

AGRADECIMIENTOS

El camino andado durante esta formación del Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia ha sido una aventura que ha ido surgiendo poco a poco y con cada paso. Pasos que han sido dados de la mano de personas que me han acompañado y a las que agradezco con cariño en este informe. A la familia, un pilar fundamental y el puerto base al que volver. A los amigos, esos que escuchan las anécdotas de esta aventura, que lanzan palabras de apoyo que surcan la distancia para envolverte en un cálido abrazo y están a mi lado para sacarme una sonrisa, cuando el camino parece gris, a esas personas no tan allegadas, pero que, con su frescura y energía, te cambian el día y suman. En el corazón llevo a familias que surgen en el camino y te abren las puertas de sus casas y de sus vidas. A todos aquellos tutores que me enseñaron, me trataron como una colega más y me tendieron la mano para hacer de todo esto un aprendizaje fluido y en especial a las profesoras de la formación de MESMO de la Universidad de Évora, por su paciencia, los continuos feedback para asegurar que no nos perdiéramos y por el trato cercano. Y en definitiva a todas esas personas que de alguna manera estuvieron presentes en este camino, ¡muchas gracias!

Obrigada.

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN SALUD MATERNA. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN

Introducción: La formación en el Máster de Enfermería en Salud Materna y Obstetricia proporciona las competencias profesionales teórico-prácticos y contribuye al trabajo basado en evidencia científica. Objetivo: describir el proceso de adquisición de competencias como enfermera especialista a través de las prácticas clínicas y habilidades de investigación. Metodología: descripción de las experiencias en cada campo clínico, investigación empírica sobre la percepción de los profesionales de salud materna sobre las Terapias Complementarias, presentado los resultados mediante estadísticas descriptivas y reflexión sobre la adquisición de competencias profesionales. Resultados: la adquisición de habilidades tuvo un balance positivo de los campos clínicos. La investigación reflejó que los profesionales de salud contemplan las Terapias Complementarias, como una opción aceptable y complementaria donde precisan formación y evidencia para su uso. Conclusión: las Terapias Complementarias son una opción aceptable y complementa la práctica convencional. El acceso a la formación en Terapias complementarias es limitado.

Palabras clave (DeCS): partería, actitud, método, embarazo, Terapias Complementarias.

COMPLEMENTARY THERAPIES IN MATERNAL HEALTH. ATTITUDES OF PROFESSIONALS

ABSTRACT

Introduction: The training in Nursing Master in Maternal Health and Obstetrics provides theoretical and practical professional skills and contributes to work based on scientific evidence. Objective: describe the process of acquiring competencies as a nurse specialist through clinical practices and research skills. Methodology: description of the experiences in each clinical field, empirical research on the perception of maternal health professionals on Complementary Therapies, presenting the results through descriptive statistics and reflection on the acquisition of professional skills. Results: the acquisition of skills as a positive balance of clinical fields. The investigation reflected that health professionals contemplate Complementary Therapies, as an acceptable and complementary option where they need training and evidence for their use. Conclusion: Complementary Therapies are an acceptable option and complement conventional practice. Access to Complementary Therapies is limited.

Keywords (Mesh): midwifery, attitude, method, pregnancy, Complementary Therapies.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. CONTEXTO CLÍNICO DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.....	10
2.1 Caracterización de los campos clínicos.....	10
2.2 Metodología.....	30
3. CONTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA.....	34
3.1 Conceptualización.....	34
3.2 Metodología.....	37
3.3 Resultados.....	39
4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DEL EESMO.....	46
5. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA MEJORÍA DE LOS CUIDADOS DEL EESMO.....	66
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	71
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS	
ANEXO 1: Aceptación del CEI de la Universidad de Évora.....	79
ANEXO 2: Registros clínicos.....	80
APÉNDICES	
APÉNDICES A: Diario de aprendizaje.....	92
APÉNDICES B: Borrador del protocolo Prospero-melanoma y embarazo.....	106
APÉNDICES C: Revisión de literatura: melanoma en el embarazo.....	109
APÉNDICES D: Melanoma en el embarazo. Estudio de caso.....	114
APÉNDICES E: Formación complementaria.....	116
APÉNDICES F: Solicitud al CEI de la Universidad de Évora.....	118
APÉNDICES G: Borrador del protocolo Prospero-Terapias Complementarias.....	124
APÉNDICES H: Revisión de literatura sobre Terapias Complementarias.....	130
APÉNDICES I: Instrumentos recogida de datos.....	132
APÉNDICES J: Solicitud a los autores del instrumento de recogida de datos.....	138
APÉNDICES K: Consentimientos informados.....	139
APÉNDICES L: Aceptaciones de los CEI.....	145

APÉNDICES M: Resultados de la vertiente de investigación sobre Terapias Complementarias	150
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Campos clínicos y períodos de las prácticas clínicas.....	10
Figura 2 ACES Central I	12
Figura 3 Concejo de Faro	12
Figura 4 Región de Algarve.....	16
Figura 5 Área de competencia del CHUA.....	19
Figura 6 Provincia de Las Palmas	24
Figura 7 Isla de Gran Canaria.....	24
Figura 8 Resumen de los campos clínicos y la población diana	30
Figura 9 Grupos profesionales de la muestra	39
Figura 10 Actitudes hacia las TC	42
Figura 11 Actitudes hacia las TC con formulación negativa.....	42
Figura 12 Opiniones sobre las TC	44
Figura 13 Opinión sobre las TC en la Educación Superior	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Conocimientos, usos y recomendaciones de modalidades de Terapias Complementarias (definidas por NCCIH).....	40
Tabla 2: Fuentes de información sobre Terapias Complementarias.....	40

1. INTRODUCCIÓN

Este documento, en el marco de la formación del Máster en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia (MESMO), constituye el informe de final de prácticas de naturaleza profesional. Anclado dentro del curso que la Universidad de Évora (UÉ) ha desarrollado, basado en documentos nacionales (Despacho n.º 11051/2018, de 26 de noviembre) de acuerdo con la Orden de los Enfermeros (OE) (Directiva n.º 89/594/CEE, de 23 de noviembre) y con documentos internacionales (*International Confederation of Midwives e Nursing and Midwives Council*).

El informe actual, que se ocupa en particular de las prácticas profesionales, es un reflejo de un proceso de aprendizaje que tuvo lugar durante dos años en la UÉ. En este proceso, la relatora tuvo éxito en las unidades curriculares (UC) del primer año, que, en relación al período teórico, adquirió conocimientos en el área específica de salud materna y obstetricia y en las áreas de psico-sociología e investigación. En continuidad, al aprendizaje, este se sistematizó, a través de la experiencia en campos clínicos, con oportunidades para el desarrollo de prácticas en servicios obstétricos hospitalarios, así como en unidades de salud en la comunidad. Construyendo con conocimientos teóricos y prácticos y mediante las prácticas de naturaleza profesional a la formación de la alumna, la cual culminó con la evaluación satisfactoria en todos los campos clínicos, así se alcanzaron los objetivos fundamentales de las competencias específicas definidas para el EESMO, lo que significa haber logrado los objetivos definidos para las prácticas de Naturaleza Profesional:

1) Cuidar de la mujer en su ciclo reproductivo y sexual, así como de la pareja insertada en la familia y la comunidad, desde los cuidados primarios y especializados de la salud.

2) Demostrar una adquisición de conocimiento, en base al desarrollo de habilidades de investigación, que conduzca a una propuesta de proyecto, incluyendo aspectos teórico-prácticos y la Práctica Basada en la Evidencia.

Sin embargo, será la prueba pública final, la que permitirá alcanzar el tercer objetivo: defender, a través de un informe presentado, su desempeño en las prácticas clínicas. La experiencia reportada en este documento, por lo tanto, tiene el objetivo de responder a la capacitación académica del segundo nivel y califica a la alumna para la solicitud del título de especialista, según definición de la Orden de los enfermeros, OE.

En este sentido, los objetivos de este informe son: 1) describir de manera reflexiva las experiencias clínicas supervisadas llevadas a cabo durante las prácticas clínicas y 2) describir la experiencia en el campo de la investigación aplicada a la práctica clínica, ambas en el segundo año de capacitación del enfermero especialista en salud materna y obstétrica, EESMO. La descripción de las experiencias clínicas supervisadas se orientó hacia el ejercicio, la capacitación técnica, la toma de decisiones, la reflexión sobre situaciones críticas y/o de mayor interés para el estudiante de máster, buscando acompañar el desarrollo del conocimiento a través de evidencia científica. La incursión en el área de investigación se orientó hacia el tema de las Terapias Complementarias en Salud Materna y las actitudes de los profesionales.

Las prácticas se llevaron a cabo en el período del 16 de septiembre de 2019 al 8 de marzo de 2020, según lo planeado. A partir de esta fecha, debido a la pandemia de coronavirus y a las pautas académicas, hubo una interrupción de las prácticas. Se regresó a los campos clínicos, con plan adaptado y programado para el 1 de junio de 2020 hasta finales de agosto de dicho año. Con las nuevas medidas establecidas, las prácticas se trasladaron al territorio español, más específicamente a las Islas Canarias. Por lo tanto, el calendario del período formativo debía ampliarse, de acuerdo con las oportunidades ofrecidas por el Servicio Canario de Salud (SCS), a los cuales la UÉ comenzó a integrar como colaboradores en esta formación.

Este informe está organizado de acuerdo con las secciones que el Comité del curso del Máster en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia definió y está redactado, de acuerdo a las orientaciones institucionales, mediante las normas de la *American Psychological Association, APA* (APA, 2020).

2. CONTEXTO CLÍNICO DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL

Las prácticas clínicas se llevaron a cabo en una amplia variedad de campos clínicos, ofreciendo diversas experiencias, en el año académico 2019-2020, en el semestre impar y el semestre par, realizando a cabo incluso en este último semestre, adaptaciones debido a la crisis de Covid-19. Los diversos campos clínicos en los que tuvieron lugar las experiencias de aprendizaje se resumen a continuación (Figura 1). Posteriormente pasamos a la descripción detallada de cada campo clínico.

	CAMPO CLÍNICO	UNIDAD DE SALUD	SERVICIO	HORAS	SUPERV.	FECHA
CSP	CENTRO DE SALUD	ACES Central I Faro	UCC Faro	168h - 180h	Z.S.	17/09/19 a 27/10/19
	OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Hospital Particular de Algarve	Servicio de obstetricia	168h - 210h	P.S.	28/10/19 a 07/12/19
CSD	BLOQUE DE PARTOS I	Centro Hospitalario Universitario de Algarve	Bloque de partos	168h – 187h	P.S. e P.M.	09/12/19 a 25/01/20
	BLOQUE DE PARTOS II	Centro Hospitalario Universitario de Algarve	Bloque de Partos	112h – 120h	N.N. e M.M.	11/02/20 a 07/03/20
	BLOQUE DE PARTOS III	Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil Gran Canaria	Bloque de partos	224h – 252h	D.G.	01/06/20 a 28/07/20
	PUERPERIO	C. Hospital Universitario Materno Infantil Gran Canaria	Servicio de Puerperio	140h – 144h	I.M.	29/07/20 a 22/08/20
	INVESTIGACION	LOCAL	Hospital Particular de Algarve, Hospital Universitario de Algarve	Servicio de obstetricia - ginecología y bloque de partos		M.S.

Figura 1 Campos clínicos y períodos de las prácticas clínicas

2.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CAMPOS CLÍNICOS

Cuidados de Salud Primarios (CSD)

La atención primaria de salud es uno de los pilares fundamentales del desempeño profesional. Llegar a la población en la prevención y promoción de la salud y la atención durante la enfermedad es esencial para la comunidad, como un todo funcional. La

Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO), aborda varias áreas de la salud reproductiva de las mujeres y parejas, la etapa preconcepcional, la etapa reproductiva y el período de climaterio incluyendo la salud ginecológica a lo largo de la vida. Con atención en el desarrollo de la pubertad, educación para la sexualidad, atención en el ciclo menstrual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y patología ginecológica, planificación familiar, preparación para la maternidad y cuidados en el climaterio. Algunos programas se inician en una etapa y continúan en la siguiente, haciendo del EESMO una figura de referencia para las mujeres.

Por lo tanto, existe el potencial para el desarrollo de una relación privilegiada entre cliente-usuario, a diferencia de cualquier otra etapa de la atención asistencial. La figura del EESMO está integrada en equipos multidisciplinario que se encuentra en el centro de salud, con las capacidades necesarias para brindar atención de manera específica. Por lo tanto, como estudiante del MEESMO, es crucial desarrollar habilidades y alcanzar competencias de acuerdo con el reglamento. Debido a las características intrínsecas de la unidad donde se desarrolló la práctica clínica en esta vertiente, se alcanzó a la población de mujeres embarazadas y en periodo posparto, que para el desarrollo de habilidades en la vigilancia de la salud de las mujeres en estas etapas fue esencial. Las prácticas de naturaleza profesional se desarrollaron en la región de Algarve, más específicamente en la Unidad de Cuidados en la Comunidad (UCC) de Faro.

Localización de las unidades de cuidados de salud en Algarve

La Administración Regional de Salud del Algarve (ARS-Algarve) está formada por tres agrupamientos de centros de salud (ACES): 1) ACES Algarve I Central, con sede en Faro, tiene el área de intervención correspondiente a los municipios de Albufeira, Faro, Loulé, Olhão y São Brás de Alportel; 2) ACES Algarve II Barlovento, con sede en Portimão, tiene como área de intervención la correspondiente a los municipios de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves y Vila do Bispo; 3) ACES Algarve III Sotavento, con sede en Tavira, tiene como área de intervención la correspondiente a los municipios de Alcoutim, Castro Marim, Tavira y Vila Real de San Antonio.

Las prácticas se desarrollaron en ACES I Central, donde la Unidad de Cuidados a la Comunidad (UCC) de Faro es una de sus unidades funcionales junto a la Unidad de Salud Familiar (USF), de acuerdo con el Decreto-Ley n.º 28/2008, de 22 febrero. El área que abarca ACES Central I es de 1381 km² y 18 distritos, con una estimación de 226,729

habitantes (población estimada en 2016). Representa cerca del 51.3% de la población de Algarve (ARSA Algarve, 2019).



Figura 2 ACES Central I

ACES Central I está formado por los municipios de Albufeira, Faro, Loulé, Olhão y São Brás de Alportel. Su población es móvil, ya que además de la cantidad de habitantes, durante la temporada de verano, la fluctuación y movilidad de los visitantes se acerca a las 20.400 pernoctaciones. Esto aumenta la cantidad de personas que son usuarios potenciales de los servicios de salud durante ese período de tiempo.

La UCC de Faro, sirve al consejo con el mismo nombre, que representa los servicios de salud para una población de 64. 560 habitantes (según el censo de 2011). Distribuido en 4 distritos: Unión de distritos de Faro (Sé y S. Pedro), distrito de Montenegro, Unión de distritos de Conceição y Estoi y distrito de Santa Bárbara de Nexe.

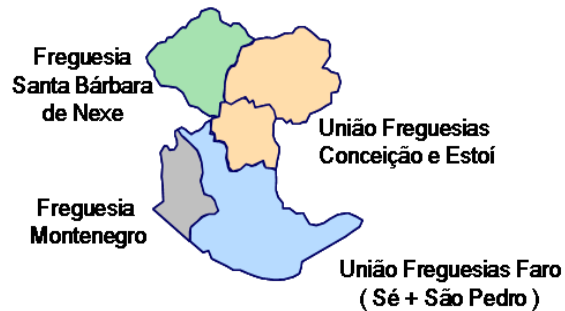


Figura 3 Concejo de Faro

La UCC de Faro, está ubicada en la ciudad de Faro, fue creado en diciembre de 2009, cubriendo toda el área geográfica del municipio. Su misión y visión fundamental se basan en el Despacho n.º 10143/2009 del 16 de abril, que tiene como objetivo contribuir a la mejora del estado de salud, ofreciendo atención médica de calidad, recursos sociales en el hogar y recursos comunitarios y recursos psicológicos.

Todo esto es posible a través de proyectos y actividades desarrolladas en la UCC para cumplir con la estrategia definida en el Plan Nacional de Salud (PNS) (ARSA Algarve, 2019).

La población principal a las que tuvimos acceso fueron mujeres durante el embarazo y el post parto. Los cuidados proporcionados desde la UCC de Faro se centraban en la mujer en estas etapas, realizando su seguimiento durante la gestación y proporcionando los talleres para la Preparación para el Nacimiento y la Maternidad-Paternidad (denominación en portugués: *Preparação para o Nascimento e Parentalidade, PNP*) y tras el parto, fomentando la recuperación física en las aulas de Recuperación Posparto, RPP. Nuestra población diana era captada por los profesionales de la unidad de salud familiar y transferidas a la UCC donde estaba insertada la figura del EESMO.

Caracterización de los recursos materiales de la UCC de Faro

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00, los sábados y festivos cerrados.

Para lograr la estrategia definida en el Plan Nacional de Salud (PNS), la UCC de Faro desarrolla las siguientes actividades y proyectos;

1. Cuidados continuados integrados.
2. Intervención comunitaria en salud mental: sinergia en la atención.
3. Salud escolar.
4. Preparación para el nacimiento y la crianza de los hijos.
5. Rincón de la lactancia materna.
6. Nacer ciudadano.
7. Sistema Nacional de Intervención en la Primera Infancia - SNIPI.
8. Centro de apoyo para niños y jóvenes en riesgo - NACJR.
9. Comisión y protección de niños y jóvenes.
10. Grupo de Apoyo a la Salud Mental Infantil - GASMI.
11. Oficina de apoyo para jóvenes/adolescentes.
12. Consulta juvenil.
13. Consulta psicológica
14. Fisioterapia en ambiente acuático.
15. Intervención comunitaria: estar saludable a través de la inclusión.
16. Formación en colaboración / alfabetización sanitaria.
17. Intervención en ingresos de inserción social - RSI.
18. Red social.
19. Cuidado de cuidadores.
20. Otras actividades de intervención comunitaria.

De estos programas, describimos a continuación a los que se pudo acceder y contribuyeron a nuestro desarrollo (ARSA Algarve, 2019).

A. Programas de preparación para el nacimiento y aulas de recuperación posparto: para nuestra formación, el Programa de Preparación para el Nacimiento y la Maternidad-Paternidad (en adelante; PNP) fue el principal hito donde se desarrollaron las habilidades en el área de CSP. Las mujeres acceden a las aulas de PNP a través de la Unidad de Salud Familiar (USF) tras ser informadas por el médico o enfermero de dicha unidad. Después de este primer paso, la mujer es recibida por el EESMO donde se informa de las aulas de PNP. Si finalmente entra en el curso, será asignada a un grupo para incorporarse a las aulas, dichos grupos tienen como característica común que son mujeres de edad gestacional muy similar y fecha probable de parto aproximada, accediendo así a las aulas entorno a las 30 semanas de edad gestacional. Además, la mujer puede tener una cita individual a demanda con el EESMO. Los grupos quedan formados para las aulas de Recuperación Posparto (RPP), de manera que son las mismas mujeres en el periodo prenatal y posnatal. Estas aulas se realizan durante seis semanas, son guiadas por la fisioterapeuta en la UCC de Faro y en el USF de São Brãs de Alportel por la EESMO de la UCC de Faro en coordinación con la EESMO de la unidad de S. B. de Alportel, durante el periodo de las prácticas.

B. Rincón de la lactancia: el rincón de la lactancia en Portugal es una red de apoyo a la lactancia materna, donde la mujer acude durante esta etapa. Permite a las mujeres tener un lugar para resolver dudas, pedir ayuda, ser apoyadas y escuchadas. En el caso de la UCC de Faro es gestionada por una enfermera pediátrica con años de experiencia. De manera que brinda apoyo para el éxito de la lactancia materna. Es un lugar de acceso de manera programada mediante agendas y a demanda de las usuarias, estando disponible en el horario del USF de Faro (DGS, 2019).

La plataforma informática utilizada para registrar las prácticas de enfermería está basada en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®) utilizando el software Sclinic®. Los registros se llevan a cabo por sesiones donde se establece y controla la asistencia y se marcan objetivos, que después son registradas en la historia informática como establece el Plan Nacional de Salud.

Caracterización de los recursos humanos de la UCC de Faro

- .: Equipo de enfermería general: 7
- .: Equipo de enfermería de salud materna: 1
- .: Equipo médico: 3
- .: Fisioterapeutas: 2
- .: Auxiliares de acción médica: 2-3.

Cuidados de Salud Diferenciados (CDS)

La atención especializada de salud es el otro gran eslabón de la cadena asistencial de cualquier sistema de salud. Por ello es una parte fundamental donde los profesionales desempeñan su labor de manera específica. Su principal característica es la atención durante los procesos de enfermedad, seguimiento y rehabilitación para proporcionar una vuelta a la situación de salud donde el usuario pueda realizar su vida de la manera más autónoma e independientemente posible. Desde el punto de vista de la salud materna, aunque esta no es un proceso patológico, en el sistema de salud actual, portugués y español, la asistencia al parto se realiza dentro de esta área, quedando insertada en la red de hospitales del sistema de salud. De esta manera el alumno de MESMO aborda diferentes cuidados específicos del tipo: estudios y/o tratamientos de la fertilidad, cribados y asesoramiento genético, detección y tratamiento de la patología obstétrica. Hay que añadir las etapas de salud de la mujer fuera la maternidad, como son la etapa preconcepcional y la detección y tratamiento de la patología ginecológica que también son abordadas desde los CSD. Para el EESMO se plantea un amplio abanico de áreas donde adquirir conocimientos, habilidades y autonomía sobre el abordaje de la asistencia de tercer nivel en la salud reproductiva de la mujer, formar parte de un equipo multidisciplinar y coordina cuidados entre los diferentes servicios de hospitalización para así desarrollar y alcanzar competencias de acuerdo con Reglamento 391/2019, de 3 de mayo. Debido a las diferentes características de las unidades donde se desarrollaron las prácticas, se accedió a dos contextos diferentes, pues las prácticas clínicas fueron desarrolladas en la región de Algarve en Portugal y en las Islas Canarias en España, en los hospitales: Hospital Particular de Algarve-Gambelas (HPA), Centro Hospitalario Universitario de Algarve (CHUA) y Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria (CHUIMI).

Localización geográfica de Algarve (Portugal) y Gran Canaria (España)

Nuestra capacitación durante las prácticas clínicas se desarrolló en dos regiones diferentes; en el Área Regional del Algarve, Portugal y en Gran Canaria una de las Islas Canarias, en España.

Región de Algarve

El área regional de Algarve abarca una población de 450,000 habitantes que incluye 16 concejos. Este número puede triplicarse en la temporada alta del turismo (SNS, 2020a).

16 concejos



Figura 4 Región de Algarve

En esta área encontramos los dos hospitales donde se desarrollaron en el primer semestre y parte del segundo semestre, nuestras prácticas clínicas y son los siguientes: Hospital Particular de Algarve y Centro Hospitalario Universitario de Algarve.

Hospital Particular de Algarve - Gambelas

El Hospital Particular de Algarve (HPA) - Gambelas, se creó en 2009. Está incluido en la red de servicios de salud del Grupo HPA, que consta de 5 hospitales, tres de ellos en la región del Algarve (Portimão, Alvor y Faro) y 12 clínicas en las regiones de Algarve, Alentejo y Madeira. Integrando diferentes servicios y atención médica diferenciada. Incluye una amplia variedad de especialidades.

Ubicado en la ciudad de Faro, en Montenegro, lindando con el Parque Natural de Ria Formosa. Ofrece sus servicios no solo a la población de esta ciudad, abarca toda la región del Algarve y el sur de Alentejo. Es un hospital que cuenta con una amplia variedad de servicios y horario las 24 horas del día durante 365 días. Durante el período de prácticas, se observó la procedencia de usuarias de todo Algarve, para el seguimiento en HPA-Gambelas del embarazo y/o la asistencia al parto, así como la consulta de puerperio.

Además, es un hospital de referencia para la mayoría de la población extranjera que reside en el Algarve y aquella que viajan por turismo. Su principal fuente de trabajo es a través de los seguros de salud (funcionarios públicos y privados). Un ejemplo de

cifras estadísticas durante los años 2017 – 2018 - 2019 fue de: 504 – 552 - 597 partos, según estadísticas internas.

Nuestras practicas fueron en el servicio de hospitalización para mujeres embarazadas y ginecología. Desde este servicio se gestiona el bloque de partos, el servicio de puerperio y la consulta del EESMO.

La población diana en nuestra etapa de aprendizaje aquí, fue la mujer gestante con patología asociada, la mujer en trabajo de parto (TP) que ingresaba para la atención del parto y la mujer con patología ginecológica. Pudimos acceder a ella desde la atención en urgencias de obstetricia, donde la usuaria llegaba para valoración de su cuadro clínico, así como su hospitalización si era preciso. Durante la estancia de las mujeres en el servicio de obstetricia, nuestras tareas se centraban en los cuidados en estas etapas.

Además de esto, el HPA consta en el mismo piso con una consulta de EESMO de cuidados de salud primarios, para el seguimiento del embarazo. De esta manera se brinda toda la cadena de cuidados de salud para la mujer en su periodo de embarazo, parto y puerperio. Al disponer de la consulta del EESMO de atención prenatal y en un intento de reforzar nuestro aprendizaje en este área, tuvimos la posibilidad de desarrollar aquellas competencias en Cuidados de Salud Primarios, con el apoyo del equipo profesional. Además de continuar el contacto con mujeres que habíamos conocido en la UCC de Faro y que realizaban el control de su embarazo aquí.

Hay que señalar que nuestra principal población aquí era la mujer gestante con/sin patología asociada, pero debido a la afluencia tan variada de usuarias a este hospital y la estructura del área de obstetricia y ginecología pudimos tener contacto con mujeres con patologías ginecológicas.

Recursos materiales del servicio de obstetricia de HPA

Como hemos nombrado, HPA dispone de una amplia variedad de servicios para la atención de la salud de la mujer, incluye los CSP, por un lado; donde se integran las consultas del EESMO y de los obstetras/ginecólogos. Así como los CSD por otro lado con la estructura que se detalla. Cuenta con instalaciones nuevas, divididas en áreas:

- Admisión, consultas médicas y consulta del EESMO.
- Urgencia de obstétrica/ginecológica.
- Servicio de obstetricia/ginecología.
- Bloqueo de partos.
- Servicio de puerperio.

- Sala de quirófanos.
- Servicio de neonatología y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UCIN.

El acceso al área de maternidad es independiente, excepto durante la noche que el acceso es a través de la urgencia general y luego se transfiere a la urgencia de obstetricia y ginecología.

La plataforma informática utilizada para realizar los registros de enfermería está basada en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®) y los registros de cardiotocografía fetal se realizan utilizando el sistema Ombiviewporto®. Existe registros estadísticos en el servicio, que son mensual y anuales, realizados en formato papel.

Recursos humanos del servicio de obstetricia de HPA

- ∴ Equipo de enfermería general: 17
- ∴ Equipo de enfermería especialista en salud materna: 12
- ∴ Equipo médico de obstetricia: 7
- ∴ Equipo médico de anestesia (para el bloque de partos): 4
- ∴ Auxiliares de acción médica: 4/mañana, 4/tarde, 2/noche.

Centro Hospitalario Universitario de Algarve, CHUA

El Centro Hospitalario Universitario de Algarve, CHUA, fue creado por el Decreto-Ley n.º 69/2013 de mayo, siendo el hospital de referencia en Algarve, como resultado de la fusión entre el hospital de Faro y el centro hospitalario de barlovento Algarvio (Hospital de Portimão y hospital de Lagos). En 2017, bajo el Decreto-Ley n.º 101/2017, del 23 de agosto, su nombre fue cambiado a Centro Hospitalario Universitario de Algarve (CHUA), al ser transferidas para CHUA las competencias de ARS-Algarve relacionadas con el centro de medicina física y rehabilitación del sur (CMFRS). Prestando servicios de atención médica especializada en medicina física y rehabilitación, a través de la atención hospitalaria y ambulatoria, a la población de la zona geográfica de los distritos de Faro y Beja, principalmente.

Integrada en el Sistema Nacional de Salud (SNS), CHUA se constituye como una persona jurídica de derecho público, de carácter empresarial, dotada de autonomía administrativa, financiera y patrimonial. Teniendo un área de influencia de primer nivel, que abarca la población de toda la región de Algarve.

El CHUA, abarca los 16 consejos que corresponden al área de Algarve (Figura 5).

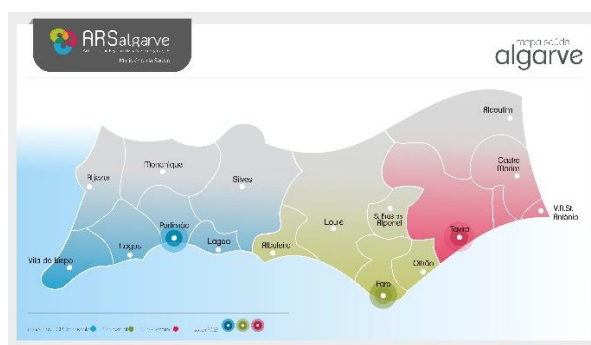


Figura 5 Área de competencia del CHUA

El CHUA brinda asistencia continuada las 24 horas, los 365 días. Integra diferentes servicios y cuidados de salud diferenciados (CDS). Incluye especialidades para pacientes hospitalizados y consultas de tercer nivel, que cubren una amplia gama de especialidades entre ellas incluye la especialidad de ginecología/obstetricia, con las siguientes áreas:

- Servicio de ginecología/obstetricia: hospitalización de gestantes y ginecología.
- Servicio de puerperio.
- Bloque de parto, incluido la urgencia de obstétricas/ginecología, salas de parto, bloque quirúrgico para cesáreas. Adjunto al bloque de partos está la UCIN.
- Unidad de cuidados intensivos neonatales, UCIN.
- Consultas de preconcepción, detección prenatal y diagnóstico de anomalías cromosómicas, medicina materno-fetal, planificación familiar e interrupción legal del embarazo.

Fue en el bloque de partos, donde realizamos nuestras prácticas clínicas de naturaleza profesional. Nuestra población diana: mujeres gestantes que acudían en trabajo de parto para la atención de su parto, podían proceder de su domicilio y del servicios de hospitalización de gestantes del propio hospital. No obstante, esta no fue la única población a la que tuvimos acceso, debido a la configuración el servicio donde consta del servicio de urgencias obstétrico/ginecológico, pudimos tomar contacto con gestantes con algún proceso clínico urgente y con mujeres con algún tipo de patología ginecológica. No obstante, la mujer en trabajo de parto fue nuestra población diana para este campo clínico. Por lo general esta población estaba comprendida entre los 15 y 40 años. Hubo una amplia variedad de población, de diferentes culturas (población de etnia gitana, de origen hindú,

nepalí y en menor medida del norte de Europa y sur de América). Esto es un reto para el desarrollo de nuestro perfil profesional, incluyendo las diferentes maneras de abordar el acompañamiento al parto.

Durante el periodo de realización de nuestras prácticas aquí, observamos una incidencia de partos/cesáreas de; 3813 – 1163 (a fecha de diciembre de 2019) y 861 – 241 (hasta febrero 2020) (SNS, 2020b). Esto nos da como resultado según la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de una tasa de cesáreas del: 30,5% (WHO, 2015b).

Recursos materiales del servicio de bloque de partos del CHUA

Se puede acceder al servicio de bloque de parto, con funcionamiento las 24 horas, de dos maneras, desde la unidad de hospitalización de mujeres embarazadas y desde la urgencia general. Desde este último, las mujeres son remitidos al quinto piso, para una evaluación/admisión de urgencia de obstetricia/ginecología, donde son evaluados de una manera más específica. Desde ahí pueden ser enviados al bloque de partos, servicio de hospitalización o alta a domicilio.

La urgencia/admisión se encuentra dentro del área de bloqueo de partos, con acceso restringido. Consiste en dos salas de triaje con dispositivos para evaluar y realizar cualquier intervención urgente. Desde el área de admisión, se accede al bloque de partos por una puerta con un código de seguridad.

El bloque de partos se compone de salas individuales, una primera sala de observación, para aquellas intervenciones durante el episodio de urgencia y cuatro salas más, para la atención al trabajo de parto y parto. Además, consta de una sala de quirófanos para las cesáreas, una sala para la recepción de recién nacidos mediante cesáreas y aquellos que necesitan atención médica urgente tras el parto. Esta sala se conecta directamente con la UCIN. El servicio consta de un control de enfermería, donde los monitores de cardiotocografía (en adelante; CTG) están conectados y donde están los ordenadores de trabajo y una área donde están los medicamentos. Existen dos salas de recuperación, una para la recuperación de cesáreas y la otra para partos vaginales. En estas salas, las púerperas permanecen las primeras dos horas del posparto, por lo que son vigiladas de manera más exhaustiva. En esta área continúan acompañadas por la persona de referencia y el bebé. Se trata de mantener el contacto piel con piel e inicia la lactancia materna en este período.

Programas que se desarrollan:

- Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, IHAN.
- Maternidad con calidad.
- Programa de apoyo a la lactancia materna.
- Nacer ciudadano (Portugal, 2008a).
- Pulsera electrónica (Portugal, 2008b).
- Rastreo auditivo (SNS, 2017).

La plataforma informática utilizada para los registros de enfermería está basada en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE®). Funciona a través del programa Sclinic®. Los registros de partograma son realizados a papel e incluidos en la historia clínica de la mujer y los registros de cardiotocografía fetal se realizan utilizando el sistema Ombiviewporto®. Existe un registro estadístico propio del servicio de bloque de partos, mensual y anual realizado en formato de Excel.

Recursos humanos del servicio de bloque de partos del CHUA

Compuesto por un equipo de médicos, enfermeras, asistentes técnicos y asistentes operativos, la misión del servicio es la atención de las mujeres el embarazo, parto y el posparto. Además, se articula con los servicios clínicos de Pediatría, Neonatología, Ginecología, Anestesiología, Psicología Clínica, Psiquiatría, Cirugía General y Medicina Interna, en particular con las consultas de Diabetología y Nutrición.

El equipo está formado por:

- ∴ Equipo de enfermería general: 10
- ∴ El equipo de enfermería ESMO: 29
- ∴ El equipo médico: con 3-4 obstetras, un anestesista y un anestesista en formación por turno, un pediatra y un pediatra en formación por turno, pudiendo duplicarse el equipo de pediatría, si fuera preciso.

El equipo de enfermería, hasta donde fue posible observar, funciona como un modelo de trabajo en equipo. Este modelo se caracteriza por la colaboración y el respeto mutuo, donde la responsabilidad se comparte, hay una continuidad de la atención al paciente realizada por los diferentes profesionales y esa atención se decide por adelantado y se adapta y se modifica según sea necesario, ya que el proceso de salud/enfermedad tanto en el área de maternidad como otras, es dinámico y evoluciona. La atención que

alguna vez fue adecuada más tarde puede no ser la más idónea. Por esta razón, la continuidad de los cuidados de enfermería es necesaria.

El segundo semestre de nuestra formación transcurrió parte en la región de Algarve y el resto en la isla de Gran Canaria en España.

Islas Canarias, España

Las islas Canarias son una región ultraperiférica (https://ec.europa.eu/regional_policy/pt/policy/themes/outmost-regions/) que constan de dos provincias; Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife. Esta división administrativa sucede también en su gestión del sistema sanitario, aunque todo queda unificado bajo el mismo servicio (Servicio Canario de Salud, SCS) cuya gestión es competencia de la figura administrativa del Gobierno de Canarias. La formación transcurrió en la provincia de Las Palmas formada por las islas de Lanzarote, Fuerteventura y Gran Canaria, siendo en esta última donde se encontraba el hospital donde se realizaron las prácticas clínicas. Todas las islas tienen gestión propia de sus recursos sanitarios dentro del SCS, siendo para la provincia de Las Palmas, la isla de Gran Canaria la referente para aquellos traslados de pacientes que precisen una atención más específica dentro del tercer nivel. Como sucede en el área de maternidad y ginecología, los hospitales de Fuerteventura y Lanzarote tienen autonomía y cada día adquieren más en la atención de embarazos y/o partos de riesgo, así como en la atención en la patología ginecológica. No obstante los casos que precisan de atención especializada, son transferidos a la isla de Gran Canaria. La isla de Gran Canaria consta de una población de 851.231 habitantes (diciembre de 2019) y una población viajera y de pernoctación de 20.339.029 (para todo el año 2019) (INE, 2020).

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria (CHUIMI)

El Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, CHUIMI, está incluido en la red de hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud (SCS), perteneciente a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. El Complejo Hospitalario está formado por el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, centros de referencia en la Comunidad Autónoma de Canarias.

