo que se espera que en relación con los no inducidos sean más porcentaje de mujeres con analgesia epidural y por el contrario la muestra nos dice que en partos inducidos hay más o menos equidad entre epidural y no epidural, y sin embargo en partos espontáneos hay más del doble de mujeres a las que se le administró analgesia vía epidural (Tabla 8).

Tabla 8 - Relación entre el inicio del trabajo de parto y la administración de analgesia epidural.

		Fue el inicio del parto espontáneo?		Total
		Si	No	
Se le administró Anestesia/Analgesia via epidural/radial	Si	11	6	17
	No	5	5	10
Total		16	11	27

Otra pregunta que me hice fué si existía una relación entre la asistencia a clases de preparación al parto y a la parentalidad y la creación de un plano de parto, y de nuevo la respuesta me sorprendió ya que las dos mujeres que trajeron el plano de parto no habían asistido a dichas clases (Tabla 9).

Tabla 9 - Relación entre la Preparación al parto y el plano de parto

		Trajo plano de parto?		Total
		Si	No	
Asistió a clases de preparación al parto?	Si	0	7	7
	No	2	18	20
Total		2	25	27

Otra curiosidad que pude saciar gracias al tratamiento de los datos del cuestionario fué la de establecer una relación entre el lugar de trabajo de la madre y el número de hijos que tenía (Tabla 10). Las mujeres que trabajaban fuera del domicilio tenían uno o ningún hijo (predominantemente ninguno). Sin embargo, las que trabajaban en casa tenían, por lo general, más hijos a su cargo. Lo que me hizo pensar si sería consecuencia de esos hijos y a la par de la eficacia de la conciliación familiar.

Tabla 10 - Relación entre el lugar de trabajo de la madre y el número de hijos

		Profesión de la mujer		Total
		Trabaja fuera de casa	Desempleada/trabajadora del hogar/ Cuida de familiares-hijos	
Número de partos vividos por la mujer	Ninguno	15	3	18
	1	3	2	5
	2	0	3	3
	3 o más	0	1	1
Total		18	9	27

Se puede ver que el tema que escogí para centrar mi trabajo sigue siendo un gran desconocido y olvidado, tan solo el 22,2% de las madres escucharon hablar de las diferentes posiciones que se pueden adoptar durante la 2ª fase del trabajo de parto, aunque he de romper una lanza en favor de nuestras compañeras de atención primaria, ya que el 83,7% de las mujeres que se informaron fué por medio de las matronas durante los controles del embarazo (Tabla 11).

Tabla 11 - Conocimiento de las diferentes posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si-Matrona	5	18,5	18,5	18,5
	Si-Internet	1	3,7	3,7	22,2
	No	21	77,8	77,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Las siguientes tablas (Tabla 12, Tabla 13 y Tabla 14) son una representación de lo ocurrido durante el expulsivo en el paritorio. Se puede observar que en torno a un 30% de las madres inicialmente optaron por posturas diferentes a la clásica de litotomía, de las cuales solo el 45 % la mantuvieron durante todo el parto. Debo insistir que esto es solo un pequeño esbozo y para conseguir resultados más fiables debería realizarse en una muestra más numerosa.

Tabla 12 - Postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tumbada/Litotomía	19	70,4	70,4	70,4
	Sentada	5	18,5	18,5	88,9
	En pié	1	3,7	3,7	92,6
	De lado	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabla 13 - 2ª postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mantuvo la postura anterior	13	48,1	48,1	48,1
	Tumbada/Litotomía	2	7,4	7,4	55,6
	En cuclillas	1	3,7	3,7	59,3
	Sentada	8	29,6	29,6	88,9
	De lado	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tabla 14- Relación entre las dos posturas adoptadas en la 2ª fase del trabajo de parto

		2ª Postura adoptada durante la 2ª Fase del trabajo de parto					Total
		Mantuvo la postura anterior	Tumbada/Litotomía	En cuclillas	Sentada	De lado	
Postura adoptada durante la 2ª Fase del trabajo de parto	Tumbada/Litotomía	9	0	1	6	3	19
	Sentada	3	2	0	0	0	5
	En pié	1	0	0	0	0	1
	De lado	0	0	0	2	0	2
Total		13	2	1	8	3	27

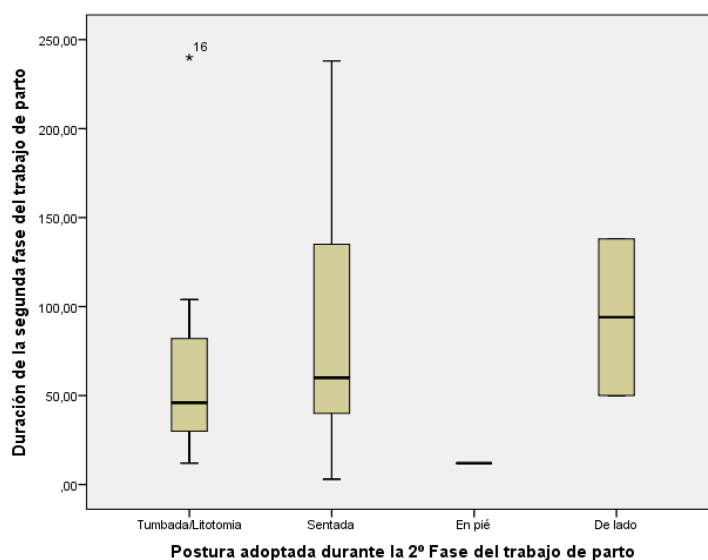
Una de las relaciones que se leen en varios estudios acerca de los pros y contras entre las posturas verticales y horizontales es la del estado del periné tras el parto (Londoño, V. F. 2016), podemos ver que hay mucha diferencia entre las distintas posturas verticales y las distintas posturas horizontales, las mujeres que dieron a luz sentadas todas acabaron con un periné íntegro, mientras que la mujer que dio a luz de pie sufrió un desgarro de 2º grado. Por otra parte, las mujeres que optaron por la posición de litotomía, al ser la muestra más amplia, más diverso es el estado final del periné (Tabla 15).

Tabla 15 - Relación entre el estado del periné al final del parto y la postura adoptada durante la 2<sup>o</sup> fase del trabajo de parto

		Postura adoptada durante la 2ª Fase del trabajo de parto				Total
		Tumbada/Litotomi a	Sentada	En pié	De lado	
Estado del periné al final del parto	Desgarro GI	4	0	0	2	6
	Desgarro GII	6	0	1	0	7
	Episiotomía	2	0	0	0	2
	Perineo íntegro	7	5	0	0	12
Total		19	5	1	2	27

Otra de esas relaciones de las que hablé previamente es la que se da entre la duración del expulsivo y la postura, la gran mayoría de artículos (Londoño, 2016) abogan por que las posturas verticales, haciéndose valer de la gravedad, ésta favorecería la bajada y expulsión del feto, sin embargo, en el siguiente gráfico vemos que por lo general los partos en sedestación fueron más largos que los que se atendieron en litotomía. Por otra parte, la madre que decidió parir de pie fué de las que tuvo el parto más corto (Figura 12).

Figura 12 - Duración de la 2ª fase del trabajo de parto/ Postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto



Tras estos resultados comencé a hacerme preguntas al respecto de los datos obtenidos, e intenté sacar alguna conclusión relacionando el nivel de estudios con la postura adoptada inicialmente, pude observar detalles como que el 100% de las mujeres que solo estudiaron la educación primaria habían adoptado la posición de litotomía, y que la única que había adoptado la posición de pie presentaba estudios universitarios (Tabla 16).



Tabla 16 - Relación entre formación académica y la postura adoptada durante la 2ª fase del trabajo de parto

		Postura adoptada durante la 2ª Fase del trabajo de parto				Total
		Tumbada/Litotomía	Sentada	En pie	De lado	
Mayor nivel de estudios superado por la mujer	2º Ciclo/6º año	7	0	0	0	7
	ESO/9º año	2	2	0	0	4
	Bachiller/12º año	1	3	0	1	5
	FP	6	0	0	1	7
	Licenciatura/graduado	3	0	1	0	4
Total		19	5	1	2	27

Finalmente establecí el vínculo entre el conocimiento previo de las posturas a adoptar durante el expulsivo y la postura adoptada, con resultados muy favorables ya que prácticamente la totalidad de las mujeres que fueron informadas adoptaron una postura diferente a la clásica de litotomía, lo que nos confirma que cualquier educación al respecto dá sus frutos, y nos demuestra que confían en nosotros a la hora de dejarse guiar en este sentido (Tabla 17 e Tabla 18).

Tabla 17 - Relación entre el conocimiento de las posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto y la postura adoptada.

		Postura adoptada durante la 2ª Fase del trabajo de parto				Total
		Tumbada/Litotomía	Sentada	En pie	De lado	
Fué informada de las diferentes posturas a adoptar durante la 2ª fase del trabajo de parto	Si-Matrona	4	1	0	0	5
	Si-Internet	0	0	1	0	1
	No	15	4	0	2	21
Total		19	5	1	2	27

Tabla 18 - Relación entre el conocimiento de las posturas a adoptar en la 2ª fase del trabajo de parto y la segunda postura adoptada

		2º Postura adoptada durante la 2º Fase del trabajo de parto					Total
		Mantuvo la postura anterior	Tumbada/Litotomía	En cuclillas	Sentada	De lado	
Fué informada de las diferentes posturas a adoptar durante la 2º fase del trabajo de parto	Si-Matrona	2	1	1	0	1	5
	Si-Internet	1	0	0	0	0	1
	No	10	1	0	8	2	21
Total		13	2	1	8	3	27

Como conclusión a este apartado puedo decir que, en gran parte de los subapartados se confirma lo vaticinado por la bibliografía consultada, lo cual ratifica mis creencias.

El desenlace personal que extraigo al respecto es que lo principal a la hora de recomendar y escoger una postura durante el expulsivo es la voluntad materna, siempre que previamente se haya dado la suficiente información al respecto, y esta información, en gran medida, es responsabilidad nuestra, y tiene que estar basada en la evidencia, contrastada y a ser posible de valor universal o, al menos, adaptada a la mujer a la que atendamos. Y es a este respecto al que aludo con esta sección del relatorio, si con este informe consigo que, tanto alguno de mis compañeros como cualquier otro lector, confíe en mi trabajo y aplique las máximas que estoy reforzando y repitiendo constantemente, (es decir, la existencia de otras opciones en cuanto a la postura materna en la fase expulsiva del parto aparte de la de litotomía y la importancia de una mujer bien informada y con libertad de movimiento) habré conseguido uno de los objetivos por los que redacté el relatorio.

No deja de ser un pequeño grano de arena en una montaña demasiado pequeña, por ello animo a todo lector a estudiar y ampliar muestras, estudiando más variables que puedan afectar a la posición materna en este momento del parto, como por ejemplo la satisfacción materna medida con una escala, o la estandarización de protocolos a la hora de atender partos verticales.

#### 4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS

En este capítulo me centraré en desarrollar lo representado escuetamente en el formulario final de estágio (Apéndice 3) es decir todas las actividades realizadas para la obtención de las competencias requeridas por un EEESMO. Así mismo, reflexionaré sobre las distintas estrategias, dificultades, y recursos utilizados durante mis prácticas, con el fin de brindar los cuidados de mayor calidad posible a la familia y específicamente a la mujer durante toda su vida en el ámbito sexual/reproductivo. Para ello puse en marcha todas las habilidades y conocimientos a mi alcance, teniendo siempre que adaptarme a la realidad de cada caso, ya que tanto la autonomía, como la ética, la capacidad de decisión, el orden de prioridades... puede verse modificado en cada mujer.

Hablaré sobre competencias comunes de los enfermeros especialistas y específicas de los EEESMOs y quería explicar que ambos tipos de competencias fueron desarrollándose simultáneamente, de una manera eficiente y a su vez complementaria

##### 4.1. COMPETENCIAS COMUNES DE LOS ENFERMEROS ESPECIALISTAS

La OE definió estas competencias en 2019 del siguiente modo: “*São as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*”. Os domínios das *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:*

- a) *Responsabilidade profissional, ética e legal;*
- b) *Melhoria contínua da qualidade;*
- c) *Gestão dos cuidados;*
- d) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (p. 4745)*

A mi juicio creo que es correcto decir que las competencias comunes de los enfermeros especialistas según la OE son aplicables a todos los enfermeros, independientemente del lugar de trabajo o de si poseen especialidad o no, ya que son unas competencias básicas e inalienables al ejercicio de la profesión.

Por lo tanto, puedo confirmar que durante mis prácticas he podido reforzar dichas competencias y en muchos casos encontrar nuevas formas de aplicarlas o encontrar nuevos casos donde son requeridas.

- a) Responsabilidad profesional, ética y legal:** Puedo afirmar que durante todas mis prácticas basé mi actuación en el código deontológico profesional ya antes citado, asegurándome de que todas las usuarias bajo mis cuidados gozasen de sus derechos a la intimidad, participación, toma de decisiones, libertad, aprendizaje... basándome siempre en una práctica segura y respetuosa en cuanto a la realidad de cada caso. También he de decir que algo en que mis supervisores hicieron especial hincapié fue en el tema legal, la importancia de documentar toda intervención realizada y es porque en este área profesional es en la que más acciones legales son tomadas por los usuarios y la verdad, puedo llegar a entender el motivo, ya que un fallo puede acarrear el condicionamiento de la vida de un ser humano desde su inicio más tierno, lo que me hace plantearme el incremento de responsabilidades profesionales que acompañan a una superior formación, de la que a lo largo de este curso he podido ir tomando consciencia.
- b) Mejora continua de la calidad:** Este tema es recurrente desde el inicio de la profesionalización de los cuidados, pero especialmente desde las últimas décadas, es algo que muchas entidades de gran importancia como la OMS o la OE insisten efusivamente, y es que la baja calidad de los cuidados son los culpables de la insatisfacción y baja confianza de los usuarios con el sistema de salud, de millones de pérdidas económicas y de gran cantidad de daños de distinta índole a usuarios. Y es algo que va mutando con los años, ya que las exigencias por parte de estos usuarios van creciendo, por lo que las organizaciones han creado distintos sistemas de evaluación de calidad, para poder afrontar dichas exigencias y minimizar costes y daños.
- Por mi parte puedo decir que, obviamente durante la formación, la calidad de los cuidados que he podido brindar ha ido creciendo exponencialmente, aunque también puedo asegurar que la calidad humanitaria de estos ha sido siempre la máxima que he podido ofrecer, mejorando ligeramente, pero con un cambio evidente cuando he tenido oportunidad de trabajar relacionandome en mi lengua materna.
- c) Gestión de los cuidados:** Respecto a este apartado puedo decir que hallé dificultad sobre todo en los primeros periodos de formación en paritorio, ya que es un área y una actuación muy diferente a la experiencia que he podido adquirir como enfermero generalista. Pero gracias a la orientación de los Matrones con los que he coincidido, he podido obtener las capacidades necesarias, cosa que en los otros periodos del PCP no aconteció, ya que eran más similares (salvando las distancias)
- d) Desarrollo de aprendizajes profesionales:** Aquí quiero elogiar el sistema de formación portugués, ya que, al dotarnos de un primer curso con toda la base teórica, el desarrollo de estos aprendizajes ha podido ser mucho más cómodo y eficiente, y ni

que decir tiene que esa evolución va a continuar a lo largo de mi vida, intentando reciclarme en todo momento con los avances científicos que vayan apareciendo, para poder conseguir los cuidados óptimos y siempre basándome en la evidencia científica.

