

---

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Vivir el Rol de la Maternidad: Salud Mental en el Puerperio**

María de Los Ángeles Hernández Castillo

Orientador(es) | M. Sim-Sim

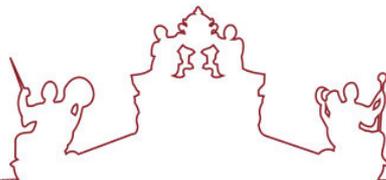
Évora 2022

---

---

---

---



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

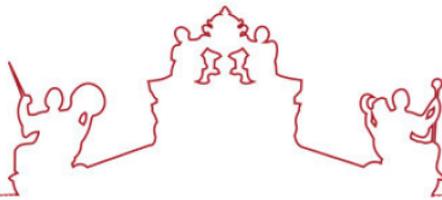
**Vivir el Rol de la Maternidad: Salud Mental en el Puerperio**

María de Los Ángeles Hernández Castillo

Orientador(es) | M. Sim-Sim

Évora 2022





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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

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

Évora 2022



## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que estuvieron presentes de una u otra forma durante toda esta nueva etapa de aprendizaje y formación, en primer lugar, a mi compañera y amiga María del Carmen Deyá Espinal porque de forma incondicional me tendiste tu mano para así poder sacar adelante este proyecto, especialista en salud materna y obstetra, gracias por esa ayuda, esas palabras motivadoras, esos consejos, deberas, gracias por todas y cada una de esas expresiones dadas, nada hubiera sido lo mismo.

También mencionar a uno de los pilares fundamentales en este largo y arduo camino de estudios, sin ella tampoco hubiera sido posible, mi profesora y tutora del proyecto, Dña. Margarida Sim-Sim, su experiencia y sabiduría fue la pieza clave para que pudiera desarrollar cada etapa de este trabajo de una forma más airosa.

Y no menos importante, quiero mencionar el servicio de obstetricia del hospital Dr. José María Grande de Portalegre, por disponer su tiempo para mi enseñanza, en particular señalar a un gran profesional de la salud materna, que dispuso parte de su tiempo y deposito toda su confianza en mi para que pudiera desarrollarme profesionalmente en dicha materia, independientemente de que en numerosas ocasiones no consiguiéramos entendernos por la diferencia de idiomas, muchas gracias D. Pedro Miguel Pereira Costa, sin lugar a dudas me llevo grandes recuerdos y un gran compañero de batalla.

Y por último, un pilar fundamental y la verdadera razón y base de todo lo que a día de hoy he conseguido y del porque estoy donde quiero estar, ellos son mi familia, muy especialmente mi marido, Óscar Olvera González, el impulsor para dar comienzo en esta andadura por allá un septiembre de 2019, solo tu sabes todo lo que ha significado y significará ser matrona, mañanas, tardes y noches interminables, paredes llenas de poster, montones de papeles sobre la mesa, etcétera, gracias por tu ayuda y paciencia, mil gracias cariño.

*“PARA CAMBIAR EL MUNDO ES PRECISO CAMBIAR LA FORMA DE NACER”*

*Michel Odent*

## RESUMEN

### TITULO: “Vivir el Rol de la Maternidad. Salud Mental en el Puerperio”

**Introducción:** El Mestrado en Enfermería Materno-Obstétrica de la Universidad de Évora constituye una vía académica, para la adquisición de conocimientos de 2 ciclo. El *currículum* legal es pedagógicamente válido, ofrece experiencias teóricas y clínicas. Invierte en evidencia científica, las oportunidades clínicas y la incursión de la investigación. **Objetivo:** Describir la experiencia clínica supervisada contextualmente en los campos y exploración de los recursos de investigación. **Método:** Relato fundamentado de las experiencias de cuidado con orientación temática para la salud mental de la mujer-madre. La reflexión y el logro de las competencias se apoyan en los casos, revisión temática, estudios de caso y jornales de aprendizaje. **Resultados:** La adquisición de competencias fue exitosa, según los resultados de evaluación de desempeño. La exploración del tema resultó enriquecedora y relevó resultados generalmente que no se percibían habitualmente. **Conclusión:** El logro de las competencias es un proceso que permite un mayor conocimiento y calidad de los cuidados. La transversalidad de la salud mental es subrayada, impartiendo urgencia para una mejor salud mujer-madre.