En 1971, fue creado el Hospital Universitario Insular, debido a la explosión demográfica. Es más tarde, en 1982 cuando se crea el Hospital Materno-Infantil, al lado del Hospital Universitario Insular, siendo trasladada la maternidad y los profesionales desde el antiguo centro sanitario el Hospital Nuestra Señora del Pino, también la capital de Gran Canaria. De esta manera, con la figura de los dos hospitales mencionados, pasó a adquirir el nombre de Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, (CHUIMI). Siendo en la actualidad el mayor centro sanitario de las islas Canarias, cuenta con más de 4.800 profesionales y es referencia para toda Canarias, en el tratamiento de la hipoacusia, en la asistencia a los pacientes con lesiones medulares, en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y Medicina Tropical y en la atención en Cirugía Cardíaca Infantil (SCS, 2019b).

El hospital presta servicios de atención médica especializada a través de la atención hospitalaria y de los Centros de Atención Especialidad (CAE) en el área extrahospitalaria, a la población de la zona este y sur de la isla de Gran Canaria y es el centro de referencia para los traslados desde la isla de Fuerteventura. A su vez el Hospital Materno-Infantil, es el centro de especialidades de referencia para toda la isla de Gran Canaria y para las transferencias desde las islas de Fuerteventura y Lanzarote.

El hospital Materno-Infantil da cobertura a todas las mujeres de la isla de Gran Canaria y a todas las mujeres de la provincia de Las Palmas donde se suma la población de las islas de Fuerteventura y Lanzarote, para aquellos casos clínicos donde sea necesario asistencia más específica dentro del tercer nivel asistencial. Siendo transferidas desde los hospitales de estas islas al Hospital Materno-Infantil. La población de mujeres de la isla de Gran Canaria a fecha de 2019 era de; 277.258 entre 15-49 años. Al ser un hospital que presta servicios de ginecología y pediatría, incluye franjas más amplias de edad, así da cobertura a una población menor de 15 años de 150.870 niños en 2019. Y una población de mujeres >49 años de 211.906 en 2019 (INE, 2019).

El CHUIMI, concretamente el hospital de maternidad abarca las poblaciones de Gran Canaria y es el hospital que presta atención nivel 3 a las islas de Fuerteventura y Lanzarote en las especialidades de Ginecología y Obstetricia. Todo esto corresponden al área administrativa de la provincia de Las Palmas (Figuras 6 y 7).



Figura 6 Provincia de Las Palmas



Figura 7 Isla de Gran Canaria

Al disponer de un hospital de ocho plantas, exclusivo para maternidad/ginecología y pediatría, pudimos desarrollar nuestras prácticas en un contexto clínico con una estructura diferente. La población diana en este contexto para nuestro desarrollo profesional fueron las mujeres gestantes que accedían al bloque de partos y la diada materno-infantil presentes en el servicio de puerperio. Una vez más debido a la configuración del servicio de bloque de partos, que abarca la urgencia de obstetricia/ginecológica, pudimos tener contacto con una amplia variedad de situaciones clínicas no solo dentro de la obstetricia sino también de la ginecología. Así como debido a la configuración del equipo de EESMO del servicio de puerperio, donde se abarca la consulta de patología fetal y el seguimiento de mujeres embarazadas con patología asociada, tanto ingresadas en los servicios de obstetricia como procedentes de su domicilio para control del embarazo. Nos permitió acceder a situaciones clínicas dentro del embarazo, de manera puntual y así conocer el abordaje en esta etapa y en otro contexto diferente hasta el momento conocido en las prácticas clínicas, sin descuidar por ello nuestra principal población diana para este campo clínico.

La población diana se encontraba en el rango de edad entre los 15 y 46 años, para las gestantes y/o puérperas. Esta población fue variada una vez más, incluyendo a mujeres procedentes de todo el territorio nacional, así como internacional, con una amplia población procedente del norte y oeste de África, centro y sur de América, población asiática, hindú y un gran número de europeos que residen temporal o permanentemente en la isla. Además, existe poblaciones con menor representación como, por ejemplo: población del este de Europa u Oriente. Esto supone una amplia variedad de culturas y educación que se ve reflejada en la maternidad. La diversa variedad de orígenes de la

población es una característica del territorio insular desde hace décadas, debido al elevado flujo de población inmigrante, tanto europea, africana, latinoamericana, debido a la población canaria que emigró en el pasado y retornó o permanecen familias divididas a ambos lados del océano. Las islas Canarias fueron y siguen siendo una ruta de paso entre los continentes europeo, africano y americano, una muestra de ello es la diversidad de su población.

Se observa una incidencia de cesáreas por cada 100 partos vaginales del: 25.72% (a fecha de 2003) (INE, 2003). La incidencia de partos-cesáreas es de 3558-436 respectivamente (diciembre 2019) (SCS). Esto nos da como resultado según la clasificación recomendada por la OMS de una tasa de cesáreas del: 12.25% (WHO, 2015b).

Recursos materiales del servicio de bloque de partos del CHUIMI

El área de bloque de partos del hospital Materno-Infantil consta de un acceso mediante la urgencias de obstetricia/ginecología. La urgencia de obstetricia y ginecología es un servicio amplio, donde se inicia el circuito de acceso al hospital tanto para la mujer con un proceso de obstetricia, como para la mujer con un problema ginecológico. Circuitos separados pero que ambos son gestionados por el mismo equipo profesionales. Hay que señalar que, a estos circuitos, se añade una tercera ruta para las mujeres con sospecha de Covid-19. Ya que nuestras prácticas clínicas fueron desarrolladas aquí durante la pandemia de Covid-19.

El acceso a la urgencia de ginecología/obstetricia, se realiza mediante una sala de espera, es brevemente encuestada la mujer en relación con el Covid-19. En caso de que el cuestionario inicial sea negativo, la mujer accede a la consulta inicial, donde un EESMO realizada el triaje. Desde ahí la mujer puede ser encaminada para sala de expectantes (si es un proceso obstétrico) o sala de observación (si es un proceso ginecológico) esta primera parte consta de dos consultas más de médicos obstetras, que de manera independiente realizan triaje y/o realizan las valoraciones derivadas por el EESMO de triaje. El EESMO de triaje, a través de protocolos, puede transferir a la mujer a las salas de partos o gestionar su ingreso en planta, si fuera preciso, en comunicación continua con el equipo médico. Todos los casos son comentados al equipo médico pero los profesionales EESMO pueden realizar estas tareas con total autonomía, sin demoras hasta que sea valorada por el equipo médico. También existe en esta primera parte una

sala de espera interna, para aquellas mujeres que no precisan de más intervención hospitalaria.

Una vez triada la mujer, si es un procedimiento obstétrico, es derivada a 1) sala de expectantes donde se realiza un registro cardiotocográfico (CTG) y control de constantes vitales o 2) sala de partos donde consta de 10 salas individuales, con todo el material necesario para realizar el parto, recibir al recién nacido, material de urgencias, lámparas de baja intensidad, sillas y sillones para el acompañante. La sala número siete, dispone de todo lo necesario para un parto fuera de cama, de hecho, no dispone de cama, aunque si de colchones funcionales, consta de piscina, silla para expulsivo, cuerdas desde el techo y todo el material necesario para recibir al recién nacido. La sala número ocho, tiene la misma disposición que el resto, pero está preparada para aquellas mujeres que llegan al servicio en periodo de expulsivo. La sala número nueve es para aquellas situaciones de muerte gestacional, pues es una sala apartada del resto, íntima y donde se puede dejar a la mujer tras el parto para realizar la recuperación allí, así como el acompañamiento al bebe por el tiempo que precise dentro de las condiciones correctas. La sala número diez está preparada para los partos gemelares, es de mayor dimensión y dispone de dos cunas preparadas para la recepción de los bebes. Existe una última sala, es la sala quirúrgica para las cesáreas y si fuera preciso, existe otra área quirúrgica donde también se pueden realizar cesáreas de urgencia.

Anexa a todo esto está la sala de puerperio inmediato donde además está integrada la sala de transición donde se ingresan temporalmente a los recién nacidos que lo precisen, gestionado por un equipo de enfermeras de neonatología y los neonatólogos y a donde el padre puede acceder durante las dos horas de puerperio inmediato y si la situación del recién nacido lo permite, se intenta colocar a este con la madre en piel con piel, en algún momento durante su estancia aquí. Luego si el recién nacido no precisa ingresar en UCIN, será llevado junto a la madre y ambos irán al servicio de puerperio. En las situaciones donde el recién nacido (en adelante; RN) precise de cuidados específicos se ha creado una unidad de hospitalización de RN, donde ingresa junto con la mujer, de manera que permanecerán juntos, hasta que el RN sea dado de alta.

La sala de observación para aquellos casos de ginecología, esta anexa al triaje y en el pasillo central para acceder desde él a los servicios de quirófano o las plantas de hospitalización de ginecología sin tener que pasar por ninguna de las salas de obstetricia mencionadas. Los despachos médicos, el office de personal y los almacenes se encuentran dentro del servicio, de manera que no interfieren en el circuito asistencial.

En el caso de sospecha de Covid-19, desde la sala de espera inicial o desde el exterior (si la propia mujer sospecha de contacto y sintomatología positiva, avisan para ser valorada en el exterior) se accede a una sala independiente y permite acceder a una ruta hasta la planta de hospitalización Covid-19, sin tener que pasar por el resto del servicio.

Programas que se desarrollan:

- Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y Lactancia, IHAN.
- Programa de apoyo a la lactancia materna.
- Rastreo auditivo.
- Inscripción en el Registro Civil.
- Proyecto INBERBAC-Neonatología: Intervención basada en la Evidencia para Reducir la Bacteriemia en Neonatología.
- INCATIV: Indicadores de Calidad en la Terapia Intravenosa.
- NIDCAP: programa NIDCAP España (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*).
- Duelo perinatal.
- Método canguro.
- Lactancia materna en contexto de Covid-19.

La plataforma informática utilizada para los registros de enfermería está basada en la nomenclatura NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y según la clasificación de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Este modelo de trabajo está integrado en el software de trabajo multidisciplinario llamado DragoAE® . Los registros de partograma son realizados a través el software Philips de Partograma® e incluidos en la historia clínica informática y de papel de la mujer. Este software permite la realización de los registros de cardiotocografía fetal y el control de constantes vitales de la mujer, así como su vigilancia desde áreas remotas al estar conectados entre sí y al despacho médico.

Recursos humanos del servicio de bloque de partos del CHUIMI

El equipo del CHUIMI está compuesto por un equipo de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores cuyo objetivo es la asistencia a las mujeres que llegan a la urgencia de ginecología y obstetricia, además de ser al eslabón inicial para la entrada al hospital, se articulan con los demás servicios para asegurar la continuidad de la

asistencia a la mujer y/o diana materno-fetal. Relacionándose con los servicios de Pediatría y Neonatología, Anestesia, Cirugía General y Medicina Interna.

El equipo está formado por:

- ∴ Equipo de enfermeras ESMO: 60
- ∴ Equipo de auxiliares de enfermería: 47
- ∴ Equipo médico especialista en Obstetricia y Ginecología: 63
- ∴ Equipo de gestión bloque de partos: una enfermera especialista en salud materna, una enfermera general y una auxiliar de enfermería.
- ∴ Equipo de la unidad de transición: enfermeras generales: 2, médicos especialistas en Pediatría: 1-2/turno y alumnos de la especialidad de pediatría: 2/turno.
- ∴ Equipo de médicos especialistas en Anestesiólogos: 1-2/turno y alumnos de la especialidad de Anestesia: 2-3/turno.

Este equipo como los anteriores, trabaja en base al trabajo en equipo y la continua interrelación entre profesionales. De manera que la asistencia es continua y dinámica, el abordaje se realiza bajo protocolos y previo consenso en cada caso clínico por el equipo y si fuera preciso mediante la interconsulta a otros profesionales del complejo hospitalario. Los cuidados se adaptan continuamente según sea necesario, ya que el proceso de salud/ enfermedad, es dinámico y evoluciona. La transferencia de servicios se hace de manera multidisciplinaria, tanto desde la perspectiva de enfermería como médica. Estableciendo la comunicación entre profesionales de los diferentes eslabones de la cadena asistencial.

Recursos materiales del servicio de puerperio del CHUIMI de Gran Canaria

El servicio de puerperio del CHUIMI, se encuentra en los pisos seis y siete principalmente, pudiendo hacer uso del piso cinco, si fuera necesario. El piso cinco queda reservado para aquellos puérperas donde el recién nacido tiene sospecha de mal pronóstico, ingresados en UCIN. De esta manera las mujeres, permanecen en un área del hospital donde se propicia el ingreso individual y sin la presencia de mujeres gestantes y puérperas con sus recién nacidos y más próximas a la UCIN para facilitar las visitas al RN.

A las plantas seis y siete se accede mediante la urgencia de ginecología y obstetricia por elevadores internos y mediante un acceso independiente para los visitantes.

Este último acceso es controlado y en la etapa de Covid-19, queda restringido a un acompañante. Se prioriza el descanso nocturno de la diada, por lo tanto, los servicios quedan cerrados por la noche. Ambos servicios constan de 40 camas distribuidas de dos o tres por habitación. Algunas de estas habitaciones quedan en ocasiones reservadas para ingresos individuales, en aquellos casos que la situación de la mujer lo requiera. Existe un área de nidos donde se realizan las sesiones clínicas del equipo, talleres para las familias e intervenciones de urgencias hacia el recién nacido, está dotado con material para urgencias, cama-cunas con calentadores y material de RCP. Además, es dónde el pediatra suele estar presente durante el turno de mañana. Existe también una sala para exploraciones ginecológicas con material necesario y equipos para partos en el servicio. Esto se debe a que en estos servicios ingresan mujeres gestantes con inicio del trabajo de parto (en adelante TP) y que por cualquier condición clínica son ingresadas en maternidad. Existen diversos almacenes, office de personal, despachos de los médicos, despacho de los EESMO y la Unidad Docentes de EESMO y Enfermería Pediátrica. También hay un control de enfermería y un control de celadores, que son los encargados de controlar el acceso al servicio y los traslados de usuarias y material.

Los programas desarrollados, así como la plataforma informática para los registros de enfermería son iguales que los citados en el servicio de bloque de partos, ambas unidades dentro del Hospital Materno-Infantil.

Recursos humanos del servicio de puerperio del CHUIMI de Gran Canaria

Este equipo está compuesto una vez más por un equipo multidisciplinar de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

El equipo está formado por:

- ∴ Equipo de enfermeras generales: 30
- ∴ Equipo de enfermeras especialistas en salud materna: 10
- ∴ Equipo de auxiliares de enfermería: 28.
- ∴ Equipo médico especialista en Obstetricia y Ginecología: 1 / turno.
- ∴ Equipo de médicos especialistas en Pediatría: 1-2/turno y alumnos de la especialidad de Pediatría 1-3/turno.
- ∴ Equipo de médicos especialistas en Anestesiólogos: 1-2/turno y enfermera general: 1.

2.2 METODOLOGÍA

Población diana

La población diana de nuestras prácticas clínicas de naturaleza profesional fue la mujer en su ciclo sexual y reproductivo, y la comunidad donde se desarrolla. De esta manera atendemos también a la pareja, familia y comunidad, como se muestra en el siguiente cuadro resumen (Figura 8).

	CAMPO CLÍNICO	UNIDAD DE SALUD	POBLACION DIANA	AREAS DE COBERTURA
CSP	CENTRO DE SALUD	ACES Central I – UCC de Faro	Mujeres gestantes y sus parejas, puérperas y recién nacido (RN)	Faro y S. B. de Alportel
CSD	OBSTETRICIA / GINECOLOGIA	Hospital Particular de Algarve	Gestantes, parejas y/o familias y mujeres con patología ginecológica	Todas las áreas del Sur y el distrito de Beja. (funcionarios, población extranjera y clientes privados)
	BLOQUE DE PARTOS I	Centro Hospitalario Universitario de Algarve	Gestantes, parturientas, parejas y RN	Región de Algarve
	BLOQUE DE PARTOS II	Centro Hospitalario Universitario de Algarve	Gestantes, parturientas, parejas, diada materno fetal y mujeres con patología ginecológica	Región de Algarve
	BLOQUE DE PARTOS III	Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil Gran Canaria	Gestantes, parturientas, parejas, diada materno fetal y mujeres con patología ginecológica	Isla de Gran Canaria, parturientas derivadas desde las islas de Fuerteventura y Lanzarote
	PUERPERIO	C. Hospital Universitario Materno Infantil Gran Canaria	Puérperas RN y parejas	Isla de Gran Canaria, parturientas derivadas desde las islas de Fuerteventura y Lanzarote

Figura 7 Resumen de los campos clínicos y la población diana

Métodos de aprendizaje

En las prácticas de naturaleza profesional, se llevaron a cabo varios métodos de aprendizaje desde el punto de vista pedagógico. Principalmente nuestro Informe es guiado por una profesora de la Escuela Superior de Enfermería de S.J.D. de la Universidad de Évora, otra profesora de la misma escuela coordina las prácticas en la región de Algarve, orientando también el informe con sugerencias y aportaciones. Esta profesora supervisa y participa directamente en la relación con el supervisor clínico en las prácticas en aquellos servicios donde se desarrolla la formación. Esta tercera figura, el supervisor clínico, es el EESMO con el que directamente desarrollamos nuestra formación técnica, el entrenamiento de habilidades y el desarrollo de las competencias.

A) Entrenamiento de habilidades clínicas: para el aprendizaje y entrenamiento de las competencias clínicas como EESMO, este método de aprendizaje es relevante. Desde técnicas instrumentalizadas hasta métodos menos intervencionistas fueron desarrollados en nuestras prácticas. Cabe señalar que el hecho de estar con un supervisor clínico, pero a su vez poder aprender junto a otros profesionales nos permite apreciar una variedad de desarrollar las técnicas. Podemos citar por ejemplo: la monitorización interna de la frecuencia cardiaca fetal y la dinámica uterina, amniotomía temprana, uso de oxitocina en mujeres con epidural, realización de episiotomías, etc. Y como actividades de baja intervención, por ejemplo: apoyo y acompañamiento continuo, auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal, la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y/o la elección de la posición para pujar, entre otras (OHCHR, 1979; WHO, 2018b, 2018c). El desarrollo diario de nuestra formación nos llevó a otro método de aprendizaje para guiar nuestro desarrollo profesional y no caer en la adquisición de prácticas clínicas desaconsejadas como fue la continua búsqueda de evidencia científica y recomendaciones internacionales.

B) Estrategias de observación: nuestra primera toma de contacto con cada servicio y cada supervisor clínico se realizó mediante la observación de aquellas competencias nuevas y propias de la especialidad en SMO y el desarrollo de competencias propias enfermeras. A medida que las prácticas avanzaban podíamos participar en tareas hasta llegar a desarrollarlas cada vez con mayor autonomía, siempre bajo la supervisión de los orientados clínicos.

C) Búsqueda de evidencia científica y recomendaciones internacionales: como nombramos anteriormente, la amplia variedad de cuidados que se prestan, así

como las múltiples técnicas que se desarrollan en los servicios asistenciales, que pudimos observar o que fueron instruidos, nos llevó a extrapolar el contenido teórico que se había adquirido en el primer curso del Máster en Salud Materna y Obstetricia de la Universidad de Évora, así como los conocimientos que ya disponíamos. Además, mediante la búsqueda de recomendaciones internacionales y la búsqueda de evidencia científica, se amplió, actualizó y adquirió información para así basar nuestra praxis.

D) Diario de aprendizaje: el desarrollo de habilidades reflexivas como parte del aprendizaje, nos llevó a analizar nuestro día a día de manera atenta. De esta manera se llevaron situaciones concretas de nuestros quehaceres diarios para su análisis. Para ello, se describe el tema y se realiza la búsqueda de literatura científica actual para su posterior análisis. Tanto este tema como las demás tareas desarrolladas son identificadas y conectadas con el desarrollo de competencias específicas de EESMO (Reglamento n.º 391/2019, 3 mayo), en formato papel que se adjuntan en este informe (APÉNDICE A).

E) Estudio de caso: el desarrollo del punto anterior nos llevó a profundizar en una de esas situaciones detectadas durante las prácticas clínicas: melanoma en el embarazo. Con la orientación de la profesora del informe final, nos planteamos la realización de un estudio de casos y la propuesta para la revisión sistemática de literatura sobre el tema. Para ello iniciamos la revisión de literatura en bases de datos: Pubmed, Cochrane, EBSCO y a falta de completar dicha revisión hemos realizado el borrador del *protocolo Prospero* por la universidad de Nueva York (APÉNDICE B). Se crearon dos objetivos en relación con esta temática, 1) la revisión sistemática de literatura y 2) el reporte de un caso clínico, en él se realizó la recopilación de datos y seguimiento del caso, así como la elaboración de un plan de cuidados enfermeros basado en la taxonomía: *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* (APÉNDICE D). Y el trabajo hasta ahora realizado sobre la revisión de literatura se encuentra anexado a este informe (APÉNDICE C).

F) Desarrollo de formación complementaria: durante nuestras prácticas se buscaron herramientas de formación complementaria que brindaran apoyo y reforzaran nuestro aprendizaje y desarrollo de habilidades en esta etapa. No obstante, debido a la pandemia de Covid-19, algunos de ellos fueron suspendidos tras inscribirnos (ej. Curso actualizado de sutura perineal o Seminario de Michel Odent). Durante este período de la pandemia de Covid-19 surgieron otros métodos de formación a la que

tuvimos acceso (APÉNDICE E) y que reportan beneficios a nuestra práctica profesional y dan respuesta a las demandas de la población de nuestro entorno.

3. CONTRIBUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA

Nuestra incursión en la investigación fue a través del tema las Terapias Complementarias (TC) en salud materna. El proyecto fue elegido tras búsquedas preliminares en bases de datos, para construir y fundamentar la elección del tema. Fue enviado a la Comisión de Ética para la Investigación Clínica en las áreas de Salud Humana y Bienestar de la Universidad de Évora y su posterior aceptación con el Registro 19026 (APÉNDICE F y ANEXO 1). Para abordar el tema de manera conceptual, se realizó una revisión de la literatura siguiendo los pasos convencionales. Organizamos el pensamiento y orientamos nuestro trabajo en la línea del protocolo *Prospero* (APÉNDICE G) definiendo qué estrategia Pico se iba a implementar, de cara al tipo de cuestión de investigación. A partir de ahí se realizó a) elección de descriptores, b) construcción de la ecuación booleana, c) selección de bases de datos. Los resultados de la búsqueda se presentan en el (APÉNDICE H), siguiendo los procedimientos de este tipo de investigación.

En resumen, las ideas o resultados recogidos en esta revisión de literatura permiten la construcción del apartado 3.1, donde se plantea la conceptualiza el tema.

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN

En el marco de la formación de Máster en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia (MESMO), para obtener el título de Enfermero Especialista en dicha área, se integran múltiples conocimientos y habilidades que son adquiridas en base al aprendizaje teórico y práctico clínico, así como al desarrollo de técnicas de investigación, para conseguir como meta la adquisición de las competencias del Enfermero ESMO (OE, 2019). Y para que esto suceda, es necesario el desarrollo de una perspectiva científica abierta y dinámica, que nos lleve a la continua actualización de conocimientos en nuestra práctica siguiendo las directrices de patrones de calidad, para la mejoría de las practicas clínicas (ICM, 2011, 2017; NICE, 2014; OE, 2018; WHO, 2018b). Esta premisa es perseguida por nuestro trabajo de investigación, las Terapias Complementarias (TC) en la salud materna y las actitudes de los profesionales de salud hacia las TC.

Se aprecia como el uso de las TC va en aumento en la población en general y la maternidad no está exento de ello (Adams, 2006; Adams et al., 2015; Hall et al., 2015; Hall et al., 2011; Mollart et al., 2016; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018). También

organizaciones de renombre, como Cochrane, presentan e invierten en espacios de difusión sobre TC (<https://cam.cochrane.org/>; <https://cam.cochrane.org/search/site/labor%20pain>). En el ámbito obstétrico el uso de CAM (acrónimo en inglés: *Complementary and Alternative Medicine*) está recogido con evidencia científica que se centra en la reducción del dolor del parto mediante la relajación, el yoga, la acupuntura, la acupresión, la hipnosis, la inmersión en agua caliente durante el parto y el apoyo continuo (Al-Ghamdi et al., 2017; Bowman, 2018; Hall et al., 2013a; Muñoz-Sellés, 2016; Rawlings & Meerabeau, 2003). Cada vez más mujeres procuran estas modalidades para abordar temas de salud en todo el proceso de gestación, trabajo de parto, parto y postparto, no sólo con el objeto de reducir el dolor en el trabajo de parto, sino de adquirir mayor número de herramientas para su abordaje y en pro de aumentar su autonomía en el proceso de salud/maternidad. Así las opciones no quedan reducidas a los métodos farmacológicos o prácticas clínicas (Adams, 2006; Hall et al., 2017; Iversen et al., 2017; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018).

Con nuestro trabajo de investigación se pretendió analizar la actitud de los profesionales, hacia el uso de TC en las áreas de maternidad y describir la respuesta a esta demanda en la atención sanitaria y contribuir al creciente aumento de evidencia científica cualitativa en esta área (Mollart et al., 2019; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018; Rawlings & Meerabeau, 2003). El aumento de autonomía no solo es percibido por las mujeres, también es apreciado en los profesionales EESMO donde las TC parecen alinearse en la filosofía y desarrollo su labor profesional. Cuando se investigó sobre la percepción de las TC, los profesionales veían que las TC van en la línea de su formación donde se estudia en base a la filosofía “con la mujer” (ICM, 2017). Todo ello desde una perspectiva holística, donde se define el parto como un proceso fisiológico, el cual al ser apoyado puede reportar resultados beneficiosos. Resaltan que las intervenciones interfieren y desvían este proceso, alterándolo y desembocando en resultados adversos, como recoge el primer acuerdo internacional, la *Declaración de Fortaleza 1985*, cuyo objetivo fue llevar la práctica obstétrica a revisión (Adams, 2006; Barrao, 2010; NICE, 2014; WHO, 2015a, 2018b).

Es por esto, por lo que las TC conectan con facilidad con la perspectiva de los EESMO, ya que promueven la autonomía de la mujer, la fisiología y la menor instrumentalización del parto (Adams, 2006; Hall et al., 2013b; Hall, 2013; Mollart et al., 2016; Rawlings & Meerabeau, 2003). La perspectiva del parto como proceso fisiológico se desarrolla dentro del modelo biomédico imperante en los sistemas sanitarios, modelo

que refleja la visión de los médicos, donde el parto es una situación de riesgo, peligrosa, a la cual deben adelantarse y controlar (Adams, 2006; Hall et al., 2012; Milosevic et al., 2019; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018). No obstante, esta diferencia entre modelo fisiológico y modelo medicalizado no plantea para las EESMO, un desafío a la medicina convencional ni un rechazo de esta (Hall et al., 2012, 2013b; Rawlings & Meerabeau, 2003). Los autores subrayan la posición de la mayoría de las EESMO, cuyos pilares fundamentales en base a los cuales se sustenta la atención a la mujer, son el respeto a la autonomía de la mujer y la seguridad durante el proceso prenatal, parto y posparto. Cuando se indaga en profundidad en la perspectiva médica hacia las TC, los médicos de las áreas de maternidad señalan que su visión del parto está sesgada, pues ellos solo están presentes en los partos con desviación del patrón fisiológico y no permanecen todo el tiempo en todos aquellos partos que evolución de manera fisiológica. Este análisis, permite a los médicos cada vez más abrirse a aceptar la fisiología del proceso y de cómo las TC encajan en esta corriente (Milosevic et al., 2019; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018; Rawlings & Meerabeau, 2003). Esto muestra una creciente alineación entre ambas visiones reflejado por la evidencia cualitativa en esta área (Mollart et al., 2016; Ormsby, Dahlen, Ee, et al., 2018; Rawlings & Meerabeau, 2003). Existen pequeñas señales de unión de ambas perspectivas entre los profesionales de salud en relación con el uso de las TC en los cuidados en el ciclo de embarazo-puerperio. Así fuentes de información como Cochrane (<https://cam.cochrane.org>), reúnen un espacio dedicado a la medicina complementaria donde se recogen revisiones y evidencia en materias de TC.

Las barreras percibidas por ambos sectores profesionales son producidas por las restricciones del sistema, la burocracia y las políticas de actuación, todo ello adquiere más peso que las diferencias entre perspectivas del parto. También subrayan la falta de conocimiento, de formación en TC y el acceso a estas. Perciben la falta de preparación en TC como una barrera para dar una respuesta de calidad a la demanda de la población. (Gaffney & Smith, 2004; Hall et al., 2017; Hall et al., 2013b; Hall, 2013; Rawlings & Meerabeau, 2003; Trail-Mahan et al., 2013). Por último, existen sectores que muestran su falta de confianza en las TC alegando necesidad de más evidencia científica. Esto resalta como la eficacia de las TC está en continuo debate (Adams, 2006).

Indagar en la actitud, uso y percepciones de los profesionales sanitarios hacia las TC, nos da una descripción de lo que sucede en el entorno sanitario hacia el creciente número de mujeres y de la población en general que hacen uso de TC. Población que acude a los profesionales para recibir información adecuada (Mollart et al., 2019).

Teniendo en cuenta como se recoge en el *Continuing Professional Development (CPD)*, el impacto de la atención no depende solo del conocimiento impartido si no del contexto social y tal vez evaluar la eficacia de las TC deba incluir las experiencias de las personas al usarlas. (Ormsby, Dahlen, & Smith, 2018). Incorporar el uso de TC a la práctica regulada de los profesionales de salud ampliaría la cartera de servicios (Adams, 2006). Con estas consideraciones el objetivo de nuestra incursión en la investigación fue: explorar la percepción de los profesionales de salud materna hacia las Terapias Complementarias en los cuidados a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal.

3.2 METODOLOGÍA

El desarrollo de nuestra vertiente de investigación dentro las prácticas de Naturaleza Profesional pretendió describir los objetivos específicos: a) Identificar las modalidades de TC reconocidas por los profesionales de salud y b) describir las actitudes de los profesionales hacia las TC.

El estudio siguió una metodología de enfoque descriptivo, corte transversal y de naturaleza cuantitativa.

La población diana de nuestra temática, fueron los profesionales que desarrollaban su labor dentro de las áreas de salud de maternidad y obstetricia en aquellos servicios donde se desarrollaron las prácticas clínicas. La muestra es de conveniencia de acuerdo con la accesibilidad desde los campos clínicos (Almeida & Freire, 2017). Los datos fueron recogidos a través de cuestionario en papel y/o por vía virtual.

La recogida de datos se realizó con el cuestionario organizado en tres secciones: (APÉNDICE I)

1. Datos socio - demográficos y profesionales.
2. Escala: CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) (Samuels et al., 2010).
3. Cuestionario: The Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire (Hyland et al., 2003).

1. Datos sociodemográficos y profesionales

Las variables de los datos demográficos se planteaban a través de a) edad, b) sexo, c) estado civil, d) origen familiar y e) formación académica.

Las variables profesionales se reportaban: a) años de ejercicio profesional, b) tiempo trabajado en el servicio, c) categoría en el servicio y d) profesión.

2. Escala: CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ)

La escala (CHBQ), fue desarrollada por Lie y Boker y fue aplicada inicialmente en estudiantes de medicina. Para evaluar el conocimiento y las actitudes, mediante 10 ítems, que consisten en un formato de calificación de siete puntos: donde 1 = "Estoy totalmente en desacuerdo" y 7 = "Estoy totalmente de acuerdo". Incluye tres elementos negativos (elementos 6, 7 y 8). Las instrucciones para los encuestados de CHBQ fueron: "Lea y responda a cada una de las 10 declaraciones a continuación, marcando el número que mejor coincida con sus creencias y/u opinión. Las respuestas se calificaron de modo que la respuesta 7 indicara más apoyo. Los resultados totales de la escala se calculan mediante la suma de los elementos. CHBQ fue desarrollado para ser utilizado por todos los profesionales de la salud. Es una medida concisa y fácil de usar. La consistencia interna de la medición (En Alfa de Cronbach) fue de 0,75. (Samuels et al., 2010). Para su uso, se solicitó permiso a los autores originales (APÉNDICE J) y se adaptó para su uso en la lengua portuguesa y española.

Este instrumento se proporcionaba junto al Consentimiento Libre e Informado de participación. Este consentimiento había sido desarrollado desde la formulación de la temática, no obstante, algunas Administraciones Regionales requerían que fuera proporcionado su modelo de consentimiento informado, que se anexan a este informe (APÉNDICE K). Hubo dos vías para proporcionar el instrumento; mediante el formato papel y el formato digital, por la plataforma LimeSurvey®, proporcionada por la Universidad de Évora. Una vez finalizada esta parte, los cuestionarios eran recuperados y protegidos su confidencialidad.

El proyecto había sido enviado y aceptado por a la Comisión de Ética para la Investigación Clínica en las áreas de Salud Humana y Bienestar de la Universidad de Évora. Además de ello se realizaron las solicitudes a las Administraciones Regionales y organismos pertinentes cuando fue necesario y se obtuvieron a posteriori las correspondientes autorizaciones (APÉNDICE L).

Posteriormente a la recopilación de datos, para procesados para su análisis, se transfirieron al software IBM® SPSS®, versión 24. Estos resultados se detallan a continuación, en forma de estadísticas descriptivas, ilustradas con tablas y/o gráficos (APÉNDICE M).

3.3. RESULTADOS

El análisis de los datos nos proporcionó los siguientes resultados:

La muestra está constituida por 80 profesionales, que tienen entre 22 e 65 años (M=37.04; ± 11.19), con moda en los 55 y mediana en los 34 años. La mayor parte de los participantes eran del sexo femenino (n=75; 93.8%).

En relación con la profesión, la mayor representación está en los enfermeros generalistas (n=39; 48.8%), seguido de los enfermeros especialistas (n=30; 37.5%) (Figura 9).

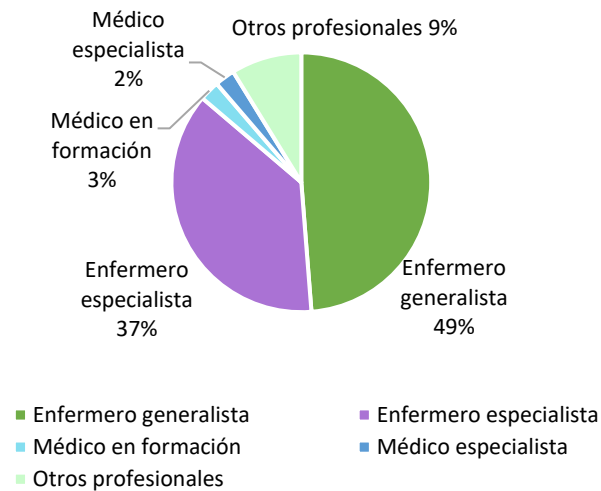


Figura 8 Grupos profesionales de la muestra

Terapias Complementarias

El conocimiento de las modalidades de TC, definidas por NCCIH (*National Center for Complementary and Integrative Health*) así como su uso o la recomendación de su uso, nos muestra, que las TC más señaladas fueron; la hipnosis, la acupuntura/acupresión y la espiritualidad/oración (Table 1).

Tabla 1 Conocimientos, usos y recomendaciones sobre Terapias Complementarias (definidas por NCCIH)

Conocimiento y uso de TC				
Modalidad	a) Conoce	b) Usó o usa actualmente	c) Recomendaría su uso	d) Recomendó o piensa recomendar
1.Biofeedback	29(36.3)	2(2.5)	17(21.3)	1(1.3)
2.Hipnosis	71(88.8)	3(3.8)	16(20.0)	3(3.8)
3.Meditación / Yoga / Relajamiento / Imágenes	56(70.0)	27(33.8)	38(47.5)	17(21.3)
4.T'ai Chi/Qi Gong	42(52.5)	6(7.5)	15(18.8)	4(5.0)
5.Oriental incluido Acupuntura / Acupresión	62(77.5)	19(23.8)	29(36.3)	12(15)
6.Ayurveda	33(41.3)	8(10)	14(17.5)	6(7.5)
7.Curanderismo	36(45.0)	1(1.3)	1(1.3)	4(5.0)
8.Quiropraxia	32(40.0)	10(12.5)	14(17.5)	8(10.0)
9.Masaje	55(68.8)	46(59.0)	44(55.7)	23(28.8)
10.Osteopatía	58(72.5)	21(26.3)	28(35.0)	12(15.0)
11.Toque terapéutico / Reiki	56(70.0)	26(32.5)	31(38.8)	8(10.0)
12.Espiritualidad / Oración	60(75.0)	13(16.3)	17(21.3)	3(3.8)
13.Herbal / Botánico / Suplementos	52(65.0)	18(22.5)	18(22.5)	10(12.5)
14.Homeopatía	57(71.3)	17(21.3)	14(17.5)	5(6.3)
Total (amplitud n)	29-71	1-46	1-44	1-23

Las fuentes de información más valoradas por los profesionales de Salud fueron; para la categoría “uso” Cochrane Library (n=40; 50%), seguido de PubMed (n=37; 46.3%). Coincidiendo con la categoría “utilidad”, Cochrane Library (n=25; 31.3%), seguido de PubMed (n=22; 27.5%) (Tabla 2).