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

En este apartado voy a hablar sobre las diferentes competencias según el área de trabajo, porque pese a haber desarrollado habilidades específicas de EEESMO, no en todos los lugares actuamos sobre el mismo punto de la salud sexual/reproductiva de la mujer.

##### **Servicio de obstetricia-ginecología.**

En este rotatorio atendí a un total de 107 mujeres, divididas en dos grupos principales de pacientes.

Las pacientes obstétricas (90 en total), que puedo dividir en dos subgrupos, las que ingresaban para ITP y las que ingresaban por alguna patología provocada o exacerbada por el embarazo.

Y las pacientes ginecológicas (17 en total).

Por lo general el embarazo cursa sin problema, ya que es un estado fisiológico en la vida de la mujer, que conlleva cambios y alteraciones en muchos de los sistemas del cuerpo de la madre pero no supone un problema para la madre ni el feto (Carrillo-Mora, P. 2021). Ahora si, cuando el equilibrio se rompe por alguna patología previa al embarazo o provocada por el mismo, puede llegar a ser necesario el ingreso.

Las situaciones más comunes que precisaban ingreso eran: rotura prematura de membranas (RPM), APPT, diabetes gestacional (DG), hemorragia del segundo o tercer trimestre, polihidramnios u oligoamnios, hiperémesis gravídica, colestasis gravídica, Hipertensión arterial crónica (HTA) o preeclampsia, embarazo gemelar, crecimiento intrauterino retardado (CIR)...

Este es un tipo de paciente muy delicado, por lo que todo el equipo multidisciplinar debe trabajar en conjunto, nosotros como EEESMO somos el primer eslabón en la vigilancia, por lo que uno de nuestros cometidos es el de informar y avisar de cualquier empeoramiento o complicación, para ello durante mis prácticas pude desarrollar cierta independencia y práctica a la hora de registrar e interpretar las distintas monitorizaciones, así como la revisión de tratamiento y la cumplimentación de la historia.

Cabía la posibilidad de que se presentara alguna urgencia o complicación, en ese caso es el EEESMO el encargado de avisar al equipo médico y de si fuera necesario el traslado de la mujer a paritorio, donde de nuevo tenemos un papel clave a la hora de

intercambio de información y documentos de la gestante, siendo yo mismo en varias ocasiones el que comunicaba al equipo de paritorio la situación clínica de la mujer.

También entra dentro de nuestra responsabilidad la parte de educación materna, y acompañamiento; resolviendo dudas, enseñando posibles signos de alarma y de nuevo siendo un apoyo humano para la mujer, porque en muchos casos, el periodo de permanencia en el servicio se prolongaba durante días o semanas, ya que, a consecuencia de la pandemia del SARS Cov-19, las usuarias no podían tener acompañantes durante su estancia en el servicio, esto minaba la salud mental y hacía que esta faceta del EEESMO cobraba incluso más importancia que de costumbre, quiero hacer mención a que esta sensibilización podía verse afectada incluso después del alta, favoreciendo la depresión postparto (Pariente, G. 2020).

La ITP (inducción del trabajo de parto) consiste en la estimulación mecánica o medicamentosa del útero para provocar o aumentar la dinámica del mismo y favorecer las modificaciones cervicales necesarias para el parto vaginal (Aragón-Hernández, J.P. 2017). El motivo para la ITP es que los riesgos de mantener el embarazo sean mayores para una de las partes, que el riesgo de provocar un parto de forma artificial, estos motivos suelen ser por avanzada edad gestacional (>40+6 semanas de gestación), por alguna patología descompensada o por problemas en el desarrollo del feto.

Las pacientes que ingresaban por ITP lo hacían normalmente los días de diario a primera hora de la mañana, nuestro cometido era el de acomodarlas, explicar el funcionamiento y disposición del servicio, abrir la historia clínica con una anamnesis exhaustiva, y tomar un registro CTG para visualizar la dinámica previo a cualquier tratamiento, tras lo cual, el personal médico realizaba un tacto vaginal, pautaba y administraba el inductor (ya fueran prostaglandinas en cualquiera de sus formatos u oxitocina, pero en el caso de la oxitocina no permanecían en planta y eran trasladadas a paritorio para mejor vigilancia).

El tiempo de estancia de estas mujeres en planta variaba, desde algunas horas, hasta un día, durante este tiempo nosotros, aparte de proporcionarles todos los cuidados necesarios para el mantenimiento de la seguridad del binomio (monitorización intermitente y vigilancia), teníamos oportunidad de educar y resolver dudas, enseñándoles cuáles eran los signos y síntomas de alarma, orientándolas sobre métodos no farmacológicos para paliar y controlar el dolor de las contracciones, así como haciendo hincapié en el uso de la biomecánica para favorecer el desarrollo del parto, todo esto sin olvidar el apoyo psicológico que brindábamos, ya que a consecuencia de la pandemia las visitas estaban suspendidas

Por otra parte, teníamos pacientes ginecológicas, respecto a ellas, puedo decir que, en mi vida profesional, he tenido la oportunidad de trabajar en la planta de ginecología de otro hospital, por lo que este tipo de paciente no me resultaba algo nuevo, aunque lo que sí puedo

añadir es que al verlas desde el punto de vista del EEESMO estas mujeres cobraban otra dimensión, sintiéndome mejor capacitado para su atención.

Las patologías más comunes que atendí fueron: Mastectomías, Metrorragias, Embarazos ectópicos, Histerectomías, miomectomías...y el protocolo de actuación no se diferenciaba mucho del resto de pacientes, solo que hacíamos hincapié en los autocuidados al alta, sobretodo de las mujeres intervenidas quirúrgicamente.

Puedo relacionar mi paso por este servicio y la atención brindada como enfermero con las enseñanzas de Hildegarde E. Peplau en la relación interpersonal que poco a poco, día tras día, iba creando en la mayoría de las pacientes que atendía, de ambas especialidades. Con las que más difícil me fue establecer dicha relación fue con las pacientes que ingresaban para ITP, ya que solo coincidíamos unas horas hasta que se las derivaba a paritorio. Pero la estancia de la mayoría de pacientes eran bastante largas, por lo que pude notar el cambio en el rol que yo mismo ejercía para con ellas, los primeros días eran meras formalidades, y poco a poco iba ganando la confianza, bromeaba con ellas, e incluso llegábamos a conversar durante algún rato que tenía libre, confesándome cosas, pidiéndome consejo o ayuda en ciertos asuntos, y como no, quejándose, sobretodo por el esfuerzo que supone estar ingresada durante el embarazo, ya que no sólo temían por su salud, si no también por la del feto.

Con todo esto quiero concluir que aunque la especificidad de los cuidados en este área no disten mucho de los cuidados administrados por un enfermero generalista en alguna planta médico-quirúrgica, si que me hizo ver, conocer y valorar aspectos hasta entonces desconocidos por mi, por lo que sin duda puedo decir que he notado la adquisición y mejora de competencias con respecto a mi yo pasado, así como de la oportunidad de conectar humanamente con las diferentes usuarias, haciendo que mi experiencia (y espero que la suya) fuera algo agradable, seguro, humano y gratificante.

### **Servicio de consultas externas de obstetricia**

Realicé este periodo en las consultas externas de un Complejo hospitalario de Lisboa, uno de los hospitales más grandes de todo Portugal, con lo que la población a la que dá atención también es enorme, y es algo que marcó mi paso por este servicio. Adquirí competencias para el cuidado de la mujer/ familia en el marco de planificación familiar en los periodos preconcepcional, prenatal y posnatal (OE, 2019b, p. 13561) aunque no de la manera óptima, lo desarrollaré más tarde.

Durante estas prácticas atendí un total de 441 mujeres, de las cuales: 232 embarazos de bajo riesgo, 170 embarazos de alto riesgo, 8 puérperas y 31 IVE. Había 3 tipos de consultas:

- Medicina materno fetal, (Embarazos de alto riesgo)

- Prenatal (embarazadas de bajo riesgo pero de 37+ semanas de gestación)
- Por último, la consulta de IVE.

Las pacientes de Medicina materno-fetal y Prenatal llegaban a mi consulta indistintamente, y a los pocos días de práctica, tras afianzar conocimientos, conocer protocolos y entender el funcionamiento de la parte informática, adquirí independencia suficiente como para realizar esas consultas sin supervisión directa. Mis obligaciones en estas consultas eran: comenzar con una anamnesis rápida, tomar constantes vitales, auscultación de los latidos cardiacos fetales por medio de un eco-doppler (a mujeres en edad gestacional mayor que 14 semanas), monitorizar la ganancia de peso corporal, educación para la salud (personalizando cada caso dentro de lo posible), y en los casos necesarios realización e interpretación del trazado CTG. Registrando todo esto en el propio boletín de la embarazada.

En cuanto a la educación para la salud siempre era escueta y directa, lo primero era resolver las dudas que pudiera tener, después intentábamos adaptar a la edad gestacional la información que brindábamos, como por ejemplo, hablar de la alimentación cuando eran gestaciones del primer trimestre, de la vacunas en el segundo semestre o de la maleta o los métodos de alivio del dolor en el tercer trimestre, todo esto siempre acompañado de dípticos y pidiéndole que cualquier duda la anotara para la siguiente consulta.

Cabe destacar también la parte de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en la que disfruté y aprendí especialmente.

La atención en estas consultas era muy diferente, eran consultas largas y requerían de mucha más atención sentimental. Estas consultas a su vez se dividían en tres, (lo primero que se necesitaba era una ecografía en la que se confirmase la edad gestacional, esta prueba no se realizaba en la consulta):

- Una primera consulta pre-intervención: se realizaba una anamnesis, se explicaba en qué consiste el procedimiento, los posibles efectos, los signos de alarma, así como información sobre la anticoncepción, preguntábamos cuál era su método habitual, por qué había fallado, y proponíamos métodos alternativos (normalmente DIU, Implantes subcutáneos u otros métodos hormonales, siempre acompañados de métodos de barrera en caso de varias parejas sexuales y durante las primeras semanas del nuevo método, hasta asegurar completa efectividad). En varias ocasiones viví momentos muy emotivos, mujeres realmente asustadas por el procedimiento, con las que conseguía conectar y tranquilizar, así como les recordaba la voluntariedad del procedimiento y la explicación de lo que acontecería si quisiese continuar con el embarazo.
- La segunda consulta, tras un mínimo de 72 h según la ley vigente, el papel del enfermero era mucho menos activo en esta fase, ya que consistía únicamente en recordar a grandes rasgos los signos de alarma, y en administrar la medicación



coadyuvante, ya que tanto el misoprostol como la mifepristona lo administraba el doctor.

- La tercera consulta, en la que normalmente la enfermería apenas actuaba, consistía en confirmar la expulsión de todos los productos de la concepción.

En Portugal la IVE se realiza dentro de las primeras 10 semanas de gestación, según el Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17, páginas 2417-2418 emitido por la Assembleia da República Lei n.º. 16/2007 Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez (Assembleia da República [AR], 2007, p. 2417)

Por el contrario, según recoge el BOE la IVG en España se realiza hasta las 14 semanas de gestación, de acuerdo con la Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2010, p. 21003).

Me fué algo complicado establecer una relación sólida entre mi trabajo en este periodo de prácticas y la teoría enfermera de Peplau, ya que en su mayoría las consultas no duraban más de 5 minutos y no volvía a coincidir con ellas.

Me gustaría también mencionar la oportunidad que tuve de realizar actividades fuera de mis obligaciones, como cuando trabajé con un grupo muy reducido de puérperas, para las cuales mi supervisora me pidió que me preparara unas charlas breves sobre las dudas más comunes de las madres primerizas, resolver dudas sobre su cuerpo, su sexualidad, la lactancia materna o cuidados del bebé entre otros (Apéndice 4). O el folleto informativo que creé en relación a mi tema de estudio. De nuevo quiero agradecer al servicio de obstetricia de este hospital por permitirme diseñarlo, la simple posibilidad de que se acaben imprimiendo grandes tiradas y se ofrezca junto con el resto de folletos ya es para mí una victoria y un avance personal como EEESMO y como investigador. Lo realicé en dos formatos; díptico (Apéndice 5) (imitando los que el hospital ofrece a las mujeres en las diferentes consultas como el representado en el anexo 1) y tríptico, que además lo traduje al español (Apéndice 6 y 7).

En cuanto a la adquisición de competencias en este servicio he de decir que me quedé con algo de controversia; es verdad que aprendí a sacar trabajo, cumplía mínimos y no se quedaba ninguna paciente sin atender y casi siempre dentro del horario marcado, pero algo que, a mi parecer, noté que falló fué el tiempo dedicado a cada consulta y el tiempo con mi supervisora, quiero decir, como enfermero he tenido la oportunidad de trabajar en atención primaria, tanto en adultos como en pediatría, conozco el mimo y la atención que se le da a cada paciente en ese ámbito, es más, he podido discutir esto mismo con mis compañeras matronas del centro de salud, y me han explicado su forma de trabajar, pero aún así noto que es un área en la que me gustaría tener una segunda oportunidad, la importancia de este área es muy grande y en mi opinión mi experiencia fue algo insatisfactoria, pese a que intenté

extraer todo lo posible con el trabajo extracurricular y discutiéndolo con mi supervisora en los momentos libres.

### **Servicio de paritorio y urgencias obstétrico-ginecológicas**

Realicé estas prácticas en tres periodos y tres hospitales muy distintos entre sí, por lo que los protocolos variaban, haciendo que los primeros días en cada centro fuesen un poco caóticos y requiriera de un proceso de adaptación, pero enriqueciendo mi formación enormemente.

Atendí un total de 45 partos bastante heterogéneos, lo único que no pude asistir a ningún parto múltiple, ni de nalgas.

Desarrollé y mejoré el cuidado a mujeres/familias dentro de la comunidad durante parto, puerperio inmediato y en la atención de las urgencias ginecológicas procurando un ambiente íntimo, personalizado y seguro, así mismo mejoré mi capacidad de detectar y actuar en situaciones de riesgo o distocia.

En el área de paritorio se ingresaba a gestantes en trabajo de parto claro, cuando había situaciones de riesgo materno-fetal, cuando se confirmaba la rotura de bolsa amniótica, en Inducciones directas con oxitocina, o para vigilancia a mujeres con afecciones ginecológicas.

Todas las intervenciones que realicé fueron siempre bajo la supervisión de un EEESMO, presentándome en la primera toma de contacto como estudiante en prácticas, ofreciendo mi disponibilidad y servicios y solicitando por adelantado el consentimiento para la técnica que fuera a realizar.

Tras la llegada, se le realizaba una anamnesis, se le informaba de distintos procedimientos a los que probablemente se sometería y según el motivo de su llegada comprobábamos la edad gestacional, realizamos tacto vaginal si fuera preciso y con su consentimiento y realizamos RCTG (en el caso de gestantes).