**Palabras claves (DeCS):** Mujer, depresión, periodo posparto, embarazo, emociones

## RESUMO

**TÍTULO: “Vivendo o papel da maternidade. Saúde Mental no Puerpério”**

**Introdução.** O Mestrado em Enfermagem Materno-Obstétrica da Universidade de Évora, constitui via académica, para aquisição de conhecimento de 2º ciclo. O *curriculum* legal e pedagogicamente validado, oferece experiências teóricas e clínicas. Investe-se na evidência científica, nas oportunidades clínicas e na incursão na investigação. **Objetivo.** Descrever a experiência clínica supervisionada contextualizada nos campos e na exploração de recursos de investigação. **Método.** Relato fundamentado das experiências cuidativas, com orientação temática para a saúde mental da mulher-mãe. A reflexão e atingir das competências é apoiada nos casos de mulheres assistidas, revisão temática, estudos de caso, jornais de aprendizagem. **Resultados:** Aquisição de competências teve êxito, de acordo com os resultados da avaliação de desempenho. A exploração da temática revelou-se enriquecedora e descortinou resultados geralmente não percebidos. **Conclusão:** Atingir competências, é um processo que permite maior conhecimento e qualidade nos cuidados. A transversalidade da saúde mental é sublinhada, imprimindo urgência para melhor saúde da mulher-mãe.

**Palavras-chave (DeCS):** Mulher, depressão, pós-parto, gravidez, emoções

## SUMMARY

**TITLE: “Living the role of motherhood. Postpartum Mental Health”**

**Introduction:** The Master's Degree in Maternal-Obstetric Nursing at the University of Évora constitutes an academic pathway, for the acquisition of knowledge of 2 cycle. The legal curriculum is pedagogically valid, offers theoretical and clinical experiences. It invests in scientific evidence, clinical opportunities and research incursion. **Objective:** To describe contextually supervised clinical experience in the fields and exploration of research resources. **Method:** Grounded account of experiences of care with thematic orientation for the mental health of the woman-mother. Reflection and achievement of competencies are supported by cases, thematic review, case studies and learning journeys. **Results:** The acquisition of competencies was successful, according to performance evaluation results. The exploration of the topic was enriching and revealed results that were not usually perceived. **Conclusion:** The achievement of competencies is a process that allows for greater knowledge and quality of care. The transversality of mental health is underlined, imparting urgency for a better woman-mother health.

**Key words (DeCS):** woman, depression, postpartum period, pregnancy, emotions.

## Índice

<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2.CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL</b> .....	<b>15</b>
2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO CLINICO .....	15
2.1.1. CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO MÉDIO TEJO. HOSPITAL DR. MANUEL CONSTANCIO DE ABRANTES. ....	16
2.1.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO. CONSULTA EXTERNA – HOSPITAL SANTA LUZIA DE ELVAS. ....	18
2.1.3. CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO - CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS – INTERNAMENTO DE GRAVIDAS. ....	22
2.1.4. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS – HOSPITAL JOSE MARIA GRANDE .....	25
<b>2.2. METODOLOGIA DEL ESTAGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL</b> .....	<b>29</b>
2.2.1 OBJETIVOS DEL ESTAGIO PROFESIONAL .....	29
2.2.2. ABORDAJE METODOLOGICA DE LAS PRACTICAS CLINICAS EN EL ESTAGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL .....	30
2.2.2.1 ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN Y CAPACITACIÓN .....	31
2.2.2.2 ESTRATEGIAS DE REFLEXIÓN .....	31
2.2.2.3 ESTRATEGIAS DE ESTUDIOS DE CASO .....	31
2.2.2.4 ESTRATEGIAS DE MANEJO DE PLATAFORMAS - FUENTES BIBLIOGRAFICAS, GESTIÓN DE REFERENCIAS Y ANALISIS DE DATOS .....	32
2.2.2.5 ESTRATEGIAS DE ORIENTACIÓN CLINICO-PEDAGÓGICA .....	33
<b>3. CONTRIBUTO PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA</b> .....	<b>35</b>
3.1 CONCEPTUALIZACIÓN .....	35
3.1.1 METODOLOGIA DE LA REVISIÓN .....	36
3.1.2 METODOLOGIA DE LA ABORDAJE EMPIRICA DE LA DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE LAS PRACTICAS CLINICAS .....	40
3.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN TEMÁTICA – TEMAS EMERGENTES .....	41
3.3 RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA CLINICA DE TRIAGE DE DEPRESIÓN .....	44
3.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL MUESTREO .....	44
3.3.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LOS PARTICIPANTES DE LA MUESTRA .....	44
3.3.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE DEPRESIÓN .....	46
<b>4. ANALISIS REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE MOBILIZACIÓN DE COMPETENCIAS</b> .....	<b>54</b>
4.1 COMPETENCIAS COMUNES DEL ENFERMERO ESPECIALISTA .....	55
4.1.1. Competencia 1: Dominio de Responsabilidad Profesional, ética y legal .....	56
4.1.2. Competencia 2: Mejora Continua de la Calidad .....	59
4.1.3. Competencia 3: Gestión de Cuidados .....	63
4.1.4. Competencia 4: Desarrollo del Aprendizaje Profesional .....	65
4.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICA .....	66
4.2.1 Competencia 1: Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad en el contexto de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional .....	67
4.2.2 Competencia 2: Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el periodo prenatal .....	68
4.2.3 Competencia 3: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el parto .....	69
4.2.4 Competencia 4: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el posparto .....	72
4.2.5 Competencia 5: Cuida a la mujer insertada en la familia e comunidad durante el periodo del climaterio .....	73
4.2.6 Competencia 6: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad para que experimenten procesos de salud, enfermedades ginecológicas .....	74
4.2.7 Competencia 7: Cuida a la población diana (mujeres en edad fértil) insertadas en la comunidad ....	76