Tabla 2 Fuentes de información sobre TC

Fuentes de información sobre Terapias Complementarias en el ámbito de la Salud Materna e Obstétrica			
Recurso CAM online	Oyó hablar	Utilizó	Fueron útiles
1.PubMed	32(40)	37(46.3)	22(27.5)
2.Cochrane Library	29(36.3)	40(50)	25(31.3)
3.German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicine	30(37.5)	6(7.5)	4(5.0)
4.Combined Health Information Database	25(31.3)	9(11.3)	4(5.0)
5.NCCAM Website	27(33.8)	6(7.5)	4(5.0)

Actitud hacia las Terapias Complementarias

Podemos observar cómo el 58.8% de la muestra consideran que las expectativas, creencias y valores de salud del paciente deben integrarse en el proceso asistencial, frente a una ausencia de muestra, que estén en desacuerdo con esta idea.

Contemplar las TC como una amenaza para la Salud Pública, mostró en “total desacuerdo” al 52.5% de los profesionales participantes y un 3.8% consideró que, si son una amenaza para la Salud Pública.

Sin embargo, considerar los efectos de las TC como un efecto placebo, fue señalado por un pequeño grupo de la muestra, 1.3% y en “total desacuerdo” con esta premisa el 25% de los participantes.

Así la mayor parte de la muestra con un 37.4 %, señaló que la medicina convencional podría beneficiarse de las TC y no hubo representación de la muestra en los valores que expresan desacuerdo, quedando una pequeña representación del 2.5% de los profesionales que se mostraban en “desacuerdo en parte”.

Y para finalizar el mayor porcentaje, 33.8% considera que las TC estimulan el potencial del propio cuerpo (Figuras 10 y 11).

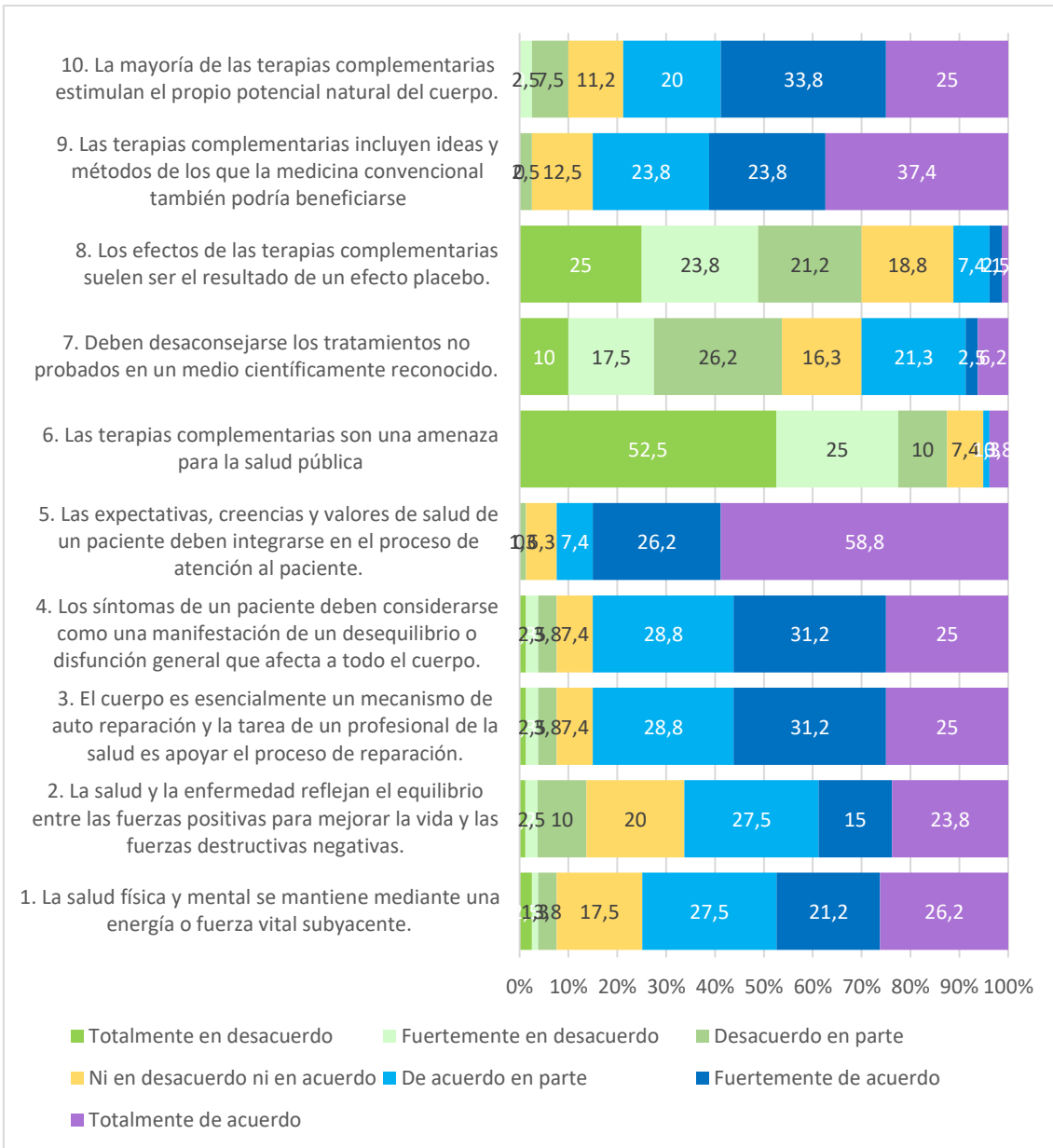


Figura 9 Actitudes hacia las TC

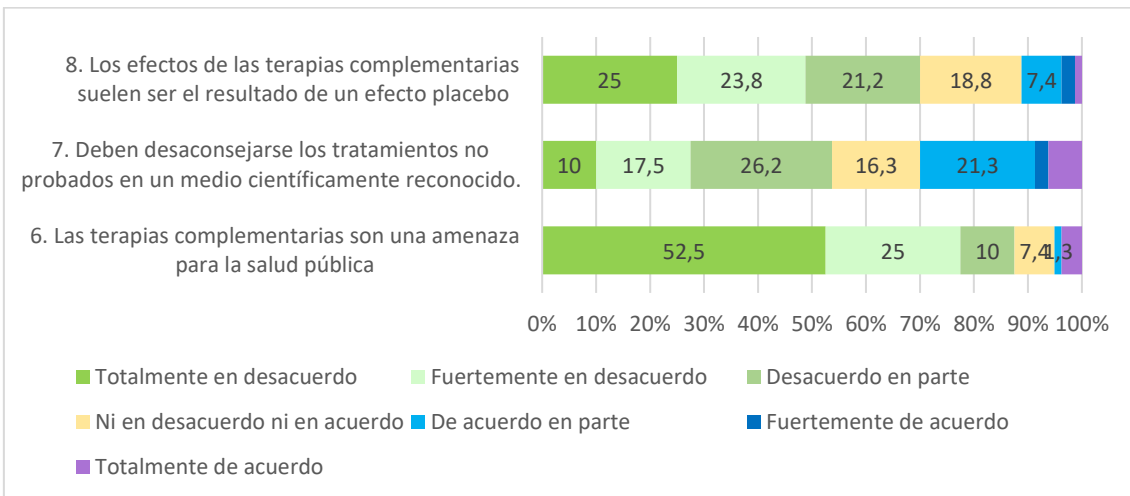


Figura 10 Actitudes hacia las TC con formulación negativa

Opinión sobre las Terapias Complementarias

En relación con la opinión de los profesionales de salud, el 46.3% señaló que las TC aumentan las defensas del cuerpo y el 42.5% opinan que el pensamiento positivo puede ayudar a combatir una enfermedad leve.

La mayor parte de la muestra, 36.3% está “de acuerdo en parte” en que las TC deben someterse a más pruebas científicas antes de ser aceptadas por los profesionales de la salud.

Sin embargo, ese mismo porcentaje, está “totalmente en desacuerdo” al considerar que las TC solo deben usarse como último recurso cuando las terapias convencionales no tienen nada que ofrecer.

El 36.3% fue el valor más frecuente estando “de acuerdo” con la premisa de que vale la pena probar una TC antes de acudir al servicio de salud convencional.

Por último, los porcentajes más altos fueron muy similares en los ítems 10 y 4, en ellos se señaló, que el 27.5% “está de acuerdo” en que las TC deben usarse solo para enfermedades menores y no para el tratamiento de enfermedades graves. Y el 28.5% opina estar “totalmente en desacuerdo” en que las TC puedan ser peligrosas (Figura 12).

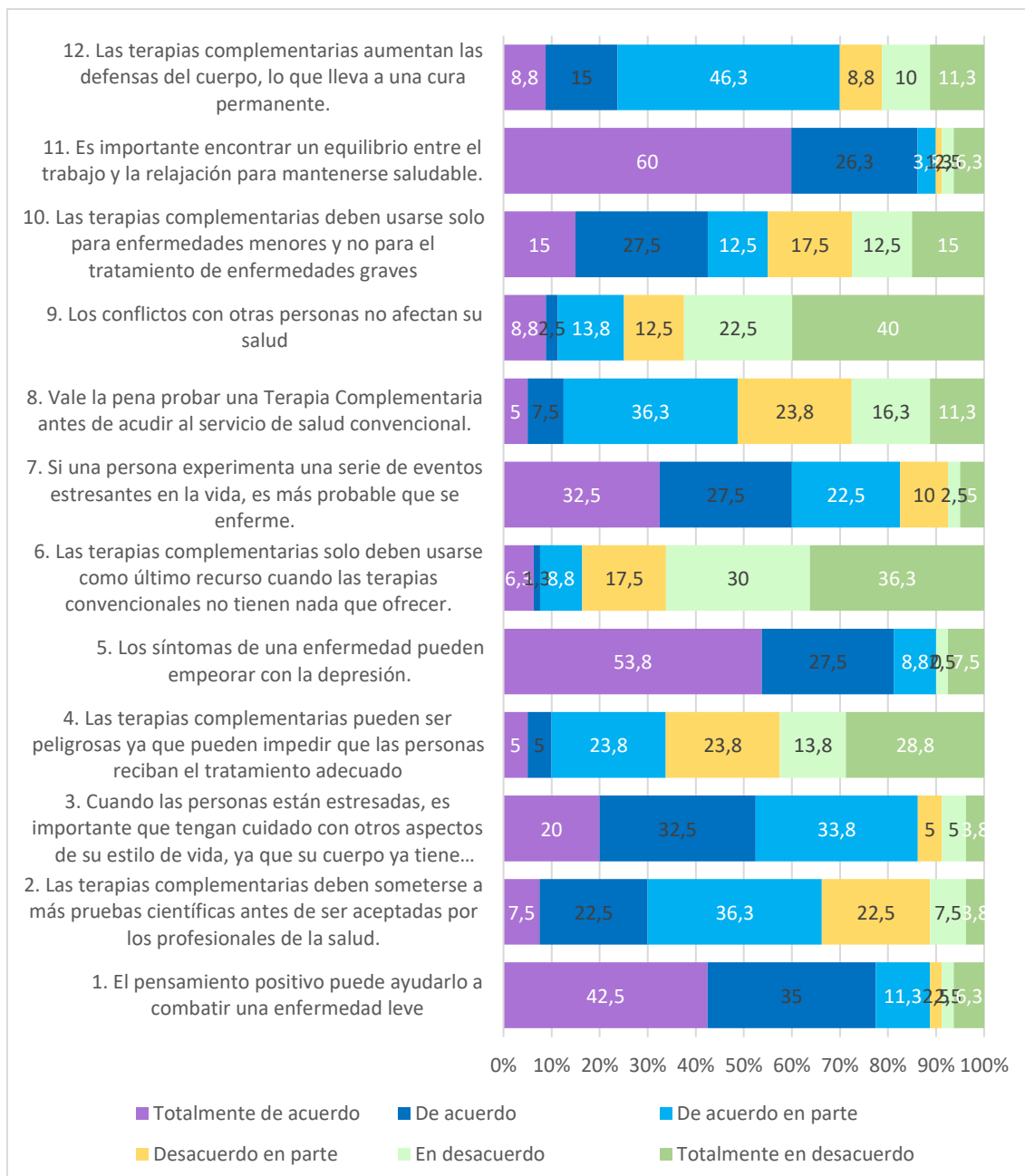


Figura 11 Opiniones sobre las TC

Educación Superior y Terapias Complementarias

De los profesionales sanitarios participantes, una pequeña parte, 1.3%, considera que las TC no tienen base científica suficiente para entrar el currículo de la Enseñanza Superior, sin embargo, la mayor parte, 98.8% consideran falsa esta premisa.

El hecho de que, si hubiera más investigación, las TC se desarrollasen y se convirtiesen en creíbles, fue considerado por 56.3% de los profesionales, frente al 43.8% que consideran que “no”.

Son más los profesionales que consideran necesario llevar las materias de las TC a los currículos de la Enseñanzas Superior, 51.3%.

Incorporar a los currículos de las especialidades de obstetricia en las escuelas de medicina, disciplinas sobre las TC es necesario por el 57.5% de los profesionales de salud encuestados. Y un 50% opinan lo mismo para las escuelas de enfermería y la formación en la especialidad en salud materna (Figura 13).

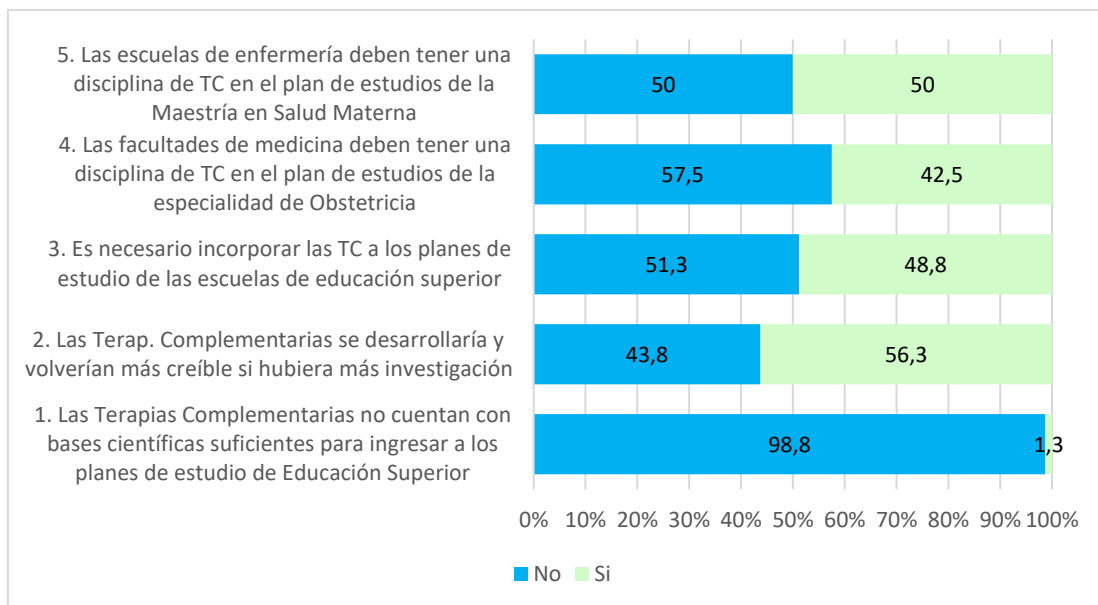


Figura 12 Opinión sobre las TC en la Educación Superior

Todos los resultados de la vertiente de investigación se encuentran en este informe (APÉNDICE M).

4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS DE LOS EESMO

Para el desarrollo de este Informe Final, en base al RAÚE (artículo 125 del despacho n.º 7/2019 de 11 de enero) fue previamente sometido a los Servicios Académicos de la Universidad de Évora como propuesta de Informe Final (artículo 124 del despacho n.º 7/2019 de 11 de enero) con desarrollo de Prácticas de Naturaleza Profesional, (APÉNDICE F). Donde se recogían los objetivos y actividades a modo de propuesta y orientadas para adquirir las competencias definidas para los Enfermeros Especialista en Salud Materna y Obstétrica (EESMO) recogidas en el Reglamento n.º 391/2019, del 3 de mayo y para las competencias comunes de los especialistas Reglamento n.º 140/2019 de 6 febrero. Para todo ello, se obtuvo la evaluación positiva de dicha propuesta (ANEXO 1).

Las competencias en salud materna redactadas en documento legal, Reglamento 391/2019 de 3 de mayo, definen a la mujer en el ámbito del ciclo reproductivo como principal ser beneficiario de cuidados del EESMO, considerando a la persona como ser sociable, único, con dignidad propia y derecho a autodeterminarse, que se interrelaciona con el ambiente en el que vive; constituida por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturales y organizacionales; en una perspectiva colectiva. Al cuidar a la mujer en el ciclo de embarazo-puerperio, integrada en la familia / comunidad, se siguen las orientaciones formativas propuestas. Esto promueve la adquisición de competencias instrumentales y de investigación que promuevan la práctica clínica basada en la evidencia científica y la buena praxis. Y fue esto lo que se persiguió durante la formación clínica. El concepto de competencia se define como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, es decir, el conjunto de capacidades humanas (Fleury & Fleury, 2001). Las competencias también se enuncian como habilidades y cualidades para tomar decisiones, resolver problemas, realizar actividades y evaluaciones (Diccionario Infopedia de la lengua portuguesa, 2003-2019). Logrando así alcanzar los objetivos fundamentales definidos en el citado reglamento anteriormente citado.

Objetivo 1: cuidar de la mujer en su ciclo reproductivo y sexual, así como de la pareja insertada en la familia y la comunidad, desde los cuidados primarios y especializados de la salud.

Para ello en la vertiente clínica fue donde se pudo alcanzar dicho objetivo, mediante a) el desarrollo y entrenamiento de actividades, b) la movilización de los

conocimientos teóricos adquiridos a la práctica clínica, c) reflexiones críticas, d) la búsqueda de literatura científica y e) el estudio y realización de un caso clínico.

Las competencias como tal definidas en el artículo 4 del Reglamento 391/2018 de 3 de mayo. Están definidas de manera estructurada, lo que facilita el análisis y la posibilidad de diseñar el plan para su adquisición.

No obstante, durante el desarrollo de las prácticas, se observa cómo las competencias pueden ser abordadas desde diferentes puntos de la cadena asistencial, desde los cuidados de salud primarios y especializados. De esta manera las actividades para el desarrollo de las competencias no quedan estrictamente limitadas y/o sectorizadas.

La reflexión sobre la adquisición de habilidades se describe a continuación, utilizando ejemplos de actividades clínicas, trabajos e iniciativas realizadas. Consciente de las habilidades a adquirir, estuvo siempre presente en nuestra actitud y actuación, la preocupación ético-deontológica de la práctica profesional, respetando los principios fundamentales, centrando el cuidado en la usuaria/familia.

Competencias Específicas de los Enfermeros ESMO - Reglamento n.º 391/2019

Competencia 1	Cuidar a la mujer insertada en la familia y la comunidad, en el ámbito de planeamiento familiar durante el período preconcepcional.
Descripción: Atiende a mujeres en la familia y la comunidad, en la planificación familiar y en el período previo a la concepción, estableciendo e implementando programas de intervención y educación para la salud con el objetivo de promover las familias saludables, los embarazos planificados y las experiencias positivas de sexualidad y maternidad.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a urgencias de ginecología (ANEXO 2). • Realización de asesoramiento preconcepcional (urgencias de ginecología). • Educación para la salud en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (urgencias de ginecología).

Reflexión:

Dado que no hubo un contacto real con una consulta de planificación familiar en un entorno de los CSP, las habilidades en la fase previa a la concepción se desarrollaron en el contexto hospitalario. De hecho, hubo oportunidades para abordar la anticoncepción

entre las jóvenes que acudieron al hospital debido a quejas genito-urinarias. De acuerdo con las situaciones particulares de cada usuaria, se realizó el abordaje asistencial indicado, pero también educación para la salud. La prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) puede desarrollarse en cualquier eslabón de la cadena asistencial. El Hospital Materno-Infantil de Gran Canaria, al ser un hospital exclusivo para la mujer y la infancia y por la alta población de la isla, se aprecia un a elevado número de urgencias ginecológicas. Además, en Gran Canaria existe el Proyecto Harimaguada, que surgió para abordar la educación afectivo y sexual en la población joven, como recurso para promover dicha educación en el área educativa de Canarias. Abordar la planificación familiar en partes de la población donde la tasa de embarazos no deseados o embarazos en la adolescencia era alta, reforzó la promoción de iniciativas como estas (Harimaguada, 1984; Parra, 2012). Este es un tema actual y la efectividad de los programas para adolescentes y jóvenes, sigue siendo una preocupación importante (Sanz-Martos et al., 2019). La prevención de embarazos no deseados es un tema visible, destacando que tal hecho agrega factores psicopatológicos para el desarrollo de la persona, además de susceptibilidad a la violencia, partos prematuros, abortos repetidos (Parra, 2012; SCS, 2018a, 2018b).

Competencia 2	Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el período prenatal
Descripción: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el período prenatal, con el fin de mejorar su salud, detectar y tratar de manera temprana complicaciones, promoviendo el bienestar materno-fetal.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de 186 consultas de vigilancia del embarazo. • Realización de 7 clases de Preparación para el Nacimiento y Maternidad-Paternidad (PNP) (ANEXO 2). • Asesorar y proporcionar recursos informativos en papel y online sobre recursos en la comunidad. • Información y realización de pruebas cribados genéticos. • Realización de registros CTG. • Realización de triajes urgencias obstétricas. • Diario de Aprendizaje (APÉNDICE A).

Reflexiones:

- Se aprecia en la etapa del embarazo como la mujer desarrolla una especial atención por el cuidado de su salud, con cierta facilidad incorporan cambios en sus hábitos de alimentación, cuidado de la piel o la actividad física (Nichols et al., 2019). Acceden a las consultas de vigilancia del embarazo con fluidez, programan sus agendas y llevan un control detallado de todo lo que sucede. Vemos como el libro de embarazo o la cartilla de maternidad se convierte en una carpeta con todo los controles que pasan en esta época (DGS, 2015; SCS, 2018a). También la búsqueda de información caracteriza este periodo, bien sea a través de libros, webs, consulta con EESMO/obstetra u otro profesional de la salud. Todas las dudas son válidas y debería ser aceptadas por los profesionales, independientemente de las opiniones y experiencia de estos. Como se recoge en el Reglamento 391/2019, 3 de mayo, promover la salud prenatal y apoyar a la mujer en su decisión de plan de parto, incluye la salud física y emocional, así como todos los aspectos psicológicos de esta etapa. En múltiples ocasiones se aborda a la mujer y/o pareja con una sobre carga de información que dista de lo que algunas parejas necesitan. Es por ello por lo que muchas de estas parejas abandonan o no repiten la PNP y demanda la vigilancia del embarazo individualizado, personal y desde un abordaje que se caracterice por la escucha activa. La confidencialidad de una consulta individual, así como a la adaptación de cada contacto con la mujer y familia, es fundamental. Aprendemos el número de consultas recomendadas (mínimo ocho consultas prenatales), que son necesarias para considerar un embarazo controlado (Espinilla-Sanz et al., 2018; SEGO, 2010, 2018; WHO, 2018a). Cuando este no es así, parece surgir espontáneamente la idea de que esta ausencia de vigilancia se debe a factores maternos. Tuvimos la oportunidad de acompañar a las mismas mujeres en las clases de PNP y la consulta prenatal, desde dos centros diferentes y en periodos diferentes, esto fue debido entre otros factores, a) a la búsqueda de la mujer de herramientas en su entorno, que le brinden los cuidados que en esta etapa buscan y esperan, como describíamos anteriormente y b) las características de los campos clínicos. La PNP es un movimiento que llegó a Europa Occidental, proveniente de Europa Oriental, más propiamente de Rusia, en los años 50. Se utilizaban varios métodos: Leboyer, Read, Lamaze, Bradley, etc. En Portugal no fue bien aceptado en ese momento, debido a que los valores judaico-cristianos eran muy fuertes y conceptualizaban el trabajo de parto con la premisa “parirás con dolor”. Hubo autoras por ese entonces, entre los años 50 y 60, que promovían la idea de “parir sin dolor” (Bermudes, 1955; Ruiz, 1955) y que en la actualidad dicha corriente continua y va un paso más allá, con la premisa “pariremos

con placer” (Odent, 2009; Rodrigañez, 2014; Ruiz, 1995). Estos movimientos sociales, influyen y movilizan las prácticas profesionales. En la actualidad la atención grupal durante la etapa prenatal se aprecia en la mayor parte de las unidades de salud de CSP.

- Los cribados genéticos son test que forman parte de los programas de vigilancia del embarazo. La recogida de la muestra es un procedimiento que realiza el EESMO en la consulta prenatal, es un procedimiento sencillo y donde muchas mujeres ya han sido informadas de su indicación, características y eficacia por el obstetra o EESMO previamente y que pueden ser nuevamente abordadas en la consulta. Esto se traduce en la búsqueda una vez más de cuidados de la salud durante el embarazo. Los cribados son importantes por su utilidad en el diagnóstico genético prenatal, no obstante, al espera por los resultados, se traduce en cierta ansiedad para la mujer y pareja, ante la posibilidad de un resultado adverso. El acceso a test cada vez más de mayor espectro de análisis es para las parejas una opción, además del cribado genético que brinda el sistema de salud pública (SCS, 2018a; SNS, 2006).

- Como parte de la vigilancia del embarazo, nos encontramos los registros de cardiotocografía fetal o la determinación del PBF (perfil biofísico) para evaluar el bienestar fetal durante el embarazo. Son pruebas realizadas entre el obstetra y el EESMO durante las consultas de vigilancia del embarazo. Observamos su realización a partir de la semana 36 de gestación, aunque podría ser adelantada si el obstetra valoraba su necesidad. Los protocolos de los servicios de nuestros campos clínicos aplican en ocasiones, recomendaciones más conservadoras de vigilancia, realizando registros de CTG en embarazos de bajo riesgo a partir de la semana 34-36 o adelantado hasta la semana 26, los registros en embarazos de alto riesgo. Las recomendaciones señalan que esta prueba se debe demorar hasta la semana 40 en embarazos de bajo riesgo, en la semana 32-34 en embarazos de riesgo y adelantar hasta la semana 28, en gestación de alto riesgo (SEGO, 2018). Para el desarrollo de habilidades en este sentido se realizó la lectura de múltiples registros de CTG. La conducta fetal en útero es diferente cuando está despierto, despierto-activo o durmiendo. Fue posible acompañar los registros de las mujeres a través de las pantallas para CTG (software Ombiviewporto® y Philips programa®). Los registros CTG en actualidad son un medio de asistencia periparto, que, en tiempo real, comunica la frecuencia cardíaca fetal, las contracciones maternas y los movimientos fetales (Lalor et al., 2008). Cuando se usa de manera aislada a otros métodos de evaluación del bienestar fetal, la CTG prenatal se asocia con resultados altos de falsos negativos y falsos positivos. Por este motivo se combina con otras evaluaciones de

parámetros biofísicos para reducir los falsos negativos y falsos positivos (Lalor et al., 2008). Esta y otra revisión de Cochrane.org reflejan que no hay evidencia suficiente para apoyar el PBF en la evaluación del bienestar fetal en embarazos de riesgo o que con las CTG se mejoren los resultados de perinatales (Grivell et al., 2015; Lalor et al., 2008).

Competencia 3	Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el parto.
Descripción: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el parto, dando a luz en un ambiente seguro, con el fin de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de 168 vigilancias de trabajos de parto (ANEXO 2). • Realización de triajes urgencias obstétricas. • Realización de registros CTG. • Colaboración en partos: 32. • Realización de 57 partos. • Recepción de 100 RN. • Realización de recogidas de sangre de cordón umbilical (conservación células de cordón umbilical y protocolo pH y detección grupo sanguíneo RN) (SCS, 2018b).

Reflexión:

Durante la asistencia en el bloque de partos tuvimos la posibilidad en de abarcar una amplia variedad de maneras de conducir el trabajo de parto (TP) y de prestar cuidados en la asistencia el parto. Las recomendaciones internacionales se orientan en la línea de reducir las intervenciones en la asistencia en este proceso, en ocasiones las intervenciones clínicas, son pertinentes y en otros momentos ciertas prácticas se aplican sin mayor revisión, perpetuando así prácticas que no siguen la línea de las guías internacionales. Observar y aprender diferentes maneras de trabajo, brinda al alumno la construcción de su perfil profesional de una manera variada, seleccionando o desechando aquellas técnicas y conceptos que determine en relación con las recomendaciones internacionales. Planteamos un ejemplo de ello: el abordaje activo “hand on” versus el abordaje pasivo “hand off” del periodo de dilatación y expulsivo. Apreciamos cómo se aplicaban intervenciones como el masajea del periné, presión espinas isquiáticas para separarlas durante el expulsivo, dejar evolucionar el progreso de

la presentación fetal en el canal del parto, manteniéndonos como figuras que acompañan y permitiendo a la mujer libertad de movimientos y una participación más activa en este proceso. Brindó la oportunidad de posicionarme en la línea de las recomendaciones internacional, en un intento de reducir las intervenciones, no necesarias en el trabajo de parto y parto (Beckmann & Stock, 2013; WHO, 2015b, 2018c). Se observó durante el TP y el parto, cómo este abordaje daba resultados; a) una mujer más activa en el parto, b) parejas más participativas, c) ambiente más relajado, mayor libertad en la sala de partos, d) expulsivos no guiados, e) perinés con lesiones de primer nivel y en menor ocasiones segundo nivel, f) escasa o nula separación del piel con piel. Esto además se veía reforzado por el apoyo continuo de su acompañante y del EESMO, contribuyendo a una mejor experiencia de parto (WHO, 2015b, 2018c).

Competencia 4	Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el posparto
Descripción: Cuidar a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el posparto, con el fin de mejorar la salud de la puérpera y del recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la maternidad.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de 195 vigilancias en puerperio inmediato y puerperio intermedio (ANEXO 2). • Seguimiento de mujeres en puerperio tardío. • Clases de Recuperación Posparto en colaboración con equipo de fisioterapia. • Apoyo a la lactancia materna, LM. • Participación en la consulta de “Rincón de lactancia”. • Proporcionar recursos informativos en papel y online sobre recursos de la comunidad (ej. Grupos de apoyo, red de Rincones de la lactancia, asociaciones maternas, etc.) • Orientaciones sobre métodos de contracepción. • Orientación sobre medidas preventivas hacia el Covid-19.

Reflexión:

El periodo de postparto es una etapa de cambios donde la mujer y su pareja pasan a formar una familia con la llegada del RN. El abordaje ahora a la mujer es en forma de diada, sin olvidar el cuidado individualizado tanto de la mujer como del RN. Se podría definir como una etapa positiva, sin perder de vista una estrecha vigilancia de la recuperación posparto de la mujer y de la adaptación de la vida extrauterina del RN. Estos cuidados se ven incrementados cuando se asocian patología concomitante en uno o ambos componentes de la diada. Lo que nos lleva a subrayar aquellos procesos donde hubo separación de esta diada, bien sea por problemas neonatales/maternales o debido a la situación de pandemia de Covid-19. Esta emergencia sanitaria, está construyendo día a día la información respecto a su gestión, tratamiento, abordaje, etc. Pero lo que hasta el momento disponemos como recomendaciones, es evitar la separación de la diada en situaciones de Covid-19 (Allotey et al., 2020; Glace & EFCNI, 2020; WHO, 2020a). No se han reportado resultados positivos en la separación de la diada, ante la sospecha o infección de Covid-19 en la mujer, la cual se realizaba en hospitales de diversas ciudades. La aplicación de las medidas de higiene de manera exhaustiva por parte de la mujer demostró ser eficaces y contribuyó a proporcionar los elevados beneficios de la lactancia materna. Por otra parte, el establecimiento de la lactancia materna en este periodo es un objetivo para el EESMO y el resto del equipo asistencial de los servicios de puerperio. El apoyo a la mujer por parte de los profesionales es fundamental, en el inicio de la lactancia y para su mantenimiento. En las primeras horas después del parto, el asesoramiento, apoyo, resolución de dudas, proporcionar herramientas y recursos disponibles en la comunidad (EESMO del centro de salud, la visita domiciliaria, grupos de apoyo a la lactancia o red de rincones de lactancia, las asociaciones maternas, la asesora de lactancia etc.) brinda herramientas útiles al EESMO y permite dar apoyo continuo en esta etapa a la mujer y que no se sienta sola y abrumada ante las dificultades que puedan surgir y que pueda llevarla a abandonar la lactancia materna, LM.

Durante las prácticas en los servicios clínicos, pudimos detectar cómo la ausencia de las clases de preparación para el parto interfería ahora en esta etapa (Koehn, 2002). Debido a la pandemia de Covid-19 muchas de estas clases fueron suspendidas y entre ellos estaban los grupos de apoyo. Muchas púerperas reflejaban la necesidad de información durante el embarazo, principalmente sobre la lactancia y también sobre la recuperación en el postparto. Pudimos observar un grupo de mujeres que, sí tuvieron acceso a PNP durante la pandemia pues sus EESMO se habían unido y formado clases y

seguimiento online. Estas mujeres se encontraban más seguras en relación con la lactancia y con la vuelta a casa, pues disponían de herramientas y del seguimiento por parte del EESMO del centro de salud. Esto se traducía en un mayor conocimiento, mayor facilidad para el establecimiento de la LM, menor ansiedad, mayor autonomía y mayor número de altas hospitalarias precoces (este último es un protocolo del CHUIMI en Gran Canaria que se aplica desde hace años y que adquirió especial relevancia en la pandemia de Covid-19, ya que la diada puede ser dada de alta a las 24h tras el parto, cumpliendo unos requisitos y entre ellos es que esté establecida la alimentación del RN (SCS, 2019).

Competencia 5	Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el período de climaterio
Descripción: Cuidar de la mujer insertada en la familia y comunidad durante el período climatérico, con el fin de potenciar la salud, apoyando el proceso de transición y adaptación a la menopausia.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de literatura entorno al abordaje del climaterio. • Asesoramiento sobre climaterio en las urgencias de ginecología.

Reflexión:

El climaterio es una etapa de la vida reproductiva de la mujer, que no es solo presenciada cuando se vive, si no podemos detectarla en nuestro entorno con bastante frecuencia, debido a que mujeres de nuestra familia, entorno, trabajo, etc. Pasan por este periodo y sus signos y síntomas son vivenciados, conocidos e incluso compartidos, con las mujeres del entorno. Una manera de adaptarse a todos estos cambios es; cuidar la dieta, incorporar rutinas de ejercicios saludables, abordar los cambios hormonales desde una perspectiva más natural con elementos de acceso en su entorno, por ejemplo, con alimentos como la soja (Bolaños et al., 2010; Lee et al., 2017). El acceso de las mujeres en esta etapa a las consultas de los profesionales y concretamente de los EESMO, podría brindar beneficios y que la calidad de vida no sea deteriorada (Guerra et al., 2019; Sueblinvong et al., 2001), aún más por la falta de cuidados especializados en este ámbito. Proporcionar un acompañamiento a las mujeres durante el climaterio, donde se incluya la esfera emocional, psicológica y sexual, como se recoge en el Reglamento 391/2019, del 3 de mayo.

Competencia 6	Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad para que experimente procesos de enfermedad salud / ginecológica
Descripción: Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad que experimente procesos de salud / enfermedad ginecológica con el fin de mejorar la salud.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a las consultas de urgencias ginecológicas (ANEXO 2). • Asesoramiento sobre estilos de vida saludables. • Asesoramiento sobre cuidados y programas de detección de patologías ginecológicas.

Reflexión:

El cuidado de la salud ginecológica se plantea como una parte importante en la atención para la salud de las mujeres y para el sistema sanitario. Es por todos conocido los programas de prevención y de rastreo de enfermedades ginecológicas como parte de la de atención sanitaria con el objetivo de cuidar la salud de las mujeres y de reducir la incidencia de patologías debido a su gran relevancia, al enorme impacto de su padecimiento y las graves secuelas (ACS, 2020a, 2020b; WHO et al., 2019). El abordaje de la salud ginecológica está realizado por equipos multidisciplinares donde el EESMO tiene camino por recorrer, ya que los servicios de ginecología son gestionados por enfermeros generalista. Al disponer de experiencia en este servicio y tras la adquisición de conocimientos en el primer año del Máster de ESMO de la UÉ, surge la idea de acercar la labor de los EESMO a esta área, insertándose así en los equipos multidisciplinares, para desarrollar las competencias de EESMO, según el reglamento.

Competencia 7	Cuidar de la población diana (mujeres en edad fértil) insertadas en la comunidad.
Descripción: Cuida al grupo objetivo promoviendo una atención de calidad, culturalmente sensible y congruente con las necesidades de la población.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de 7 clases de Preparación para el Nacimiento y la Maternidad-Paternidad (PNP) (ANEXO 2). • Diagnóstico de las necesidades de las gestantes en la comunidad. • Promoción de recursos en la comunidad (ej. Grupos de apoyo, asociaciones maternas/familiares, asesoras de lactancia.)