Después de eso, si procedía a ingresar en paritorio, se realizaba una anamnesis más exhaustiva, se abría el partograma físico y creando una nota informativa en el sistema informático con los datos más importantes recopilados. (Cabe destacar que por motivo de la pandemia si se cursaba el ingreso, automáticamente tomábamos una muestra nasofaríngea para el rastreo de antígenos de Covid, y otra para una PCR para detectar indicios de Covid, así como unos antígenos para el acompañante, aunque dependía del momento y del hospital, este protocolo sufría cambios)

En el caso de no ingreso directo en paritorio, dábamos recomendaciones para su estancia en planta, consejos para aliviar el dolor de forma no farmacológica (hidroterapia, masajes...), consejos para favorecer el desarrollo de la dilatación (deambulación, bola de pilates, etc), resolvíamos cualquier duda y le recordábamos que en cualquier momento que

quisiese podría optar por la anestesia epidural, aún así quedaba al cuidado del EEESMO de planta.

Si por el contrario no fuese necesario el ingreso se valoraba en conjunto con la mujer su alta, se daban recomendaciones y se ofrecía el número de teléfono del paritorio para la resolución de dudas. Cabe destacar, sobretodo en los hospitales españoles, que por motivos geográficos (ambos se encontraban en islas, por lo que daban atención a familias muy lejanas al centro hospitalario), muchas veces, aunque no reuniesen los requisitos clínicos que motivaran su ingreso, sí que se ingresaban, ya que el traslado podría suponer un peligro para el desarrollo de un parto atendido por profesionales.

En el caso de que la mujer pidiese la anestesia epidural y no hubiera motivos para no poder administrarla, nos poníamos en contacto con anestesia (dependiendo del día, la hora y del hospital tardaban más o menos), nuestro cometido entonces era el de prepararlo todo para la colocación del catéter, así como ayudar al doctor en la carga de medicación. Muy importante nuestro papel a la hora de acompañar a la mujer, ya que esta medicación se coloca en momentos en los que el parto ya está más que activo, con lo que las contracciones son muy dolorosas. Nuestro papel era el de tranquilizar, acompañar y comunicarnos con la paciente para que la técnica fuera lo más agradable, eficaz y rápida posible. Una vez colocado el catéter, se administraba una mezcla de anestésico (Bupivacaína, Ropivacaina o Levobupivacaína) con opiáceo (Fentanilo o Sufentanilo) con objetivo de hacer desaparecer el dolor pero mantener toda la movilidad posible. Cabe destacar que en el hospital portugués por protocolo, se usaba Levobupivacaina en bolos administrados por nosotros a pseudo-demanda (es decir: cuando lo demandaba la mujer siempre que hubiera pasado un tiempo prudente entre los bolos), y la tasa de efectividad de la "Walking epidural" era altísima, pude constatar las ventajas de esta técnica, ya sea por la posibilidad de deambular o usar la bola de pilates una vez colocada la anestesia, haciendo que la dilatación fuera más amena y por lo general más rápida. En el resto de los hospitales se intentaba realizar la misma técnica pero por protocolo la mujer no podía levantarse de la cama y puedo asegurar que el bloqueo motor era mucho mayor con lo que hacía la bipedestación/deambulación insegura.

Tuve la oportunidad de preguntar a varios anestesiastas acerca de esta técnica durante mi estancia en los hospitales canarios y me comentaron que para esta técnica el anestésico de elección era la Levobupivacaína por su rapidez y el escaso bloqueo motor que provocaba, aunque según una pequeña búsqueda bibliográfica al respecto era la Ropivacaina la que tenía mejores resultados en cuanto al bloqueo motor, y la Levobupivacaína era de acción más rápida y duradera. (Patnaik et al. 2020)

Durante la fase activa de la dilatación nuestra forma de actuar era más que nada la de acompañar y vigilar, tomando constantes cuando fuera necesario (mandatorio cada hora cuando había administración de anestesia epidural), enseñándoles o recordándoles lo

aprendido en las clases de preparación al parto y maternidad, ofrecer líquidos, dar libertad de movimiento y postura y promover la adecuación del entorno al gusto de la madre. Realizábamos un tacto vaginal cada 4 horas o si la mujer notaba voluntad de empujar. Toda la información recogida era plasmada en el partograma y en las notas de evolución en el programa informático.

Cabe destacar la importancia de la interpretación del RCTG, ya que su vigilancia nos permitía distinguir en caso de que hubiese distintos signos de alerta (taquisistolia, riesgo de sufrimiento fetal...)

Durante el expulsivo nuestro trabajo consistía en acompañar a la mujer, y hacer que se involucrara en el proceso del parto, explicándole el momento tan importante que estaba viviendo, ayudándola dirigiendo pujos (sobretudo a aquellas mujeres bajo la influencia de la anestesia epidural ya que normalmente no notaban tanto las contracciones) sugiriendo respiraciones profundas y calmadas entre contracciones, haciéndola ver que cada esfuerzo estaba más cerca de conocer a su bebé, ayudando en la concentración y a afrontar con más temple el dolor y el esfuerzo que realizaba. Le comentábamos cómo iba progresando, animándola a ver o tocar la cabeza del feto, siempre que ella quisiera, también pedíamos consentimiento y explicábamos todo lo que íbamos haciendo (preparar la mesa, manipular la vagina, colocar compresas calientes, proteger el periné, ayudar con la deflexión cefálica, preparar la cuna, etc.)

Tras el parto lo primero que hacíamos era colocar al recién nacido en el pecho de la madre, mientras le estimulábamos, fomentando así la lactancia materna y el contacto piel con piel, siempre que no hubiera ningún compromiso vital en ninguno de los dos extremos de la diada, por este mismo motivo realizábamos el clampaje y corte tardío del cordón, que ofrecíamos a la madre y/o al acompañante cortarlo ellos mismos bajo nuestras indicaciones.

Respecto al corte tardío del cordón durante mi práctica se me ha dado el siguiente caso en dos ocasiones: yo acostumbraba a clampar y cortar el cordón una vez hubiera dejado de latir, pero hay ocasiones que el cordón continuaba latiendo durante más de 15, e incluso 20 minutos, y casualmente en ambas ocasiones el alumbramiento fue patológico con una duración de más de 30 minutos, habiendo dirigido el alumbramiento con 5 UI de Oxitocina. Es un tema que me gustaría investigar, pero que por los escasos recursos temporales de los que dispongo lo post pondré para un futuro más o menos próximo.

Durante el tercer estadio nuestro trabajo consistía en la vigilancia del recién nacido, de la madre, identificando a ambos con pulseras idénticas, y de observar los signos de desprendimiento de placenta, así como acompañar la salida de la misma con movimientos de rotación y comprobar su integridad y la de las membranas. En este estadio realizábamos lo que se llamaba un alumbramiento dirigido: consistía en la administración de 5 UI de oxitocina

en bolo a la madre una vez se expulsara el hombro anterior o inmediatamente después del nacimiento del bebé.

Siempre tras el pinzamiento y corte del cordón tomábamos una muestra de sangre de la vena umbilical para la determinación del grupo sanguíneo del neonato

Tras el alumbramiento se revisaba el periné y en caso de que fuera necesario se realizaba la sutura. Tuve la oportunidad de recibir consejos y enseñanzas al respecto por parte de muchas matronas durante mis prácticas, así como de asistir a cursos sobre la episiorrafia e identificación de los distintos grados de desgarramiento perineal, lo que me hizo darme cuenta de la importancia de una buena sutura perineal, en cuanto a la autoestima, y a la vida sexual de la mujer (Anexo 2).

Acto seguido limpiábamos y acomodábamos a la madre y al recién nacido, comprobando que el CPP se mantuviera y dábamos indicaciones para una LM eficaz si la madre quería. Tras eso les dejábamos intimidad hasta que el bebé cumpliera una hora de vida, que era cuando realizábamos un primer control postparto revisando TA, temperatura, altura y consistencia del fondo uterino y pérdidas vaginales. revisábamos de nuevo el CPP y LM y dejábamos de nuevo descansar hasta las 2 horas cuando revisábamos de nuevo y realizábamos unos primeros cuidados al recién nacido (pesar, medir, administrar Vit K y protección oftálmica e identificar por medio de la huella del pie izquierdo). En caso de haber precisado Anestesia epidural retirábamos catéter y revisábamos cualquier indicio de compromiso vascular.

Todo este proceso se hacía en uno de los paritorios, y no lo abandonaban hasta completar las 2h de postparto, cuando tras informar a la planta de la puerpera y del recién nacido, la trasladábamos.

Durante estos momentos en los hospitales españoles (especialmente en el Hospital de Lanzarote) tras la afirmación al ofrecimiento a la familia y de la carga asistencial que procesara el paritorio, me gustaba realizar una "Impresión de placenta" que consistía en colorear la placenta y cordón con distintos colores y plasmarlo por medio de presión en un papel A3, y luego completar con los parámetros corporales y el nombre del recién nacido, consiguiendo así un bonito recuerdo (Apéndice 8).

Durante todas mis prácticas en paritorio tuve la oportunidad de atender a varias cesáreas, cabe destacar que, en el Hospital Portugués, dentro del paritorio se encontraban 2 quirófanos, uno para cesáreas urgentes y otro para las demás intervenciones ginecológicas (legrado, biopsias...) En los quirófanos las EEESMO sólo intervienen en cesáreas y atendiendo al recién nacido junto con el pediatra, del resto de competencias de enfermería se encargaban enfermeras generalistas o de quirófano. En dichas cesáreas el CPP se realizaba después de la valoración del recién nacido, aunque la cirugía no hubiera terminado

y con nuestra supervisión. En los hospitales españoles cuando ya abandonaba el quirófano realizaba CPP con el padre mientras la madre permanecía en el área postquirúrgica.

Me gustaría hacer hincapié en la posibilidad que tuve de atender varios partos en diferentes posiciones, disfrutaba durante el periodo de dilatación al comentar con la mujer la información que nos brindaba la evidencia científica. Discutíamos sobre las diferentes posturas, sus atractivos e inconvenientes, siempre basándonos en la situación real de la mujer (si había riesgo o portaban catéter epidural nos centrábamos en posturas más horizontales.) puedo decir (basándome en las palabras de agradecimiento y su actitud) que aquellas mujeres que pudieron elegir libremente la postura durante la dilatación y el expulsivo, la satisfacción del proceso fué mayor.

#### Ahora me gustaría mencionar las diferencias entre los distintos hospitales.

En los protocolos de ITP pude observar diferencias evidentes entre los hospitales de los distintos países, y algo más sutiles entre los del mismo país.

Para empezar en los casos que la inducción no fuese requerida de manera inmediata, en los hospitales portugueses barajaban más opciones aparte de las prostaglandinas, como el balón de Cook, y en caso de que se decantasen por métodos farmacológicos se barajaban más presentaciones aparte del Propess®, ya fuera en gel, o directamente en comprimidos vía vaginal que nosotros mismos íbamos administrando según la pauta de ginecología. Según lo que pude entender los motivos para seleccionar la presentación del Propess frente a otros métodos, era por la comodidad en caso de hiperestimulación uterina (taquisistolia) ya que simplemente se retira tirando del sistema, mientras que, tanto el gel como los comprimidos, por cuestiones físicas, son mucho más difíciles de retirar. Por otra parte, tenemos el coste de la presentación, siendo el Propess el más costoso con diferencia.

En los protocolos de administración de oxitocina había sutiles diferencias, en el Hospital de Cascais se administraban 5 UI de Oxitocina en 500 ML de suero empezando la administración en 6 ml/h y aumentando de 6 ml/h en 6 ml/h cada 20-30 minutos hasta alcanzar unas 4 contracciones cada 10 minutos con un máximo de 120 ml/h en mujeres sin cicatrices uterinas y de 60 ml/h en las que tuvieran. En el hospital tinerfeño la dilución por protocolo era de 10 UI en 50 SF, iniciando el tratamiento en 0,3 ml/h y aumentando hasta 6 ml/h o alcanzar la dinámica deseada. En el hospital de Lanzarote la dilución era de 10 UI en 500 SF, se iniciaba en 3ml/h y aumentaba hasta 60ml/h o dinámica deseada. Como conclusión decir que en todos los servicios la dosis del principio activo de inicio, el aumento y la dosis límite eran la misma (1 miliunidad por minuto de inicio y un límite de 20 miliunidades por minuto)

En cuanto a la administración de líquidos durante la dilatación había importantes diferencias, en el Hospital de portugués estaban terminantemente prohibidos y aludían al llamado Síndrome de Meldenson, mientras que en los hospitales españoles se suministraba

una botella de agua a la mujer al ingreso en paritorio y se ofrecían bebidas isotónicas o zumos a lo largo del proceso aludiendo a la humanización del parto y a la satisfacción del mismo para la mujer.

Otro detalle a tener en cuenta era a la hora de la sutura vaginal y perineal en Portugal me enseñaron que debía hacer una sutura continua en la mucosa vaginal y puntos sueltos en la zona perineal, tanto internos como a nivel de piel. Mientras que en los hospitales españoles las matronas abogaban por una sutura continua de mucosa y piel, cambiando de planos si fuera necesario y con puntos intradérmicos en periné, consiguiendo así una sutura menos lesiva, y una cicatriz mucho más discreta. Aunque también es verdad que cada especialista tiene sus propios trucos y manías que yo pude observar y valorar. Tuve la oportunidad de atender a un curso sobre diagnóstico de desgarros perineales y sutura de los mismo, basado en las últimas evidencias científicas (Anexo 2).

También pude ver que en el Hospital tinerfeño tendían más a la colocación de captosres internos, tanto de FCF como para valorar contracciones con la PIA, a la mínima que había dudas en las lecturas de los sensores y las membranas estuvieran rotas se colocaban y si las membranas no estaban rotas se procedía a su rotura tras pedir el consentimiento a la mujer, mientras que en el resto de los hospitales se reservaban para casos en los que era inviable absolutamente la monitorización externa.

Otra cosa que pude observar fue la extracción y medición de Ph de la calota fetal. Esta técnica invasiva consistía en la punción y posterior extracción de sangre del polo fetal por vía vaginal, tras eso la muestra se analizaba para obtener el nivel de Ph capilar, válido para predecir y evitar acidosis fetales. Sólo se realizaba cuando el RCTG era sospechoso de pérdida de bienestar fetal.

Por último, me llamó la atención que solo en Lanzarote no se realizaba por protocolo la medición del Ph de la sangre de la arteria fetal, tan sólo lo vi realizar de forma extraordinaria en partos vaginales con signos de sufrimiento fetal (trazado sospechoso, líquido muy teñido de meconio...).

En esta área establecer una relación interpersonal con la mujer fue siempre una de mis prioridades, es verdad que el tiempo que pasan en paritorio es poco, pero debido a la naturaleza de los cuidados, la situación tan visceral y sentimental que se vive, el propio miedo o la necesidad de conseguir confianza de la parturienta para así tener la sensación de seguridad, el contacto que se llega a conseguir es muy estrecho.