<b>6. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>78</b>
<b>APÉNDICES</b> .....	<b>82</b>
Apéndice A - Propuesta de Proyecto del Estagio .....	83
Apéndice B - Registro de Experiencias Clínicas .....	85
Apéndice C - Jornales de Aprendizaje.....	86
JA-1 – Ocurrencia de arteria umbilical única .....	87
JA-2 - Diabetes gestacional .....	89
JA-3 - Criopreservación de cordón umbilical .....	91
JA-4 - Incompatibilidad Rh. ....	93
JA-5 - Atonía Uterina.....	95
JA-6 – Macrosomía fetal.....	97
JA-7 - Hipertensión Arterial en el embarazo .....	99
JA-8 - La romboencefalosinapsis fetal .....	101
JA-9 - Polihidramnios .....	103
JA-10 - Amenaza de parto prematuro .....	105
JA-11 - Transmisión de Toxoplasmosis. ....	107
JA-12 - Pancreatitis Litiasica en el embarazo.....	108
JA-13 – Hemorragias del segundo y tercer trimestre.....	109
JA-14 - Pielonefritis en el embarazo por Klebsiella .....	111
JA-15 – Infecciones y Parasitas. ....	112
JA-16 - Episiotomía .....	114
JA-17 – Inducción del Trabajo de Parto. ....	116
JA-18 – Musicoterapia y uso de inductores del TP. ....	117
JA-19 - Laceraciones del periné.....	118
JA-20 – Incompatibilidad Feto-pélvica .....	119
JA-21 – Hemorragia pos-parto.....	120
JA-22 – Lactancia Materna en el posparto inmediato.....	121
JA-23 – Cesárea por Placenta Previa .....	122
JA-24 – Parto Pre-termino .....	124
JA-25– Parto en el Banco de Partos.....	125
JA-26 - Polisistolia.....	127
JA-27 - Oligohidramnios .....	129
JA-28 - Asinclitismo .....	130
JA-29 - Anemia en la gestación .....	131
JA-30 - Distocia de hombros y Maniobras de McRoberts.....	133
Apéndice D - Resumen do Estudo de Caso. Romboencefalosinapsis fetal no 2º trimestre da gravidez.....	135
Apéndice E - Resumen do Estudo de Caso. Toxoplasmose na Gravidez.....	136
Apéndice F - Consentimiento Estudio de Caso .....	137
Apéndice G - Consentimiento Estudio de Caso - Representante.....	138
Apéndice H - Primer Buceo en la Depresión Pos-Parto .....	139
Apéndice I - Ejercicio de Revisión de Literatura .....	144
Apéndice J Cuestionario Vivencias en el Posparto – EDPS.....	153
Apéndice K – Consentimiento para Cuestionario sobre Vivencias posparto .....	155
Apéndice L - Modelo de Partograma para treino clínico – CHMT-Abrantes .....	156
Apéndice M - Caracterización de los casos asistidos como aprendizaje del Partograma.....	157
Apéndice N - Noticia en el Jornal de la Asociación Portuguesa de Enfermeras Obstetras.....	167
Apéndice O - Publicación en Red Social.....	168