Reflexión:

La PNP fue la parte más desarrollada en los cuidados a la comunidad. La demanda de más acceso al EESMO, se pudo detectar durante nuestra experiencia clínica entorno a los cuidados prenatales. Tornó el diagnóstico de las necesidades de las embarazadas en esta comunidad muy necesario. Al atender a posteriori a un número elevado de mujeres en la consulta de vigilancia del embarazo en otro local de prácticas clínicas, otro servicio y otro centro sanitario, a donde acudían las mujeres en busca de lo que faltaba en la UCC, nos orientó a esta conclusión. En este caso concreto, pertenecía a una red de centros privados, lo que hace que no sea un recurso al alcance de todos y nos lleve a pensar en el número de gestantes que quedan sin atención de cuidados de salud primarios. Cuando, además, en este sentido el trabajo es con la comunidad y no solo en la comunidad, siendo importante esta manera de generar buenos resultados, como es la calidad en la salud de las personas, concretamente de las mujeres embarazadas. Con las clases de PNP pudimos apreciar en otro contexto cómo las mujeres buscan en esta etapa los cuidados de salud y las redes de apoyo en la comunidad. El hecho de que el embarazo acerca a las figuras femeninas (Kitzinger, 1996). Las mujeres parecían buscar el apoyo en la figura del EESMO y de las otras mujeres que formaban cada grupo de PNP. Este deseo se vio acentuado, cuando las mujeres expresaban la falta de red de apoyo cercano (mujeres procedentes de otras regiones, con menos recursos cercanos de familia/amigas) y lo que llevaba en ocasiones a tomar la decisión de volver a su tierra natal, para el momento del parto. Los grupos de apoyo en la comunidad (grupos de lactancia, maternidad o grupo de apoyo a la pérdida gestacional) son una red invisible, de gran valor, aunque la literatura analiza las aportaciones de la atención clínica prenatal grupal, se aprecian los valores que esto aporta en la comunidad (Andrade-Romo et al., 2019; Carter et al., 2016; Sharma et al., 2018; Van Zwicht et al., 2016). Desde nuestra experiencia previa y en los contactos durante los campos clínicos, estos grupos construyen redes de apoyo, ya pudimos observar como las mujeres en las clases de PNP buscan y conectan con otras mujeres, incluso con el grupo al completo, intercambian números, opiniones, consejos e intentan mantener este contacto fuera de estas clases y esperan reencontrarse tras el parto para seguir compartiendo experiencias, apoyándose, aprendiendo, enseñando lo que saben o han aprendido, en definitiva, crear comunidad.

Competencias Comunes de los Enfermeros Especialistas - Reglamento n.º 140/2019

A — Dominio de la Responsabilidad Profesional, Ética y Legal.

Competencia A1: Desarrolla una práctica profesional ética y legal, en el área de especialidad, actuando de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y la ética profesional.	
Descripción: La Enfermera Especialista demuestra un ejercicio seguro, profesional y ético, utilizando habilidades de toma de decisiones éticas y deontológicas. La competencia se basa en un conjunto de conocimientos en el campo ético-deontológica, en la evaluación sistemática de las mejores prácticas y en las preferencias del cliente.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none">• Consulta de bases de datos científicos.• Cuidar pacientes en situación límite de tomada de decisión con los cuidados convencionales (APÉNDICE D).• Consulta de los protocolos específicos de los servicios.• Aplicación de los principios éticos a los diversos procedimientos de la especialidad.• Mantenimiento del anonimato de las usuarias en los trabajos realizados.

Reflexión:

Trabajar adherido a la deontología, así como tener los principios fundamentales de ética presentes, es un entrenamiento continuo en nuestra profesión, desde que se estudia en la formación superior para enfermería, se desarrolla esta manera de trabajar. aunque como conceptos abstractos, es fácil que queden camuflados entre protocolos y prácticas. La asistencia, desde una perspectiva holística, está presente en los profesionales, pero materializar este hecho eficazmente, en ocasiones no se consigue. Al analizar el concepto “Cultural safety” en el sistema de salud australiano, los profesionales describen la equidad en términos asistenciales hacia la gestante, de manera que esta se realice a todas por igual (Brown, Middleton, Fereday, & Pincombe, 2016). Sin embargo, para el EESMO y el resto de las profesionales de salud, una herramienta útil para ello es la individualización de la asistencia, donde se averigua durante el proceso asistencial, cuáles son las ideas, preferencias y gustos para ese proceso, para posteriormente crear un equilibrio entre esta esfera y el sistema en el que los profesionales están integrados.

Cuidar con delicadeza este equilibrio para que no se deterioren las decisiones y necesidades del usuario es posible gracias al Derecho de Autonomía del paciente, que brinda un amparo profesional, legal y ético a los profesionales en el transcurso de la asistencia (Gomez-Ullate, 2014). Un ejemplo de ello; es la vivencia en nuestras prácticas, de una situación ética desafiadora, donde se percibió el conflicto interior entre los agentes de salud (equipo involucrado) y las decisiones de la mujer, que, en este caso concreto, vivía una situación grave para la salud: diagnóstico de melanoma en el embarazo. Los prejuicios surgen de manera innata, pero hacerlos conscientes en el momento de asistir a la mujer y brindar cuidados de acuerdo con la voluntad de la mujer, aun siendo esta la decisión de abandonar los cuidados de salud. Las decisiones de los pacientes hacen emerger en los profesionales el conflicto entre ofrecer cuidados versus suspender cuidados. Para profundizar la situación, se hizo un estudio de caso de la patología del melanoma en el embarazo y se desarrolla el plan de cuidados enfermeros (APÉNDICE D).

Competencia A2: Asegura prácticas de cuidado que respetan los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.	
Descripción: La Enfermera Especialista demuestra una práctica que respeta los derechos humanos, analiza e interpreta situaciones específicas de atención especializada, gestionando situaciones potencialmente comprometedoras para los clientes.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación interdisciplinar para la atención a la diada, (mujer positivo en Covid-19), “Cero separación”. • Búsqueda en base de datos. • Comunicación con Comité Asesor de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Reflexión:

Durante la pandemia de Covid-19, se observó como la información se modificaba a un ritmo vertiginoso. La necesidad de entender que sucedía, la recopilación masiva de datos y la amplia extensión, contribuían al alto flujo de información. El caso de una gestante en TP con diagnóstico de Covid-19, puso de manifiesto la fuerte necesidad de información a) para la mujer y b) para los profesionales. Y fue en la atención a la mujer

donde surgió con gran intensidad, la premisa de “derecho”; derecho a la información y derecho a la autonomía. La ausencia de información detallada exacerbó la ansiedad en el proceso de enfermedad y restó importancia a la nueva etapa de maternidad que se aproximaba. El hecho de unirse el diagnóstico del Covid-19 y el inicio del TP, precipitó una situación de inicio brusco que evolucionaba a gran velocidad, donde se apreció posteriormente (servicio gestantes Covid-19 positivo) a una mujer que no había asimilado lo sucedido, que estaba sola y expresaba no saber que conllevaba el TP y pasar por ella con la enfermedad, surgía dudas y miedos entorno a ambos procesos, su pareja había sido aislada en domicilio, todo ella hacía que las dudas y preocupaciones se acumularan. La necesidad de disminuir la ansiedad y de retomar las riendas de sus decisiones, parecía llevarla a una situación muy estresante, triste y donde se deterioraban sus derechos. Y tal vez fueron estos últimos, la brújula que orientó las intervenciones para abordar la situación con la evidencia hasta el momento establecida, (ej.; las madres y los bebés deben estar exentos del distanciamiento o el aislamiento, incluso si se confirma o se sospecha que tienen Covid-19) (Glace & EFCNI, 2020; WHO, 2020a). De esta manera se cuida el derecho de los pacientes (Gomez-Ullate, 2014) y se brinda apoyo en situaciones tan novedosas como dramáticas. De esta manera se subraya la idea de que la experiencia es del destinatario de los cuidados y situando a la mujer en el centro del proceso de parto (Bowman, 2018; Brown et al., 2016).

B — Dominio de la mejora continua de la calidad

B1: — Asegura un papel dinámico en el desarrollo y apoyo de iniciativas estratégicas institucionales en el área de gobernanza clínica.

Descripción: La Enfermera Especialista colabora en el diseño e implementación de proyectos institucionales en el área de calidad y participa en la difusión necesario para su apropiación, hasta el nivel operativo.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y asesoramiento en la LM entre los profesionales de enfermera voluntarios, en las áreas de maternidad. • Búsqueda en bases de datos y compartir evidencia sobre LM, asistencia al parto y cuidados en el posparto. • Amamantar en tiempos de Covid-19, búsqueda de literatura/recomendaciones.
-------------	--

Reflexión:

La continua mejora en la asistencia al paciente es un objetivo siempre presente en nuestro trabajo. Como parte de nuestra filosofía de trabajo está la iniciativa de buscar mejoras en nuestras tareas diarias. La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), lanzada por la OMS y UNICEF, surgió para promover prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. Tras conocer los múltiples testimonios de mujeres que describían la falta de apoyo durante el puerperio para la LM y los objetivos promovidos por la IHAN, se detectó como profesional, la necesidad de formarse en esta área. Eso ha contribuido a) apoyo pre y posparto de la LM, b) promover la difusión de la LM y de los principios IHAN y c) cumplir uno de los requisitos de la IHAN para la certificación de los centros sanitarios (Guía IHAN Fase 2D, plan de formación de los profesionales) (IHAN, 2015; Moore, Bergman, Anderson, & Medley, 2016). En la actualidad, el CHUIMI, está realizando en la actualidad la formación de sus profesionales del Hospital Materno-Infantil, para progresar en la certificación como Hospital IHAN, hecho que se ha visto alterado por la pandemia Covid-19. Esta formación es entre otros requisitos descritos por esta iniciativa. Hacer llegar herramientas útiles de LM a los profesionales mediante la divulgación además de la citada formación, ayuda a promover una filosofía de trabajo a la que todos podemos contribuir. La necesidad y utilidad de aunar esfuerzos entre enfermeros generalistas y enfermeros especialistas y otros profesionales, que están a pie de cama en los servicios de puerperio, es extremadamente beneficioso para la diada y los objetivos del centro de trabajo, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio; ODM 4: reducir la mortalidad infantil y ODM 5: mejorar la salud materna (WHO, 2000a, 2000b).

B2: Desarrolla prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua.	
Descripción: La Enfermera Especialista reconoce que mejorar la calidad pasa por la evaluación de las prácticas y, en función de sus resultados, la eventual revisión y la implementación de programas de mejora continua.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de formación complementaria (APÉNDICE E). • Promoción y asesoramiento en la LM entre los profesionales de enfermera voluntarios, en las áreas de maternidad. • Búsqueda en bases de datos y compartir evidencia sobre LM, asistencia al parto y cuidados en el posparto. • Amamantar en tiempos de Covid-19, búsqueda de literatura / recomendaciones.

Reflexión:

Es habitual encontrar en los profesionales de salud, la costumbre de evaluar y comentar en el equipo, aquellos procesos menos exitosos, con la intención de revisar qué se hizo, qué se puede modificar, qué se puede añadir o suprimir, en definitiva, evaluar la práctica desarrollada con el fin de mejorar los resultados. En los pasillos de las salas de parto se resuelven dudas, evalúan procedimientos y comentan resultados. Sobre todo, con aquellas personas del equipo, que son accesibles, aportan conocimientos y asertividad. Por tanto, no es de extrañar que sea beneficiosa la mezcla en los equipos asistenciales; personal senior y personal novel. Disponer de profesionales con experiencia no es el único requisito; tener el conocimiento y saber transmitirlo no van unidos de la mano. Por ello no se debería simplificar sólo a la experiencia, pues esta desaparece cuando los profesionales están agotados y/o desmotivados, debido a; sobre carga de tareas/horas, falta o ausencia apoyo al trabajo desarrollado y las iniciativas promovidas (WHO, 2018c, 2020b, 2020c, 2020d). Acercarse a las recomendaciones internacionales (Experiencia de parto positiva), a los Objetivos de Desarrollo del Milenio; (ODM 4: reducir la mortalidad infantil y ODM 5: mejorar la salud materna) y a la iniciativa de OMS de reforzar la enfermería y la partería, traerá consigo beneficios adicionales, incluso a la hora de promover la equidad de género y contribuir a ODM 3: promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Mejorar la maternidad apoyando la partería, parecen ir de la mano. Todo ello forma una línea de trabajo adecuada (H. G. Hall, Griffiths, et al., 2012; WHO, 2000a,

2000b, 2018c). Contribuir al crecimiento y a la inversión, propuesta por la OMS, ICM y ICN en el Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería, para invertir: a) en liderazgo de los servicios de enfermería y partería y b) en servicios dirigidos en mayor medida por el personal de enfermería y el de partería, que de este modo puedan trabajar dando lo mejor de sí mismo y al máximo de sus capacidades (H. G. Hall, McKenna, & Griffiths, 2012; WHO, 2018c, 2020b). Aportará calidad en la asistencia al mejorar la práctica continua (WHO, 2020b, 2020d).

B3: Asegura un ambiente terapéutico y seguro.	
Descripción: La Enfermera Especialista considera la gestión del entorno centrado en la persona como una condición indispensable para la eficacia terapéutica y para la prevención de incidencias actúa de forma proactiva promoviendo el entorno adecuado para el bienestar y la gestión de riesgos.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de los procedimientos al riesgo de infección por Covid-19. • Búsqueda en base de datos, evidencia científica y consulta de los protocolos específicos de cada servicio. • Mantener la privacidad de los procesos asistenciales.

Reflexión:

La actual crisis de Covid-19, resaltó la necesidad de un ambiente terapéutico seguro, tanto para la mujer y/o pacientes como para los profesionales de salud. Las medidas aplicadas iban sufriendo modificaciones con gran rapidez, la falta de información y/o la falta de percepción de riesgo por parte de la población, hacía que estos evolucionaran casi en un sentido opuesto a las medidas preventivas que se iban instaurando en los centros sanitarios. EL objetivo al inicio de la pandemia fue entre otros frenar la propagación para evitar llegar a cifras de contagio que saturarán los sistemas sanitarios y convertirse así en pandemia en la que se convirtió. Las elevadas tasas de contagios que acontecieron en diferentes etapas durante el año, en ciertos lugares, como Madrid, norte de Italia, Lisboa o Gran Canaria (Cvcanarias.com, 2020; Dong, Du, & Gardner, 2020). En el día a día asistencial, aun se pueden apreciar episodios donde surge esta discrepancia entre los deseos de las mujeres y las medidas preventivas establecidas, fue y es para los profesionales un objetivo, intentar equilibrar estas nuevas pautas con las necesidades de la mujer, que, aun siendo consciente del riesgo de infección, debe

adaptarse a esta nueva realidad. El hecho de querer amamantar en tiempos de coronavirus, ha sido un ejemplo de ello. Las recomendaciones internacionales marcan y promueven mantener la LM en estos momentos, debido a sus más que reconocidos beneficios y concretamente en mujeres con sospecha o confirmadas de Covid-19 (Moore et al., 2016; WHO, 2020a). Extremar las medidas de higiene y el uso de mascarilla, va a reportar los beneficios de la lactancia y hasta el momento no se han hallado resultados adversos que desaconsejen esta práctica (Centeno-Tablante et al., 2020; Cheema et al., 2020; Popofsky et al., 2020). Queda camino por recorrer y se seguirá ampliando la literatura al respecto, un ejemplo es que se haya detectado, en la leche materna de mujeres con coronavirus la presencia de antígenos, que actúen como protectores en las RN alimentados mediante LM. Es una idea, que no se debe menospreciar, aunque precise más literatura (Cheema et al., 2020; Fox et al., 2020; Griffin et al., 2020; Popofsky et al., 2020). Se debe seguir incorporando información, pues no se conocen las repercusiones a largo plazo de la infección por Covid-19 y por ello debemos ser conscientes de las continuas actualizaciones de la literatura emergente (Buonsenso et al., 2020; Shalish et al., 2020).

C — Dominio de la gestión de la atención

C1: Gestiona los cuidados de enfermería, optimizando la respuesta de su equipo y la articulación en el equipo de salud.	
Descripción: La Enfermera Especialista realiza la gestión del cuidado, optimizando las respuestas de enfermería y del equipo de salud, garantizando la seguridad y calidad de las tareas delegadas.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y adecuación de las jornadas de trabajo hacia los cambios y orientaciones en la urgencia/calamidad de la crisis.

Reflexión:

La organización y adecuación de las actividades fue otra tarea durante la experiencia clínica, ya que había que trabajar en conjunto con equipos/profesionales que no conocemos y al mismo tiempo rentabilizar las experiencias de aprendizaje, hubo que añadir, un contexto desconocido para todos, la crisis Covid-19. Esta situación acentuó una de las características del sistema sanitario público en la región de Canarias, el déficit de personal ha sido durante años, una característica y una reclamación de los profesionales. Realizar el trabajo en líneas alejadas de las recomendaciones internacionales, donde la ratio enfermero/paciente aporta no es el recomendado, se vio

acentuada por a la situación de pandemia (CGE, 2013; WHO, 2015b, 2018c). Cuando se ve disminuida la plantilla normal de un turno, surgen mecanismos compensatorios, pero cuando esta situación es frecuente y se ve influida por una pandemia, la calidad asistencial disminuye y repercute negativamente en los usuarios y en el equipo, dejando a este último cada vez más exhausto. El acompañamiento a una parturienta pasó de ser continuo a tener que ser compartido con el acompañamiento a otras parturientas, teniendo que articularse los profesionales para compartir los cuidados de las mujeres, así los cuidados pasaban con más frecuencia de unas manos a otras, por ejemplo: las intervenciones a demanda de una mujer son dinámicas y no tienen un tiempo definido, por lo que un EESMO al iniciar una intervención con la mujer, no puede vigilar y acompañar al resto de parturientas bajo su “cuidado” durante el tiempo que esté desarrollando dicha asistencia. Como se observó, tras acompañar durante el TP y establecer una relación de confianza con las mujeres/parejas y en el momento que dos parturientas acompañadas por el mismo EESMO se acercan a la dilatación completa, donde a esta altura el EESMO brinda cuidados y vigilancia de manera exhaustiva, debe romper la relación de confianza desarrollada con una de ellas, que será transferida a otro EESMO. Articularse con el resto del equipo es una práctica habitual, por ello inicialmente la asistencia queda salvaguardada, pero al reiterarse la situación, la calidad asistencial comienza a disminuir y se priorizan las intervenciones según la disposición de recursos, dejando en un segundo plano las necesidades de la mujer/paciente.

C2: Adapta el liderazgo y la gestión de recursos a situaciones y contextos, con el objetivo de garantizar la calidad de la atención.	
Descripción: La Enfermera Especialista, en gestión asistencial, adapta los recursos a las necesidades asistenciales, identificando el estilo de liderazgo más adecuado para garantizar la calidad de la atención.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación a los padrón estándares de cuidados de las unidades de salud. • Búsqueda sobre modelos de cuidados en Enfermería. • Conocimiento de los sistemas de cuidados.

Reflexión:

Durante las prácticas clínicas, pasamos por diferentes servicios y centros sanitarios, esto permitió observar las diversas maneras de trabajo en enfermería

especialista. Con el fin de garantizar la gestión asistencial y como parte de nuestro aprendizaje, nos integramos en los modelos de trabajo. En los servicios en Portugal y España, la asistencia es similar. Se observó que el método de trabajo estuvo dominado principalmente por un modelo mixto de atención, en otras palabras, el gestor de la unidad distribuye a los profesionales entre las distintas dependencias del servicio (es decir, cada periodo de tiempo, semanal o mensualmente, se asignan y distribuye que enfermera estará; a) en triaje, b) sala de partos 1, 2, 3 y sucesivas, sala de partos gemelares, c) puerperio inmediato, d) observación de obstétrica y/o ginecología, etc. De esta manera el profesional no brinda asistencia de seguimiento al usuario durante toda su permanencia en el hospital, se proporciona continuidad de cuidados a través de la figura de enfermera responsable. El método que pudimos observar tiende a acercarse más al método de trabajo individual (es decir, método de caso), dado que la intención es dar seguimiento, no fragmentar la asistencia, valorar las necesidades de los usuarios y buscar la individualización (Frederico & Leitão, 1999; Kron & Gray, 1994). Sin embargo, dado que existen tareas específicas y estandarizadas definidas a priori, para cada ubicación/departamento del servicio, se aproxima al método funcional (Kron & Gray, 1994). Se puede hablar de modelos mixtos de asistencia. Por otro lado, con el fin de desarrollar habilidades y adaptarse a los métodos de trabajo de cada lugar y sus recursos, hubo oportunidad de utilizar diferentes estrategias. En los servicios en Portugal, el uso de SCLinic® con la nomenclatura CIPE fue un desafío. En los campos clínicos en España, los medios informatizados ya eran familiares, utilizando diagnósticos NANDA y los patrones funcionales de Marjory Gordon integrados en el programa DragoAE®.

5. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS PARA LA MEJORÍA DE LOS CUIDADOS DEL EESMO

En el marco de la formación de Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstetricia (EESMO), se integran múltiples conocimientos y habilidades que son adquiridas en base al aprendizaje teórico y práctico clínico, así como al desarrollo de técnicas de investigación. Para que esto suceda, es necesario el desarrollo de una perspectiva científica abierta y dinámica, que nos lleve a la continua actualización de conocimientos en nuestra práctica en la línea de las directrices de padrones de calidad, para la mejoría de las practicas clínicas (ICM, 2011, 2017; NICE, 2014; OE, 2018; WHO, 2018b). El desarrollo de las investigaciones tuvo lugar durante las prácticas clínicas donde se puedo lograr el segundo objetivo para nuestra formación:

Objetivo 2: demostrar una adquisición de conocimiento, en base al desarrollo de habilidades de investigación, que conduzca a una propuesta de proyecto, incluyendo aspectos teórico-prácticos y la Práctica Basada en la Evidencia

Durante las prácticas clínicas se realizaron diversas incursiones en la vertiente de la investigación (APÉNDICES A), pero dos de ellas tuvieron especial relevancia. La primera fue aquella intrínsecamente relacionada con nuestro trabajo de investigación propuesto al Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Évora, para el que se obtuvo la aceptación positiva (ANEXO 1). Donde se planteaba el objetivo de describir las actitudes de los profesionales de las áreas de salud maternal, a hacia las TC.

La segunda incursión fue la elaboración de un estudio de caso y un plan de cuidados enfermeros según la taxonomía NANDA (APÉNDICE D). Esta idea surgió debido al acompañamiento de un caso clínico presente durante las prácticas y para el cual se inició una revisión sistemática de literatura con la propuesta para ello según el protocolo Próspero (APÉNDICE B). Esta trabajo aborda el tema del melanoma en el embarazo.

El trabajo e investigación sobre las TC, nos mostró como se pudo ver en los resultados y la literatura anteriormente comentados, una descripción de la situación en nuestro entorno de la percepción, uso y actitudes de los profesionales sobre las TC. Se observa la actitud proactiva por parte de los EESMO en la incorporación y desarrollo de TC con evidencia, donde a la vez que se desarrollan se puede seguir contribuyendo a la creación de más literatura. Resalta la necesidad de el apoyo de las instituciones con políticas y burocracia que adquiera el ritmo de los avances científicos, así como ampliar

y respetar el marco para el desarrollo de las competencias de los EESMO. Señalan también la importancia de adquirir conocimientos y formación en TC, para ampliar la cartera de servicios, pero principalmente para dar una respuesta profesional a las personas que demanda esta información/cuidados.

En la actualidad coexisten las antagónicas perspectivas sobre el parto de los EESMO y los médicos, donde se enfrenta la visión holística y el proceso fisiológico a la visión sectorizada, de riesgo y peligros de los médicos. Y lejos de pensar que es la barrera más significativa, la literatura cualitativa demuestra que cada vez más estas perspectivas se unen para aceptar los beneficios de las TC y de los cuales la medicina convencional puede beneficiarse.

No obstante, este tema es una pequeña parte que nos acercó a la vertiente de investigación. Pues en nuestro día a día durante las prácticas, consultar las bases de datos en busca de evidencia se convirtió en prácticamente una rutina. Con el objetivo de buscar la mejor evidencia, construir nuestro perfil profesional, demostrar la adquisición de conocimientos y la capacidad de razonar nuestras intervenciones y como efecto colateral, construir nuestro particular libro de bolsillo de trabajo.

Competencias Comunes del Enfermero Especialista - Reglamento n.º 140/2019

D — Dominio del desarrollo del aprendizaje profesional

D1: Desarrolla el autoconocimiento y la asertividad.

Descripción: La Enfermera Especialista demuestra la capacidad de autoconocimiento que es central para la práctica de la enfermería, reconociendo que interfiere en el establecimiento / de relaciones terapéuticas y multiprofesionales. Revive la dimensión del Yo y la relación con el Otro, en un contexto único, profesional y organizativo.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión sobre la uso y aceptación de medidas no convencionales en la asistencia a la mujer (TC). • Integración multidisciplinaria para la promoción de medidas no convencionales en la atención a la mujer (TC).
-------------	---

Reflexión:

La continua interacción con la población en nuestro día a día, así como el entrenamiento de la escucha activa, la aceptación de la pluralidad y de la autonomía del paciente, conduce a la continua búsqueda de mejorar nuestra praxis para enriquecer

nuestras habilidades, adaptar la asistencia e individualizar el cuidado. El hecho de que los conocimientos están en continua actualización hace que sea necesario estar abiertos a nuevas pautas de información y ser asertivo ante corrientes de pensamientos. Es necesario estar disponible para nuevas formas de asistencia, por ejemplo, mediante la aplicación de TC durante el ciclo embarazo-puerperal. Fue un desafío mostrar en la relación interprofesional, con los pares, el deseo de investigar esta forma de cuidar, evitando el encasillamiento en una filosofía y que esto interfiriera en la adquisición de competencias, asignándonos aquellas tareas afines y el constante debate a favor o contra de la etiqueta atribuida. Al mismo tiempo, fue curioso notar que las posturas son contradictorias en el equipo multidisciplinar ya que se vio subrayado con la pandemia de Covid-19, vivimos actualmente un momento de convulsión social y sanitaria. La falta de información específica, la relevancia de la situación y la necesidad de actuar en base a evidencia científica planteó para los profesionales; a) responder a la elevada exigencia en el área de trabajo y b) reconocer los límites del conocimiento. A medida que las pautas, guías y protocolos de actuación van llegando, se va construyendo el conocimiento, los datos y las mismas guías, con la práctica diaria. El desarrollo del conocimiento surge de la investigación y del trabajo de campo. La situación de Covid-19 es un ejemplo claro para el desarrollo de esta dominio. Otras situaciones en nuestra practicas clínicas, contribuyeron a ello como el estudio de caso (APÉNDICE D).

D2: Basa su praxis clínica especializándose en evidencia científica	
Descripción: El Enfermero Especialista basa los procesos de toma de decisiones e intervenciones en conocimientos válidos, actuales y pertinentes, asumiéndose como facilitador en los procesos de aprendizaje y agente activo en el campo de la investigación.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de evidencia clínica en el área específica de la TC (APÉNDICE H). • Búsqueda de evidencia clínica en las áreas que surgieron de casos clínicos asistidos.

Reflexiones:

- Existe evidencia en la actualidad que se resume en guías y recomendaciones internacionales, sobre el corte óptimo del cordón umbilical, esta terminología ha adquirido relevancia en pro de resaltar los beneficios de esta práctica y sobrepasar los

debates que se centran en política sobre corte precoz versus corte tardío (McDonald et al., 2013; Pinzamientoptimo.org; Rabe et al., 2019; WHO, 2014). Se define como pinzamiento óptimo, aquel que se realiza, cuando el cordón está blanco, flácido y sin pulso. Se establecen entre los beneficios para el RN; mayor volumen sanguíneo, mayor estabilidad circulatoria cerebral, menor hemorragia intraventricular, menor incidencia enterocolitis del lactante entre otros (Meyer et al., 2018; Rabe et al., 2019; Ruangkit et al., 2018; WHO, 2014) y la ausencia de efectos perjudiciales para la mujer como no aumento del riesgo de hemorragia posparto (HPP) o no prolongación de la 3° etapa del parto (Airey et al., 2010; Meyer et al., 2018). Esto hace que cada vez más se recomiende y use esta práctica. Además, el pinzamiento óptimo para RN pretérmino, también se ve cada vez más evidenciado, aquí se establece la referencia temporal para el corte, de >30 segundos sin que por ello se obvие el estado del cordón anteriormente citado. El hecho de que se hayan encontrado resultados positivos en RN pretérmino donde se realizó pinzamiento tardío del cordón y donde las respiraciones artificiales no añadieron beneficios a los derivados del pinzamiento tardío (Meyer et al., 2018). Hacen que cada vez más se recomiende esta práctica en RN pretérmino. Además, la revisión sistemática en Cochrane.org sobre el momento adecuado para el pinzamiento de cordón en RN pretérmino, detectó beneficios y como se podría reducir el riesgo de muerte antes del alta en los recién nacidos prematuros (Rabe et al., 2012; Rabe et al., 2019). No obstante, en la práctica, tuvimos la posibilidad de detectar prácticas en base a estas recomendaciones, gracias a la variedad en los campos clínicos. Se presentaron dos abordajes muy bien definidos; el corte precoz versus al corte tardío del cordón ante la presencia de una circular cervical. Surge aquí una variable más, al consultar la literatura, las pautas no difieren de lo anteriormente citado. En el primer caso aprendimos como la circular cervical de cordón, se trataba como una urgencia obstétrica, donde había que desarrollar habilidades para su detección y sobre todo su rápida actuación, con el objetivo de evitar efectos adversos. No solo se realizaba el corte precoz, si no el inicio de un protocolo de actuación; extracción rápida del recién nacido, activación del equipo y prevención de la distocia de hombros. Como resultados se obtenía un RN aparentemente saludable, un expulsivo intervenido, mayor estrés para la pareja y para el equipo y un mayor abordaje medicalizado de la fase expulsiva. Por el contrario, no cortar el cordón en una circular cervical, que no permitía deshacer dicha vuelta, dejando evolucionar el expulsivo bajo vigilancia intensificada del EESMO e interviniendo para deshacer la vuelta, fue otros de los abordajes aprendidos

en nuestras prácticas clínicas. En este último caso, el hecho de no cortar el cordón cuando apenas ha salido la cabeza del bebé se usaba para prevenir posibles complicaciones como la distocia de hombros, permitiendo abordarla, mientras el bebé aun esta unido a la placenta, sin privarlo del flujo sanguíneo mientras se resuelve la situación y cortando en aquellos casos, que así lo requiera. Se observa en la mayor parte de los manuales, que ante una vuelta cervical del cordón umbilical ese debe pinzar este y cortar para la extracción del bebé. Como cita la revisión bibliográfica de (Ramos & Cruz-Utrilla, 2015) esta práctica se recomienda desde 1976 no con mucha fundamentación que la sostenga, aun siendo en la actualidad lo que más recogen los libros de texto.

- La incursión por el área de la investigación en las Terapias Complementarias en la salud maternal y el trabajo realizado en el caso clínico del melanoma en el embarazo nos llevó a estar orientados y percibir en el día a día, aquellos indicios sobre el uso, actitudes, formación en TC en al área de la salud. Esto también fue desarrollado en las practicas clínicas, detectar productos con base de plantas y formato farmacéutico que recomiendan profesionales en la consulta, el uso de aceites vegetales en el cuidado de la piel, la aromaterapia, la relajación guiada, etc. Por parte de las mujeres y de los profesionales, como algo convencional, sin detectar que estas son modalidades de TC incorporadas a la medicina convencional (APÉNDICE A). Detectar como la nomenclatura NANDA recoge entre sus NIC (*Nursing Interventions Classification*) actividades sobre las Terapias Complementarias; [5922] Facilitar la autohipnosis, [6000] Imaginación simple dirigida, [1480] Masaje, [4400] Musicoterapia, [1460] Relajación muscular progresiva, [5465] Tacto terapéutico y [6040] Terapia de relajación (NANDA, 2018) fue apreciado en la elaboración de nuestro caso clínico del melanoma en el embarazo (APÉNDICE D). Además de percibir como en Cochrane.org y la NCCIH (*National Center for Complementary and Integrative Health*) dependiente del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, dispone de su área de estudio de la CAM (de su acrónimo en inglés; *Complementary, Alternative Medicine*) para a) producir revisiones sistemáticas sobre CAM, b) mejorar acceso y difundir revisiones sistemáticas sobre CAM y c) promover asistencia basado en la evidencia en el área de las terapias CAM (Cam.cochrane.org, 2020; Cochrane.org, 2020; NCCIH, 2015) como parte de la revisión de literatura sobre las TC que se ha iniciado (APÉNDICE G–APÉNDICE H).

6. CONSIDERACIONES FINALES

En la formación de Máster en Enfermería en Salud Materna y Obstétrica por la Universidad de Évora, se llevaron a cabo las prácticas de Naturaleza Profesional, donde fueron desarrolladas habilidades técnicas y de investigación que fueron recogidas en este informe. Ello contribuyó al desarrollo de las competencias definidas y reconocidas por la Directiva Europea, para la obtención del título de Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.

Además, surge la propuesta de seguir trabajando en temas que dieron su comienzo este año y se pretende desarrollar más allá de este informe, como planteamos con las propuestas de revisión de literatura sobre las Terapias Complementarias y sobre los cuidados en situaciones del embarazo que se desvían de la normalidad con el estudio de caso del melanoma en el embarazo. Tanto un tema como otro promueven la idea de mejorar la experiencia de embarazo, parto y posparto, brindando a los profesionales herramientas para ello y siguiendo así la línea de las recomendaciones internacionales para una experiencia positiva de embarazo y parto.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2018). *ACOG Committe Opinion No 731. Summary: Group Prenatal care.* https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/03000/ACOG_Committee_Opinion_No_731_Summary_Group.43.aspx
- ACS. (2020a). *Guías de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino.* American Cancer Society. Retrieved 10th jun from <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/guias-de-deteccion-del-cancer-de-cuello-uterino.html>
- ACS. (2020b). *Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer de seno.* American Cancer Society. Retrieved 26th sep from <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
- Adams, J. (2006). An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery: models of care and professional struggle. *Complement Ther Clin Pract*, 12(1), 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2005.09.003>
- Adams, J., Frawley, J., Steel, A., Broom, A., & Sibbritt, D. (2015). Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery*, 31(4), 458-463. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.012>
- Airey, R. J., Farrar, D., & Duley, L. (2010). *Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord* (1) <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD007555>
- Al-Ghamdi, S., Aldossari, K., Al-Zahrani, J., Al-Shaalan, F., Al-Sharif, S., Al-Khurayji, H., & Al-Swayeh, A. (2017). Prevalence, knowledge and attitudes toward herbal medication use by Saudi women in the central region during pregnancy, during labor and after delivery. *BMC Complement Altern Med*, 17(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1714-3>
- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., Debenham, L., Llavall, A. C., Dixit, A., Zhou, D., Balaji, R., Lee, S. I., Qiu, X., Yuan, M., Coomar, D., van Wely, M., van Leeuwen, E., Kostova, E., Kunst, H., Khalil, A., Tiberi, S., Brizuela, V., Broutet, N., Kara, E., Kim, C. R., Thorson, A., Oladapo, O. T., Mofenson, L., Zamora, J., & Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 370, m3320. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação.* (5ª ed. ed.). Psiquilíbrios Edições.
- Andrade-Romo, Z., Heredia-Pi, I. B., Fuentes-Rivera, E., Alcalde-Rabanal, J., Cacho, L. B. B., Jurkiewicz, L., & Darney, B. G. (2019). Group prenatal care: effectiveness and challenges to implementation. *Rev Saude Publica*, 53, 85. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001303>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd000331. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA (7th ed.).* American Psychological Association.
- ARSAIgarve. (2019). *Unidad de Cuidados a la Comunidad de Faro. Manual de acogida.* Administración Regional de Salud de Algarve I.P.