Es insólita la facilidad con la que se adquieren los diferentes roles y la velocidad a la que se llegan las diversas fases mencionadas por H. Peplau, en especial cuando he tenido la oportunidad de atender a una mujer desde su ingreso por urgencias hasta su traslado a puerperio, sobretodo en los momentos del expulsivo, muchas veces agarrar la mano, realizar

un masaje, o tener cualquier muestra de cariño por medio del contacto físico y/o verbal, tenía la capacidad de calmar y ayudar más que cualquier medicación.

Las sinceras palabras de agradecimiento de la familia, las miradas de la madre al recién nacido, o el hecho de que los padres quieran inmortalizar el momento incluyendonos en alguna foto, son para mis marcadores de que mi trabajo ha sido más que satisfactorio, no solo en el apartado técnico, si no también en el psico-social.

Las competencias de este servicio fueron adquiridas satisfactoriamente, cabe destacar la necesidad de aprender y desaprender protocolos y organización en los distintos hospitales, no es mi intención que suene como una crítica, el cambiar de servicio también mejora mi plasticidad como profesional, haciéndome más polivalente.

También me gustaría resaltar que me sentiría mucho más seguro durante mi futura práctica clínica como matrócn si el mestrado contara con aún más tiempo de prácticas, especialmente en este servicio, ya que pese a que la adquisicion de competencias fué más que aceptable, la naturaleza de este ámbito es muy práctica, es decir, se basa mucho en técnicas, y debido al planteamiento del mestrado, desde que terminé las practicas hasta que vuelva a ejercer como matrócn pasarán varios meses, algo nada deseable para un EEESMO novel. Es algo que no es tan evidente en otras áreas de trabajo de la matrona.

### **Servicio de internamiento de puerperio**

En esta fase de las prácticas pude adquirir y afianzar competencias en el cuidado de la mujer insertada en la familia y comunidad durante el periodo posnatal, con el fin de mejorar la salud de la madre y el recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la parentalidad (OE, 2019b, p. 13563-13564).

Realicé estas prácticas en un hospital universitario en Salamanca, que para mi suerte dispone de una planta exclusiva para púérperas y a cargo únicamente de EEESMO y auxiliares, por lo que tuve la oportunidad de aprender de gente que se dedicaba exclusivamente a este periodo de la maternidad. Allí atendí a un total de 97 mujeres y 92 recién nacidos.

Se entiende por puerperio o periodo postparto a la etapa con inicio en el nacimiento y conclusión a las seis semanas posparto. (Fotia et al.,2021)

Como ya expliqué, las mujeres se trasladaban desde paritorio a las 2 horas del parto, una vez en el área de puerperio nuestro trabajo consistía en acomodar a la familia (las habitaciones estaban equipadas con una cama de hospital, un sillón cama, una cunita y baño propio), explicarle las normas de la planta, los horarios de visita médica, resolver cualquier duda y siempre le pedíamos que nos avisara para ver alguna toma, para verificar que todo estuviera bien.



Puedo decir que nuestras intervenciones, para con la mujer, se centraban en el apoyo, promoción y cuidado de la lactancia materna, aunque no era lo único, ni se modifica el trato a la madre en absoluto a aquellas que no quisieran dar el pecho, siempre se respetó la voluntad de la madre y nunca se intentó persuadir a la madre si su convicción era plena.

Cabe destacar la duración del ingreso, que en partos vaginales normalmente era de 72 h. Existía un protocolo de alta precoz, pero los prerrequisitos eran tantos que en todo el tiempo que estuve haciendo prácticas sólo vi que se realizara una vez. También vi cierta aceptación de la situación por parte del equipo y puedo discernir que hay dos motivos para ello, el primero es que si el ingreso duraba 72 h se aseguraba que el recién nacido se iba de alta con el despistaje metabólico ya realizado, por lo que era más cómodo para la madre y se evitaba el riesgo de no realizarse, sobretodo en familias con más riesgo de exclusión social o de incumplimiento, y el otro, es que el propio servicio contaba con muchas camas, por lo que no existía esa presión administrativa para liberar camas velozmente, lo que le brinda mucho tiempo a la matrona para atender a la familia.

#### En cuanto a la madre sana:

Más o menos a las 6 horas postparto (podía variar especialmente si la madre se encontraba dormida en esos momentos) se le realizaba un chequeo similar al que se realiza en el postparto inmediato en paritorio: toma de constantes, comprobar altura uterina, pérdidas y preguntar por el dolor para administrar analgésicos si fuera necesario.

Se fomentaba la deambulación precoz siempre que fuera posible. En partos vaginales la recomendábamos antes que en las cesáreas.

También como parte de nuestro trabajo realizábamos ciertas entrevistas a lo largo de su ingreso con objetivo de valorar la salud mental de la puérpera, que es una faceta de la salud de la madre que suele olvidarse y es de gran importancia (Hernández, M. A. 2022).

En caso de que el recién nacido estuviera ingresado en neonatología también explicábamos el funcionamiento de las bombas de leche con el objeto de que adquirieran independencia, ya que las madres tenían acceso casi 24h al día a su bebé en Neonatología, pero en muchas ocasiones el protocolo impedía la LM, para que así se conservara en la medida de lo posible la alimentación con leche materna y no se interrumpiera la lactogénesis (tan delicada como es sobretodo los primeros días postparto).

El ginecólogo visitaba a las puérperas mínimo, una vez al día por la mañana y siempre que hubiera algún problema grave de salud o se le requiriera por el asunto que aconteciese.

#### En cuanto al recién nacido sano:

Recibían mínimo una visita al día por parte de pediatría, donde se le hacía un chequeo completo, se resolvían dudas a los padres y se les daban indicaciones y recomendaciones.

Se le realizaban 3 test antes del alta:

Entre las 12h y las 24h se le realizaba un cribado de malformaciones vasculares, que consistía en medir la SpO<sub>2</sub> en mano derecha y pie izquierdo, si la diferencia entre los valores variaba en más de 3% avisábamos a pediatría.

Tras 24h y antes del alta se le realizaba una audiometría, que los días de diario realizaba una enfermera del servicio de otorrinolaringología. Consistía en la colocación de electrodos en la zona parietal y de unos “auriculares” en las orejas del bebé, todo conectado a un dispositivo que cuando el bebé estaba calmado era capaz de detectar pérdidas auditivas, de todas maneras, si el resultado era positivo se le citaba para seguimiento y se volvía a hacer a la semana en el centro de salud correspondiente.

Entre las 48h y 72h se realizaba el despistaje de enfermedades metabólicas, consistente en: se le puncionaba el talón (siempre con el bebé en los brazos de la madre y a ser posible mamando) y se recogían 5 gotas grandes en un papel especial que luego se sellaba y se mandaba a un laboratorio especializado, los resultados tardaban en torno a una semana en llegar y le llegaban directamente a la madre.

Los protocolos cambiaban en situaciones que habían cursado con riesgo para cualquiera de los componentes de la díada, adaptándose para cada uno de los diferentes casos (controles de glucemia en diabéticas, control tensional en preeclampsias...)

Las enseñanzas de Peplau en esta planta fueron más que útiles, sobretudo el rol de persona-recurso y el de asesoramiento, debido a que una vez pasado el momento de crisis que es el parto y después de haber descansado, las familias se volvían esponjas de conocimiento, preguntaban de todo y solicitaban nuestro apoyo y supervisión, sobretudo las familias primerizas, pero no únicamente, siempre podíamos enseñar, reforzar o recordar ciertos aspectos, y cómo permanecen unas 72h ingresados, teníamos tiempo para establecer un vínculo interpersonal de calidad.

La adquisición de conocimientos y competencias en esta área fue más que satisfactorio, obviamente no puedo compararme a las compañeras que ya se encontraban trabajando allí pero sí que obtuve una base insuperable a mi juicio, ya que tuve el placer de compartir turnos con profesionales muy experimentadas, algunas de ellas incluso con gabinetes privados sobre lactancia materna y demás temas puerperales.

Finalmente puedo decir que disfruté mucho de este periodo de prácticas, no solo por los conocimientos y competencias adquiridas, que a mi parecer fueron óptimos por parte de todo el equipo multidisciplinar, sino también por poder ver a las familias en los momentos más tiernos de su vida, y el haber podido influir en ellos al ayudarle con consejos y cuidados, sobretudo cuando son primerizos, y es que la mirada de unos padres a su hijo recién nacido es algo que no tiene precio.

### **Servicio de Neonatología**

Tuve el placer de realizar esta rotación en un hospital universitario en Salamanca, donde tuve la oportunidad de brindar cuidados a un total de 19 neonatos. El hospital contaba con una UCI-Neonatal (UCIN) y una UC-Intermedios ambas salas al cuidado de un neonatólogo y un equipo de enfermería que contaba con enfermeros especialistas pediátricos en cada unidad. Quiero hacer hincapié en que ambas unidades durante mi estancia se encontraban en torno al 10-15% de su capacidad, y esto es en parte a las medidas de apoyo a la lactancia materna, ya que se intentaba realizar todas las intervenciones posibles sin separar al neonato de la madre, puesto que se ha demostrado en ciertos estudios los beneficios para ambas partes de la diada. (Morano Carranza, 2021)

En la UCIN se encontraban los grandes prematuros/muy bajo peso, los recién nacidos inestables y los afectados de hipotermia.

En la UC-Intermedios se encontraban cualquier otro recién nacido que requiriese de hospitalización: prematuros o bajo peso, aquellos que requiriesen fototerapia, o algunos que ya eran algo más mayores y precisasen de hospitalización.

Ambas unidades estaban abiertas prácticamente 24 h al día para la visita de los padres, e incluso se fomentaba (aunque a mi parecer insuficientemente) el método madre/padre canguro, permitiendo a la familia beneficiarse mutuamente de su compañía. (Morano Carranza, 2021)

Haber rotado por esta área me ha permitido afianzarme en el manejo del Neonato, y no solo eso, debido a que el volumen de trabajo era poco, me permitió realizarlo todo bajo la atenta supervisión del enfermero a cargo, haciéndome partícipe importante desde el primer día de los cuidados del recién nacido. Otro punto importante también, es que, al disponer de poca carga de trabajo, hubo mucho tiempo para que los enfermeros me enseñaran técnicas y de realizar un curso de reanimación neonatal extraoficial.

Con respecto al modelo de enfermería de Hildegarde Peplau en esta área no tuve la oportunidad de sacarle mucho partido, es algo que ella misma incluía como uno de los puntos flacos de su obra, y es que al no poder establecer comunicación entre paciente y enfermera esa vía de cuidado se pierde.

La adquisición de competencias en esta área fue más que satisfactoria, pero me hubiera gustado que el periodo de prácticas hubiera sido más amplio, y esto por pura motivación personal, ya que disfruté muchísimo de atender a los recién nacidos.

También quiero hacer especial mención a la carga psicológica que supone trabajar en este servicio, en especial en la UCINeonatal, ver a esos lactantes, en muchos casos prematuros, tan débiles e indefensos hace quebrar la voluntad y el temple de uno, yo al menos en una ocasión me vi abrumado por la aparente futilidad de mis esfuerzos y por la impotencia que me suponía ver a los pacientes tan pequeños luchando incansablemente por su

Adopción de diferentes posiciones en el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista

supervivencia pese a que su mejoría día tras día era muy discreta y es que en el periodo estipulado de prácticas apenas pude apreciar cambios en alguno de los pacientes.

## 5. CONSIDERACIONES FINALES

Asumí el PCP como el último paso para formarme como EEESMO, aunque no como el definitivo, ya que en mi objetivo de poder dar la mejor atención posible a las mujeres que pasen por mis cuidados, he de estar constantemente estudiando y formándome. Pero al menos, sí lo vi como el definitivo antes de empezar a hacerlo de manera autónoma, por lo tanto, me centré en expresar y aprovechar cada una de las horas de contacto que tuve con la profesión, con el plus añadido de que realmente estaba teniendo una experiencia enriquecedora y gratificante a nivel personal y profesional.

Así mismo, el esfuerzo y tiempo que invertí en este relatório me ha permitido afianzar, refrescarme y cuestionarme distintos aspectos, técnicas y protocolos que he estado realizando a nivel clínico, lo que ha conseguido que, durante mi práctica, haya estado siempre apoyado en la bibliografía, cosa que también me ha hecho sentir más cómodo y seguro en el contacto con la paciente y como parte del equipo multidisciplinar, consiguiendo ser uno más y que me tuvieran en cuenta con respecto al plan de cuidados de las diferentes mujeres que estuvieron a mi cargo.

He notado una mejora en la adquisición y afianzamiento de las distintas competencias, tanto específicas como comunes, al haber estado realizando este documento simultáneamente a las prácticas.

Toda esta experiencia ha servido para estimular mi naturaleza curiosa a nivel científico, habiendo acudido a diferentes charlas, talleres y formaciones sobre distintos aspectos de la salud materna (suturas, asinclitismos, urgencias neonatales...) y con intención de seguir formándome en los diferentes aspectos necesarios hasta convertirme en la clase de profesional con la que sueño ser.

En cuanto a los objetivos propuestos, la mayoría fueron alcanzados, aunque con respecto al objetivo principal puedo decir con total seguridad que no existe esa posición óptima y universal, si no que la mejor posición para el expulsivo dependerá siempre de la voluntad de la madre. Siendo nuestro trabajo como matrones el de informar y aconsejar al respecto y el deber de velar por la plena libertad de movimiento de la madre.

Para finalizar quiero expresar lo que este curso ha sido para mí, la existencia de una alternativa a la oferta formativa española al respecto, ha supuesto la posibilidad de cumplir mi sueño, ya que por motivos económico/personales me era imposible continuar mi formación en mi país natal, pero a cambio he podido crecer como persona, enfrentarme a diferentes barreras que supone el estudio en un país, lengua y cultura distintos al natal, así como de conocer a estupendos profesionales y en especial a mis profesoras del Mestrado que han sido capaces de guiarme y motivarme durante todo el proceso.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., ... & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 123-132.
- American Psychological Association, A.P.A. (2020). Manual de Publicaciones. Manual Moderno. Disponible en: [https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home\\_15/recursos/2020/documentos/27022020/normasapa-7.pdf](https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_15/recursos/2020/documentos/27022020/normasapa-7.pdf)
- Antepara, D. N. C. (2019). Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián 2018. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 4(12), 3-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7183585>
- Antón-Pastor, I., Baile-Maxía, S., Gil-Sánchez, M. Á., Mora-López, L., Quijada-Cazorla, A., & Palacios-Marqués, A. (2019). Expectativas, percepción y satisfacción materna en el parto inducido frente al parto espontáneo. *Investigación & Cuidados*, 06-16.
- Aragón-Hernández, J. P., Ávila-Vergara, M. A., Beltrán-Montoya, J., Calderón-Cisneros, E., Caldiño-Soto, F., Castilla-Zenteno, A., ... & Vadillo-Ortega, F. (2017). Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(5), 314-324.
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2018). Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 60, 48-55. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817303959>
- Barradas, A., Togat, A. L., Guadência, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, Madalena., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Valera, V. (2015). Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Disponible en: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro\\_bolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livro_bolso_eesmo.pdf)
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-8. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6894325/pdf/12884\\_2019\\_Article\\_2620.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6894325/pdf/12884_2019_Article_2620.pdf)

- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48.
- Conde Fernández, F. (2011). Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico. Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote. Disponible en: <http://www.academiadelanzarote.es/Discursos/Discurso%2049.pdf>
- Dabral, A., Pawar, P., Bharti, R., Kumari, A., Batra, A., & Arora, R. (2018). Upright kneeling position during second stage of labor: a pilot study. *Int J Reprod Contracept Obst Gynecol*, 7(2), 401-407. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Rekha-Bharti/publication/322106264\\_Upright\\_kneeling\\_position\\_during\\_second\\_stage\\_of\\_labor\\_a\\_pilot\\_study/links/602e8e6f4585158939b45583/Upright-kneeling-position-during-second-stage-of-labor-a-pilot-study.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Rekha-Bharti/publication/322106264_Upright_kneeling_position_during_second_stage_of_labor_a_pilot_study/links/602e8e6f4585158939b45583/Upright-kneeling-position-during-second-stage-of-labor-a-pilot-study.pdf?origin=publication_detail)
- Descriptores en Ciencias de la Salud: Decs. (2017). Consulta al Decs. Biblioteca Virtual en Salud. Disponible en: [http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-](http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-)
- Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 254, 147-152. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32966958/>
- Governo da República Portuguesa, G.D.R. (2020). Transparência: Partos e Cesarianas nos Cuidados de Saúde Hospitalares. Serviço Nacional de Saúde. Disponible en: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=->
- Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0-0. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2015000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002)
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*, (5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484432/pdf/CD002006.pdf>
- Herdero, F. X. S., Arias, C. A. R., & Ballesteros, R. R. (2003). *Metodología básica de investigación en enfermería*. Ediciones Díaz de Santos. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13081763>
- Hernández Castillo, M. Á. (2022). Vivir el rol de la maternidad: salud mental en el puerperio (Master's thesis, Universidade de Évora).

- Hospital Garcia de Orta, EPE, H.G.O. (2020). Área Materna e Infantil. Serviço Nacional de Saúde. Disponible en: <http://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
- Hospital Garcia de Orta, H.G.O. (2020). História do HGO. Serviço Nacional de Saúde. Disponible en: <http://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 460-467. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6839002/pdf/main.pdf>
- Knudson, D. V., & Knudson, D. V. (2007). *Fundamentals of biomechanics* (Vol. 183). New York: Springer.
- Martínez, E. M. L., Sáez, Z. A., Sánchez, E. H., Ávila, M. C., Conesa, E. M., & Ferrer, M. B. C. (2021). Perineal protection methods: knowledge and use. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xxRzc6Jy6GrYk5LqXGTBMRs/?lang=es>
- Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Mayol Pérez, M. L., Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2021). Repercusión de la duración del parto en el estado neonatal medido a través de la gasometría arterial al nacimiento. *Rev. esp. salud pública*, 95. Disponible en: [https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_crom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202106085.pdf](https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106085.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social, M.S.P.S. (2009, Mayo 28). Programa oficial de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, Orden SAS/1349/2009. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349>
- Morano Carranza, J., Martín Gutierrez, A. B., Alba Bainouni, J., Manjate, C. M., In Zangão, M. O. (2021) Efeito do método de cuidado mãe canguru: Revisão bibliográfica. En *Pesquisa em aleitamento materno: Empoderar o enfermeiro* (pp. 55–62). Athena. Disponible en: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/efeito-do-metodo-de-cuidado-mae-canguru-revisao-bibliografica>
- Ning, Y. E., Jingyan, L. I. U., Liulan, L. I., & Chunxiu, Z. H. O. U. (2019). Effect of different squatting positions on parturient women during the second stage of labor. *Chinese Journal of Integrative Nursing*, 5(3), 120. Disponible en: <http://www.zxyjhhl.com.cn/EN/abstract/abstract5606.shtml>



- Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2011, Febrero 18). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Regulamento n.º122/2011,8648-8653.Disponible en:<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2018, Junio 14). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República,Regulamento n.º 366/2018, 16656-16663.Disponible en:<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, O.E. (2019a, Febrero 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, Regulamento n.º 140/2019, 4744-4750.Disponible en:<https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. O.E. (2019b, Mayo 3). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário de la República, Regulamento n.º 391/2019, 13560-13565.Disponible en:<https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Patnaik, S., Patel, M. K., Kandi, S., Pattanaik, S., & Satpathy, S. Walking Epidural: Levobupivacaine versus Ropivacaine.
- Rodrigues Moreira, L. (2014). Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: apesquisa baseada em evidências. Grupo Ânima Educação.Disponible en:[http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual\\_revisao\\_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf](http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistematica-integrativa.pdf)
- Rodriguez Pino, D. J. (2018). Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto. Centro de Salud San Marcos Cajamarca 2018.
- Salazar L, de Guirior C, Díaz D, Alcalde P, Bermejo R, Nieto C, Palacio (2016). M. Alternativas terapéuticas para latocólisis en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. Prog Obstet Ginecol. 2016;59:112-118. Disponible en:[https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/14\\_Revision\\_Palacio\\_esp.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/14_Revision_Palacio_esp.pdf)
- Simarro, M., Espinosa, J. A., Salinas, C., Ojea, R., Salvadores, P., Walker, C., & Schneider, J. (2017). A prospective randomized trial of postural changes vs passive supine lying during the second stage of labor under epidural analgesia. *Medical Sciences*, 5(1), 5. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635775/pdf/medsci-05-00005.pdf>
- Simón Lauzán Y., Viñas Gonzalez, E., & Gongora Cuza, I. (2020). Ética e Investigación científica en enfermería. *Invest. Medicoquir*, 12(3). Disponible en:<http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/651>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S. E. G. O. (2018). Control prenatal del embarazo normal. *Prog. obstet. Ginecol*, 61(5), 517-534. Disponible en:

<https://sego.es/documentos/progresos/v61->

[2018/n5/GAP\\_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal\\_6105.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf)

Toro, A. G. (2001). Enfermería basada en la evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. *ProTesis*.

Universidade de Évora, U.É. (2018, Noviembre 26). Regulamento do Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional, Trabalho de Projeto e Dissertação de Natureza Científica do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, Despacho n.º 11051/2018, 31402-31404. Disponible en: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/117111944/details/maximized>

Universidade de Évora, U.É. (2019, Octubre 7). Alteração do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. Diário da República, Aviso n.º 15812/2019, 139-140. Disponible en: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/125074206/details>

Valiani, M., Rezaie, M., & Shahshahan, Z. (2016). Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(4), 372. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979260/pdf/IJNMR-21-372.pdf>

Vargas Londoño VF, Rodríguez Castiblanco JP, Corredor Acosta JP, Vallejo Astudillo NM. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2018;20(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.vdpv>

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517130/pdf/CD008070.pdf>

WHO, G. (2003). Kangaroo mother care: a practical guide. <https://www.who.int/publications/i/item/9241590351>

## APÉNDICES


Apéndice 1 - Síntesis de los artículos de la revisión integrativa de la literatura

TÍTULO	AUTOR/AÑO	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVO DEL ESTUDIO	CONCLUSIONES DEL AUTOR CON IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA
A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia	Simarro M, Espinosa JA, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C & Schneider J. (2017)	Estudio clínico randomizado	Parturientas a término con embarazos de bajo riesgo y presentación cefálica, con trabajo de parto espontáneo y que hayan recibido anestesia epidural.	Comparar diferencias entre mujeres que mantienen una posición supina frente a las que presentan cambios posturales	La adopción sistemática de distintas posturas durante el expulsivo se asocian a un acortamiento de la duración del proceso, menos partos distócicos y mejor resultado perineal
A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor	Huang J, Zang Y, Ren LH, Li F J, & Lu H (2019)	Revisión sistemática y descriptiva	Variada	Describir y comparar las diferentes posiciones maternas durante el expulsivo	Posiciones horizontales y laterales tienen más beneficios potenciales para la diada, pero hay que vigilar más el periné en posiciones horizontales
Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (Review)	Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW (2018)	Revisión sistemática	Variada	Evaluar los efectos, tanto maternos como fetales, de las diferentes posiciones de parto durante el expulsivo, en mujeres con analgesia epidural.	Hay poca o ninguna diferencia con respecto al parto quirúrgico. Pero ciertos estudios más sensibles sobre la posición recostada puede reducir la necesidad de un parto operatorio y de una cesárea cesárea, sin aumentar el parto instrumental.
Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis	Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S & Adefris, M. (2019)	Revisión sistemática	Variada	Determinar el efecto de las posiciones de parto con sacro materno flexible, en la duración del expulsivo en comparación con la posición supina.	La duración del expulsivo se redujo en los casos de posición de parto con sacro flexible, aunque de manera heterogénea entre los estudios. Se debe dejar escoger a la mujer la posición más cómoda para dar a luz

Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review)	Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP (2017)	Revisión Sistemática	Variada	Evaluar los efectos, tanto maternos como fetales, de las diferentes posiciones de parto durante el expulsivo, en mujeres sin analgesia epidural	Se identifican varios beneficios de la posturas verticales, como: menor duración, menor tasa de episiotomía y de partos instrumentales, pero también hay más posibilidad de hemorragia y desgarros de 2º grado, se requieren más estudios
Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis	Dokmaka F, Michalekb IM, Boulvainc M & Desseauveb D(2020)	Revisión sistemática	Variada	Evaluar los beneficios y riesgo de la postura en cuclillas durante el expulsivo	La evidencia disponible no muestra que la posición en cuclillas durante el parto sea beneficiosa. Como no hay pruebas a favor o en contra, las mujeres deberían poder elegir la posición que prefieran.
Upright kneeling position during second stage of labor: a pilot study	Dabral A, Pawar P, Bharti R, Kumari A, Batra A & Arora R. (2018)	Estudio clínico randomizado	Mujeres (18-40 años) con embarazos de bajo riesgo admitidas en un hospital de 3º nivel en el norte de india	Averiguar el efecto materno-fetal de la posición vertical de rodillas en el expulsivo y evaluar la satisfacción de las pacientes	La posición de rodillas reduce la duración de la segunda fase del parto y los ingresos en la UCI Neonatal
Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura	Londoño VF, Castiblanco JP, Acosta MT, & Astudillo NM. (2018).	Revisión sistemática	Variada	Integrar los hallazgos que informa la literatura sobre ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal	El parto en posición vertical tiene más ventajas en contraste a la posición horizontal, lo que beneficia fisiopsicológicamente tanto a la madre como al neonato.
Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor	Valiani M, Rezaie M & Shahshahan Z. (2016)	Estudio clínico randomizados	Primíparas a término, feto único, dilatación natural y presentación cefálica.	Investigar el efecto de tres posturas maternas sobre la intensidad del dolor en la segunda, tercera y cuarta etapa del parto.	La aplicación de varias posiciones de parto es efectivo como uno de los métodos no-farmacológicos para reducir el dolor en la segunda y terceras fases del parto.
Complicaciones materno perinatales relacionadas a la posición materna durante el parto.	Rodriguez D. (2018)	Estudio observacional transversal descriptivo correlacional	Todas las gestantes con parto por vía vaginal, atendidas en el servicio del Centro Obstétrico del Centro de Salud San Marcos.	Determinar las complicaciones materno - perinatales relacionadas a la posición de la madre durante la atención del trabajo de parto.	Predominan las posiciones horizontales, en posiciones verticales hubo menos desgarros perineales y una duración más corta, solicita a las instituciones la formación de los obstetras en la atención al parto en

					posiciones verticales.
Effect of different squatting positions on parturient women during the second stage of labor	Ye N, Liu J, Li L, & Zhou C. (2019)	Estudio clínico randomizado	Gestantes atendidas en un hospital de la región de Jiangsu, China	Estudiar el efecto de diferentes posiciones en cuclillas en parturientas durante la segunda fase del parto	La posición en cuclillas es más cómoda para la madre y más estable para el feto que la posición semisentada, la posición de cuclillas en C puede acortar el expulsivo
Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián	Crespo-Antepara DN (2019)	Estudio observacional, comparativo y transversal	Mujeres no inducidas, sin analgesia epidural, con más de 36 semanas de gestación, sin complicaciones, con una cesárea previa máximo, feto único y presentación cefálica	Determinar la percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián	El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.
Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives	Barasinski C, Debost-Légrand A, Lémery D & Vendittelli F. (2018)	Encuesta transversal por Internet	Matronas francesas que trabajasen en atención hospitalaria y que hubieran atendido al menos un parto en el último año.	Describir las prácticas que describen las matronas francesas durante la segunda fase activa del parto.	Las prácticas de las matronas francesas deben basarse más en la evidencia. El desarrollo de directrices profesionales para las matronas en Francia parece esencial. Este estudio también ayuda a priorizar la formación nacional de las matronas. Diferencias claras entre matronas que trabajan en hospitales de distinto nivel asistencial

Apêndice 2 - Proposta de projeto de estágio.

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	Ano Letivo: <u>2021</u> / <u>2022</u>
<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b>	<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b>	
(A ser emitido apenas em GesDOC)	(A ser emitido apenas em GesDOC)	
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>		
Nome Completo: <u>Javier Morano Carranza</u>		
Número: <u>47132</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>		
Telef.: <u>+34 651808901</u> E-mail: <u>m47132@alunos.uevora.pt</u>		
<b>5. PROPOSTA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso		
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto		
Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)		
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)		<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b>
APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:		<input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês
<input type="checkbox"/> Tese    Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação		<input checked="" type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês
<input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados		<input type="checkbox"/> Outra: _____
<input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)		
PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:		
<input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		
<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b>		
Título (na língua de redação):		
<u>Adopción de diferentes posiciones en el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista</u>		
Título em Inglês:		
<u>Adoption of different positions in the second stage of labor: Nurse Specialist intervention.</u>		

<b>10. ORIENTAÇÃO</b> (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 - 7 ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
<b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <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>ver caixa 13</u>	
<b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b>	
<b>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores nos 3 idiomas: Descritores (DeCS): Segundo Período del Trabajo de Parto; Parto; Parto Natural; Enfermera Obstétrica; Complicaciones del Trabajo de Parto Descriptors (DeCS): Labor Stage, Second; Parturition; Natural Childbirth; Nurse Midwives; Obstetric Labor Complications Descritores (DeCS): Segundo Estágio do Trabalho de Parto; Parto; Parto Natural; Enfermeiras Obstétricas; Complicações do trabalho de parto	
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>	<b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (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 <input type="checkbox"/> Outros: _____	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.  <b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederé 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>



### 13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

Este projeto insere-se no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), para a obtenção do grau de mestre pela Universidade de Évora (UE). De acordo com documentos internacionais (como a *International Confederation of Midwives* "ICM"), as competências de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) são cuidar das mulheres, da sua saúde sexual, reprodutiva e materna, bem como da gravidez, parto e puerpério e cuidados ao recém-nascido (até 28 dias após o nascimento), concentrando-se na prevenção, promoção e recuperação da saúde, em todas as frentes sobre as quais o EEESMO tem controlo: cuidados diretos, educação para a saúde e investigação. Sendo objetivo do MESMO, preparar os estudantes para intervir em todas estas vertentes fornecendo conhecimentos que permitam uma atuação racional, equitativa e socialmente útil do EEESMO

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final é uma Unidade Curricular do 2º ano do MESMO, a qual se realiza em contexto prático em Instituições de Saúde que permitam a aquisição e desenvolvimentos das competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas do EEESMO. Durante este período pretende-se a articulação e integração de conteúdos das diferentes unidades curriculares desenvolvidas ao longo do curso de forma a realizar as experiências práticas que permitem dar resposta ao preconizado na diretiva Europeia, transposta para a Lei Portuguesa através Lei nº 9/2009 de 4 de março, com várias atualizações, no campo clínico onde se realiza a intervenção e que materializa num relatório que será posteriormente defendido em provas públicas. Em Portugal, estas competências acima referidas são definidas pelo "Regulamento das competências específicas do EEESMO" (Regulamento n.º 391/2019), no meu relatório vou concentrar-me sobretudo no "cuidado da mulher, na família e na comunidade durante o (b) período pré-natal, (c) parto e (d) período pós-natal" sem esquecer as outras competências, mas lembrando sempre que o objeto dos meus cuidados é a mulher e devo entendê-la como um ser holístico, tendo em conta a relação com os seus familiares e o seu ambiente, sem esquecer que os cuidados que recebe sejam sempre o melhor, tendo em conta todas as variáveis que a afetam. Quanto às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) como base irei utilizar os artigos n.º 5 (Melhoria contínua da qualidade) e n.º 8 (desenvolvimento das aprendizagens profissionais) sem esquecer o resto das competências comuns.