- Aziato, L., Kyei, A. A., & Deku, G. (2017). Experiences of midwives on pharmacological and non-pharmacological labour pain management in Ghana. *Reprod Health*, 14(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0398-y>
- Barrao, P. (2010). *Recomendaciones de Sociedades Científicas y Organizaciones para la Atención al embarazo, parto y nacimiento*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendaciones.pdf>
- Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>
- Bermudes, C. (1955). *Base científica do parto sem dor*. *Jornal do médico*, 28, 1-17.
- Bolaños, R., Del Castillo, A., & Francia, J. (2010). Soy isoflavones versus placebo in the treatment of climacteric vasomotor symptoms: systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 17(3), 660-666.
- Bowman, R., Davis, D., Ferguson, S., Taylor, J. (2018). Women's motivation, perception and experience of complementary and alternative medicine in pregnancy: A meta-synthesis. [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30276-0/abstract](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30276-0/abstract)
- Brown, A. E., Middleton, P. F., Fereday, J. A., & Pincombe, J. I. (2016). Cultural safety and midwifery care for Aboriginal women - A phenomenological study. *Women Birth*, 29(2), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.013>
- Buonsenso, D., Costa, S., Sanguinetti, M., Cattani, P., Posteraro, B., Marchetti, S., Carducci, B., Lanzone, A., Tamburrini, E., Vento, G., & Valentini, P. (2020). Neonatal Late Onset Infection with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Am J Perinatol*, 37(8), 869-872. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710541>
- Cam.cochrane.org. (2020). *Cochrane reviews and protocols related Complementary Medicine*. <https://cam.cochrane.org/cochrane-reviews-and-protocols-related-complementary-medicine>
- Carter, E. B., Temming, L. A., Akin, J., Fowler, S., Macones, G. A., Colditz, G. A., & Tuuli, M. G. (2016). Group Prenatal Care Compared With Traditional Prenatal Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 128(3). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001560>
- Centeno-Tablante, E., Medina-Rivera, M., Finkelstein, J. L., Rayco-Solon, P., Garcia-Casal, M. N., Rogers, L., Ghezzi-Kopel, K., Ridwan, P., Peña-Rosas, J. P., & Mehta, S. (2020). Transmission of SARS-CoV-2 through breast milk and breastfeeding: a living systematic review. *Ann N Y Acad Sci*. <https://doi.org/10.1111/nyas.14477>
- CGE. (2013). *Informe sobre Recursos Humanos Sanitarios en España y la Unión Europea*. Consejo General de Enfermería. Retrieved 4th oct from https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2013.pdf
- Chambers, C., Krogstad, P., Bertrand, K., Contreras, D., Tobin, D., Bode, L., & Aldrovandi, G. (2020). Evaluation for SARS-CoV-2 in Breast Milk From 18 Infected Women. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310649/>
- Cheema, R., Partridge, E., Kair, L. R., Kuhn-Riordon, K. M., Silva, A. I., Bettinelli, M. E., Chantry, C. J., Underwood, M. A., Lakshminrusimha, S., & Blumberg, D. (2020). Protecting Breastfeeding during the COVID-19 Pandemic. *Am J Perinatol*. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714277>
- Cochrane.org. (2020). *Cochrane Complementary Medicine*. <https://cam.cochrane.org/cochrane-reviews-and-protocols-related-complementary-medicine>
- Cvcanarias. (2020). *cvcanarias*. <https://cvcanarias.com/>
- DGS. (2015). *Programa Nacional - para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
- DGS. (2019). *Rede de Cantinhos da Amamentação*. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533-534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
- Espinilla-Sanz, B., Tomé-Blanco, E., Sadornil-Vicario, M., & Albillos-Alonso, L. (2018). *Manual de obstetricia para matronas* (DIFACIL, Ed. Vol. 5).
- Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- Fox, A., Marino, J., Amanat, F., Krammer, F., Hahn-Holbrook, J., Zolla-Pazner, S., & Powell, R. L. (2020). Evidence of a significant secretory-IgA-dominant SARS-CoV-2 immune response in human milk following recovery from COVID-19. *medRxiv*, 2020.2005.2004.20089995. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20089995>
- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. (Formasu, Ed.).
- Gaffney, L., & Smith, C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy: the perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 44(1), 24-29. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2004.00161.x>
- Glance, & EFCNI. (2020). *Zero separation. Together for better care! Keep preterm and sick babies close to their parents*. <https://www.glance-network.org/campaign/?fbclid=IwAR2-by5jTxEvYi9XBPEdd8rYFm3J4jWMm6MvcvwDQksImDY20F0qMFGTIKY>
- Gomez-Ullate, S. (2014). Historia de los Derechos de los pacientes. *Revista de Derecho UNED.*, 15.
- Griffin, I., Benarba, F., Peters, C., Oyelese, Y., Murphy, T., Contreras, D., Gagliardo, C., Nwaobasi-Iwuh, E., DiPentima, M. C., & Schenkman, A. (2020). The Impact of COVID-19 Infection on Labor and Delivery, Newborn Nursery, and Neonatal Intensive Care Unit: Prospective Observational Data from a Single Hospital System. *Am J Perinatol*, 37(10), 1022-1030. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713416>
- Grivell, R., Alfirevic, Z., Gyte, G., & Devane, D. (2015). *Cardiotocgrafía (una modalidad de monitorización fetal electrónica) para la evaluación del bienestar del neonato en el útero durante el embarazo*
- Guerra, G. E. J., Caldeira, A., Oliveira, F., Brito, M. F., Gerra, K. D., D'Angelis, C. E., Santos, L. A., Pinho, L., Rocha, J., & Popoff, D. (2019). Quality of life in climacteric women assisted by primary health care. *PLoS One*, 14(2), e0211617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211617>
- Hall, H., Leach, M., Brosnan, C., & Collins, M. (2017). Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*, 69, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008>
- Hall, H. G., Griffiths, D., & McKenna, L. G. (2015). *Complementary and alternative medicine: Interaction and communication between midwives and women*. Retrieved 2 from
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2011). The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery*, 27(6), 817-824. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.007>
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2012). Complementary and alternative medicine in midwifery practice: managing the conflicts. *Complement Ther Clin Pract*, 18(4), 246-251. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.06.010>
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2013a). Keeping childbearing safe: midwives' influence on women's use of complementary and alternative medicine. *Int J Nurs Pract*, 19(4), 437-443. <https://doi.org/10.1111/ijn.12089>
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G. (2013b). Navigating a safe path together: a theory of midwives' responses to the use of complementary and alternative medicine. *Midwifery*, 29(7), 801-808. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.019>

- Hall, H. G., McKenna, L. G., & Griffiths, D. L. (2012). Midwives' support for Complementary and Alternative Medicine: a literature review. *Women Birth*, 25(1), 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.12.005>
- Harimaguada, C. (1984). *Proyecto Harimaguada*. <https://www.harimaguada.org>
- Hyland, M. E., Lewith, G. T., & Westoby, C. (2003). Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complement Ther Med*, 11(1), 33-38. [https://doi.org/10.1016/s0965-2299\(02\)00113-9](https://doi.org/10.1016/s0965-2299(02)00113-9)
- ICM. (2011). *Bill of Rights for Women and Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/bill-of-rights-for-women-and-midwives.html>
- ICM. (2017). *International Definition of the Midwife*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition-of-the-midwife-2017.pdf>
- IHAN. (2015). *¿Cómo ser Hospital IHAN?* https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/fase_2d_hospitales/02.Gu%C3%ADa_F2D.pdf
- INE. (2003). *Indicadores de actividad obstétrica realizada en los hospitales por comunidad autónoma*.
- INE. (2019). *Series de población por provincias, edad, sexo y años*
- INE. (2020). *Viajeros y pernoctaciones por zonas turísticas. Canarias: Isla De Gran Canaria*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2039#!tabs-tabla>
- Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc*, 11, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.005>
- Kitzinger, S. (1996). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. (Presença, Ed.). Porto.
- Koehn, M. L. (2002). Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *J Perinat Educ*, 11(3), 10-19. <https://doi.org/10.1624/105812402x88795>
- Kron, T., & Gray, A. (1994). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*.
- Lalor, J. G., Fawole, B., Alfirevic, Z., & Devane, D. (2008). Perfil biofísico para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD000038.pub2>
- Lee, H., Choue, R., & Lim, H. (2017). Effect of soy isoflavones supplement on climacteric symptoms, bone biomarkers, and quality of life in Korean postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Nutr Res Pract*, 11(3), 223-231. <https://doi.org/10.4162/nrp.2017.11.3.223>
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2013). *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes* (7) <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074>.
- Meyer, M. P., Nevill, E., & Wong, M. M. (2018). *Provision of respiratory support compared to no respiratory support before cord clamping for preterm infants* (3) <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD012491.pub2>
- Milosevic, S., Channon, S., Hunter, B., Nolan, M., Hughes, J., Barlow, C., Milton, R., & Sanders, J. (2019). Factors influencing the use of birth pools in the United Kingdom: Perspectives of women, midwives and medical staff. *Midwifery*, 79, 102554. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102554>
- Mollart, L., Adams, J., & Foureur, M. (2016). Pregnant women and health professional's perceptions of complementary alternative medicine, and participation in a randomised controlled trial of acupuncture for labour onset. *Complement Ther Clin Pract*, 24, 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.007>
- Mollart, L., Stulz, V., & Foureur, M. (2019). Midwives' personal views and beliefs about complementary and alternative medicine (CAM): A national survey. *Complement Ther Clin Pract*, 34, 235-239. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.12.008>

- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Muñoz-Sellés, E., Goberna-Tricas, J., Delgado-Hito, P. (2016). La experiencia de las mujeres en el alivio del dolor del parto: conocimiento y utilidad de las terapias complementarias y alternativas [Article]. *Women's experience in pain relief during childbirth: knowledge and use of complementary and alternative therapies.*, 17(2), 51-58.
- NANDA. (2018). *NNN Consult. NANDA - NOC - NIC*. Retrieved 2018-2020 from <https://www-nnnconsult-com.bibproxy.ulpgc.es/>
- NCCAM. *NCCAM - National Institutes of Health*. <http://www.nccam.nih.gov>
- NCCIH. (2015). *Salud complementaria, alternativa o integral; ¿Qué significan estos términos?* <https://nccih.nih.gov/node/3768#hed1>.
- NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. nice.org.uk/guidance/cg190
- Nichols, S. F., Galesloot, S., Bondarianzadeh, D., & Buhler, S. (2019). Dietary Changes Albertan Women Make During Pregnancy: Thematic Analysis of Self-reported Changes and Reasons. *Can J Diet Pract Res*, 80(1), 39-43. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-031>
- Odent, M. (2009). *El bebé es un mamífero*. (O. Stare., Ed.).
- OE. (2018). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Especialista em Saúde Materna Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2019). *Ordem dos Enfermeiros Regulamento nº 391/2019 3 de maio*. DRP electrónico. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/122202664/details/maximized?serie=II&at=c&parte=filter=41&date=2019-05-01>
- Ormsby, S. M., Dahlen, H. G., Ee, C. C., Keedle, H., & Smith, C. A. (2018). 'Acupuncture for antenatal depression: It's worth giving it a go' - A qualitative study. *Women Birth*, 31(3), 166-176. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.018>
- Parra, N. (2012). *Cuando el embarazo no planificado se desea. Estudio aproximativo sobre la vivencia de adolescentes embarazadas* Retrieved 51 from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4642195>
- Pinzamientooptimo.org. *Plataforma científica en defensa del pinzamiento óptimo del cordón umbilical*. <https://pinzamientooptimo.org/>
- Popofsky, S., Noor, A., Leavens-Maurer, J., Quintos-Alagheband, M. L., Mock, A., Vinci, A., Magri, E., Akerman, M., Noyola, E., Rigaud, M., Pak, B., Lighter, J., Ratner, A. J., Hanna, N., & Krilov, L. (2020). Impact of Maternal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Detection on Breastfeeding Due to Infant Separation at Birth. *J Pediatr*. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.004>
- Portugal. (2008a). *Nacer ciudadano*. Ministerio de Justicia y de Salud. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/440799/details/maximized>
- Portugal. (2008b). *Pulsera electrónica*. Ministerio de saúde. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1492325/details/normal?q=Despacho+N%C2%BA%2020730%2F2008%2C%202008-08-07>
- Rabe, H., Díaz-Rossello, J. L., Duley, L., & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(8), Cd003248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub3>
- Rabe, H., Gyte, G. M., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), Cd003248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>
- Ramos, A., & Cruz-Utrilla, A. (2015). *Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo*. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revbiblio-circulares-de-cordon.pdf>

- Rawlings, F., & Meerabeau, L. (2003). Implementing aromatherapy in nursing and midwifery practice. *J Clin Nurs*, 12(3), 405-411. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00762.x>
- Rodrigañez, C. (2014). *Pariremos con placer* (Cauac, Ed. 8494026410 ed.).
- Ruangkit, C., Leon, M., Hassen, K., Baker, K., Poeltler, D., & Katheria, A. (2018). *Maternal bleeding complications following early versus delayed umbilical cord clamping in multiple pregnancies*. *BMC Pregnancy and Childbirth* <https://doi.org/doi: 10.1186/s12884-018-1781-6>.
- Ruiz, C. (1955). *Parto sin dolor* (E. Enciclopédica, Ed.).
- Ruiz, C. (1995). *Parir sin miedo* (O. STARE, Ed. ISBN: 9788493623715 ed.).
- Samuels, N., Zisk-Rony, R. Y., Singer, S. R., Dulitzky, M., Mankuta, D., Shuval, J. T., & Oberbaum, M. (2010). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *Am J Obstet Gynecol*, 203(4), 341.e341-347. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.05.001>
- Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., & Álvarez-Nieto, C. (2019). Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents. *Aten Primaria*, 51(7), 424-434. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.003>
- SCS. (2018a). *Embarazo. Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (PASAR)*. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- SCS. (2018b). *Protocolo de asistencia al parto. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias*.
- SCS. (2019a). *Protocolo médico: Alta hospitalaria postnatal temprana del RN sano en planta de maternidad*.
- SCS. (2019b). *Área de Salud: Gran Canaria; Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*. Gobierno de Canarias.
- SCS. (2020). *DRAGO AE*.
- SEGO. (2018). *Guía de asistencia Práctica. Control prenatal del embarazo normal*.
- Shalish, W., Lakshminrusimha, S., Manzoni, P., Keszler, M., & Sant'Anna, G. M. (2020). COVID-19 and Neonatal Respiratory Care: Current Evidence and Practical Approach. *Am J Perinatol*, 37(8), 780-791. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1710522>
- Sharma, J., O'Connor, M., & Jolivet, R. (2018). Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. *Reproductive Health*, 15(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0476-9>
- SNS. (2006). *Alterações cromossomas sexuais – Protocolo de Actuação Clínica*. Direcção-Geral da Saúde e a Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal (APDPN). <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/diagnostico-pre-natal/protocolos.aspx>
- SNS. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Retrieved NIPO: 680-13-122-7 from
- SNS. (2015). *Programa Nacional - para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. www.dgs.pt. <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
- SNS. (2017). *Rastreo y tratamiento de la sordera*. DGS. Ministerio de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182015-de-1122015-pdf.aspx>
- SNS. (2020a). *Centro Hospitalar Universitário do Algarve*. Ministério da Saúde. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- SNS. (2020b). *Região de Saúde do Algarve*. Ministério da Saúde. <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/information/?sort=tempo&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao>

- Sueblinvong, T., Taechakraichana, N., & Phupong, V. (2001). Prevalence of climacteric symptoms according to years after menopause. *J Med Assoc Thai*, 84(12), 1681-1691.
- Trail-Mahan, T., Mao, C. L., & Bawel-Brinkley, K. (2013). Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Manag Nurs*, 14(4), 277-286. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.06.001>
- Van Zwicht, B., Crone, M., Van Lith, J., & Rijnders, M. (2016). Group based prenatal care in a low- and high risk population in the Netherlands: a study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial.
- WHO. (2000a). *MDG 4: Reduce child mortality*. https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/
- WHO. (2000b). *MDG 5: Improve maternal health*. https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/#:~:text=El%20ODM%205%20co nsiste%20en,especializada%20al%20parto%20para%202015.
- WHO. (2011). *Fortalecimiento de la enfermería y la partería*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/5427/A64_R7-sp.pdf?sequence=1
- WHO. (2014). *Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- WHO. (2015a). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. <https://www.who.int/>
- WHO. (2015b). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. WHO/RHR/15.02. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161444>
- WHO. (2018a). *Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
- WHO. (2020a). *Clinical management of Covid-19*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2020b). *La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
- WHO. (2020c). *Midwifery and health*. <https://www.who.int/topics/midwifery/es/>
- WHO. (2020d). *Situación de la Enfermería en el mundo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
- WHO, CDC, & Institute, G. W. B. (2019). *Mejores datos para tomar decisiones. Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino*. <https://www.who.int/ncds/surveillance/data-toolkit-for-cervical-cancer-prevention-control/es/>



Documento	1	9	o	2	6
-----------	---	---	---	---	---

Comissão de Ética para a Investigação
Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-
Estar
Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. ^a Doutora Margarida Amoedo

Prof. ^a Doutora Fátima Jorge

Prof. ^a Doutora Sandra Leandro

Prof. Doutor Luís Sebastião

Prof. Doutor Armado Raimundo

Prof. Doutor Fernando Capela Prof.

Doutor Paulo Infante, deliberaram

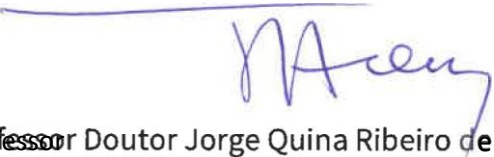
dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "Terapias Complementarias en Salud Materna. Actitudes de 10s profesionales. " pela mestranda Angharad Ortega Ravelo, sob a supervisão da Prof^a. Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (responsável académica).

Universidade de Évora, 9 de dezembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética


(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

8. APÉNDICES


APÉNDICE A: Diário de aprendizaje

Nota Introdutoria

La formación a nivel de 2º ciclo en enfermería establece requisitos y estrategias de aprendizaje en un contexto clínico. Según el plan de estudios del Máster en Enfermería en Salud Materna y Obstetricia, MESMO, (Diario de la República, 2da serie, n.º 142; 25 de julio de 2018) el 2do año curricular está dedicado a la adquisición / desarrollo de conocimiento en el contexto de la práctica. El alumno de maestría es conducido a realizar cuidados que, bajo la supervisión de un especialista clínico y la tutela pedagógica del docente, expresan un proceso gradual de adquisición de conocimientos. Esta adquisición/desarrollo es un proceso instrumental, visible por los supervisores, apoyado por correcciones y reforzamiento positivo. Es también un proceso personal, en la singularidad del alumno, de su compromiso, concentración y reflexión sobre lo que le brinda la vida cotidiana en la clínica. La dinámica entre los dos procesos conduce a la integración de conocimientos y la construcción de identidad profesional en el área de Salud Materna y Obstétrica. A la vista de las consideraciones, se crea el instrumento de observación semanal del alumno. Se pretende reflexionar sobre las situaciones concretas vividas por el alumno en la práctica clínica, ya que por un lado premia el desempeño positivo, pero al dar a conocer las brechas genera oportunidades de inversión en áreas más frágiles.

Cronograma

Período	6 semanas 17/sep - 27/oct 2019						6 semanas 27/oct – 7/dic 2019						
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
Semanas de prácticas													
Jornal Aprendizaje			x	x	x	x			x	Estudio de Caso Clínico			
Lugar	Centro de Salud						Hospitalización Obstetricia /Ginecología						

 1ª e 2ª semana de cada campo clínico no se realiza Jornal de Aprendizaje.

Instrumento de registros para Estudiantes de la UEESESJD

Nombre: Angharad Ortega Ravelo

Fecha: de 30/09/2019 a 04/10/2019

Campo clínico: Cuidados de Salud Primarios;

Local: UCC FARO Semana: 3

Editorial

Tema 1: Conociendo el inmenso mundo de nuestra práctica clínica, llama la atención cómo se encuentran las mujeres, ahora en proceso de maternidad, donde se acentúa su labor como cuidadoras del entorno, de la familia y especialmente de ellas. Son una figura de referencia en el servicio y, como van cambiando y buscando en su entorno inmediato y no tan inmediato, todo lo que les sea útil y beneficioso. Donde es más pronunciado es en los hábitos alimenticios (Forbes, Graham, Berglund y Bell, 2018; Nichols, Galesloot, Bondarianzadeh y Buhler, 2019). Pero en nuestra consulta, vemos cómo cuidan la alimentación, la piel y queremos aprender todo esto en los apartados de Preparación para la maternidad-paternidad. No importan las características y/o las diferencias: nivel educativo, nivel de empoderamiento y de autonomía, conocimientos en salud o el perfil socioeconómico. Cada una de ellas se ha cuidado o se está cuidando durante el embarazo (en mayor o menor medida) y / o está cuidando al bebé. Todavía queda un largo camino por recorrer, para los profesionales, porque la información es un pilar fundamental del proceso de preparación de las familias, aunque en ocasiones no nos damos cuenta de aquellas madres o familias que ya han iniciado un camino informativo y que prefieren aclarar dudas antes de recibir mucha información. Esto puede generar más dudas o sentimientos de ser juzgados por profesionales, cuando no están haciendo lo pactado convencionalmente. Un "no" es muy importante en nuestra práctica. También es un "silencio" respetuoso. Esto me lleva a pensar en la cantidad de mujeres que no revelan el uso de TC, a los profesionales de la salud, en línea con mi investigación (Hall, Griffiths y McKenna, 2015). Pero no es necesario utilizar ninguna de estas modalidades de TC para que surjan sentimientos negativos de las mujeres en nuestras consultas; las características propias de la mujer, las prácticas / cuidados en embarazos previos pueden ser el motivo de que las mujeres reciban estas percepciones (Lindhardt, Rubak, Mogensen, Lamont y Joergensen, 2013; Mannava, Durrant, Fisher, Chersich y Luchters, 2015).

Actividades Semanales

- Entrenar a parejas de forma segura con bebés. Maniobras de RCP pediátricas, maniobras de obstrucción de la vía aérea en los primeros meses de vida. Enseñanza teórica y práctica con maniquí bebé.
- Evaluar cómo están evolucionando los embarazos, individualmente, pero dentro de las secciones del grupo.
- Los días de la "Semana Mundial de la Lactancia Materna", las puérperas participan en sesiones de ejercicio con bebés, realizadas por fisioterapeutas y ESMO. Hay varios grupos a lo largo del día.
- Enseñar ejercicios para aliviar el dolor en el parto, prácticas. Evaluación de una mujer en T.P. activo en la consulta. Planteando cuándo ir al hospital.
- Enseñanza sobre lactancia materna, fisiología, posturas, agarres y dificultades. Compartir información sobre la lactancia materna, el cuidado de las mamas durante y sobre los recursos prácticos que se utilizarán para la lactancia.
- Secciones de recuperación posparto, realizando ejercicios con un grupo de puérperas y sus bebés.
- Enseñar sobre el cuidado del bebé, por primera vez y sucesivas, como el baño del bebé, el material necesario y cómo cuidar el cordón umbilical.
- Presentación de un nuevo grupo, que iniciará las secciones de Preparación para padres.

Adquisición de Competencias

- 3.1.3 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover el bienestar y el bienestar de las mujeres y socios importantes.
- 3.2.1 - Identificar y monitorear la fuerza laboral.
- 4.1.2 - Informar y orientar a las mujeres sobre el crecimiento, el desarrollo, las señales de alerta y los síntomas en el recién nacido.
- 4.1.4 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna materno.
- 4.1.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.
- 4.2.1 - Informa, orienta y apoya a la madre en el autocuidado y cuidado del niño.
- 4.3.2 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones de recuperación posparto.
- 4.3.3 - Concebir, planificar, implementar y evaluar medidas correctivas al proceso de lactancia materna

7.2.5 - Aplicar el programa nacional de vacunación e informar las condiciones de acceso a los servicios de inmunización.

Fuentes de Investigación (max. 8)

Asztalos, E. V. (2018). Supporting Mothers of Very Preterm Infants and Breast Milk Production:

A Review of the Role of Galactogogues. *Nutrients*, 10(5). doi:10.3390/nu10050600

Bazzano, A. N., Hofer, R., Thibeau, S., Gillispie, V., Jacobs, M., & Theall, K. P. (2016). A

Review of Herbal and Pharmaceutical Galactagogues for Breast-Feeding. *Ochsner J*, 16(4), 511-524.

Chen, P. J., Chou, C. C., Yang, L., Tsai, Y. L., Chang, Y. C., & Liaw, J. J. (2017). Effects of

Aromatherapy Massage on Pregnant Women's Stress and Immune Function: A Longitudinal, Prospective, Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*, 23(10), 778-786. doi:10.1089/acm.2016.0426

Feenstra, M. M., Jorgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjorg, D. B., & Kronborg, H. (2018).

Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*, 16, 167-174. doi:10.1016/j.srhc.2018.04.003

Igarashi, T. (2013). Physical and psychologic effects of aromatherapy inhalation on pregnant

women: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*, 19(10), 805-810. doi:10.1089/acm.2012.0103

Karacam, Z., & Saglik, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on

problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Turk Pediatri Ars*, 53(3), 134-148. doi:10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350

Patnode, C. D., Henninger, M. L., Senger, C. A., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2016). U.S.

Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, Formerly Systematic Evidence Reviews. In *Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Peila, C., Coscia, A., Tonetto, P., Spada, E., Milani, S., Moro, G., . . . Bertino, E. (2015).

Evaluation of the galactagogue effect of silymarin on mothers of preterm newborns (<32 weeks). *Pediatr Med Chir*, 37(3), pmc.2015.2105. doi:10.4081/pmc.2015.105

Soto Vásquez, M. R., Alvarado García, P., & Guarniz, W.

Soto Vásquez, M. R., Alvarado García, P., & Guarniz, W. (2019). *MEDICINA NATURISTA* A ·

2019; Vol. 13 · Nº 1 21 *MEDICINA NATURISTA* A2019; Vol. 13 · Nº 1 — I.S.S.N.: 1576-3080 Aromaterapia en la salud mental: una breve revisión.

Toda, M., & Morimoto, K. (2008). Effect of lavender aroma on salivary endocrinological stress markers. *Arch Oral Biol*, 53(10), 964-968. doi:10.1016/j.archoralbio.2008.04.002

Zecca, E., Zuppa, A. A., D'Antuono, A., Tiberi, E., Giordano, L., Pianini, T., & Romagnoli, C. (2016). Efficacy of a galactogogue containing silymarin-phosphatidylserine and galega in mothers of preterm infants: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr*, 70(10), 1151-1154. doi:10.1038/ejcn.2016.86

Fecha: de 07/10/2019 a 11/10/2019

Campo clínico: Cuidados de Salud Primarios;

Local: UCC FARO Semana: 4

Editorial

Tema 2: En el periodo post parto, la incidencia de consultas sobre lactancia materna es una de las cuestiones que abordamos en la “Preparación para el Nacimiento y la maternidad-paternidad” (denominación en portugués: *Preparação para o Nascimento e Parentalidade*, PNP). De manera preventiva se abordan dificultades en este periodo, así como la necesidad de recurrir a profesionales de salud, para adquirir conocimientos y/o técnicas que ayuden a paliar situaciones adversas. Se plantea en las secciones de PPN, que esas dificultades pueden surgir, como vemos en estudios que citan su incidencia (Feenstra, Jorgine Kirkeby, Thygesen, Danbjorg, & Kronborg, 2018; Karacam & Saglik, 2018). Y aunque no llega a porcentajes elevados, si es relevante que estas dificultades van a llevar un mayor abandono de la lactancia. Detectar dificultades de manera precoz, va a optimizar los resultados de éxito. Sobre todo, porque en dicha detección ya se pueden realizar intervenciones de apoyo, asesoramiento, resolución de dudas y/o problemas. Autores resaltan en estudios, como intervenciones, como el apoyo, es de gran efectividad (Karacam & Saglik, 2018; Patnode, Henninger, Senger, Perdue, & Whitlock, 2016). El apoyo tiene un alto valor, para resolver dificultades durante la lactancia. Y cualquier otra terapia, como la administración de galactogogos, podría complementar las estrategias de apoyo (Asztalos, 2018). Se ha visto, que tanto el uso de galactogogos farmacológicos como herbales, precisan de una estrecha vigilancia y no usarse de manera aislada. En el caso de los primeros, son diversos estudios lo que respaldan su efectividad, pero también sus efectos adversos y por ello hay que hacer un uso muy limitado y bajo pautas estrictas. Siendo necesarios más estudios que analicen sus beneficios/riesgos. Esto ha llevado a que profesionales y mujeres prefieran hacer uso de los segundos, los galactogogos herbales. Estos están respaldados por estudios que analizan su eficacia, pero también arrojan la necesidad de realizar más estudios debido a la escasa literatura (Bazzano et al., 2016; Peila et al., 2015; Zecca et al., 2016).

En nuestra consulta se usa uno de estos productos, un galactogogo derivado de una planta, su componente principal, la Silimarina, es parte de los estudios citados. Esto me hace pensar en dos cosas: la primera es que hacemos uso de modalidades CAM, en este caso, un derivado herbal, sin tal vez, ser conscientes de ello, ya que viene en un formato farmacéutico. Y la segunda y con base en la literatura consultada es, “cómo los profesionales nos enfrentamos el desafío de prescribir o recomendar galactagogos sin el beneficio de evidencia sólida” (Bazzano et al., 2016).

Actividades Semanales

- Evaluar cómo evolucionan los embarazos, individualmente, dentro de las secciones del grupo.
- Enseñanza de las características del recién nacido en los primeros días (ejemplo: presencia de vérnix, estructura de la cabeza, etc.). Adaptación del bebé a la vida extrauterina. Exámenes de vigilancia de la salud del bebé antes del alta hospitalaria.
- Secciones de recuperación posparto, realizando ejercicios con un grupo de puérperas y sus bebés.
- Evaluación de la diástasis en puérperas.
- Enseñar sobre el cuidado del bebé, por primera vez y sucesivas, como el baño del bebé, el material necesario y cómo cuidar el cordón umbilical.
- Clase práctica de ejercicios y movimientos durante T.P. aliviar el dolor. Tipos de posturas respiratorias y no expulsivas.
- Asesoramiento sobre T.P. y cuándo ir al hospital. Y preparando la bolsa de maternidad.

Adquisición de Competencias

- 3.1.3 - Concisa, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el bien y el bien de las mujeres y personas significativas.
- 4.1.1 - Información y orientación sobre los recursos disponibles en la comunidad que pueden responder a las necesidades el niño y el recién nacido, promoviendo una decisión informada.
- 4.1.2 - Información y orientación a las mujeres sobre crecimiento, desarrollo, signos y síntomas de alarma en el recién nacido.
- 4.1.4 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna
- 4.1.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.
- 4.2.1 - Informar, orientar y apoyar a la madre en el autocuidado y cuidado de su hijo.
- 4.2.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones con el propósito de mejorar la salud mujeres después del parto.
- 4.3.2 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones de recuperación posparto.

4.3.3 - Conceptos, planifica, implementa y evalúa medidas correctivas durante el proceso de lactancia.

7.1.1 - Identificar la infraestructura de salud comunitaria y las condiciones de acceso.

7.2.3 - Generar los beneficios y riesgos de los lugares de nacimiento disponibles.

7.2.5 - Aplicar el programa nacional de vacunación e informar sobre las condiciones de acceso a los servicios de inmunización.

Fuentes de Investigación (max. 8)

Asztalos, E. V. (2018). Supporting Mothers of Very Preterm Infants and Breast Milk Production: A Review of the Role of Galactagogues. *Nutrients*, *10*(5). doi:10.3390/nu10050600

Bazzano, A. N., Hofer, R., Thibeau, S., Gillispie, V., Jacobs, M., & Theall, K. P. (2016). A Review of Herbal and Pharmaceutical Galactagogues for Breast-Feeding. *Ochsner J*, *16*(4), 511-524.

Feenstra, M. M., Jorgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjorg, D. B., & Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*, *16*, 167-174. doi:10.1016/j.srhc.2018.04.003

Karacam, Z., & Saglik, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey. *Turk Pediatri Ars*, *53*(3), 134-148. doi:10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350

Patnode, C. D., Henninger, M. L., Senger, C. A., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2016). U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, Formerly Systematic Evidence Reviews. In *Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Peila, C., Coscia, A., Tonetto, P., Spada, E., Milani, S., Moro, G., . . . Bertino, E. (2015). Evaluation of the galactagogue effect of silymarin on mothers of preterm newborns (<32 weeks). *Pediatr Med Chir*, *37*(3), pmc.2015.2105. doi:10.4081/pmc.2015.105

Zecca, E., Zuppa, A. A., D'Antuono, A., Tiberi, E., Giordano, L., Pianini, T., & Romagnoli, C. (2016). Efficacy of a galactagogue containing silymarin-phosphatidylserine and galega in mothers of preterm infants: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr*, *70*(10), 1151-1154. doi:10.1038/ejcn.2016.86

Fecha: de 14/10/2019 a 18/10/2019

Campo clínico: Cuidados de Salud Primarios;

Local: UCC FARO Semana: 5

Editorial

Tema 3: Nos encontramos en una sección de grupo, dentro de la Preparación para el nacimiento, donde vamos a repasar ejercicios y posturas para el alivio del dolor en T.P. y parto. En la sala hay varias mujeres algunas de ellas con sus parejas, con una edad gestacional cerca de la FPP. Colocadas en las bolas de pilates y tapetes para realizar los ejercicios cómodamente. Durante la sesión se va hablando de manera individual de diversas cuestiones. Aquellas que las mujeres quieran, se resuelven dudas de sesiones anteriores, dudas personales, etc. Una de las mujeres, con las iniciales inventadas A.C.N. con 37 semanas de edad gestacional (SEG), que ha tenido diversos problemas familiares al inicio de la gravidez y por ello faltó a muchas sesiones inicialmente. Además de esto, se le suma lo que ella y su marido señalan, como una personalidad con tendencia a la ansiedad. En la sesión, se muestra muy ansiosa, expresas diversos miedos, dudas y cuestiones. El resto de las mujeres participa para ayudar y se mantiene con nuestra guía un ambiente cómodo que aparentemente anima a A.C.N. a seguir hablando y parece que evoluciona bien. Cerca del final de la sesión una mujer se acerca a ella y sugiere el uso de algún aceite esencial, como la flor de naranjo en forma de aromaterapia, para ayudar de disminuir ansiedad. Este caso se coloca ante mí la cuestión del uso de la aromaterapia. Es algo al alcance de nuestra mano, cada vez hay más productos de este tipo en nuestro entorno con un bajo coste. Y aunque no fue fácil encontrar literatura concreta (en salud materna). Estudios como el de (Chen et al., 2017), citan como la aromaterapia usada junto al masaje, contribuyo a reducir estrés, incluso aumentar inmunidad en embarazos. Los efectos de la aromaterapia en salud mental, se lleva investigando años y dan como resultados en el siguiente estudio, el hecho de afirmar que los aceites esencia son un recurso a bajo coste y una opción simple, que tienen un efecto ansiolítico, entre otros, actuando a nivel de neurotransmisores, con la capacidad de reducir cortisol y por tanto la ansiedad (Soto Vásquez, Alvarado García, & Guarniz, 2019, Igarashi, 2013; Toda & Morimoto, 2008).

Actividades Semanales

- Seguimiento con psicólogo en la sesión de preparación al parto.
- Evaluar cómo están evolucionando los embarazos, individualmente, dentro de las secciones del grupo.
- Seguimiento con nutricionista, en la sesión de preparación al parto.
- Secciones de recuperación posparto, realizando ejercicios con un grupo de puérperas y sus bebés.
- Evaluación de la diástasis en puérperas.

- Clase práctica de ejercicios y movimientos durante T.P. aliviar el dolor. Tipos de posturas respiratorias y no expulsivas.
- Resolver las dudas a demanda, de las mujeres embarazadas, por ejemplo: malestares y cambios que han surgido nuevos y preocupantes.
- Seguimiento con Técnico de Servicio Social, en la sesión de Preparación al Parto.

Adquisición de Competencias

3.1.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el bienestar y el bienestar de las mujeres y convivientes significativos.

4.1.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.

4.2.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones con el propósito de mejorar la salud del
mujer después del parto.

4.3.2 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones de recuperación posparto.

Fuentes de Investigación (max. 8)

Chen, P. J., Chou, C. C., Yang, L., Tsai, Y. L., Chang, Y. C., & Liaw, J. J. (2017). Effects of Aromatherapy Massage on Pregnant Women's Stress and Immune Function: A Longitudinal, Prospective, Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*, 23(10), 778-786. doi:10.1089/acm.2016.0426

Igarashi, T. (2013). Physical and psychologic effects of aromatherapy inhalation on pregnant women: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med*, 19(10), 805-810. doi:10.1089/acm.2012.0103

Soto Vásquez, M. R., Alvarado García, P., & Guarniz, W. (2019). MEDICINA NATURIST A · 2019; Vol. 13 · Nº 1 21 MEDICINA NATURIST A2019; Vol. 13 · Nº 1 — I.S.S.N.: 1576-3080Aromaterapia en la salud mental: una breve revisión.