Durante a realização do Estágio de Natureza Profissional, irei dar resposta aos objetivos definidos no planeamento da UC e obter conhecimento acerca da temática escolhida **"Adoção de diferentes posições no segundo estágio do trabalho de parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista"** para dar contributos aos EEESMO acerca da mesma, podemos dizer que o posicionamento durante o trabalho de parto não recebe muita atenção com base no número de estudos sobre o assunto, e muito menos na segunda fase do trabalho de parto, neste sentido penso que este relatório é a oportunidade perfeita para alargar esse conhecimento para a comunidade científica, para outros colegas e especialmente para mim próprio.

Quanto à metodologia utilizada, farei um estudo observacional durante o meu estágio nas diferentes áreas, especialmente no bloco de partos e na área puerperal, mas também noutras áreas como ginecologia ou consultas, realizando uma tarefa mais centrada na educação (no que diz respeito ao meu projeto) a todas as mulheres a quem realize alguma intervenção, recolhendo informação e fazendo acompanhado de uma pesquisa bibliográfica de forma a fundamentar essa intervenção.

No mundo da saúde materna e da obstetrícia, como em todos os campos científicos, a prática baseia-se em provas e experiência, razão pela qual estou a realizar este projeto como estudante de EEESMO, colocando especial ênfase num assunto normalmente esquecido, como a posição durante a segunda fase do trabalho de parto. Desde o século XVII, tem havido uma medicalização radical do parto e consequentemente uma mudança na posição da mulher. Até então, todas as provas nos ensinavam que as posições tomadas pelas mulheres eram verticais (Londoño, V. F. V. et al. 2018).

Uma primeira pesquisa bibliográfica fez-me compreender que os conhecimentos adquiridos na componente teórica do MESMO (1º Ano) sobre posicionamento durante a segunda fase do trabalho de parto são insuficientes. Durante Estágio de Natureza Profissional, tenho a oportunidade de pôr em prática tudo o que aprendi durante a componente teórica, de aumentar os meus conhecimentos tanto em teoria como na prática e de partilhar as conclusões que daí retirei; através do meu relatório que centrarei nas vantagens e desvantagens das diferentes posturas durante a segunda etapa do parto, sempre com base no conhecimento científico (através de pesquisas bibliográficas) e na minha própria experiência (com base num formulário que preencherei com dados obtidos das diferentes mulheres às que assistirei, especialmente nas áreas do Bloco de Parto, consultas pré-natais e puerperais).

Um dos desafios que a profissão enfrenta ultimamente é a re-humanização do parto, anulando qualquer indício de violência obstétrica, que tem sido sistematicamente levada a cabo durante anos. Para este fim, se permite adotar uma posição de poder à mulher permitindo-lhe decidir sobre vários aspetos do parto, incluindo a escolha da posição durante o trabalho do parto. Tudo isto se refletirá num maior sentido de competência como mãe, o que por sua vez resultará em menores taxas de depressão pós-parto e numa maior autoconfiança. (Gupta, J. K. et al. 2017)

Plano de atividades:

Adopção de diferentes posições em el segundo estadio del trabajo de parto: Intervención del Enfermero Especialista

OBJETIVOS	ATIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	PROCESSO DE AVALIAÇÃO
<b>Objetivo 1: Cuidar a mulher no período pré-concepcional [H1]</b>	Participação em consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva	Promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar. (H1.1)	Registos validados por supervisor <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletins da DGS</li> <li>Sistema computacional</li> <li>Protocolos próprios</li> <li>Outros</li> </ul> Reflexão da aprendizagem
	Identificação de risco em Saúde Sexual e Reprodutiva.	Prevenção de complicações no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar (H1.2) Assistência em casos de disfunções, infertilidade, IST (H1.3)	
<b>Objetivo 2: Cuidar a mulher/casal no Período pré-natal [H2]</b>	Participação em Consulta de gravidez normal	Promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal H2	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim de SR/PF</li> <li>Boletim da Grávida</li> <li>Sistema computacional</li> <li>Protocolos próprios</li> </ul> Reflexão da aprendizagem Registos curriculares Educação sanitária sobre as posturas a adotar durante as distintas fases do trabalho de parto
	Participação em Consulta de gravidez de risco	Prevenção de complicações na saúde da mulher no período pré-natal e em situação de abortamento. (H2.2)	
	Participação em consulta de Interrupção da gravidez	Assistência à mulher e facilitação da sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. (H2.3)	
<b>Objetivo 3: Cuidar a mulher/casal No trabalho de parto [H3]</b>	Assistência da parturiente por parto eutócico	Promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (H3.1)	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim da Grávida</li> <li>Sistema computacional</li> <li>Protocolos próprios</li> <li>Registos peri parto [pre. Intrae pós]</li> </ul> Registos validados por professor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexão da aprendizagem</li> </ul> Registos curriculares validados Partos realizados <ul style="list-style-type: none"> <li>Registos da avaliação da mulher e RN em situação de parto cirúrgico</li> </ul> <b>Recolha e análise de dados indicadores do resultado do Trabalho de Parto atendendo a posição adotada pela mãe através do instrumento criado pelo aluno</b>
		Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.	
		Prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido [H3.2].	
	Assistência da parturiente por parto distócico	Identificação e cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante ao trabalho de parto. (H3.3)	Promoção da saúde da mulher na fase peri parto e otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (H3.1; H3.2; H3.3)
<b>Objetivo 4: Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal [H4]</b>	Participação em consulta de vigilância puerperal do RN na perspectiva de seguimento da díade	Promoção da saúde pós-natal da mulher [H4.1]	Registos validados por supervisor: <ul style="list-style-type: none"> <li>Boletim de SR/PF</li> <li>Sistema computacional</li> <li>Protocolos próprios</li> <li>Avaliação clínica da mulher/RN no regresso a casa</li> <li>Assistência an</li> </ul>
		Identificação de desvios de saúde puerperal [H4.2; H4.3]	
		Participação em consulta de vigilância do RN [H4.1]	
		Participação em visita domiciliária puerperal [H4.2]	

			RN/mãe no calendário vacinal Recolha e análise de dados indicadores do resultado do Trabalho de Parto atendendo a posição adotada pela mãe através do instrumento criado pelo aluno
<b>Objetivo 5:</b> Melhorar a gestão de cuidados, liderança e qualidade dos cuidados SMO	Assistência da mulher nos campos pré-concepcional, pré-natal, peri parto, puerpério, ginecologia	Assistência contextualizada em Princípios Éticos, deontológicos e dos direitos Humanos [A.1; A2]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos validados por supervisor:</li> <li>• Sistema computacional</li> <li>• Protocolos de consentimento informado</li> <li>• Protocolos de seguimento</li> </ul>
		Colaboração na instauração de modelos de trabalho e instrumentos recomendados (DGS; OMS) [B1; B2; C1; C2]	
		Prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido [D1; D2] (Ex: identificação de casos de violência, Mutilação e outros)	

**Bibliografia:**

Londoño, V. F. V., Castiblanco, J. P. R., Acosta, M. T. C., & Astudillo, N. M. V. (2018). Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1).

Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 460-467.

Dokmak, F., Michalek, I. M., Boulvain, M., & Desseauve, D. (2020). Squatting position in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).

Ano	2021				2022											
	Set	Out	Nov	Dez	Jen	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
Atividades																
Preparação do projeto e submissão																
Pesquisa bibliográfica																
Estágio clínico	Bloco de partos															
	Grávidas/ginecologia															
	Consulta pré-natal															
	Puerpério/Neonatologia															
	Bloco de partos 2															
	Bloco de partos 3															
Redação do relatório e entrega																

Apêndice 3 - Formulário Final de Estágio

**uo évora**  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica  
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final  
Ano Lectivo 2020 /2021

Nome do Aluno JAVIER MORANO CARRANEA N.º 4732

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	319
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) _____	45
• Participação activa em partos pélvicos _____	0
• Participação activa em partos gemelares _____	0
• Participação activa noutros partos _____	6
• Episiotomia _____	1
• Episiorrafia / perineorrafia _____	433
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez _____	90
• Trabalho de parto _____	10
• Puerpério _____	4
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	128
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	133
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	28
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	26

Rubrica Professor  
\_\_\_\_\_

Apéndice 4 - Guión charla puérperas.

### Apresentar se como estudante

**Aleitamento** promover lactancia a demanda, sinais de fome (precisar acalmar o bebé antes de oferecer a mama) mamadas curtas, largas o muito frequentes sinais de mala pega, así como mamilos magoados

se desaconselha a chucha

mamadas nocturnas

Sinais de que a leite é suficiente, 6 o mais orinas ao dia, 3 o mais depois ao dia aumento de peso 150g semanais (há uma perda de um 10% na primeira semana), o mais importante para produzir leite e tirar leite e ficar sana, descansada bem alimentada e hidratada.

O leite pode ser armazenado, até 8 h a temperatura ambiente, até 8 dias no frigorífico e até 6 meses no congelador.

**Puerpério:** ainda o seu corpo deve se alterar até o estado prévio à gravidez. O útero involui mais o menos 1 cm ao dia, vagina e vulva tarda em torno a 3 semanas em volver a o seu estado natural, encorajar fazer atividade física esperando mínimo 2 semanas, sempre que se sinta segura, sobretudo pilates/yoga o abdominales y lumbares, melhora autoestima e sensação de bem-estar, sempre 1 hora antes do AM. Falar dos exercícios do assoalho pélvico. Consulta de vigilância pós parto 6 semanas.

**Lóquios:** perdas via vaginal; hemáticos nos primeiros 3-4 dias, pouco a pouco se tornam acastanhadas até os 22-27 dias que pouco a pouco tornam blanquecinas que duram até duas semanas mais.

**A menstruação** volta aos 45 dias mais o menos se não a Aleitamento, mientras dure o aleitamento sera infertil de forma natural por ação da prolactina, mas não é seguro já que a primeira ovulação ocorre antes da primeira menstruação, pelo que é aconselhável usar algum método contraceptivo, há pílulas compatíveis com o aleitamento.

**Higiene:** estimular o banho diário, as puérperas sudam mais, cuidado na higiene perineal e cuidados da epirrafia (não precisa crema só uma ducha diária)

**RN:** durante o primeiro mês tem que ter 2 consultas do RN, e a vacinação tem vacinas aos 2 meses, aos 4, aos 6 e aos 12, assim como se deve fazer o teste do pezinho.

**Sinais de alarma do bebé:**

- Mudanças no cor da pele do bebe, deve ficar rosadinha; amarelo, pálida ou azulada e malo
- Temperatura maior de 38 ou menor de 35, muito olho a hipotermia, os bebês perdem muita temperatura pela cabeça facilmente
- Depositiones diarreicas ou con sangue pode ser um problema, ou seu ausência
- Choro depois de dar de mamar, cambiar, banhar... ou bebe muito fraquinho e adormecido
- Convulsiones
- Inflamação ao redor do cordão, sangue, pus o cheiro.
- Come pouco, intolerância e rejeição
- Orina pouco o nada

Pedir falar da intenção de actividade sexual (orientar ao respeito)

Pedir falar do Parto. (ouvir atentamente e pedir-lhe que fale sobre os sentimentos)

Apêndice 5 - Díptico informativo para madres sobre posiciones durante el expulsivo.


Para obter mais informações pode falar com a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia de sua consulta e/ou com o seu Médico Assistente.

Contactos:  
Email - [redacted]  
Linha de apoio da urgência - [redacted]

Elaborado por: AEESMO Javier Morano Carranza  
Com a orientação de : EESMO [redacted]

Serviço de Obstetrícia [redacted]


Departamento de Obstetrícia, ginecologia e medicina de Reprodução  
Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria



**POSIÇÕES DURANTE O PARTO**

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO [redacted]  
[redacted]sboa

Telefone [redacted]  
[redacted]



As varias posições que as grávidas podem adoptar no trabalho de parto ou durante o parto podem ajudar à evolução do mesmo, também pode reduzir a sensação de dor e a possibilidade de escolha e liberdade de movimentos pode melhorar a comodidade da mulher.

Nos recomendamos experimentar as diferentes posições durante as últimas semanas da gravidez, para se ter uma ideia do que pode ser mais cómodo para cada mulher.

**Posições Horizontais**

**Deitada de costas** (decúbito dorsal)  
O peso é suportado pelas costas e é descrito como confortável pelas grávidas.  
Permite intervenção dos profissionais de saúde em caso de necessidade.

**De lado** (decúbito lateral)  
É mais anatómica e permite modificar os diâmetros do canal de parto e evita muitas desvantagens da outra posições horizontais.

**Posições de Quatro Apoios**



É uma posição muito cómoda e é variavel, pode ser tanto vertical como horizontal, dependendo do grau de flexão, nesta posição a maior parte da pressão é exercida no púbis, o que permite que haja maior abertura do canal de parto.  
Também reduz a possibilidade de lacerações.

**Posições Verticais**

Permite utilizar elementos de apoio e é a posição anatomicamente mais natural, muito utilizada em países asiáticos o africanos.

Alguma de estas posições podem não ser muito comodas, ja que não são posições que acostumamos a adoptar.

Em muitos casos diminui a duração do trabalho do parto.

Permite ser apoiada pela pessoa que acompanha.

**Em pé, apoiada**



**De cócoras**



**Sentada (em balão cadeira...)**



## Apêndice 6 - Tríptico informativo sobre las posiciones durante el parto - Portugués.

### Posições recomendadas fora da cama

#### Em pé, Apoiada



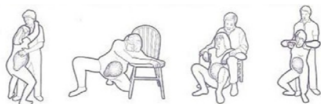
#### Ajoelhada



#### Sentada



#### Agachada



Olá. Sou o Javier Morano Carranza, enfermeiro desde 2016 e estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora. Estou a escrever este documento como uma ferramenta para o meu relatório final de curso.

O nosso objetivo como Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) é tornar todo o processo de gravidez e parto tão seguro e satisfatório quanto possível para si.

Não hesite em falar com qualquer EESMO sobre as suas dúvidas e preocupações que tenham a ver com a gravidez, o parto, a amamentação ou os recém-nascidos.

Muito obrigado pela sua participação

Agradecimentos



### Posições durante o parto



O objectivo desta brochura é dar a conhecer as muitas possibilidades que as mães têm quando se trata de se posicionarem durante o parto

- É importante respeitar a vontade da mãe de poder escolher, o nosso dever como profissionais de saúde não é outro que apoiar e aconselhar.
- A escolha e a liberdade de movimento podem reduzir a sensação de dor.
- A postura pode ser alterada em qualquer altura.

**É aconselhável experimentar as diferentes posições durante as últimas semanas de trabalho de parto para se ter uma ideia do que pode ser melhor para cada mãe.**

### Posturas horizontais: litotomia, sobre as costas, de lado

- São as mais confortáveis para a mãe, uma vez que o seu peso é suportado nas suas costas.



- Permitem o uso de ferramentas para o parto (numa minoria de partos, quando não progride, o médico pode ser obrigado a utilizar ferramentas como: ventosa, fórceps, etc. para assegurar o progresso).
- Esta é a posição mais frequentemente atendida pelo pessoal de saúde.
- Tendem a exercer pressão sobre os vasos sanguíneos da mãe que, se prolongados, podem ter efeitos negativos sobre a oxigenação da placenta e, por sua vez, sobre o bebé.
- Tentar não apoiar as nádegas de modo a não bloquear a mobilidade do sacro.

#### De lado



- É mais anatómica e permite, graças à mobilização assimétrica das pernas, modificar os diâmetros do canal de parto e evita muitas das desvantagens das outras posições horizontais.

### Posturas verticais: em pé, de cócoras, sentada



- Há infinitas variações possíveis, com cadeiras especiais, com o apoio de um parceiro, apoiando-se em móveis, com barras, bolas de pilates.
- É a posição anatomicamente mais natural, muito comum em países africanos e asiáticos.
- Diminui a duração do trabalho de parto, o que em muitos casos evita o uso de ferramentas.
- Tem um ligeiro aumento de lacerações e, portanto, de hemorragias, porque em certos casos a saída do bebé não é fácil de controlar.
- Aumenta a sensação de liberdade de movimento, o que aumenta o conforto e a segurança da mãe.



### Postura de quatro apoios



- É uma posição variável, pode ser tanto vertical como horizontal, dependendo do grau de flexão das ancas.
- Permite à mãe descansar, já que é uma postura bastante natural para apoiar.
- Grande parte da pressão é exercida sobre o púbis, que tende a esticar-se. Por outro lado, o sacro está livre de pressão, o que lhe permite mover-se ligeiramente. Também aumenta "muito" a largura do canal de parto e impede parcialmente a distócia de ombros (o bebé ficar preso pelos ombros).
- Muito menos pressão é exercida sobre o períneo, o que reduz a possibilidade de se rasgar.

Apéndice 7 - Tríptico informativo sobre las posiciones durante el parto - Español.

**Posiciones recomendadas fuera de la cama**

**En pié, Apoyada**



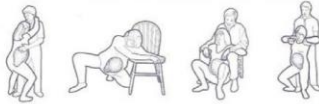
**Arrodillada**



**Sentada**



**Agachada**



Hola, mi nombre es Javier Morano Carranza, soy enfermero desde 2016 y estoy cursando el Mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia por la universidad de Évora, realizo este documento como instrumento para mi memoria final del curso.

Nuestro objetivo como Enfermeros especialistas en Salud materna y obstetricia (EESMO) es hacer que todo el proceso de embarazo y parto sea lo más seguro y satisfactorio posible para vosotras, no dudéis en hablar con cualquier EESMO sobre vuestras dudas, inquietudes del embarazo, parto lactancia o recién nacido.

Muchas gracias por participar, les deseo

Agradecimientos:



**Posiciones maternas durante el parto**



El objetivo de este folleto no es más que dar a conocer el amplio abanico de posibilidades que tiene la mujer a la hora de posicionarse durante el parto:

- Lo principal es respetar la voluntad de elección de la madre, nuestro deber como profesionales de salud no es otro que el de apoyar y aconsejar.
- La capacidad de elección y de libertad de movimiento pueden reducir la sensación de dolor.
- La postura puede cambiarse en cualquier momento.

**Es recomendable probar las diferentes posturas durante las últimas semanas de parto para así hacerse a la idea de cual puede ser la mejor para cada madre.**

**Posturas horizontales: Litotomía, sobre la espalda, sobre los lados**

- Son las más cómodas para la mujer, ya que su peso se apoya en su espalda.



- Permiten la instrumentalización del parto (en una minoría de partos, cuando este no progresa el médico puede verse obligado a utilizar hierros (ventosas, fórceps...) para asegurarse la progresión del mismo).
- Es la postura que más acostumbran los sanitarios a atender.
- Tienden a ejercer presión en los vasos maternos, lo que si se prolongan pueden tener efectos negativos sobre la oxigenación placentaria y a su vez sobre el bebé.
- Hay que intentar no apoyar las nalgas en la marquesa para por lo menos no bloquear el movimiento del sacro.

**Sobre los lados**



- Mencionar que es más anatómica y permite gracias a la movilización asimétrica de las piernas modificar los diámetros del canal del parto y evita muchos contras del resto de posiciones horizontales.

**Posturas verticales: de pie, en cuclillas, sentada**



- Hay infinitas variantes al respecto, con sillas especiales, con apoyo del compañero o en muebles, con barras, pelotas de pilates.
- Es la posición anatómicamente más natural, muy extendida en países africanos y asiáticos.
- Acorta la duración del parto, lo que previene en muchos casos la instrumentalización del mismo.
- Tiene un ligero aumento de desgarros y por lo tanto de hemorragias, por que en ciertos casos no se controla la salida del bebé.
- Aumenta la sensación de libertad de movimiento lo que aumenta el confort de la madre.



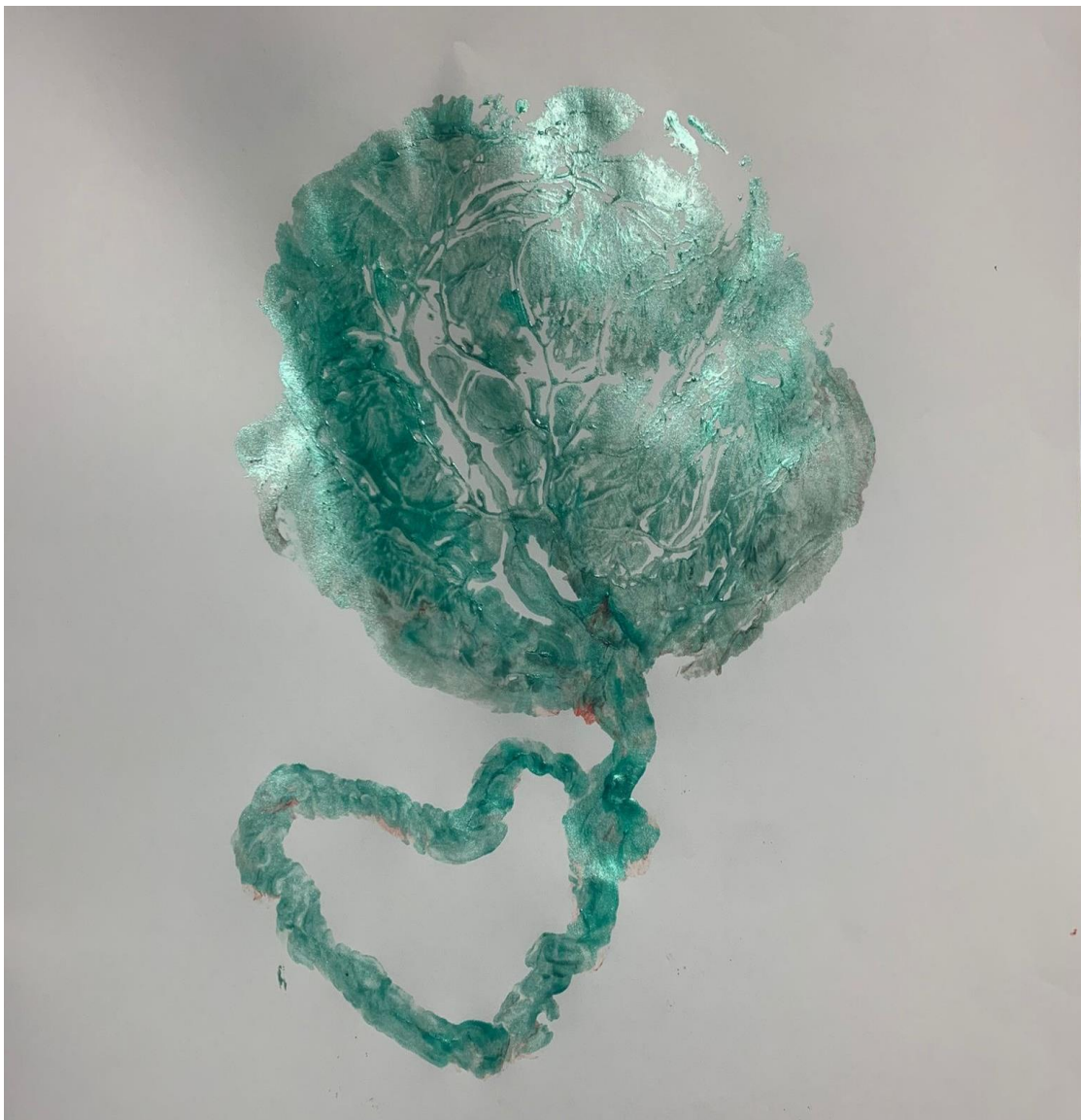
**Postura en cuatro apoyos**

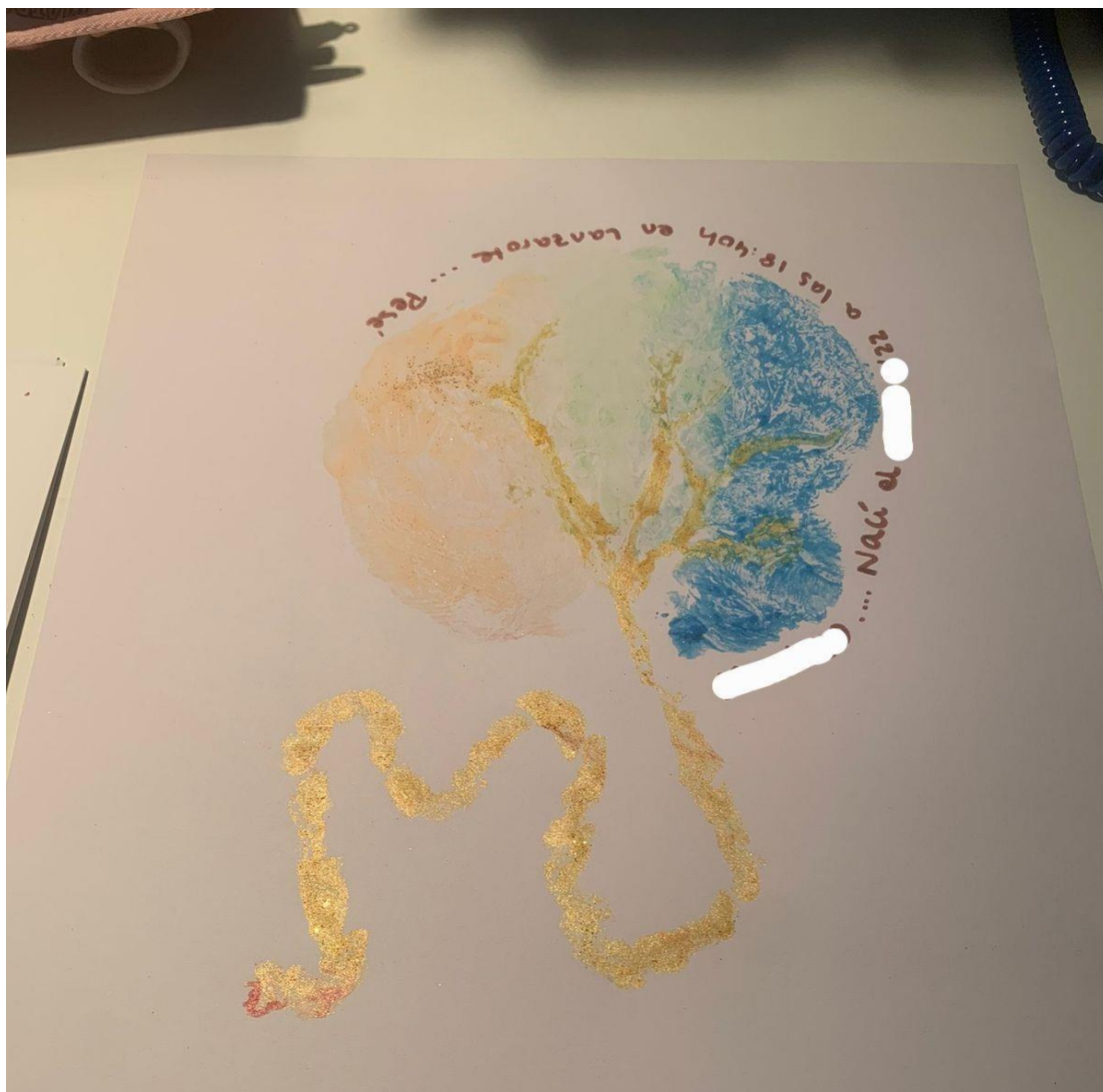


- Se hace especial mención ya que: debido a sus variantes puede ser tanto vertical como horizontal dependiendo del grado de flexión de la cadera
- Permite a la mujer descansar, ya que es una postura bastante natural y sustentada por buenos apoyos.
- Gran parte de la presión se ejerce sobre el pubis que tiende a estirarse; el sacro está libre de presión lo que permite ligeramente su movilización, todo esto aumenta "mucho" la amplitud del canal de parto, y evita en parte las distocias de hombros (que el bebé se quede atorado por los hombros)
- Se ejerce mucha menos presión en periné lo que reduce la posibilidad de desgarros



Apéndice 8 - Ejemplos de impresiones de placentas hechos por mi.







## ANEXOS

## Anexo 1 - Ejemplos de dípticos oficiales para las embarazadas del SNS.


**Posso ter um parto normal após ter tido uma cesariana?**

Para as mulheres que tiveram um parto anterior por cesariana, o parto vaginal é encorajado na maioria das situações (ver panfleto "Que alternativas tenho para o parto quando já tive uma cesariana?"). Considera-se que é geralmente a opção mais segura para estas grávidas e condiciona riscos de saúde muito baixos para o bebé. Para as grávidas com duas cesarianas anteriores, os benefícios do parto vaginal são menos claros e como tal é geralmente recomendada uma cesariana programada.