Toda, M., & Morimoto, K. (2008). Effect of lavender aroma on salivary endocrinological stress markers. *Arch Oral Biol*, 53(10), 964-968. doi:10.1016/j.archoralbio.2008.04.002

Fecha: de 21/10/2019 a 25/10/2019

Campo clínico: Cuidados de Salud Primarios;

Local UCC FARO

Semana: 6

Editorial

Tema 4: Estamos en una sección grupal, dentro de la Preparación del parto, donde respondemos preguntas, revisamos secciones anteriores o tratamos preguntas individuales a petición de las mujeres. El mismo problema lo aborda una mujer con las iniciales inventadas J. I. C. S. a las 32 semanas de EG. Sobre la actividad física diaria. Ella trabaja fuera de casa, hace ejercicios diarios (que le gustan) y también se refiere a ser una persona muy activa, que no puede estar tranquila. En consulta con el obstetra, se recomendó reducir levemente el nivel de actividad y tomar más descansos a lo largo del día, pero ahora, después de una nueva visita, debe permanecer en reposo, sin actividad y de baja laboral, ya que tiene contracciones (que no se da cuenta) y modificación del cuello uterino. Es muy difícil para ella, pero aceptó las pautas y ya las está siguiendo. Son recomendaciones ampliamente conocidas que se toman en reposo en situaciones donde hay un aumento de las contracciones, producen buenos resultados y estas tienden a desaparecer en la mayoría de los casos. Además, la actividad física ligera durante el embarazo es beneficiosa tanto para la mujer como para el bebé. Pero incluso este último tema genera controversia, como se mencionó (Koushkie Jahromi, Namavar Jahromi, & Hojjati, 2011) y también señala que la actividad física normal no tiene un efecto perjudicial sobre el peso al nacer, o que la actividad física exigente no ha tenido un efecto perjudicial. en el resultado del parto, peso al nacer, edad gestacional al nacer, parto prematuro y supervivencia. Además, este estudio también se refiere a cómo las actividades cotidianas, como alcanzar, inclinar y levantar objetos, aumentan la presión en la columna, lo que aumenta la presión abdominal y puede influir en el resultado del embarazo. Habla de las actividades que hacemos en casa y con más frecuencia, a las que muchas veces no prestamos atención a la forma en que lo hacemos, adquiriendo malas posturas. Además, la disminución de las horas de descanso está relacionada con T.P. tasa de cesáreas más prolongada y aumentada, como se mencionó (Lee y Gay, 2004). O, como podemos ver en la revisión sistemática de (August et al., 2013), la falta de descanso y la calidad de este influyen negativamente en los resultados del parto. Vemos en las pautas más actuales a seguir sobre actividad física durante el embarazo (Evenson et al., 2014), donde todas las recomendaciones apoyan la actividad física. En estas guías gubernamentales 6 de 11 incluyen contraindicaciones absolutas / relativas, siendo una contraindicación absoluta para los ejercicios, las contracciones prematuras. Esto es recogido por unanimidad por todas las guías incluidas en este estudio.

Actividades Semanales

- Enseñar sobre el cuidado del bebé, por primera vez y sucesivas, como el baño del bebé, el material necesario y cómo cuidar el cordón umbilical.
- Clase práctica de ejercicios y movimientos durante T.P. aliviar el dolor. Tipos de posturas respiratorias y no expulsivas.
- Seguimiento con psicólogo, en la sesión de preparación al parto.
- Evaluar cómo están evolucionando los embarazos, individualmente, dentro de las secciones del grupo.
- Resolver las demandas a demanda, de las mujeres embarazadas, por ejemplo: malestares y cambios que han surgido nuevos y preocupantes.
- Enseñanza sobre el parto y el dolor, las características del posparto, los signos de alarma, la consulta y los consejos sobre anticoncepción.
- Enseñar sobre las dificultades para amamantar.

Adquisición de Competencias

3.1.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el bienestar y el bienestar de las mujeres y convivientes significativos.

3.15 --- Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

3.16 - Cooperar con otros profesionales en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor.

4.1.3 - Informa y orienta a las mujeres sobre sexualidad y anticoncepción en el posparto.

4.1.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.

4.1.6 - Diseñar, planificar, coordinar, supervisar, implementar y evaluar programas, proyectos e intervenciones promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.

4.2.5 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones con el propósito de mejorar la salud del mujer después del parto.

Fuentes de Investigación (max. 8)

August, E. M., Salihu, H. M., Biroscak, B. J., Rahman, S., Bruder, K., & Whiteman, V. E.

(2013). Systematic review on sleep disorders and obstetric outcomes: scope of current knowledge. *Am J Perinatol*, 30(4), 323-334. doi:10.1055/s-0032-1324703

- Evenson, K. R., Barakat, R., Brown, W. J., Dargent-Molina, P., Haruna, M., Mikkelsen, E. M., . . . Yeo, S. (2014). Guidelines for Physical Activity during Pregnancy: Comparisons From Around the World. *Am J Lifestyle Med*, 8(2), 102-121. doi:10.1177/1559827613498204
- Koushkie Jahromi, M., Namavar Jahromi, B., & Hojjati, S. (2011). Relationship between Daily Physical Activity During Last Month of Pregnancy and Pregnancy Outcome. *Iran Red Crescent Med J*, 13(1), 15-20.
- Lee, K. A., & Gay, C. L. (2004). Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 191(6), 2041-2046. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.086

Fecha: de 11/11/2019 a 15/11/2019

Campo clínico: Grávidas/ Ginecología;

Local: HPA Semana: 3

Editorial

Tema 1: Desde los cuidados especializados donde se encuentra insertada una consulta prenatal de EESMO, tenemos la oportunidad de abordar la vigilancia en esta etapa del embarazo, que no fue adquirida desde los Cuidados de Salud primarios, por cuestiones ajenas a nosotros. Tenemos la oportunidad además de acompañar a aquellas mujeres acudían a las clases de PPN en la UCC de Faro y que, debido a la carencia de un contacto individualizado con la partera, buscan en su entorno los recursos necesarios. Apreciamos en sus verbalizaciones, como esta carencia se manifiesta entre sus necesidades y aunque valorizan las actuaciones grupales, resaltan que no deben sustituir la atención individual. Este sentir sigue la línea que la literatura y recomendaciones recogen, donde se ve la utilidad de las intervenciones grupales en la atención prenatal, estas intervenciones precisan más investigación pues su eficacia está interrelacionada con el contexto y aun no se reúne suficiente evidencia para que la actuación grupal pueda sustituir las intervenciones convencionales de atención prenatal (ACOG, 2016, 2018; van Zwicht, Crone, van Lith, & Rijnders, 2016; WHO, 2018). Además de esto, la intervención grupal puede ser muy beneficiosa, ya que se pueden desarrollar puntos de unión que se extrapolan fuera de las clases y crear así alianza y una red de apoyo entre las mujeres. Este hecho se aprecia en el diálogo de las mujeres, no obstante, muchas de ellas, ocultaban a la vez, a la partera de UCC que asistían a la consulta prenatal por esta vía, el Hospital particular de Gambelas, por su conocida opinión sobre este hospital. Esto pone de manifiesto la utilidad de una atención neutral, profesional y sin juicios, respetando las voluntades y decisiones de las mujeres y la necesidad de un autoanálisis y evaluación de nuestra práctica profesional, como cita el Reglamento n.º 140/2019, sobre las Competencias Comunes del Enfermero Especialista; Dominio B – Mejora continua de la calidad,

Dominio D – Desarrollo del aprendizaje profesional y su competencia D1 Desarrollo del autoconocimiento y asertividad, entre otras competencias.

Actividades semanales

- Consulta prenatal: resolución de dudas, asesoramiento de acuerdo con la edad gestacional, control de constantes vitales, peso, estado de la piel, presencia de edemas, etc.
- Realización de diagnóstico de embarazo.
- Medición de la altura uterina.
- Asesoramiento sobre cribado genético.
- Extracción sanguínea para cribado genético.
- Conocimiento de los protocolos del servicio de actuación.
- Conocimiento de los software de trabajo de enfermería.
- Registros en la historia clínica.
- Realización de ingresos hospitalarios, gestión de dietas y cuidados de enfermería.
- Manejo y administración de medicación para las gestantes ingresadas.
- Realización de registros de CTG.
- Revisión de material de urgencias, carro de RPC y material del bloque de partos.
- Vigilancia de las mujeres en trabajo de parto.
- Preparación de la mujer en TP para cesárea.

Adquisición de habilidades

2.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones promoción de la salud prenatal.

2.1.3 - Diagnosticar y monitorear el embarazo.

2.1.5 - Informa y orienta sobre estilos de vida saludables durante el embarazo.

2.1.6 - Promueve la decisión informada en el ámbito de la salud prenatal, brindando información a las embarazadas sobre los recursos disponibles en la comunidad.

2.1.7 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones promover la salud mental en la experiencia del embarazo.

2.1.8 - Diseñar, planificar, coordinar, supervisar, implementar y evaluar programas de preparación completa para el parto y la paternidad responsable.

2.1.9 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones promover la lactancia materna.

2.1.10 - Promueve el plan de parto, asesora y apoya a la mujer en la decisión.

2.2.1 - Informa y orienta a la gestante y a sus seres queridos sobre los signos y síntomas de riesgo.

- 2.2.2 - Identificar y monitorear la salud materno-fetal por los medios clínicos y técnicos apropiados.
- 2.2.5 - Identifica y monitorea las desviaciones del patrón de adaptación al embarazo, referenciando las situaciones que están más allá de su área de especialización.
- 2.2.6 - Evalúa el bienestar materno-fetal por los medios clínicos y técnicos adecuados.
- 2.3.3 - Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para mujeres con patología asociada y / o concomitante con el embarazo.
- 2.3.4 - Colaborar con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con complicaciones del embarazo, incluso que con patología asociada y / o concomitante.
- 2.3.5 - Aplica medidas básicas de soporte vital a mujeres en situaciones críticas.
- 3.1.2 - Garantiza un entorno seguro durante el trabajo de parto y el parto.
- 3.1.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el bienestar y el bienestar de las mujeres y convivientes significativos.
- 3.1.6 - Cooperar con otros profesionales en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor.
- 3.2.1 - Identifica y monitorea la mano de obra.
- 6.3.2 - Concibe, planea implementar y evaluar intervenciones para mujeres en el tratamiento de condiciones de la aparato genitourinario y / o mama.

Fuentes de búsqueda (max. 8)

- ACOG. (2018). Opinión del Comité ACOG No. 731. Resumen: Atención prenatal grupal.
- van Zwicht, B. S., Crone, M. R., van Lith, J. M. M., & Rijnders, M. E. B. (2016). Group based prenatal care in a low-and high risk population in the Netherlands: a study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial. (1).
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1152-0>
- WHO. (2018). Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.

Melanoma in Pregnant women: a systematic review

Review question

What evidence is available about Nursing Care Plans in pregnant women with Melanoma?

Searches

We will search in the following electronic bibliographic databases:

PubMed, Web of Science, Google Scholar, Web of Science, Ebsco (Academic Search Complete, Medic Latina....), for studies between 2010 and 2020

Search terms:

Melanoma or Skin cancer OR cancer

Pregnancy OR Pregnant

Case Study OR Case Report OR clinical study OR Nursing Care OR Nursing Plan

PubMed:

Web of Science:

Ebsco:

Types of study to be included

Inclusion:

- Published in peer review journal between 2010 and 2020
- Written in English, Portuguese, Spanish
- Research studies including non-experimental design: Case Study OR Case Report

OR Clinical Study OR Nursing Care OR Nursing Plan

Exclusion

- No full text available
- Opinion, commentaries, methodological papers, protocols

Condition or domain being studied

Nursing care for pregnant patients with melanoma during hospitalization

Participants/population

Pregnant women with melanoma staying in hospitalization

Intervention(s), exposure(s)

Exposure to nursing care in hospitals

Modified PICO:

Pregnant women with melanoma

Context hospital setting

Outcome nursing care

Comparator(s)/control

Not applicable

Main outcome(s)

In-depth insight in nursing care for pregnant women with melanoma during hospitalization

Additional outcome(s)

Not applicable

Data extraction (selection and coding)

Titles and/or abstracts of studies retrieved using the search strategy and those from additional sources will be screened independently by two review authors. The first selection will be performed reading titles and abstracts. The disagreements in this first step will be disputed to reach a consensus. If no agree, a third author will confirm the eligibility of the studies. Rayyan software will be used to perform this step, to identify studies that potentially meet the inclusion criteria

Those potential studies, in full text presentation, will be scrutinized independently by two authors. Any disagreement between them, considering the criteria of eligibility will be submitted to discussion with a third reviewer.

A grid, containing characteristics like year of publication, study setting, characteristics of patient, study method, main results) will be applied to all articles selected on previous step. Two review authors will extract data independently, discrepancies will be identified and resolved through discussion with a third author.

Risk of bias (quality) assessment

Independently, two authors will assess the risk of bias in selected studies, applying the Joanna Briggs Institute (JBI) of the University of Adelaide The JBI Critical Appraisal Checklist for Case Reports, which has 8 criteria to support studies characteristics (https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Case_Reports2017_0.pdf)

Strategy for data synthesis

Data from each case study will be analysed by content analysis techniques, permitting the emergence of themes. The content analysis will be supported by a model (Kohlbacher, 2006), in order can achieve transparency in the review process. Data from contented analysis will be undertaken with the support of the third author and discussed with other researchers to achieve the real mean given by each case study.

Analysis of subgroups or subsets

None planned

Contact details for further information

Angharad Ortega, mail: m41947@alunos.uevora.pt

Organisational affiliation of the review

University of Évora. Nursing Department

Review team members and their organisational affiliations

Miss Angharad Ortega. University of Évora. Nursing Department. [Hospital Univeritario Insular Materno Infantil de Gran Canaria]

Coordinator-Professor Margarida Sim-Sim. University of Évora. Nursing Department.

Type and method of review

Synthesis of case studies, Systematic review

Anticipated or actual start date

15 August 2020

Anticipated completion date

30 December 2021

Funding sources/sponsors

No funding

Conflicts of interest

No conflict of interest

Language

English

Country

Portugal

Stage of review

Review Ongoing. Preliminary search to clarify ideas

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD Centre for Reviews and Dissemination

Subject index terms

Pregnancy; Pregnant Women; Melanoma; Skin Cancer; Case Study; Case Report

Date of registration in PROSPERO

(..... 2020

Date of first submission

(..... 2020

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Not applicable

Stage of review at time of this submission

Kohlbacher, F. (2006). The Use of Qualitative Content Analysis in Case Study Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research; Vol 7, No 1 (2006): Learning About Risk*. doi:10.17169/fqs-7.1.75

Temática: Embarazo & Melanoma

Melanoma

A malignant neoplasm derived from cells that are capable of forming melanin, which may occur in the skin of any part of the body, in the eye, or, rarely, in the mucous membranes of the genitalia, anus, oral cavity, or other sites. It occurs mostly in adults and may originate de novo or from a pigmented nevus or malignant lentigo. Melanomas frequently metastasize widely, and the regional lymph nodes, liver, lungs, and brain are likely to be involved. The incidence of malignant skin melanomas is rising rapidly in all parts of the world. (Stedman, 25th ed; from Rook et al., Textbook of Dermatology, 4th ed, p2445)

Pregnancy

The status during which female mammals carry their developing young (EMBRYOS or FETUSES) in utero before birth, beginning from FERTILIZATION to BIRTH.

Year introduced: 1963

Nursing

The field of **nursing** care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

PubMed

National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information

PubMed.gov

Search

Advanced Create alert Create RSS Clipboard User Guide

Save Email Send to Sorted by: Most recent Display options

3 results 3 items selected Clear selection

RESULTS BY YEAR

1974 2020

TEXT AVAILABILITY

Abstract
 Free full text
 Full text

Keeping hope alive.
1 Lillis PP, Prophit P.
Nursing, 1991 Dec;21(12):65-6. doi: 10.1097/00152193-199112000-00021.
Cite PMID: 1749556 No abstract available.
Share

Pregnancy and cancer.
2 Krebs LU.
Semin Oncol Nurs, 1985 Feb;1(1):35-41. doi: 10.1016/s0749-2081(85)80031-0.
Cite PMID: 3849830 No abstract available.
Share

Birth defects among children of nurse-anesthetists.
3 Corbett TH, Cornell RG, Endres JL, Lieding K.

Feedback

(("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Patient Care Planning"[Mesh] OR "Primary Nursing"[Mesh]) AND ("Skin Neoplasms"[Mesh]) OR "Melanoma"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh]) =3

Ebsco

(pregnant women) AND melanoma AND nursing =4

Web of Science

Histórico de pesquisa:

Resultados	Resultados		Editar resultados	Combinar resultados <input type="radio"/> AND <input type="radio"/> OR Combinar	Excluir resultados Selecinar tudo <input type="checkbox"/> Excluir
# 7	286	#5 AND #3 AND #1 <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 6	8	#3 AND #2 AND #1 <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 5	2.473.740	TS=(Melanoma OR Cancer) <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 4	142.693	TS=(Qualitative research) <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 3	283.157	TS=(nursing OR Nursing care) <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 2	159.795	TS=Melanoma <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
# 1	489.046	TS=(pregnancy or pregnant) <i>Indices=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI, CCR-EXPANDED, IC Tempo estipulado=Todos os anos</i>	Editar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AND OR

Selecinar tudo
 Excluir

TS=(Melanoma OR Cancer) AND TS=(nursing(OR Nursing care) AND TS=(pregnancy or pregnant) =286

(TS=(pregnancy or pregnant) AND TS=(nursing OR Nursing care) AND TS=(Melanoma OR Cancer)) AND TS=case report

(TS=(pregnancy or pregnant) AND TS=(nursing OR Nursing care) AND TS=(Melanoma OR Cancer)) AND TS=case report

Retirados os 18 duplicados = ficam **315 textos**

2019-11-15: RS-Melanoma&Pregnancy Blind ON

Showing 1 to 5 of 18 unique entries (filtered from 315 total unique entries) Search:

Date	Title	Authors	Rating
2006-01-01	Dermatology nursing news		
2007-01-01	Overlapping human leukocyte antigen clas...	Celis, E.; Melanoma Study G...	
2007-01-01	Overlapping human leukocyte antigen clas...	Celis, Esteban	
2003-01-01	Dermatology nursing news	Gorgos, D.	

No articles selected, use your mouse or keyboard to select articles from the above table.

Angharad

REVIEW CHAT

Duplicates [Clear] -

Unresolved	18
Deleted	0
Not duplicates	0
Resolved	0
3 exact matches	10

Inclusion decisions [Clear] -

Undecided	315
Maybe	0
Included	0
Excluded	0

Minimum collaborator decisions -

At least 1	18
At least 2	18
At least 3	0
At least 4	0

Maximum collaborator decisions -

At most 0	297
At most 1	297
At most 2	315

Página 1/24. Revisión de literatura: 344 artículos

AZUL: MELANOMA – PREGNANCY

VERDE: información útil para el tema.

GRIS: RECHAZADO

1. 2005. Important data is lost in the nursing handover. *Nursing Standard*, 20, 18-19.
2. 2006. Dermatology nursing news. *Dermatology Nursing*, 18, 89-107.
3. 2007a. Abstracts. *Health Psychology Review*, 1, 9-309.
4. 2007b. Abstracts. *Health Psychology Review*, 1, 9-309.
5. 2009. MELANOMA UPDATE. *Dermatology Nursing*, 21, 362-365.
6. 2017. **An error of arrogance.**
7. 2019. Research on multimorbidity in primary care. Selected abstracts from the EGPRN meeting in Tampere, Finland, 9-12 May 2019 All abstracts of the conference can be found at the EGPRN website: www.egprn.org/page/conference-abstracts. *European Journal of General Practice*, 25, 164-175.
8. ACEVEDO, N., DAVIS, B., SCHAEBERLE, C. M., SONNENSCHNEIN, C. & SOTO, A. M. 2013. Perinatally Administered Bisphenol A as a Potential Mammary Gland Carcinogen in Rats. *Environmental Health Perspectives*, 121, 1040-1046.
9. ALBREKTSEN, G., HEUCH, I., HANSEN, S. & KVALE, G. 2005. Breast cancer risk by age at birth, time since birth and time intervals between births: exploring interaction effects. *British Journal of Cancer*, 92, 167-175.
10. **ALEXANDER, A., SAMLOWSKI, W. E., GROSSMAN, D., BRUGGERS, C. S., HARRIS, R. M., ZONE, J. J., NOYES, R. D., BOWEN, G. M. & LEACHMAN, S. A. 2003. Metastatic melanoma in pregnancy: risk of transplacental metastases in the infant. *J Clin Oncol*, 21, 2179-86.**
11. AMITAI, Y., FISHER, N., HARINGMAN, M., MEIRAZ, H., BARAM, N. & LEVENTHAL, A. 2004. Increased awareness, knowledge and utilization of preconceptional folic acid in Israel following a national campaign. *Preventive Medicine*, 39, 731-737.
12. ANDRADE, F. D., DE ASSIS, S., JIN, L., FONTELLAS, C. C., BARBISAN, L. F., PURGATTO, E., HILAKIVI-CLARKE, L. & ONG, T. P. 2015. Lipidomic fatty acid profile and global gene expression pattern in mammary gland of rats that were exposed to lard-based high fat diet during fetal and lactation periods associated to breast cancer risk in adulthood. *Chemico-Biological Interactions*, 239, 118-128.
13. ANTONY, M. P., SURAKUTTY, B., VASU, T. A. & CHISTHI, M. 2018. Risk factors for breast cancer among Indian women: A caseucontrol study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 21, 436-442.
14. APOSTOLI, A. J., SKELHORNE-GROSS, G. E. A., RUBINO, R. E., PETERSON, N. T., DI LENA, M. A., SCHNEIDER, M. M., SENGUPTA, S. K. & NICOL, C. J. B. 2014. Loss of PPAR gamma expression in mammary secretory epithelial cells creates a pro-breast tumorigenic environment. *International Journal of Cancer*, 134, 1055-1066.
15. ARCITI, C., PISTONE, M., PERSICI, P., BARBIERI, A. & SANTI, L. 1995. 10 YEARS OF ANTISMOKING PROGRAMS IN ITALY - A REVIEW. *American Journal of Health Promotion*, 9, 190-200.
16. ASSI, J., SANTOS, J., BONETTI, T., SERAFINI, P. C., MOTTA, E. L. A. & CHEHIN,

Revisión de literatura científica sobre el melanoma en el embarazo: Ryan®

My Reviews (0) **Collaboration Reviews (2)** Translation Only Reviews (0) Other Reviews (3)

A collaborator can do everything on the review except deleting it or inviting others, or deleting search methods not created by him/her

- ▶ 2020-08-12: RS-TerapiasCompementares (314 articles)
- ▶ 2019-11-15: RS-Melanoma&Pregnancy (315 articles)

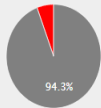
[Show archived reviews](#)

▶ 2020-08-12: RS-TerapiasCompementares (314 articles)

▶ 2019-11-15: RS-Melanoma&Pregnancy (315 articles)

Show Blind ON [Decisions and labels of any collaborator are NOT visible to others]


Screening summary



94.3%


- undecided
- excluded

Owner:
PhD Margarida Sim-Sim



6 minutes
3 sessions

Collaborators:
Angharad Ravelo



2 minutes
1 session

me

Angharad ?

APÉNDICE D: melanoma en el embarazo. Estudio de caso

1 **Título:** Melanoma en el embarazo. Estudio de caso.

2 **Autores:** Ortega-Ravelo, Angharad; Sim-Sim, Margarida

3

4 **Resumen:**

5 **Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados enfermeros para la asistencia de una embarazada
6 con diagnóstico de patología asociada. **Métodos:** Estudio de caso de una mujer de 32
7 años, asistida en el periodo de embarazo, con patología oncológica asociada. La recogida
8 de datos se realizó mediante el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon y se
9 aplicó la taxonomía NANDA-I, NIC NOC para definir el plan de cuidados. Se realizó una
10 revisión de bibliografía siguiendo la guía para una futura revisión sistemática según el
11 protocolo PROSPERO. **Resultados:** Se identificaron 12 diagnósticos, relacionados con
12 9 dominios. Surgieron diagnósticos significativos en ese momento y fueron: D2: [00085]
13 Deterioro de la movilidad física; D7: [00060] Interrupción de procesos familiares y D9:
14 [00136] Duelo. **Conclusión:** vivir un proceso de duelo familiar, enfrentarse
15 simultáneamente el cáncer y estar embarazada, tiene el potencial de llevar a un
16 desequilibrio en las expectativas de ser madre. La asistencia de enfermería en Salud
17 Materna brinda y busca contribuir a una mejor vivencia del embarazo y puerperio en
18 situaciones bio-psicosociales que se desvían de la normalidad.

19

20 **Keywords:** Melanoma; CARE guideline; Case report; Case study; EQUATOR network;
21 Nursing care; NANDA

22

23 INTRODUCCION

24 El melanoma es el crecimiento desorganizado de melanocitos, siendo una de las formas
25 agresiva de cáncer de piel. Tiene potencial de cura, si se diagnostica a tiempo y con un
26 alto potencial de expansión, debido a que, si invade la dermis, tiene la capacidad de hacer
27 metástasis (Alexander et al., 2003; Cordeiro & Gemignani, 2017; Still & Brennecke,
28 2017). La causa reside sobre todo en la exposición aguda a los rayos ultravioleta (UV),
29 por quemadura, pudiendo adquirirse desde la infancia. La susceptibilidad a los UV puede
30 evaluarse a través de la escala de Fitzpatrick, una prueba de fenotipaje, que clasifica el
31 color de la piel en seis puntos. Se aprecia una mayor afectación en caucásicos no hispanos
32 (Amaro, 2013). Se observa un aumento de su incidencia en la población en general y se
33 estima que durante el embarazo esa tendencia se cumpla. Esto se debe a que su mayor

DOMINIO 12: Confort		
Clase 1: confort físico	NOC [1605] Control del dolor.	NIC: [2300] Administración de medicación. ¹
[00132] Dolor agudo. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES: Cambio en el apetito. Cambio en parámetros fisiológicos. Desesperanza. Diaforesis. Expresión facial de dolor.	INDICADORES: [160504] Utiliza medidas de alivio no analgésicas. [160505] Utiliza analgésicos como se recomienda. [160518] Establece los objetivos para el alivio del dolor con el profesional sanitario.	NIC: [6482] Manejo ambiental: confort. NIC: [840] Cambio de posición. ¹ NIC: [5922] Facilitar la autohipnosis. NIC: [6000] Imaginación simple dirigida. NIC: [4400] Musicoterapia. NIC: [5465] Tacto terapéutico. NIC: [6040] Terapia de relajación.
	NOC: [1913] Severidad de la lesión física. INDICADORES: [191310] Fracturas de columna. [191316] Deterioro de la movilidad. [191319] Deterioro cognitivo.	NIC: [6486] Manejo ambiental: seguridad.

¹ NIC y/o NOC que se usan en diversos diagnósticos.

APÉNDICE E: Formación complementaria

Buenos días!!

Hoy terminamos la formación de iniciación al **porteo** ergonómico!
Espero que te haya gustado

Recuerda hoy es el **último día** puedes tener esta formación con acceso para siempre con más videotutoriales, un descuento del 30% para la promoción 20 de educadoras de **porteo** y la entrada desde el campus con tu acceso propio por 1,99€
Quiero el curso para siempre, desde lunes
a partir de lunes hasta el día 11 de Abril su precio será de 9,00€ y después del día 11 volverá a su precio de 99,00€

Hoy te entrego el **tema número 8** empezamos la parte práctica colocación básica de mochila y bandolera
Dentro encontrarás las indicaciones para participar en el sorteo de una plaza para la promoción 20 de educadoras de **porteo**

[Tema 1 Formación iniciación](#)

[Tema 2 Formación iniciación](#)

[Tema 3 Formación iniciación](#)

[Tema 4 formación iniciación](#)

[Tema 5 y 6 curso iniciación](#)

Parte práctica:

[Tema 7 práctica formación iniciación](#)

[Tema 8 parte práctica formación iniciación](#)

Espero que tengas un buen día!

#Quédateencasa #yomequedoencasa #noscuidamos

...

Quedo a tu disposición para cualquier duda

Un abrazo
El equipo de Kangurearte

www.kangurearte.com
[Facebook de Kangurearte](#)

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://shiranefraty.thinkific.com/enrollments>. The page header includes the logo for Shiran Efraty, 'Obstetricia y Crecimiento Profesional', and user information for 'TABLERO ANGHARAD O'. The main content area is titled 'Mis cursos' and includes a search bar with the text 'Buscar' and a magnifying glass icon. Below the search bar, there is a link 'Ver más cursos' and a dropdown menu labeled 'Todos'. Two course cards are displayed: 'Clases adicionales al OPF' and 'Optimizando posiciones materno-fetales'.

Y por ultimo te quiero contar que mañana en mi Pagina profesional del Facebook haremos **un live** Alina Valvidia y yo sobre **el uso del rebozo para optimizar la posición fetal**.

Será mañana, viernes, a las 16:00 de la tarde. [Este es el link!](#)

Mételo en tu agenda.

Puedes realizar preguntas en directo. Espero veros allí!!

Cuentame como te va todo.

Un abrazo :)

Shiran Efraty

Inglés > español Traducir mensaje Desactivar para: inglés x

Posiciones maternas para óptimas posiciones fetales

Organizado por Shiran Efraty

Jueves, Abril 9 2020

4:00 PM Dublin, Edinburgh, Lisbon, Casablanca, Morocco GMT +1

Enhoraubenal Has registrado correctamente a la clase online.

Te recomendamos apuntar la fecha y la hora de la clase en tu agenda para no peredria. No va a haber grabación.

- **Sala del webinar:** <https://event.webinarjam.com/1/click/4v42qffsgs4snopiogin1b6>
- Nos vemos!

Esta es la invitación:

Shiran Efraty le está invitando a una reunión de Zoom programada.

Tema: Reunión 1º edición

Hora: 4 may 2020 04:30 PM Madrid

Unirse a la reunión Zoom


<https://us02web.zoom.us/j/81796472355>

ID de reunión: 817 9647 2355

2. Acabo de subir a la plataforma, al final del módulo parto, dos hojas de evaluación. Una para partos, otra para embarazos. Puedes descargarlas. Te pediría mandarme hasta el domingo algún caso que hayas tenido la portunidad de tratar. Si no estan todos los datos completos, no te preocupes. Me interesa conocer el caso.



APÉNDICE F: Solicitud al CEI de la Universidad de Évora

 Serviços Académicos	Projeto de Tese/Dissertação/Estágio/Trabalho de Projeto PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA Impresso a anexar ao T-005 no caso de projetos que contemplem experiências com seres vivos, com vista ao pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora	MODELO T-013
		Ano Letivo: 2019 / 2020

[Página 1 de 4]

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE	
Nome Completo: <u>Angharad Ortega Ravelo</u>	
Número: <u>41947</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 Saúde Materna E Obstetricia</u>	
Especialidade/Plano Alternativo: <u>não se aplica</u>	
2. CONTACTOS DO ESTUDANTE	
Telef.: <u>645903405</u>	E-mail: <u>m41947@alunos.uevora.pt</u>
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	
Título do Projeto: Terapias Complementarias em Salud Materna. Actitudes de los profesionales.	
Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Professora Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim	
Responsáveis Académicos - Colaboradores:	
4. RESUMO	
Resúmen/Abstract: El aumento del uso de las diversas modalidades de Terapias Complementaria por parte de la población general y en la maternidad, se ve aumentado. Los profesionales sanitarios no podemos omitir este hecho y acompañar a las personas en la amplia posibilidad de tratamientos. Lejos de ser un desafío a los cuidados convencionales, lo que se persigue es mejorar la praxis y alcanzar recomendaciones internacionales para una experiencia de parto positiva. Objetivo: Explorar la percepción de los profesionales de salud materna hacia las terapias complementarias en los cuidados a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal. Método: estudio descriptivo, transversal, de carácter cuantitativo. Muestra de conveniencia que corresponde a los profesionales de salud que ejercen en los servicios donde se realicen las prácticas clínicas. Se estima una muestra de 100 participantes. El cuestionario presenta: sección de escalas demográficas, profesionales y de evaluación de actitudes con respecto a las terapias complementarias. Resultados: Se tratan con el software SPSS y se analizan con estadísticas descriptivas. Conclusiones: se espera que el estudio muestre el uso, creencias/rechazos y conocimientos sobre las TC por los Enfermeros Especialista en Salud Materno y Obstetricia.	

Modelo T-013 3.10/2016

5. FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

El cuidado en la salud materna es ancestral. En su atención, se han aplicado y discutido varias medidas a lo largo del tiempo y en diversos espacios geográficos. (Carneiro, 2008; Leister & Riesco, 2013; Muñoz-Sellés, Goberna-Tricas, & Delgado-Hito, 2016; Muñoz-Sellés, Vallès-Segalés, & Goberna-Tricas, 2013). Este sigue siendo un tema para los profesionales de la salud, donde expresan opiniones, actitudes y prácticas, sobre las cuales la investigación aporta nuevos conocimientos. (Muñoz-Sellés et al., 2016; Muñoz-Sellés et al., 2013; Ragnar, Altman, Tyden, & Olsson, 2006). Regresando, a una visión naturalista y principalmente centrada en la mujer. (Baldisserotto, Theme Filha, & da Gama, 2016; Jones, Lattof, & Coast, 2017; WHO, 1997, 2018). En esta visión, las terapias complementarias, aplicadas en obstetricia por profesionales en EE. UU. (Babbar, Williams, & Maulik, 2017) y con beneficios reconocidos en TP. (Levett, Smith, Bensoussan, & Dahlen, 2016). Las terapias complementarias (TC) se definen como; prácticas clínicas utilizadas junto con la medicina convencional. (WebMD, 2019). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) define diversas TC, según la información divulgada (NCCIH, 2015). El uso de TC aumenta en la medicina general y la maternidad no está excepto de ello. (Levett et al., 2016). Esto supone un desafío para los profesionales. En el ámbito obstétrico el uso de TC está recogido con evidencia científica centrada en la reducción del dolor del parto mediante: relajación, yoga, acupuntura, acupresión, hipnosis, inmersión en agua tibia y el apoyo continuo. (Al-Ghamdi et al., 2017; Bowman, 2018; Levett et al., 2016; Muñoz-Sellés et al., 2016) Cada vez más mujeres procuran estas modalidades para cuidar la salud en todo el proceso de gestación, parto y postparto. No solo con el objeto de reducir el dolor sino de adquirir mayor número de herramientas y no quedar reducida a la farmacología. (Hall, Leach, Brosnan, & Collins, 2017; Iversen, Midtgaard, Ekelin, & Hegaard, 2017; Levett et al., 2016). Las TC van en la línea que persigue OMS para reducir la instrumentalización de los partos (Muñoz-Sellés et al., 2016; WHO, 2018) y adoptar prácticas clínicas menos invasivas. (Bowman, 2018; Moghimi-Hanjani, Mehdi-zadeh-Tourzani, & Shoghi, 2015; Ordem, 2018). Se llevó la práctica clínica habitual a revisión mientras surgían estudios para comprobar los beneficios/perjuicios de las TC en la salud materna. (Akbarzadeh, Masoudi, Zare, & Kasraeian, 2015; ICM, 2011; Iversen et al., 2017; Levett et al., 2016; Moghimi-Hanjani et al., 2015; Vixner, Schytt, & Martensson, 2017). A pesar de ello, se aprecia un largo camino por recorrer. El conocimiento de los beneficios de las TC por los profesionales es limitado. Subrayando que el conocimiento aumentaría con la formación. (Hall et al., 2017; Trail-Mahan et al., 2013). En Portugal, los estudios sobre el conocimiento de los equipos sobre las TC son escasos. Aunque se identifican las instituciones donde se aplican TC, no se conoce las actitudes de los profesionales y cuál es el nivel de conocimiento.

6. OBJETIVOS

General:

a) Explorar la percepción de los profesionales de salud materna hacia las Terapias Complementarias en los cuidados a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal.

Específicos:

a) Identificar los métodos reconocidos por los profesionales de salud.

b) Describir las actitudes de los profesionales hacia las TC.

c) Describir facilidades/obstáculos identificados por los profesionales en la aplicación de las terapias complementarias.

7. SELECÇÃO DA AMOSTRA

Para este estudio, la población diana son los profesionales que desarrollan su labor dentro del área de Salud Materna y Obstetricia que pertenecen a aquellos servicios donde la alumna realiza sus prácticas clínicas en cuidados pre, intra y postparto. Se considera la muestra, como una muestra de conveniencia (Almeida & Freire, 2017) de acuerdo con la accesibilidad considerando los campos clínicos, en nuestra práctica clínica de la formación en Salud Materna y Enfermería en Obstetricia (ESMO), respecto al título de Maestría de la Universidad de Évora (UE). En la selección de los participantes, se consideran los siguientes criterios de inclusión: a) para comprender el idioma portugués hablado y escrito; b) Estar vinculados institucionalmente durante al menos 6 meses. Los criterios de exclusión incluyen: a) hacer ejercicio de forma episódica (es decir, 1 turno en 6 meses), b) ser propietario de una empresa que ofrece productos o servicios de TC (por ejemplo, gimnasio de yoga, clínica de acupuntura; vendedor de aceites esenciales). Para calcular el tamaño de la muestra, se seguirán los criterios de Bryant e Yarnold (la muestra debe ser por lo menos cinco veces el número de variables), lo que daría en nuestro estudio un mínimo de 50 participantes. Sin embargo, los mismos autores y otros consideran que todo análisis debe basarse mínimo en 100 observaciones. Por lo tanto, se estima que se debe alcanzar este número de cuestionarios. (Bryant & Yarnold, 1995; Gorsuch, 1983). Los participantes serán 100 profesionales, que quieran participar voluntariamente, sin información que los pueda identificar ni ser usada para otros fines por las instituciones relacionadas.

8. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

La metodología se centra en un enfoque descriptivo de corte transversal de naturaleza cuantitativa. La fecha o el intervalo de tiempo para aplicar el instrumento de recopilación de datos a los profesionales donde se realizan las prácticas está sujeta al acuerdo del supervisor clínico.

A través del correo electrónico, se contactará a los autores originales de las escalas / índices (Samuels et al., 2010): Désirée Li: Department of Family Medicine and the CAM Education Task Force, College of Medicine, University of California, Irvine, USA. dlie@icu.edu y John Boker: Office of Educational Affairs, College of Medicine, University of California, Irvine, USA. jboker@icu.edu

El procesamiento y análisis de datos se realiza utilizando el software IBM® SPSS®, versión 24. Se proporcionan estadísticas descriptivas, ilustradas con tablas y/o gráficos

9. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

El instrumento de evaluación consta de preguntas de respuestas cerradas y respuestas abiertas. Las preguntas están numeradas secuencialmente según la sección a la que pertenecen. El cuestionario consta de 4 secciones:

a) Declaración previa de que no es propietario de una empresa para productos o servicios considerados TC (por ejemplo, gimnasio de yoga; clínica de acupuntura; vendedor de aceites esenciales)

b) Datos sociodemográficos: a. Edad; sexo estado civil; hijos

c) Datos socio profesionales: a. Formación profesional; duración del ejercicio en años en la profesión; duración del servicio, en años, en el departamento / servicio actual; tipo de vínculo con la institución.

d) Escalas. Las escalas serán traducidas independientemente por 2 personas conocedoras de ambos idiomas. A través de una tercera persona, encontrará la tercera versión que concilia las dos primeras.

a. La escala CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ), fue desarrollado por Lie y Boker y fue evaluado inicialmente en estudiantes de medicina (Samuels et al., 2010). Para evaluar el conocimiento y las actitudes, mediante 10 ítems. Que consisten en un formato de calificación de siete puntos: donde 1 = "Estoy totalmente en desacuerdo" y 7 = "Estoy absolutamente de acuerdo". Incluye tres elementos negativos (elementos 6, 7 y 8). Las instrucciones para los encuestados de CHBQ fueron: "Lea y responda a cada una de las 10 declaraciones a continuación, marcando con un círculo el número que mejor coincida con sus creencias". Las respuestas se calificaron de modo que la respuesta 7 indicara más apoyo. Los resultados totales de la escala se calculan como la suma de los elementos. O CHBQ fue desarrollado para ser utilizado por todos los profesionales de la salud. Es una medida concisa y fácil de usar. La consistencia interna de la medición (se encontró el alfa de Cronbach) fue de 0,75 (Samuels et al., 2010). Contacto de los autores: Désirée Li: Department of Family Medicine and the CAM Education Task Force, College of Medicine, University of California, Irvine, USA. dlie@icu.edu y John Boker: Office of Educational Affairs, College of Medicine, University of California, Irvine, USA. jboker@icu.edu. b. Escala de Hyland, Lewid y Westoby, 2003.

10. COMO SERÃO RECOLHIDOS OS DADOS

Para este estudio, los participantes serán los profesionales EESMO, durante el periodo de octubre de 2019 a marzo de 2020, estén empleados en los servicios de Centro de Salud de Faro, Servicio de Obstetricia del Hospital de Particular de Faro, el bloque de partos del Hospital de Faro y el bloque de partos del Hospital de Alfredo Da Costa de Lisboa y el servicio de Puerperio del Hospital de Faro. Se solicitará el consentimiento informado de los profesionales. El consentimiento forma la primera página del instrumento de recolección de datos y se adjunta a este proyecto (Anexo A). La invitación a participar por sujetos potenciales se realiza en persona, persona por persona, en la víspera de la fecha que se supone que es la fecha de aplicación del instrumento de recopilación de datos. El cuestionario se entrega en un sobre opaco, sin distintivos. Devuelto en el mismo sobre sellado.

11. COMO SERÁ MANTIDA A CONFIDENCIALIDADE NOS REGISTOS

La confidencialidad será mantenida en todo el proceso, desde el anonimato. No podrá ser posible identificar a los usuarios durante la gestión de los datos ni su discusión, ya que se procederá a su conversión en anónimo, en aquellos casos que, por cualquier motivo, hubiese cualquier dato identificativo. Se solicitarán permisos a los servicios y entidades relevantes. Y se proporcionará consentimiento informado a los participantes del estudio. El uso de los datos estará destinado al campo académico, para los fines que persigue el estudio. Serán guardados por el autor con el acceso exclusivo del Orientador/Investigador principal. Y después de la defensa pública del informe final, estos datos serán destruidos.

12. ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTA INVESTIGAÇÃO

Akbarzadeh, M., Masoudi, Z., Zare, N., & Kasraeian, M. (2015). Comparison of the Effects of Maternal Supportive Care and Acupressure (at BL32 Acupoint) on Labor Length and Infant's Apgar Score. *Glob J Health Sci*, 8(3), 236-244. doi:10.5539/gjhs.v8n3p236

Al-Ghamdi, S., Aldossari, K., Al-Zahrani, J., Al-Shaalan, F., Al-Sharif, S., Al-Khurayji, H., & Al-Swayeh, A. (2017). Prevalence, knowledge and attitudes toward herbal medication use by Saudi women in the central region during pregnancy, during labor and after delivery. *BMC Complement Altern Med*, 17(1), 196. doi:10.1186/s12906-017-1714-3

Babbar, S., Williams, K. B., & Maulik, D. (2017). Complementary and Alternative Medicine Use in Modern Obstetrics: A Survey of the Central Association of Obstetricians & Gynecologists Members. *J Evid Based Complementary Altern Med*, 22(3), 429-435. doi:10.1177/2156587216671215

Baldisserotto, M. L., Theme Filha, M. M., & da Gama, S. G. (2016). Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reprod Health*, 13(Suppl 3), 124. doi:10.1186/s12978-016-0233-x

Bowman, R., Davis, D., Ferguson, S., Taylor, J. (2018). Women's motivation, perception and experience of complementary and alternative medicine in pregnancy: A meta-synthesis.

Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer*. Porto: Editora da Universidade do Porto.

Hall, H., Leach, M., Brosnan, C., & Collins, M. (2017). Nurses' attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*, 69, 47-56. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.01.008

ICM. (2011). Bill of Rights for Women and Midwives. International Confederation Of Midwives, 1-3.

Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc*, 11, 79-85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005 (...)

13. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO ESTUDO

Estimado Senhor/a. Sou Angharad Ortega Ravelo, apresento-me como enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever as atitudes dos profissionais de saúde materna relativamente às Terapias Complementares. Assim, através deste documento, convido-o/a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações importantes para melhorar o apoio às utentes/clientes/pacientes. Não haverá quaisquer riscos na sua participação. Todas as informações serão tratadas de forma a guardar sigilo, protegendo a sua identidade. A sua participação não tem compensação financeira, sendo de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que o possa identificar. O trabalho é orientado pela Prof. Margarida Sim-Sim (OE 34070) da Universidade de Évora. Caso concorde em participar, assine ou coloque uma rubrica abaixo, no seguimento da declaração.

Declaração de Consentimento: Declaro que compreendi as intenções desta recolha de dados. Permito o uso dos meus dados e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento: Évora, de de

Mestranda _____ Angharad O. Ravelo (Lic. OE España 9459)

Participante _____ Rubrica _____


Este consentimento é apresentado em duplicado, ficando um exemplar com a participante e e outro com a mestranda.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Instrumento de recogida de datos _____
- Consentimento informado _____
- _____
- _____

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: <u>2019</u> / <u>2020</u>
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Angharad Ortega Ravelo</u> Número: <u>41947</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 Salud Materna y Obstetricia</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>não se aplica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>645903405</u> E-mail: <u>angharad.or@gmail.com</u>		
5. PROPOSTA <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.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input checked="" type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input checked="" type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>Terapias Complementarias en Salud Materna. Actitudes de los profesionales.</u> Título em Inglês: <u>Complementary Therapies in Maternal Health. Attitudes of professionals.</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)Nome: Maria Margarida Santana Fialho Sim-SimUniversidade/Instituição: Universidade de ÉvoraN.º Identificação Civil: 04857663 - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____Telef.: 936171517 E-mail: msimsim@uevora.pt ID ORCID: https://orcid.org/0000-000

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: BI CC Passaporte Outro: _____

Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____

11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHODomínio Científico e Tecnológico (Área FOS): Ciencias de la Salud
Consulte a lista de Áreas FOS em: <http://www.dgeec.mec.pt/np4/28>Palavras-chave (5 palavras, separadas por ','): 'Complementary Therapies'; 'Pregnancy'; 'Midwives'; 'Methods'**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

Competencias profesionales.

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]

Ver documentos anexos.

14. DOCUMENTOS ANEXOS

- Plano do Trabalho
- Cronograma
- Declaração de Orientador(es)
- 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)
- Outros: Resumo

15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE

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.

Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/ETP.

Nurses and midwives' attitudes and beliefs about complementary and alternative medicine (CAM) to care Women on Pregnancy-Puerperal Period: a systematic review of qualitative studies

Citation

Angharad Ortega. RN. MSc Student. University of Évora. Nursing Department.

Margarida Sim-Sim. RN. PhD. University of Évora. Nursing Department.

Review question

What are the attitudes and beliefs (I) of Nurses and/or midwives (P) towards caring for women with Complementary and Alternative Medicine (CAM) in pregnancy to puerperal period (Co)?

The main objective: to describe the attitudes and beliefs of nurses and midwives towards the use of CAM to care women during pregnancy to puerperal period

Searches

We will search in the following electronic bibliographic databases:

PubMed, Web of Science, Wiley online, Ebsco (Academic Search Complete, Medic Latina), Scielo.

We will also perform reference lists of papers included. References will be sent to Endnote Web. The references will be dual screening by two reviewers independently. The first step will consider title and abstract. The second step will consider full paper. Disagreement will be discussed with a 3rd person.

Search terms:

(Maternal Health OR Pregnancy OR Postpartum OR Labor) AND (Attitude of Health Personnel OR Attitude) AND Complementary and Alternative Medicine AND (Beliefs OR Attitudes) AND Qualitative Research

Types of studies to be included

Inclusion:

- Published in peer review journal between 2010 and 2020
- Studies which has qualitative methods of data collection
- Studies which provide qualitative results, including part of mixed methods
- Studies where subjects/participants are nurses/midwives
- Written in English, Portuguese, Spanish

Exclusion

- No full text available
- Studies which has no normal process in perinatal period
- Not qualitative research studies (e.g. randomized controlled trials, quasi-experimental studies and trial evaluations, questionnaire surveys, single case studies, letters to the Editor, commentaries, methodological papers, protocols, systematic reviews)

Condition or domain being studied¹

Nurses/midwives own attitudes and beliefs

Attitudes are representation for the immediate predisposition towards an object, a fact, a concept. They are ways of think, to feeling about someone or something. Attitudes can change easily throughout life, However, generally are stable. Attitude is an essential and central concept in the study of human behaviour. Based on the evaluation of an object, a fact, a concept, using cognitive, affective and behavioural information (Brousmiche et al., 2016; McLean, 2003). Beliefs are based on previous experiences and previous faith or conviction. Beliefs are inspirational, lacking evidence or logic and as a personal reference, guide choices, lead to the interpretation of facts and lead to favourable / unfavourable attitudes. Ideas contained in beliefs, are accepted as true, requiring no proof, only personal convictions (Brousmiche et al., 2016; McLean, 2003)

Participants/population

We will include studies where subjects/participants are nurses/midwives

Intervention(s), exposure(s)

Empirical qualitative studies about nurses/midwives' attitudes and beliefs towards the application of CAM during the period of pregnancy till the end of puerperium

Adapted from the PICO we will use Pico

P² = Population = Nurse OR midwives

I = Interest phenomena = Attitude OR belief towards CAM

Co = Context = caring women on perinatal period

Comparator(s)/control

No comparator once the nature of this research is qualitative

Main outcome(s)

Main outcome:

To identify the qualitative literature on nurses/midwives' views on CAM as a option to assist women in the period of pregnancy to puerperium.

Additional outcome(s)

Not applicable

Data extraction (selection and coding)

Two independent reviewers, after keywords defined and databases search, will send articles to EndNote Software, based on the analysis of title and abstract. Having this pool, those authors will discuss some disagreement, and will ask support to third element if no consensus. Duplicates will be eliminated.

Two authors, independently, will read the full text to incorporate the articles into the review or reject. Supported by an instrument where each article is characterized [authors, location, main objective of the study, number of participants, sampling method, age, sex percentage, instruments, and main results], data extraction will be performed.

Discrepancies will be resolved by consensus or by consulting a third reviewer.

Risk of bias (quality) assessment³

Two authors will assess independently the risk of bias in included studies using instruments from the Joanna Briggs Institute of the University of Adelaide, Australia JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (available at [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI Critical Appraisal-Checklist for Qualitative Research2017 0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf)). A third reviewer will resolve any disagreement between the two initial reviewers. A table will introduce the appraisal results.

Strategy for data synthesis

After read and re-read the articles selected, we will provide a thematic synthesis of the findings from the included studies. We will examine studies included in the review to identified emerging themes.

Analysis of subgroups or subsets

None planned.

Contact details for further information

Angharad Ortega: m41947@alunos.uevora.pt

Organizational affiliation of the review

University of Évora

Review team members and their organizational affiliations

Miss Angharad Ortega. University of Évora. Nursing Department.

Coordinator-Professor Margarida Sim-Sim. University of Évora. Nursing Department.

Type and method of review

Qualitative synthesis, Systematic review.

³ It is not a prevalence study, it is not an effectiveness study.

Anticipated or actual start date

15 August 2020

Anticipated completion date

30 December 2021

Funding sources/sponsors

No findings

Conflicts of interest

No conflict of interest

Language

English

Country

Portugal

Stage of review

Review Ongoing. Preliminary search to clarify ideas

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD Centre for Reviews and Dissemination

Subject index terms

Attitudes; Complementary Therapies; Nurses; Midwives; Health professionals; Pregnancy;
Postpartum; Perinatal Period

Date of registration in PROSPERO

(..... 2020

Date of first submission

(..... 2020

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Not applicable

Stage of review at time of this submission

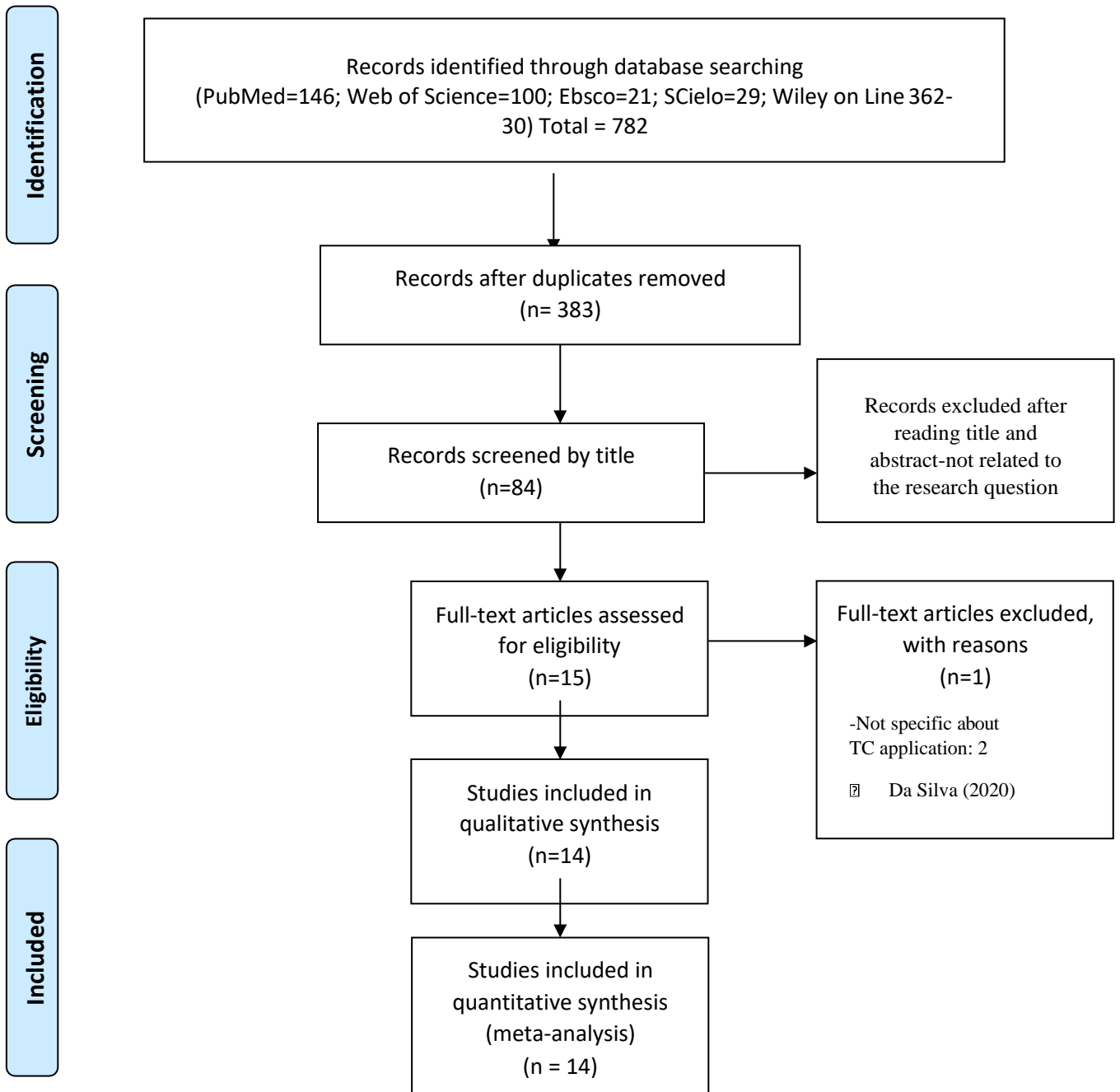
Brousmiche, K.-L., Kant, J.-D., Sabouret, N., Prenot-Guinard, F., ccedil, & ois. (2016). From Beliefs to Attitudes: Polias, a Model of Attitude Dynamics Based on Cognitive Modeling and Field Data. *Journal of Artificial Societies and Social Simulation*, 19(4), 2. doi:10.18564/jasss.3161

McLean, S. (2003). *The basics of speech communication*. Boston: Allyn & Bacon.

APÉNDICE H: revisión de literatura sobre Terapias Complementarias en la salud materna y actitudes de los profesionales de salud



PRISMA 2009 Flow Diagram Terapias Complementarias



Revisión de literatura científica sobre las Terapias Complementarias en Salud Materna: Rryan®

My Reviews (0) Collaboration Reviews (2) Translation Only Reviews (0) Other Reviews (3)

A collaborator can do everything on the review except deleting it or inviting others, or deleting search methods not created by him/her

- ▶ 2020-08-12: R5-TerapiasComplementares (314 articles)
- ▶ 2019-11-15: R5-Melanoma&Pregnancy (315 articles)

[Show archived reviews](#)

My Reviews (0) Collaboration Reviews (1) Translation Only Reviews (0) Other Reviews (3)

A collaborator can do everything on the review except deleting it or inviting others, or deleting search methods not created by him/her

▶ 2020-08-12: R5-TerapiasComplementares (314 articles)

R5-Terapias Complementares

Show Blind ON [Decisions and labels of any collaborator are NOT visible to others]


Screening summary



95.2%


● included
● excluded

Owner:
PhD Margarida Sim-Sim



274 minutes
11 sessions

Collaborators:
me



● included
● excluded

Atqharat ?

APÉNDICE I: instrumento de recogida de datos

Secção 1: Dados demográficos. Assinale com X o seu caso, ou escreva para dar a resposta pedida.

1. Idade _____ anos

2. Sexo

1. Masculino.

2. Feminino

3. O seu Estado Civil:

1. Solteiro/a.

2. Casado/união facto

3. Divorciado/a

4. Viudo/a

4. Qual a sua origem familiar

1. Europa

2. America

3. África

4. Ásia

5. Australia

6. Outra, _____

5. Qual a sua formação académica

1. Licenciado/a

2. Estudante de Mestrado

3. Mestre

4. Estudante Doutoramento

5. Professor Doutor

Secção 2: Dados Socio-Profissionais. Assinale com X o seu caso, ou escreva a resposta pedida

6. Há quanto tempo exerce a profissão _____ anos

7. Há quanto tempo trabalha neste serviço _____ anos

8. Exerce neste serviço como:

1. Generalista

2. Especialista

3. Em formação

4. Outra, _____

9. Qual a sua nacionalidade

1. Portugal

2. Espanhal

3. Brasil

4. Países de Leste

5. Países Africa

6. Outros

10. Qual a sua profissão

1. Enfermeiro/a Generalista

2. Enfermeiro/a Especialista

3. Medico/a em Formação

4. Medico/a Generalista

5. Medico/Especialista Obstetrícia

6. Medico/Especialista Anestesia

7. Psicologo/a

8. Fisioterapeuta

9. Mestrando/a Enfermagem

10. Outra _____

Secção 3: Conhecimento e atitudes face às Terapias Complementares

P1. Uso de Terapias Complementares: Para cada uma das Terapias refira: a) se conhece; b) se já usou ou atualmente usa; c) se recomendaria, d) se recomendou ou pensa recomendar a utentes/clientes. Para a resposta **SIM**, assinalar com X na grelha; **O que não assinalar corresponde a resposta NÃO.**

Modalidade	a) Conhece	b) Usou ou usa atualmente	c) Recomendaria o uso	d) Recomendou ou pensa recomendar
1. Biofeedback				
2. Hipnose				
3. Meditação / Yoga / Relaxamento / Imagens				
4. Tai Chi/Qi Gong				
5. Oriental incluindo Acupuntura / Acupressão)				
6. Ayurveda				
7. Curanderismo				
8. Quiropraxia				

Modalidade	a) Conhece	b) Usou ou usa atualmente	c) Recomendaria o uso	d) Recomendou ou pensa recomendar
9.Massagem				
10.Osteopatia				
11.Toque terapêutico / Reiki				
12.Espiritualidade / Oração				
13.Herbal / Botânico / Suplementos				
14.Homeopatia				

P2.Fontes/Recursos na informação sobre Terapias Complementares no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica. Assinale X: a) fontes que ouviu falar, b) fontes que usou, c) fontes que foram úteis

Recurso CAM online	a) Ouvia falar	b) Utilizou	c) Foram úteis
PubMed			
Cochrane Library			
German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicine			
Combined Health Information Database			
NCCAM Website			

P3: Onde obtém informações baseados em evidências nas Terapias Complementares? (Marque X em todas as opções possíveis para si).

1.Livros	2.Internet generalidades	3.Revistas Científicas	4.Vídeos de peritos	5.Bases de dados	6.Outros

Se Outros, especifique _____

P4: Leia e responda a cada uma das 10 afirmações seguintes, marcando com um X aquela que mais representa o seu pensamento. As respostas apresentam-se numa escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Pontuação mais levada significa maior concordância (tradução da versão de Lie & Boker, 2004).

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo fortemente	Discordo em parte	Não concordo /nem discordo	Concordo em parte	Concordo fortemente	Concordo totalmente

1.A saúde física e mental é mantida por uma energia subjacente ou força vital	1	2	3	4	5	6	7
2.Saúde e doença são o reflexo do equilíbrio entre forças positivas para melhorar a vida e forças negativas destrutivas	1	2	3	4	5	6	7
3.O corpo é essencialmente um mecanismo de auto-reparação e a tarefa de um profissional de saúde é apoiar o processo de reparação	1	2	3	4	5	6	7
4.Os sintomas de um paciente devem ser considerados como manifestação de um desequilíbrio ou disfunção geral afetando todo o corpo	1	2	3	4	5	6	7
5.As expectativas, crenças e valores de saúde de um paciente devem ser integrados ao processo de assistência ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
6.As terapias complementares são uma ameaça à saúde pública	1	2	3	4	5	6	7
7.Os tratamentos não testados em meio cientificamente reconhecido devem ser desencorajados	1	2	3	4	5	6	7
8.Os efeitos de terapias complementares são geralmente os resultados de um efeito placebo	1	2	3	4	5	6	7
9.As terapias complementares incluem ideias e métodos com os quais a medicina convencional também poderia beneficiar	1	2	3	4	5	6	7
10.A maioria das terapias complementares estimula as potencialidades naturais do próprio corpo	1	2	3	4	5	6	7

P5: No quadro abaixo estão afirmações relativamente à saúde e ao uso de Terapias Complementares. Por favor indique em que medida concordo ou discorda com cada uma, assinalando o número. Não há respostas certas ou erradas, apenas gostaríamos de saber a sua opinião (tradução da versão de Hyland et al, 2003)

Concordo totalmente	concordo	Concordo em parte	Discordo em parte	Discordo	Discordo totalmente
1	2	3	4	5	6

1. O pensamento positivo pode ajudá-lo a combater uma ligeira doença	1	2	3	4	5	6
2. As Terapias complementares devem ser submetido a mais testes científicos antes de ser aceites pelos profissionais de saúde	1	2	3	4	5	6
3. Quando as pessoas estão estressadas, é importante que sejam cuidadosas com outros aspetos de seu estilo de vida, pois seu corpo já tem o suficiente para lidar com elas	1	2	3	4	5	6
4. As Terapias complementares podem ser perigosas, pois podem impedir as pessoas de receber tratamento adequado	1	2	3	4	5	6
5. Os sintomas de uma doença podem ser agravados pela depressão	1	2	3	4	5	6
6. As Terapias Complementares só devem ser usadas como último recurso quando as terapias convencionais não tem nada a oferecer	1	2	3	4	5	6
7. Se uma pessoa experimenta uma série de eventos estressantes da vida, é mais provável que fique doente	1	2	3	4	5	6
8. Vale a pena tentar uma Terapia Complementar antes de ir ao serviço de saúde convencional	1	2	3	4	5	6
9. Os conflitos com outras pessoas não afetam a sua saúde	1	2	3	4	5	6
10. As Terapias Complementares devem ser usados apenas em doenças menores e não no tratamento de doenças graves	1	2	3	4	5	6
11. É importante encontrar um equilíbrio entre trabalho e o relaxamento para se manter saudável	1	2	3	4	5	6
12. As Terapias Complementares aumentam as defesas do corpo, levando a uma cura permanente	1	2	3	4	5	6

P6. Dê a sua opinião sobre a formação em Terapias Complementares para a área de Saúde Materna. (Marque X em todas as opções possíveis para si).

1. As Terapias Complementares não têm bases científicas suficientes para entrarem nos curricula do Ensino Superior.
2. As matérias das Terap. Complementares desenvolvem-se e tornam-se credíveis se houver mais Investigação.
3. Há necessidade de levar para os curricula escolares do Ensino Superior as matérias das Terap. Complementares.
4. As faculdades de medicina deviam ter no curriculum da especialidade de Obstetrícia uma disciplina de TC.
5. As Escolas de Enfermagem deviam ter no curriculum escolar do Mestrado de Saúde Materna uma disciplina de TC.

Muito obrigada

Instrumento de recogida de datos, CHBQ en español.

Sección 1: Datos demográficos. Señale con una X su caso y escriba para completar la respuesta, si precisa.

1. Edad _____ años

2. Sexo

1. Masculino

2. Femenino

3. Estado Civil:

1. Soltero/a

2. Casado/unión de hecho

3. Divorciado/a

4. Viudo/a

4. Origen familiar:

1. Europa

2. América

3. África

4. Asia

5. Australia

6. Mixta / Otra, cuál _____

5. Formación académica:

1. Diplomatura/Licenciatura/Grado

2. Máster

3. Estudiante Doctorado

4. Doctorado

Sección 2: Datos Socio-Profesionales. Señale con una X y escriba la respuesta si precisa.

6. ¿Cuánto tiempo hace que ejerce la profesión? _____ años

7. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este servicio? _____ años

8. En este servicio ejerce como:

1. Generalista

2. Especialista

3. En formación

4. Otra, _____

9. Nacionalidad;

1. Portuguesa

2. Española

3. Otra _____

10. ¿Cuál es su profesión?

1. Enfermero/a generalista

2. Enfermero/a Especialista

3. Médico/a en Formación

4. Médico/a Generalista

5. Médico/Especialista Obstetricia

6. Medico/Especialista Anestesia

7. Psicólogo/a

8. Fisioterapeuta

9. Enfermero especialista en formación

10. Otro _____

Sección 3: Conocimiento y actitudes hacia las Terapias Complementarias

P1. Uso de Terapias Complementarias: Para cada una de las Terapias refiera: a) si conoce; b) si usó o usa actualmente; c) si recomendaría, d) si recomendó o piensa recomendar a pacientes/clientes. Para la respuesta **SI**, señale con X en el cuadro; lo no señalado corresponde a la respuesta **NO**.

Modalidad	a) Conoce	b) Usó o usa actualmente	c) Recomendaría el uso	d) Recomendó o piensa recomendar
1. Biofeedback				
2. Hipnose				

Modalidad	a) Conoce	b) Usó o usa actualmente	c) Recomendaría el uso	d) Recomendó o piensa recomendar
3.Meditación / Yoga / Relajamiento / Imágenes				
4.T'ai Chi/Qi Gong				
5.Oriental incluido Acupuntura / Acupresión				
6.Ayurveda				
7.Curanderismo				
8.Quiropraxia				
9.Masaje				
10.Osteopatía				
11.Toque terapéutico / Reiki				
12.Espiritualidad / Oración				
13. Herbal / Botánico / Suplementos				
14.Homeopatía				

P2. Fuentes/Recursos en la información sobre Terapias Complementarias en el ámbito de la Salud Materna y Obstétrica. Señale con X aquellas fuentes que: a) oyó hablar, b) usó, c) fueron útiles.

Recurso CAM online	a) Oyó hablar	b) Utilizó	c) Fueron útiles
PubMed			
Cochrane Library			
German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicine			
Combined Health Information Database			
NCCAM Website			

P3: ¿Dónde obtiene información de las Terapias Complementarias, basadas en evidencias? (Marque X en todas las opciones posibles para sí).

1.Libros	2.Internet generalidades	3.Revistas Científicas	4.Videos de especialistas	5.Bases de datos	6.Otros

Otros, especifique _____

P4: Lea y responda a cada una de las 10 afirmaciones siguientes, marcando con una X aquella que más representa su pensamiento. Las respuestas se presentan en una escala de 1 (En desacuerdo totalmente) a 7 (Totalmente de acuerdo). (Traducción de la versión de Lie & Boker, 2004).

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni en acuerdo / ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. La salud física y mental es mantenida por una energía subyacente o fuerza vital	1	2	3	4	5	6	7
2. Salud y enfermedad son el reflejo del equilibrio entre fuerzas positivas para mejorar la vida y fuerzas negativas destructivas.	1	2	3	4	5	6	7
3. El cuerpo es esencialmente un mecanismo de auto reparación y la tarea de un profesional de salud es apoyar el proceso de reparación.	1	2	3	4	5	6	7
4. Los síntomas de un paciente deben ser considerados como manifestaciones de un desequilibrio o disfunción general afectando todo o cuerpo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Las expectativas, creencias y valores de salud de un paciente deben ser integrados al proceso de asistencia al paciente.	1	2	3	4	5	6	7
6. Las terapias complementarias son una amenaza la salud pública.	1	2	3	4	5	6	7
7. Los tratamientos no testados en medio científicamente reconocido deben ser desaconsejados.	1	2	3	4	5	6	7

8. Los efectos de terapias complementarias son generalmente los resultados de un efecto placebo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Las terapias complementarias incluyen ideas y métodos con los cuáles la medicina convencional también podrá beneficiarse.	1	2	3	4	5	6	7
10. La mayoría de las terapias complementarias estimula las potencialidades naturales del propio cuerpo.	1	2	3	4	5	6	7

P5: En el cuadro están afirmaciones relativas a la salud y al uso de Terapias Complementarias. Por favor indique en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una, señalando un número. No hay respuestas correctas o incorrectas, nos gustaría saber su opinión (traducción de la versión de Hyland et al, 2003).

Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	2	3	4	5	6

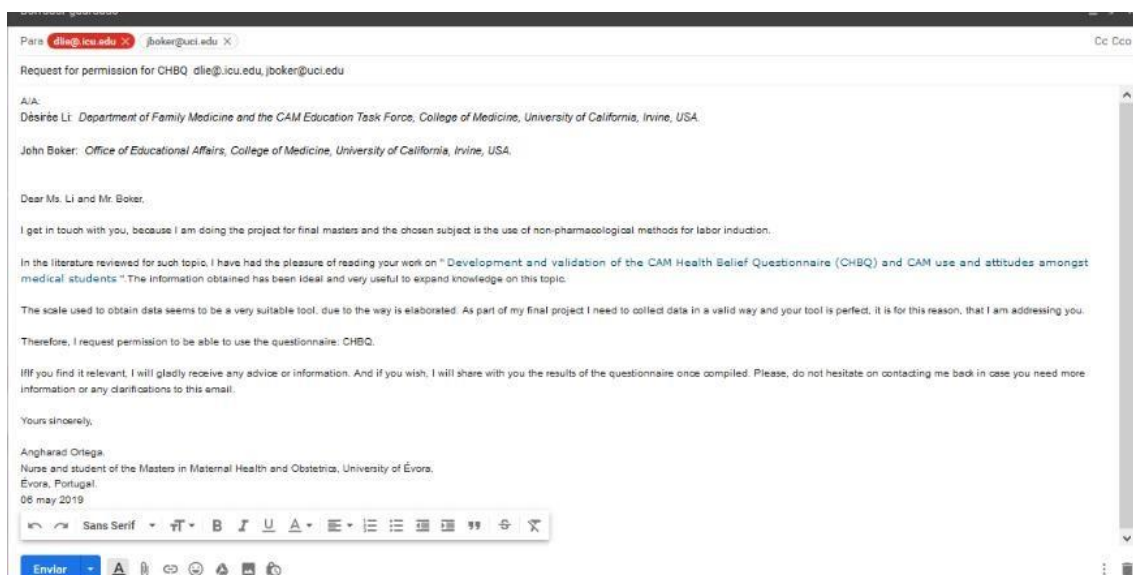
1. El pensamiento positivo puede ayudar a combatir una enfermedad leve.	1	2	3	4	5	6
2. Las Terapias complementarias deben ser sometidos a más test científicos antes de ser aceptados por los profesionales de salud.	1	2	3	4	5	6
3. Cuando las personas están estresadas, es importante que sean cuidadosas con otros aspectos de su estilo de vida, pues su cuerpo ya tiene suficiente para lidiar.	1	2	3	4	5	6
4. Las Terapias complementarias pueden ser peligrosas, pues pueden impedir que las personas reciban tratamiento adecuado.	1	2	3	4	5	6
5. Los síntomas de una enfermedad pueden ser agravados por la depresión.	1	2	3	4	5	6
6. Las Terapias Complementarias solo deben ser usadas como último recurso cuando las terapias convencionales no tiene nada que ofrecer.	1	2	3	4	5	6
7. Si una persona experimenta una serie de eventos estresantes en su vida, es más probable que enferme.	1	2	3	4	5	6
8. Vale la pena intentar una Terapia Complementaria antes de ir al servicio de salud.	1	2	3	4	5	6
9. Los conflictos con otras personas no afectan a su salud.	1	2	3	4	5	6
10. Las Terapias Complementarias deben ser usados solo en enfermedades menores y no en tratamiento de enfermedades graves.	1	2	3	4	5	6
11. Es importante encontrar un equilibrio entre trabajo y la relajación para así mantenerse saludable.	1	2	3	4	5	6
12. Las Terapias Complementarias aumentan las defensas del cuerpo, llevando a una cura permanente.	1	2	3	4	5	6

P6. De su opinión sobre la formación en Terapias Complementarias para el área de Salud Materna. (Marque X en todas las opciones posibles para usted).

1. Las Terapias Complementarias no tienen base científica suficiente para entrar en los currículos de Enseñanza Superior.
2. El contenido de las Terapias Complementaria se desarrollaría y sería fidedigno si hubiera más investigación.
3. Hay necesidad de llevar a las unidades curriculares de la Enseñanza Superior las materias en Terapias Complementarias.
4. Debería haber en el currículo de la Especialidad de Medicina en Obstetricia una disciplina de TC.
5. Debería haber en el currículo de la Especialidad de Enfermería en Salud Materna y Obstetricia una disciplina sobre TC.