**O parto normal continua a ser considerado a forma mais segura de nascimento**

**O parto normal é doloroso?**

Para a maioria das mulheres, as contrações uterinas do trabalho de parto são dolorosas, embora a dor seja influenciada por muitos fatores e varie muito de grávida para grávida. Isto faz com que muitas grávidas tenham algum receio do trabalho de parto, sobretudo quando o vão vivenciar pela primeira vez. No entanto, existem atualmente técnicas extremamente eficazes para aliviar as dores do trabalho de parto, as quais estão permanentemente disponíveis no Bloco de Partos do HSM (ver panfleto "Métodos farmacológicos para alívio da dor do parto"). Um ambiente calmo da sala de partos e a presença constante de um acompanhante contribuem também para uma experiência mais tranquila e psicologicamente mais realizadora.

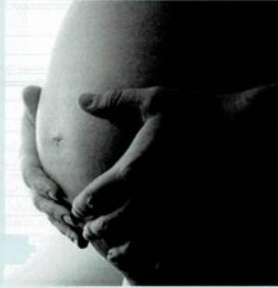


**Bibliografia**

1. NICE Clinical Guideline: Caesarean section, 2008; RCOG Press.
2. Panfleto "Quando e como será o meu parto". Direcção Geral de Saúde. [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload/2013/cesariana-populacao-final-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload/2013/cesariana-populacao-final-pdf.aspx) (acedido a 24/10/2017)

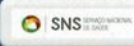
**Serviço de Obstetria**

Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução  
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria



**QUANDO E COMO SERÁ O MEU PARTO?**

**CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO**



**Quando deverá ocorrer o parto?**

A gravidez dura em média 40 semanas. Isto significa que algumas grávidas terão o parto antes e outras depois desta data. Idealmente, o parto deverá ocorrer entre as **37 e as 42 semanas** de gravidez. Chama-se a este período o **'termo da gravidez'** e os bebés que nascem neste intervalo são os que têm menos complicações de saúde nos primeiros dias de vida. Na gravidez normal aguarda-se geralmente que o trabalho de parto se inicie espontaneamente durante este período.

**O que é um parto pré-termo?**

Antes das 37 semanas os recém-nascidos são considerados pré-termo e têm maior risco de desenvolver complicações de saúde nos primeiros tempos de vida (dificuldade respiratória, infeções, hemorragia, etc.). Estas complicações são tanto mais frequentes quanto mais precocemente ocorrer o parto. Por vezes o parto prematuro é um mal necessário, nomeadamente quando os riscos de saúde para a mãe ou para o bebé são elevados caso a gravidez continue.



**Até quando pode durar a minha gravidez?**

Quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, aumenta progressivamente o risco de complicações de saúde para o bebé, razão pela qual se propõe a indução do parto (provocar o parto) alguns dias antes desta data. O seu médico informá-la-á quando isto acontecer.

**Posso ter um parto provocado?**

Se a sua gravidez estiver quase a chegar às 42 semanas e não entrar espontaneamente em trabalho de parto, o seu médico propor-lhe-á a indução do trabalho de parto (parto provocado), pelas razões expostas no parágrafo anterior. Em situações particulares pode ser necessário induzir o parto mesmo antes das 37 semanas. O seu médico informá-la-á se for esse o caso. O parto provocado sem ser por motivos de saúde (apenas com o intuito de programar o dia do nascimento) não é considerado boa prática, pois está associado a maior duração e intensidade das dores do parto, maior risco de baixa oxigenação do bebé e maior probabilidade de terminar em cesariana.

**O parto provocado tem maior risco para a mãe e para o bebé, não devendo ser considerado sem que haja um motivo de saúde**


**Posso vir a ter uma cesariana?**

A cesariana é uma cirurgia que implica a abertura da barriga e do útero para extração do bebé. A grande maioria das grávidas não necessita de ter uma cesariana. Uma baixa taxa de cesarianas é internacionalmente considerada como um indicador de boa qualidade dos cuidados de saúde. A cesariana é realizada sobretudo quando o trabalho de parto não está a progredir normalmente ou quando existem sinais de que o bebé não está a ser bem oxigenado. Se isto acontecer, o médico da sala de partos explicar-lhe-á a situação e propor-lhe-á a realização de uma cesariana. Por vezes surgem complicações durante o trabalho de parto que levam a que seja necessário efetuar rapidamente uma cesariana. Nalguns casos de doenças previamente existentes ou de complicações próprias da gravidez, torna-se necessário programar uma cesariana antes do início do parto. O seu médico informá-la-á se for este o caso.

**A cesariana é uma cirurgia segura?**

A cesariana é atualmente considerada uma cirurgia segura. No entanto, como qualquer outra cirurgia, tem alguns riscos associados, o que faz com que seja considerada menos segura do que o parto normal. A cesariana está associada a um aumento de risco de dificuldade respiratória do recém-nascido (4% versus 2%), sobretudo quando é realizada antes das 38 semanas e previamente ao início do trabalho de parto. Esta dificuldade respiratória é geralmente transitória, mas por vezes implica algum tempo de internamento nos cuidados intensivos neonatais. Pensa-se que os bebés que nascem por cesariana têm um risco 20-25% superior de desenvolver alergias, obesidade e diabetes na infância.

Do ponto de vista materno, a cesariana implica uma recuperação mais lenta (após a cesariana pode necessitar de ajuda adicional em casa e pode não conseguir guiar durante umas semanas), uma estadia hospitalar mais longa (média de três dias em vez de dois), e mais dor abdominal. As complicações maternas graves são extremamente raras, qualquer que seja a via do parto, mas estima-se que sejam 4-5 vezes mais frequentes na cesariana. Embora os números absolutos sejam pequenos, a cesariana tem duas vezes mais complicações anestésicas, 31 vezes mais complicações cirúrgicas (lesões da bexiga e do intestino), 11 vezes mais infeção no pós-parto imediato, 4 vezes mais trombose venosa (aparecimento de coágulos nas veias, geralmente das pernas) e embolia pulmonar (deslocamento desses coágulos para os pulmões). Na cesariana realizada durante o trabalho de parto estes riscos de saúde são ligeiramente maiores do que na cesariana programada.



A existência de uma cicatriz de cesariana anterior comporta também riscos adicionais para uma gravidez futura, aumentando em 50% a probabilidade de uma nova cesariana e, caso pretenda vir a ter um parto normal, associa-se a um risco de rotura uterina de 0,47%. Por cada cesariana realizada, aumenta 3 vezes o risco de placenta prévia (placenta que se localiza na parte mais baixa do útero e que causa frequentemente hemorragia). O risco de placenta accreta (placenta anormalmente aderente ao útero, necessitando por vezes de extração cirúrgica do útero para controlar a hemorragia após o nascimento) também aumenta, cerca de 7 vezes, após uma cesariana, chegando a afetar mais de metade das grávidas após a quarta cesariana. Ambas as situações acarretam riscos importantes para a saúde da mãe.

Quando se realiza uma cesariana programada, esta é geralmente agendada para as 39 semanas de gravidez, de forma a minimizar a possibilidade do bebé ter dificuldade respiratória. No entanto, existe uma probabilidade de cerca de 10% do trabalho de parto se iniciar antes, pelo que o agendamento de uma cesariana não garante que evite totalmente as dores do trabalho de parto.

**A cesariana tem maior risco para a mãe e para o bebé, não devendo ser considerada sem que haja um motivo de saúde**

**A cesariana impede que venha a ter incontinência no futuro?**

A gravidez, por si só, aumenta o risco de incontinência urinária e de uma descida (prolapso) dos órgãos genitais no futuro. As mulheres cujo parto ocorre por cesariana têm um risco 40% menor de vir a ter estas complicações, mas a cesariana não impede totalmente que elas ocorram.

batimentos cardíacos do bebé e das contrações uterinas. Em fases mais avançadas do trabalho de parto, preconizamos a monitorização contínua destes sinais mesmo durante o banho, já que os sensores que os avaliam usam tecnologia sem fios e são à prova de água.

#### Bibliografia

1. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev 2013 Oct 9(10):CD009934.
2. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 16;5:CD000111.

## Urgência de Obstetrícia e Ginecologia - Bloco de Partos

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução  
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria



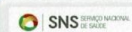
## MÉTODOS NATURAIS PARA ALÍVIO DA DOR DO PARTO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO

Lisboa

Telefone

contactcenter@.....pt



### Vou conseguir suportar a dor do trabalho de parto?

As expectativas criadas acerca do trabalho de parto e a vivência do mesmo são diferentes para cada mulher. Para a maioria das grávidas, as contrações uterinas do trabalho de parto são dolorosas, mas a dor é muito influenciada por fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais, variando assim a forma como é valorizada e é tolerada.

No início do trabalho de parto as contrações uterinas podem ser um pouco irregulares, mas os intervalos raramente ultrapassam 10 minutos. A dor sentida durante a contração assemelha-se geralmente a uma dor menstrual forte que pode irradiar para as costas, e a intensidade é muito variável, podendo ou não ser tolerável. A partir dos 4 cm de dilatação as contrações tornam-se geralmente mais regulares, os intervalos entre elas ficam progressivamente menores, e a intensidade da dor é geralmente crescente. Algumas mulheres toleram bem a dor das contrações uterinas recorrendo a **métodos naturais** de alívio da dor, enquanto outras necessitam de ajuda adicional com **métodos farmacológicos**. Pode ser suficiente recorrer a um único método natural, mas por vezes é benéfico conjugar diferentes métodos. Os métodos naturais podem ser úteis nas fases iniciais do trabalho de parto, sendo mais tarde necessário recorrer a métodos farmacológicos, ou podem ser suficientes durante todo o trabalho de parto. No trabalho de parto induzido (provocado), a maior duração do processo e a maior intensidade das contrações, pode tornar os métodos naturais menos eficazes. Cada grávida terá de perceber quais os métodos que lhe proporcionam maior conforto, sentindo-se livre para escolher entre as diversas alternativas, e se necessário mudar de opinião durante o trabalho de parto.

O apoio e envolvimento do **acompanhante** nos métodos naturais de alívio da dor é extremamente importante para aumentar o sucesso dos mesmos. Caso fique ainda com dúvidas sobre estes métodos ou pretenda apoio para realização de um deles, não hesite em falar com a Enfermeira da sala.

### Respiração controlada

A respiração controlada é uma técnica de relaxamento que pode condicionar diminuição da sensação de dor, maior controlo da ansiedade, relaxamento muscular e melhor oxigenação do bebé. Esta técnica implica a realização de inspirações e expirações rítmicas, profundas e lentas durante as contrações uterinas. Pretende-se com esta técnica atingir um estado de relaxamento psicológico e físico que atenua a sensação de dor e evite padrões descontrolados da respiração, tais como a respiração rápida e superficial, e as pausas na respiração.



### Musicoterapia

A música pode ter um efeito relaxante sobre o organismo, promovendo o maior controlo da ansiedade e reduzindo a sensação de dor. Este efeito está muito associado à forma como cada pessoa vive os diversos momentos da vida, sendo influenciado por fatores psicológicos, sociais e culturais.

Para se obter o máximo efeito da musicoterapia, é fundamental selecionar previamente as músicas que a irão acompanhar durante o trabalho de parto, de forma a proporcionar-lhe sensações de relaxamento e tranquilidade. O Serviço não dispõe de aparelhos próprios para reprodução musical, mas pode trazer-los consigo. Por favor utilize auscultadores para não perturbar os outros.



### Mobilidade

Nas situações em que não existe contra-indicação para se levantar durante o trabalho de parto, a mobilidade (por-se de pé, caminhar, sentar-se no cadeirão, sentar-se na bola de Pilates) é comprovadamente eficaz no alívio da dor, diminuindo em 20% as necessidades de analgesia epidural. Reduz ainda a duração total do trabalho de parto e a probabilidade de necessitar de uma cesariana. A maioria das grávidas sente-se bem mantendo a mobilidade durante grande parte do trabalho de parto, pelo que esta é geralmente encorajada, pelo menos até aos 6 cm de dilatação. Após esta fase, algumas mulheres preferem manter-se mais tempo deitadas, ficando a escolha ao critério de cada uma. Na maioria dos casos, a mobilidade pode ser mantida mesmo após a ruptura de membranas e após a realização de analgesia epidural, mas antes é necessário comprovar que existem condições de segurança. Caso tenha perdido líquido em quantidade abundante por via vaginal, consulte a Enfermeira da sala antes de se levantar. Caso esteja a fazer medicamentos por via epidural, peça ajuda à Enfermeira da sala antes de se levantar a primeira vez após cada dose administrada.

Pode alternar entre deambular pelo quarto, sentar-se no cadeirão e realizar exercícios na bola de Pilates. A posição vertical e a báscula de bacia permitem que o feto tenha mais facilidade em progredir no canal de parto. A mudança frequente de posição alivia a fadiga e diminui o desconforto. A bola de Pilates permite sentar-se, fazer exercícios de báscula da bacia e inclinar-se para a frente de forma a facilitar a massagem nas costas (ver abaixo). Peça à Enfermeira da sala para lhe explicar como se fazem estes exercícios.

O bem-estar do seu bebé é para nós uma prioridade, pelo que mantemos a monitorização contínua dos batimentos cardíacos do bebé e das contrações uterinas durante todo o trabalho de parto. Este facto não a impedirá de se mobilizar livremente, pois dispomos de tecnologia que permite a monitorização destes sinais sem necessidade de usar sensores com fios.



### Massagens nas costas

As massagens nas costas são um recurso importante para o alívio da dor do trabalho de parto. Com a dor aumenta também a tensão muscular, agravando o incómodo. A massagem relaxa os músculos dorsais, causando um alívio da sensação dolorosa. A aplicação de **calor local** pode também ajudar no relaxamento muscular e na melhoria do bem-estar. Peça à Enfermeira da sala para realizar a massagem dorsal a primeira vez e posteriormente o seu acompanhante poderá repeti-la ao longo do trabalho de parto. Se tiver feito analgesia epidural, é necessário ter cuidado especial para evitar a zona das costas onde o cateter está inserido, de forma a não haver risco deste se exteriorizar.



### Duche de água quente

A água quente, para além de promover o relaxamento muscular, leva à libertação de endorfinas, consideradas um "analgésico natural". Nas fases iniciais do trabalho de parto, o duche reduz a sensação dolorosa e a ansiedade, promovendo um maior relaxamento. O Serviço dispõe de instalações sanitárias onde poderá tomar duche de água quente durante o trabalho de parto. Informe a Enfermeira da sala se estiver interessada. Nas fases iniciais do trabalho de parto, quando a evolução for normal, iremos suspender temporariamente a monitorização contínua dos batimentos cardíacos do bebé e das contrações uterinas, já que os sensores que transmitem os sinais usando tecnologia sem fios e são à prova de água.



Anexo 2 - Diploma curso suturas



12.05.2022

Fecha de emisión

## Curso Actualizado de Sutura Perineal

**JAVIER MORANO CARRANZA**

Formación impartida en la modalidad: presencial  
*Ocho horas teórico-prácticas*

*Celebrado en Tenerife el día 12 de Mayo de 2022*

Para las profesiones: Matronería, Obstetricia y enfermería.

Obteniendo así **1 crédito ECTS** y el reconocimiento de estudios de formación continuada

**Helena López Paredes**  
CEO Helena Eyimi Ltd.

**Shahla Bakhtiari**  
Docente