Muchas Gracias

APÉNDICE J: solicitud de permiso a los autores del instrumento de recogida de datos



APÉNDICE K: Consentimentos informados.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimado Senhor/a

Sou Angharad Ortega Ravelo, apresento-me como enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora. No âmbito deste curso estou a desenvolver um trabalho que tem como objetivo:

- Descrever as atitudes dos profissionais de saúde materna relativamente às Terapias Complementares.

Assim, através deste documento, convido-o/a a participar, dado que os resultados obtidos, poderão trazer informações importantes para melhorar o apoio às utentes/clientes/pacientes. Não haverá quaisquer riscos na sua participação. Todas as informações serão tratadas de forma a guardar sigilo, protegendo a sua identidade. A sua participação não tem compensação financeira, sendo de carácter voluntário. Caso não tenha interesse em participar, isso não acarreta nenhum prejuízo. Está livre de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Garanto a confidencialidade dos dados, pois em nenhum momento será referido o seu nome ou qualquer dado que o possa identificar.

O trabalho é orientado pela Prof^a. Margarida Sim-Sim (OE 34070) da Universidade de Évora. Caso concorde em participar, assine ou coloque uma rubrica abaixo, no seguimento da declaração.

Declaração de Consentimento:

Declaro que compreendi as intenções desta recolha de dados. Permito o uso dos meus dados e disponho-me voluntariamente a participar. Assim assino este consentimento

Faro, de de

Mestranda

Participante

Angharad O. Ravelo (N^o aluna 41947)

Rubrica

Este consentimento é apresentado em duplicado, ficando um exemplar com a participante e outro com a mestranda

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Título do estudo	Terapias Complementares em Saúde Materna. Atitudes dos profissionais
Investigadora de Campo	Angharad Ortega Ravelo; Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Universidade de Évora (aluna n.º 41947)
Cont. Investigadora de Campo	m41947@alunos.uevora.pt; 0034 645903405
Investigador-Orientadora	Margarida Sim-Sim, PhD. Universidade de Évora.
Cont. Investigadora-Orientadora	msimsim@uevora.pt; 00351 936 17 15 17

Explicação do estudo: Estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa. O instrumento de recolha de dados será aplicado aos profissionais, que exercem nos locais onde decorre a experiência clínica da mestranda. O/A supervisor(a) da mestranda terá conhecimento da recolha de dados.

Questionário: está organizado da seguinte forma: a) secção dos dados sociodemográficos, b) dados socioprofissionais e c) concepções sobre terapias complementares, através das escalas CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) e Escala de Hyland, Lewid y Westoby traduzidas para português. O questionário pode ser respondido no formato clássico em papel, ou on-line, através de uma plataforma da Universidade de Évora.

A amostra de conveniência. O profissional é abordado caso a caso pela mestranda, numa 1ª vez para convite. Será respeitada a disponibilidade ou a rejeição do potencial participante.

Caso concorde em participar, ser-lhe-á pedido que assine/rubrique o consentimento informado. Segue-se o preenchimento do instrumento, no formato que o participante desejar (i.e., papel ou on-line).

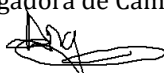
As respostas aos questionários são anonimizadas. Os dados ficam à guarda da mestranda. Serão inseridos em matriz SPSS, ficando no computador da mestranda, onde só é possível entrar com password própria. A orientadora pedagógica, na figura de investigadora-orientadora, pode ter acesso aos dados, respeitando o compromisso de sigilo. Os dados são guardados até à defesa pública do Relatório de mestrado, a ocorrer aproximadamente em dezembro de 2020. Depois são destruídos.

Condições e financiamento: a investigação não comporta gastos para instituição. A investigação não comporta pagamento aos participantes, quer seja pela prestação da resposta, quer seja por deslocações ou ofertas. O estudo está financeiramente a cargo da mestranda, que não tem apoio financeiro de qualquer entidade/empresa.

Confidencialidade e anonimato: A confidencialidade será mantida. Guarda-se sigilo e em nenhum momento do estudo ou em nenhum ponto da redação do Relatório será possível identificar qualquer participante. O uso dos dados está destinado ao campo académico, para resposta aos objetivos da formação. As permissões são solicitadas aos serviços e entidades relevantes. O consentimento informado será fornecido aos participantes do estudo.

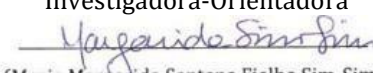
Nota: Projeto tem parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Gesdoc GD/44245/2019/P1; registo 19026)

Investigadora de Campo



Angharad Ortega Ravelo (Nº
aluna 41947.)

Investigadora-Orientadora



(Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim)

-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

O DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE

CONSENTE

¹https://www.ordemosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf
²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Modelo de Consentimento Informado da ARS Algarve, IP
Versão 1.0 aprovada em 19/04/2017, adaptado de MCI da ARS Norte, IP

Página 1

HOJA DE INFORMACIÓN PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Terapias complementarias en salud materna. Aptitudes de los profesionales.

Estimado/a Señor/a:

Se le solicita participar en este estudio, ahora y en cumplimiento de la *Ley Orgánica de Protección de Datos, Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* reiteramos la explicación dada verbalmente, ahora, por escrito con objeto de que nos autorice a incluirlo en el mismo.

Por favor, lea con detenimiento la siguiente información y, si hay algo que no está claro o desea más información, no deje de consultarlo, puede solicitar la ampliación de información al investigador principal o sus colaboradores.

OBJETIVO: El propósito de este estudio es explorar la percepción de los profesionales de salud materna hacia las terapias complementarias en los cuidados a la mujer en el ciclo gravídico puerperal.

La participación es totalmente voluntaria y sin compensación económica. De ningún modo está obligado a participar y, si decide hacerlo, puede cambiar de opinión en todo momento. Todos los aspectos de este estudio, incluidos los resultados, serán tratados de manera estrictamente confidencial.

CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de todos los datos relativos a su salud, tanto de los obtenidos durante la investigación.

Para la finalidad expuesta, a Ud. se le identificará con un código y la información personal de sus archivos no será distribuida o cedida a terceras personas sin su consentimiento previo por escrito. En este sentido, no se le identificará personalmente en las publicaciones escritas o seminarios en los que se pudieran exponer los resultados de este estudio.

Los tutores, supervisores del estudio y compañeros investigadores, tendrán acceso directo a las hojas de encuesta, que estarán separadas de sus datos personales dentro de lo permitido por la norma pertinente y que, al firmar el formulario de consentimiento informado, el sujeto o su representante legal están autorizando el acceso a estos datos.

Terceras personas sólo tendrán acceso a los resultados del análisis de los datos compilados extraídos de dichas encuestas.



Servicio Canario de la Salud
CEIm Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

He leído y entendido la *Hoja de información al participante*. He tenido la oportunidad de discutir las cuestiones relacionadas con esta información. Mis preguntas y dudas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento y sin que esto vaya en detrimento de mis derechos legales.

Entiendo que se pueden utilizar los datos de carácter anonimizados en otros documentos, quedando fuera de los mismos los datos personales y se tratarán con la debida reserva y confidencialidad.

Estoy de acuerdo con que la información relativa a mi participación en este estudio.

He leído la información anterior y acepto participar en el estudio.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

INVESTIGADOR

Nombre y apellidos:Angharad Ortega Ravelo.....

Firma:

Fecha: /

/2020



Servicio Canario de la Salud
CEIm Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Terapias complementarias en salud materna. Aptitudes de los profesionales.

D/DÑA:..... de años de edad con domicilio
(Nombre y dos apellidos del/ de la participante)

en y D.N.I. nº

REVOCO el consentimiento prestado en fecha....., y solicito la eliminación o anonimización de todos los datos personales y de las muestras que permanezcan almacenadas sin que de ello se derive ningún perjuicio ni pérdida. Comprendo que esta eliminación no se extenderá a los datos resultantes del consentimiento otorgado para las investigaciones que ya se hubieran llevado a cabo.

En Las Palmas de Gran Canaria, a.....de.....de.....

APÉNDICE L: Aceptaciones de los CEI



Apêndice 4: Parecer do responsável do serviço

Parecer favorável do responsável do serviço onde pretende implementar o projeto (ex: Diretor Executivo do ACeS).

Declaração do Enfermeiro Coordenador do Serviço/Unidade sobre as condições materiais e humanas necessárias à realização do Projeto de Investigação*

Instituição Promotora: Universidade de Évora; Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Trabalho Académico para obtenção de grau de Mestre)

Instituição Colaboradora:

Projeto de Investigação* TERAPIAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE MATERNA. ATITUDES DOS PROFISSIONAIS

Investigador de Campo: Angharad Omega Ravel (Mestranda em Saúde Materna na Universidade de Évora (aluno n.º 41947), com orientação de Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim (PhD).

Investigadora-Orientadora: Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim, PhD, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Contactos do Investigador de Campo: m41947@alunos.uevora.pt; 0034 645 903 405)

Contactos da Investigadora Orientadora: msimsim@uevora.pt; 936171517

Colaborador: não se aplica, pois, os dados são recolhidos pela investigadora de campo

Local(is) a realizar o(s) Projeto de Investigação*: (i.e., unidades de saúde onde decorre o Estágio da mestranda: Hospital de Faro; Hospital de Portimão; Centros de Saúde/USF/outras unidades de Cuidados de Saúde Primários localizados na ARS Algarve).

Eu, *Angharad Omega Ravel*, *Res. N.º 41947*, Enfermeira-Chefe do serviço de *Unidade de Cuidados de Saúde Primários de Faro* declaro que estão reunidas as condições materiais e humanas para a realização do ensaio projeto de investigação.

Évora, 25 janeiro 2020

Assinatura



Assunto: Estudo "Terapias Complementares em Saúde Materna. Atitudes dos Profissionais"

Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a), do nº 1 do art.º 9º da Lei nº 21/2014 de 16 de abril, foi solicitado o parecer desta Comissão, tendo em vista a autorização para a realização do estudo acima identificado.

No âmbito das competências que lhe são conferidas pelo art.º 3º do Decreto-Lei nº 80/2018 de 15 de outubro e pelo do art.º 16º da Lei nº 21/2014 de 16 de abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Particular do Algarve, doravante designada por Comissão, analisou o processo que lhe foi apresentado para aquele efeito e avaliou todos os aspetos apontados no nº 6 do referido art.º 16º.

1. Pertinência do estudo e sua conceção:

De acordo com a informação prestada a esta Comissão, a realização deste estudo torna-se pertinente uma vez que nos últimos anos a prática de terapias complementares tem aumentado, incluindo a desenvolvida no âmbito da saúde materna, sendo importante conhecer essas condutas, por forma a poder-se proporcionar uma experiência positiva do parto. Em Portugal, são escassos os estudos acerca do conhecimento das equipas de saúde-materna no âmbito das terapias complementares, embora a sua prática exista em algumas instituições.

Desta forma, o estudo permitirá explorar a percepção dos profissionais de saúde materna em relação às terapias complementares no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

2. Avaliação dos benefícios e riscos previsíveis:

Os benefícios não estão explícitos, para além daqueles nomeados nos aspetos conceituais anteriores, ou seja, gerar informação e conhecimento que permitam alcançar recomendações internacionais para a aplicação de terapias complementares no acompanhamento do parto e puerpério. Os riscos previsíveis estão omissos, mas tendo em conta a natureza metodológica da investigação, não parece existir possibilidade para o seu surgimento.

3. O protocolo, incluindo os planos de divulgação do estudo:

O protocolo do estudo apresentado a esta Comissão nomela a necessidade de autorização por parte das comissões de ética e dos supervisores clínicos das instituições onde o estudo irá decorrer. É também referido que será solicitada autorização por e-mail aos autores das escalas que se aplicarem.

Está também explícito o modo como serão recrutados os participantes para o estudo: "o convite para participar é feito pessoalmente, pessoa a pessoa, na véspera da data que deverá ser aplicado o instrumento de coleta de dados; em caso de aceitação é entregue o questionário num envelope opaco, sem identificação, cuja devolução é realizada num envelope lacrado.

O plano de divulgação do estudo está omissa.

4. Aspectos metodológicos, incluindo o instrumento de colheita de dados e os aspetos éticos e de confidencialidade:

Pela informação prestada a esta Comissão, parece-nos que o estudo apresenta metodologia investigacional adequada, estando explícitos aspetos como a seleção dos participantes e os respetivos critérios de inclusão, bem como a potência da amostra. É referido que os dados serão tratados com recurso a estatística descritiva, ficando omissa a possibilidade de análise inferencial.

O instrumento de recolha de dados é adequado e está claramente descrito, nomeadamente a sua consistência interna.

Os aspetos éticos e de confidencialidade foram tidos em conta. O estudo contempla a recolha do consentimento informado, livre e esclarecido e em todo o curso da investigação será mantido o anonimato dos participantes.

Apesar de não ter sido utilizado o modelo de consentimento informado, livre e esclarecido instituído na organização, aceita-se o modelo proposto tendo em conta o facto de se tratar de um estudo multicêntrico.

Foi ainda referido no projeto entregue a esta Comissão que os dados recolhidos se destinam exclusivamente para a investigação académica em curso, que o seu acesso é exclusivo do pesquisador e orientador principal e que após a defesa pública da investigação, esses dados serão destruídos.

Está também explícito que a presente investigação não comporta gastos para as instituições e que não existirá pagamento aos participantes, quer seja pela prestação da resposta, quer seja por

deslocações ou ofertas.

5. A aptidão do Investigador principal e dos restantes membros da equipa:

O investigador principal - Angharad Ortega Ravelo – é enfermeira e aluna do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, sendo supervisionada pela Prof.ª Doutora Maria Margarida Santana Fialho Sim-Sim, investigadora com reconhecidas aptidões e experiência no desenvolvimento deste tipo de investigação.

Face ao exposto e, considerando os documentos entregues para a avaliação e a sua fundamentação, parece-nos que o presente projeto de investigação cumpre os compromissos éticos e o respeito dos princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, o que permite que esta Comissão profira um parecer favorável.

Portimão, 19 de fevereiro de 2020

Ana Paula Fontes

Consultora do Núcleo de Formação e Desenvolvimento Profissional

Vice-Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Grupo Hospital Particular do Algarve





Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular Materno-Infantil



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Dra. Dña **M^a Alejandra Torres Afonso**, Directora Gerente del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEI/CEIm) H.U.G.C. Dr. Negrín (**Acta 6/2020**).

C E R T I F I C A:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor ORTEGA RAVELO, ANGHARAD para que sea realizado en este Centro el PROYECTOS DOCENTES titulado:

"Terapias Complementarias en Salud Materna. Actitudes de los profesionales."

Promotor: ORTEGA RAVELO, ANGHARAD

Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2020-291-1

CEI/CEIm de Referencia: COMITÉ ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN ÁREAS DE SALUD HUMANA,

Y que será realizado por Dña. **ANGHARAD ORTEGA RAVELO** del Servicio de ENFERMERIA como Investigador Principal.

Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este PROYECTOS DOCENTES y se acepta la realización en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria

La Directora Gerente

Fdo: Dra. M^a Alejandra Torres Afonso

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:		Fecha: 10/06/2020 - 08:03:05
MARIA ALEJANDRA TORRES AFONSO - DIRECTOR GERENTE		
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:		
DHziECr3cz61JFE5_mH4V6qNMDpGPMDaO		
El presente documento ha sido descargado el 10/06/2020 - 11:17:39		

APENCIDE M: resultados de la vertiente de investigación sobre Terapias Complementarias, TC.

Características Sociodemográficas

Edad: los 80 participantes tenían entre 22 y 65 años ($M=37.04$; ± 11.19), con moda 55 y mediana 34 años.

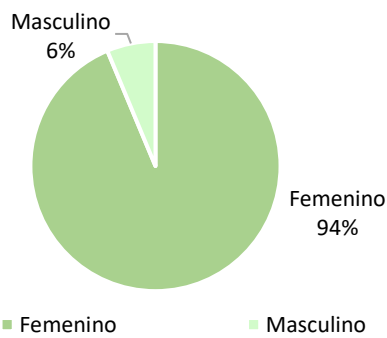


Figura 1 Representación porcentual por sexo

Tabla 1 Representación por sexo de la muestra

	Frequency	Percent
Masculino	5	6,3
Feminino	75	93,8
Total	80	100,0

Tabla 2 Estado Civil de los participantes

	Frequency	Percent
Soltero/a	37	46,3
Casado/a-Unión Hecho	40	50,0
Divorciado/a	3	3,8
Total	80	100,0

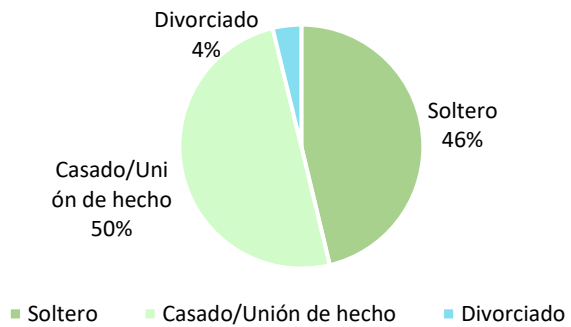


Figura 2 Estado civil de la muestra

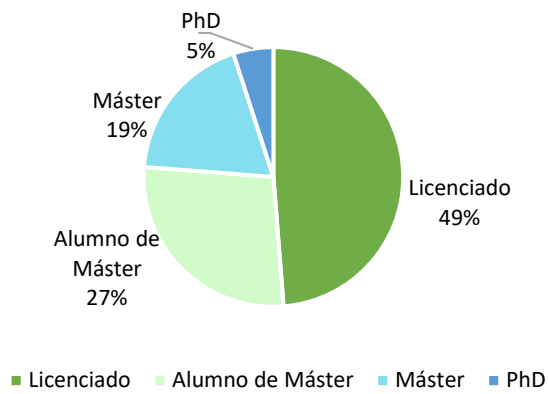


Figura 3 Representación porcentual del Nivel Académico

Tabla 3. Nivel Académico de la muestra

	Frequency	Percent
Licenciado/a	39	48,8
Alumno de Máster	22	27,5
Máster	15	18,8
PhD	4	5,0
Total	80	100,0

Tabla 4 Origen familiar de los participantes

	Frequency	Percent
Europa	76	95,0
África	2	2,5
India	2	2,5
Total	80	100,0

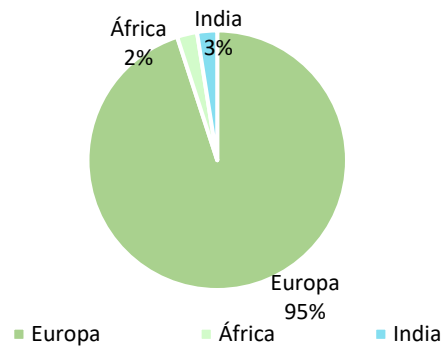


Figura 4 Origen familiar

Características socio-profesionales

Tiempo de profesión: El participante ejerce la profesión, con una media de 14,16 años ($\pm 10,26$), con un mínimo de 1 y un máximo de 35 años.

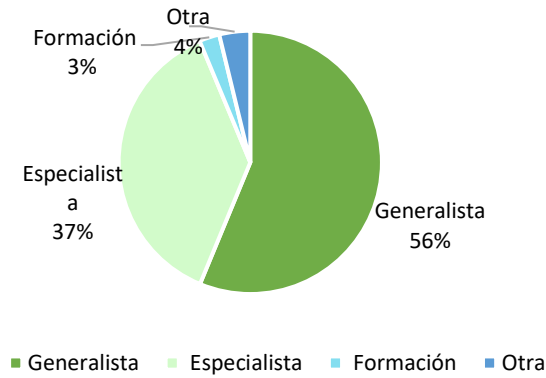


Figura 5. Cargo desempeñado

Tabla 5 Cargo desempeñado en el servicio de trabajo

	Frequency	Percent
Generalista	45	56,3
Especialista	30	37,5
En formación	2	2,5
Otra	3	3,8
Total	80	100,0

Tabla 6 Grupos profesionales

	Frequency	Perce
Enfermero/a Generalista	39	48
Enfermero/a Especialista	30	37
Médico/a en formación	2	2
Médico Esp. Obstetricia	2	2
Fisioterapeuta	1	1
Alumno/a Esp. Enfermería	6	7
Total	80	100

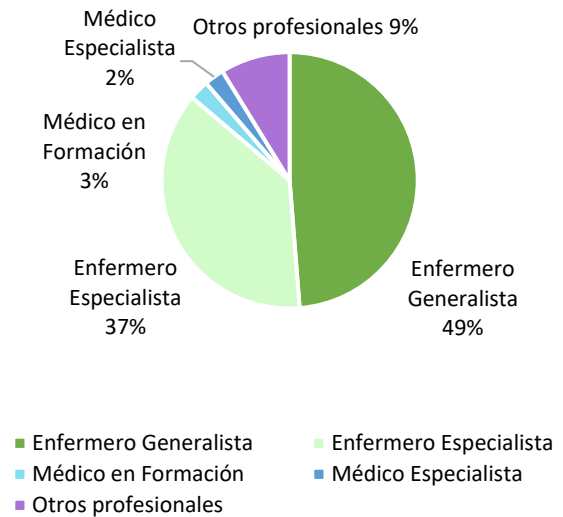


Figura 6 Grupos profesionales participantes

Terapias Complementarias

Tabla 7 Conocimiento, uso y recomendaciones de TC

Modalidad	Conocimiento y uso de TC			
	a) Conoce	b) Usó o usa actualmente	c) Recomendaría su uso	d) Recomendó o piensa recomendar
1.Biofeedback	29(36.3)	2(2.5)	17(21.3)	1(1.3)
2.Hipnosis	71(88.8)	3(3.8)	16(20.0)	3(3.8)
3.Meditación / Yoga / Relajamiento / Imágenes	56(70.0)	27(33.8)	38(47.5)	17(21.3)
4.T'ai Chi/Qi Gong	42(52.5)	6(7.5)	15(18.8)	4(5.0)
5.Oriental incluido Acupuntura / Acupresión	62(77.5)	19(23.8)	29(36.3)	12(15)
6.Ayurveda	33(41.3)	8(10)	14(17.5)	6(7.5)
7.Curanderismo	36(45.0)	1(1.3)	1(1.3)	4(5.0)
8.Quiropraxia	32(40.0)	10(12.5)	14(17.5)	8(10.0)
9.Masaje	55(68.8)	46(59.0)	44(55.7)	23(28.8)
10.Osteopatía	58(72.5)	21(26.3)	28(35.0)	12(15.0)
11.Toque terapéutico / Reiki	56(70.0)	26(32.5)	31(38.8)	8(10.0)
12.Espiritualidad / Oración	60(75.0)	13(16.3)	17(21.3)	3(3.8)
13.Herbal / Botánico / Suplementos	52(65.0)	18(22.5)	18(22.5)	10(12.5)
14.Homeopatía	57(71.3)	17(21.3)	14(17.5)	5(6.3)
Total (amplitud n)	29-71	1-46	1-44	1-23

Tabla 8 Fuentes de información sobre TC

Fuentes de información sobre Terapias Complementarias en el ámbito de la Salud Materna e Obstétrica			
Recurso CAM online	Oyó hablar	Utilizó	Fueron útiles
1.PubMed	32(40)	37(46.3)	22(27.5)
2.Cochrane Library	29(36.3)	40(50)	25(31.3)
3.German Commission E Monographs: Therapeutic Guide to Herbal Medicine	30(37.5)	6(7.5)	4(5.0)
4.Combined Health Information Database	25(31.3)	9(11.3)	4(5.0)
5.NCCAM Website	27(33.8)	6(7.5)	4(5.0)

Tabla 9 Recursos usados en la búsqueda de información sobre TC

Recursos usados	Recursos usados	
	Si	No
Libros	57,5	42,5
Internet General	53,8	46,3
Revistas Científicas	57,5	42,5
Videos de peritos	30	70
Bases de Datos	42,5	57,5
Otro	25	75

Actitud hacia las Terapias Complementarias

CHBQ – CAM Health Belief Questionnaire (traducción de la versión de Lie & Boker, 2004).

La mayor parte de la muestra se posiciona en correlación ante la idea de que la salud física y mental se mantiene mediante una energía o fuerza vital subyacente, 27.5%; 21.2% y 26.2% para “De acuerdo en parte”; “Fuertemente de acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”, respectivamente.

Considerar que la salud y la enfermedad reflejan el equilibrio entre fuerzas para mejorar la vida y las fuerzas destructivas, tuvo una representación de 27.5%, “De acuerdo en parte” frente al 1.2% que estaba “Totalmente en desacuerdo”. La premisa de contemplar el cuerpo como un mecanismo con capacidad de auto reparación y donde la tarea del profesional de la salud es apoyar este proceso, fue apoyada por 31.2% en “fuertemente de acuerdo” y donde el resto de la muestra se mostraba “de acuerdo en parte” o “totalmente de acuerdo” en 28.8% y 25% respectivamente. Estos mismos valores podemos observarlos ante la idea de que los síntomas de un paciente deben considerarse como una manifestación de un desequilibrio o disfunción general que afecta a todo el cuerpo, 31.2% en “de acuerdo en parte”. Podemos observar cómo el 58.8% de la muestra consideran que las expectativas, creencias y valores de salud del paciente deben integrarse en el proceso asistencial, frente a una ausencia total de muestra, que estén en desacuerdo con esta idea. Contemplar las TC como una amenaza para la Salud Pública, mostró en “total desacuerdo” al 52.5% de los profesionales participantes y una pequeña parte consideró que, si son una amenaza, 3.8%.

Estuvo más repartida la muestra ante la premisa de que los tratamientos no testados en el medio científico deben ser desaconsejados, pues el 26.2% está en “desacuerdo en parte” seguido del 21.3% que está “parcialmente de acuerdo”. Sin embargo, considerar los efectos de las TC un efecto placebo, fue señalado por un pequeño grupo de la muestra de profesionales de salud, 1.3%. Y en “total desacuerdo” al 25% de la muestra. Así la mayor parte de la muestra con un 37.4 %, señaló que la medicina convencional podría beneficiarse de las TC y no hubo representación en la muestra en los valores “en desacuerdo”, quedando una pequeña representación de los profesionales en “Desacuerdo en parte”, 2.5%. Y para finalizar el mayor porcentaje, 33.8% considera que las TC estimulan el potencial del propio cuerpo (Figura 7).

	Total/ en desacuerdo	Fuerte/ en desacuerdo	Desacuerdo en parte	Ni en desacuerdo / acuerdo	De acuerdo en parte	Fuerte/ acuerdo	Total/ acuerdo	Total(%)
1. La salud física y mental se mantiene mediante una energía o fuerza vital subyacente.	2(2.5)	1(1.3)	3(3.8)	14(17.5)	22(27.5)	17(31.3)	21(26.3)	100
2. La salud y la enfermedad reflejan el equilibrio entre las fuerzas positivas para mejorar la vida y las fuerzas destructivas negativas.	1(1.3)	2(2.5)	8(10.0)	16(20.0)	22(27.5)	12(15.0)	19(23.8)	100
3. El cuerpo es esencialmente un mecanismo de auto reparación y la tarea de un profesional de la salud es apoyar el proceso de reparación.	1(1.3)	2(2.5)	4(5.0)	3(3.8)	25(31.3)	24(30.0)	21(26.3)	100
4. Los síntomas de un paciente deben considerarse como una manifestación de un desequilibrio o disfunción general que afecta a todo el cuerpo.	1(1.3)	2(2.5)	3(3.8)	6(7.5)	23(28.8)	25(31.3)	20(25.0)	100
5. Las expectativas, creencias y valores de salud de un paciente deben integrarse en el proceso de atención al paciente.	0	0	1(1.3)	5(6.3)	6(7.5)	21(26.3)	47(58.8)	100
6. Las terapias complementarias son una amenaza para la salud pública	42(52.5)	20(25.0)	8(10.0)	6(7.5)	1(1.3)	0	3(3.8)	100
7. Deben desaconsejarse los tratamientos no probados en un medio científicamente reconocido.	8(10.0)	14(17.5)	21(26.3)	13(16.3)	17(21.3)	2(2.5)	5(6.3)	100
8. Los efectos de las terapias complementarias suelen ser el resultado de un efecto placebo.	20(25.0)	19(23.8)	17(21.3)	15(18.8)	6(7.5)	2(2.5)	1(1.3)	100
9. Las terapias complementarias incluyen ideas y métodos de los que la medicina convencional también podría beneficiarse	0	0	2(2.5)	10(12.5)	19(23.8)	19(23.8)	30(37.5)	100
10. La mayoría de las terapias complementarias estimulan el propio potencial natural del cuerpo.	0	2(2.5)	6(7.5)	9(11.3)	16(20.0)	27(33.8)	20(25.0)	100

Figura 7 Representaciones de las actitudes hacia las terapias complementarias (CHBQ)

En la muestra la media fue de $M=5.50(DP=.800)$. La mediana coincidió con la media ($Me=5.50$) y la $Mo=6.00$, teniendo amplitud entre 2.70 e 6.80.

Opinión sobre las Terapias Complementarias

Opinión sobre el uso de Terapias Complementaria (traducción de la versión de Hyland et al, 2003).

Cuando se analizó los ítems de la escala sobre las opiniones de los profesionales sobre las TC, se detectó que los ítems 11 y 5 fueron los más valorados, con un 60% y 53.8% respectivamente. En ellos se recoge la idea de que es importante encontrar un equilibrio entre el trabajo y la relajación para mantenerse saludable (ítem 11) y que los síntomas de una enfermedad pueden empeorar con la depresión (ítem 5). Seguido todo ello de un 46.3% señaló que las terapias complementarias aumentan las defensas del cuerpo, lo que lleva a una cura permanente. Y como el pensamiento positivo puede ayudar a combatir una enfermedad leve para el 42.5% de la muestra. Por otra parte, un 8.8% opina que los conflictos con otras personas no afectan la salud frente al 40% que está en “total desacuerdo” con esta premisa. El 32.5% señaló estar “totalmente de acuerdo” en que, si una persona experimenta una serie de eventos estresantes en la vida, es más probable que se enferme.

Los mayores porcentajes se establecieron se inclinaron en los valores de estar de acuerdo, al opinar que cuando las personas están estresadas, es importante que tengan cuidado con otros aspectos de su estilo de vida, ya que su cuerpo tiene suficiente para lidiar; el 33.8% “está de acuerdo en parte”. La mayor parte de la muestra, 36.3% está “de acuerdo en parte” en que las TC deben someterse a más pruebas científicas antes de ser aceptadas por los profesionales de la salud. Y ese mismo porcentaje, está “Totalmente en desacuerdo” al considerar que las TC solo deben usarse como último recurso cuando las terapias convencionales no tienen nada que ofrecer. Sin embargo, el valor más frecuente “de acuerdo en parte”, con un 36.3%, cree que vale la pena probar una TC antes de acudir al servicio de salud convencional.

Los porcentajes más altos fueron muy similares en los ítems 10 y 4. En ellos se señaló, que el 27.5% “está de acuerdo” en que las TC deben usarse solo para enfermedades menores y no para el tratamiento de enfermedades graves. Y el 28.5% opina estar “Totalmente en desacuerdo” en que las TC pueden ser peligrosas (Figura 8).

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	De acuerdo en parte	Desacuerdo en parte	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo	Total (%)
1. El pensamiento positivo puede ayudarlo a combatir una enfermedad leve	34 (42.5)	28 (35)	9 (11.3)	2 (2.5)	2 (2.5)	5 (6.3)	100
2. Las terapias complementarias deben someterse a más pruebas científicas antes de ser aceptadas por los profesionales de la salud.	6 (7.5)	18 (22.5)	29 (36.3)	18 (22.5)	6 (7.5)	3 (3.8)	100
3. Cuando las personas están estresadas, es importante que tengan cuidado con otros aspectos de su estilo de vida, ya que su cuerpo ya tiene suficiente para lidiar con ellos.	16 (20)	26 (32.5)	27 (33.8)	4 (5)	4 (5)	3 (3.8)	100
4. Las terapias complementarias pueden ser peligrosas ya que pueden impedir que las personas reciban el tratamiento adecuado.	4 (5)	4 (5)	19 (23.8)	19 (23.8)	11 (13.8)	23 (28.8)	100
5. Los síntomas de una enfermedad pueden empeorar con la depresión.	43 (53.8)	22 (27.5)	7 (8.8)		2 (2.5)	6 (7.5)	100
6. Las terapias complementarias solo deben usarse como último recurso cuando las terapias convencionales no tienen nada que ofrecer.	5 (6.3)	1 (1.3)	7 (8.8)	14 (17.5)	24 (30)	29 (36.3)	100
7. Si una persona experimenta una serie de eventos estresantes en la vida, es más probable que se enferme.	26 (32.5)	22 (27.5)	18 (22.5)	8 (10)	2 (2.5)	4 (5)	100
8. Vale la pena probar una Terapia Complementaria antes de acudir al servicio de salud convencional.	4 (5)	6 (7.5)	29 (36.3)	19 (23.8)	13 (16.3)	9 (11.3)	100
9. Los conflictos con otras personas no afectan su salud	7 (8.8)	2 (2.5)	11 (13.8)	10 (12.5)	18 (22.5)	32 (40)	100
10. Las terapias complementarias deben usarse solo para enfermedades menores y no para el tratamiento de enfermedades graves	12 (15)	22 (27.5)	10 (12.5)	14 (17.5)	10 (12.5)	12 (15)	100
11. Es importante encontrar un equilibrio entre el trabajo y la relajación para mantenerse saludable.	48 (60)	21 (26.3)	3 (3.8)	1 (1.3)	2 (2.5)	5 (6.3)	100
12. Las terapias complementarias aumentan las defensas del cuerpo, lo que lleva a una cura permanente.	7 (8.8)	12 (15)	37 (46.3)	7 (8.8)	8 (10)	9 (11.3)	100

Figura 8 Opinión sobre las Terapias Complementarias

Educación Superior y Terapias Complementarias

De los profesionales sanitarios participantes en el muestreo, una pequeña parte, 1.3%, considera que las TC no tienen base científica suficiente para entrar el currículo de la Enseñanza Superior, sin embargo, la mayor parte consideran falsa esta premisa 98.8%.

El hecho de que, si hubiera más investigación, haría que las TC se desarrollasen y se convirtiesen en creíbles, fue considerado por 56.3% de los profesionales, frente a los que consideran que “no”; el 43.8%.

Son más los profesionales que consideran necesario llevar las materias de las TC a los currículos de la Enseñanzas Superior, 51.3%.

Incorporar a los currículos de las Especialidades de Obstetricia en las escuelas de medicina, disciplinas sobre las TC es necesario por el 57.5% de los profesionales de salud encuestados. Y un 50% opinan lo mismo para las escuelas de enfermería y la formación en la Especialidad en Salud materna (Figura 10).

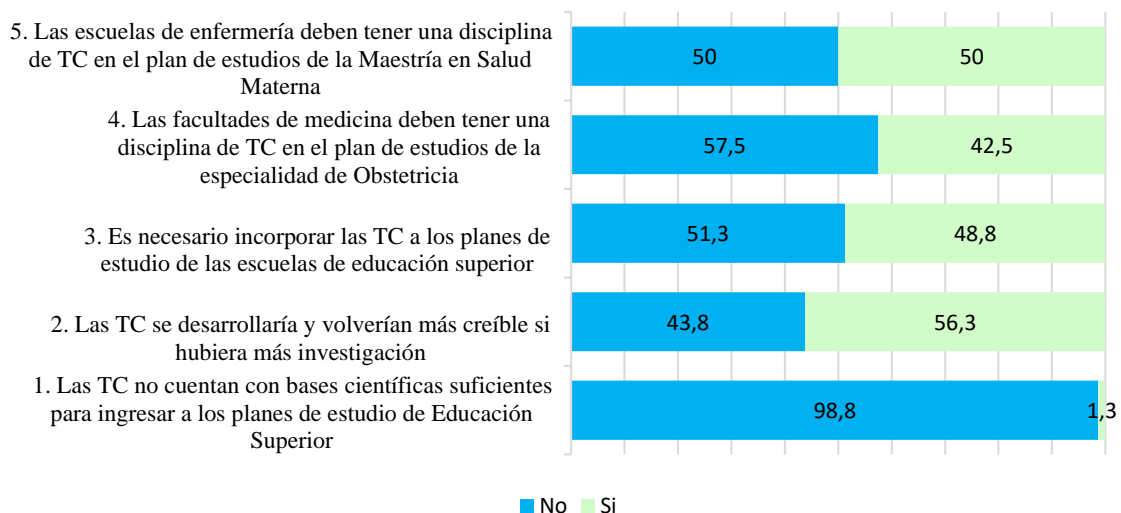


Figura 9 Opinión sobre las Terapias Complementarias en la Educación Superior

[1] N. Samuels *et al.*, "Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel," *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 203, no. 4, pp. 341.e1-7, 2010, doi: 10.1016/j.ajog.2010.05.001.