## Índice de tablas

Tabla 1 Representación de la edad gestacional a la fecha del parto .....	45
Tabla 2 Esquema de consultas propuesto .....	46

## Índice de Figuras

Figura 1 Campos clínicos del semestre 1.....	15
Figura 2 Campos clínicos del semestre 2.....	15
Figura 3 Mapa de Santarém.....	16
Figura 4 Materiales para Epidural .....	17
Figura 5 Recurso para monitorización.....	17
Figura 6 Mapa de Portalegre.....	19
Figura 7 Sala de Ecografía fetal.....	21
Figura 8 Sala de preparación para el parto .....	21
Figura 9 Sala de exámenes.....	21
Figura 10 Mapa de Lisboa .....	22
Figura 11 Planta de las embarazadas .....	23
Figura 12 Mapa de Portalegre.....	26
Figura 13 Corredor del área Covid-19.....	27
Figura 14 Acceso del área de Covid-19.....	27
Figura 15 Partos en Abrantes, Barreiro y Portalegre en el año 2020.....	28
Figura 16 Representación del nivel de evidencia científica por murad et al, 2016. ....	32
Figura 17 Ejemplo de página del software Rayyan .....	32
Figura 18 Ejemplo de la página de datos.....	33
Figura 20 Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda y selección de artículos.....	39
Figura 21 Temas emergentes en la Revisión Temática .....	43
Figura 22 Distribución de las mujeres de acuerdo con formación escolar .....	44
Figura 23 Representación de consultas prenatales .....	45
Figura 24 1. Eres capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas .....	48
Figura 25 2. Tenía esperanza en el futuro.....	48
Figura 26 3. Culpava-me sem necessidade quando as coisas corriam mal.....	48
Figura 27 4. Estava ansiosa ou preocupada sem motivo .....	48
Figura 28 5. Sentia-me com medo, ou muito assustada, sem .....	48
Figura 29 6. Sentia que eram coisas demais para mim .....	48
Figura 30 7. Sentia-me tão infeliz que dormia mal.....	49
Figura 31 8. Sentia-me triste ou muito infeliz .....	49
Figura 32 9. Sentia-me tão infeliz que chorava .....	49
Figura 33 10. Tinha ideias de fazer mal a mim mesma .....	49
Figura 33 Representación de los scores EDPS de acuerdo con el tiempo pasado entre parto y rememoración ....	52
Figura 35 Cuidados en atención primaria o especializada. Fuente: elaboración propia.....	55
Figura 36 Semana mundial de la lactancia materna 2021 (Fedalma, 2021).....	60
Figura 37 Parto en banco parto ULSNA-Hospital José María Grande Portalegre. ....	71
Figura 38 Histograma de la distribución de la edad .....	157
Figura 39 Partos realizados y asistidos .....	158
Figura 40 Frecuencia de los partos realizados y participados .....	158
Figura 41 Distribución del tipo de partos .....	158
Figura 42 Evaluación del latido cardíaco en los 2 tiempos .....	161
Figura 43 Tiempos de asistencia en trascurso del trabajo de parto .....	162
Figura 44 Representación simultanea de tres parámetros de progresión del trabajo de parto.....	163
Figura 45 Tiempos de asistencia en el trascurso del trabajo de parto con cervicometría $\geq 5$ cm a admisión hospitalar.....	164
Figura 46 Casos de laceración de acuerdo con el grado .....	164
Figura 47 Registro del latido fetal evaluados en dos momentos .....	165
Figura 48 Frecuencia del contacto piel-piel de acuerdo con intervalos de tiempo.....	165
Figura 49 Frecuencia de los tiempos del primer episodio de lactancia materna. ....	166

# 1.INTRODUCCIÓN

El Estágio de Naturaleza Profesional con Relatorio Final (ENPRF), cuenta con 60 ECTS, siendo una unidad curricular (UC) del plan de estudios del Maestrado en Salud Materna y Obstétrica (MESMO) de la Universidad de Évora (i.e., Despacho nº 11051/2018, de 26 de noviembre). Al final del ENPRF, se presenta el Informe de Estagio de Naturaleza Profesional (IENP), que abarcando el periodo de 15 de septiembre de 2020 hasta 25 de Julio de 2021, describe las experiencias clínicas vividas por el alumno. Aún establecida en ese periodo de tiempo la Pandemia de la Covid-19 no fueron atrasadas, ni anuladas las experiencias clínicas, pero antes fueron reprogramadas por parte de la Universidad de Évora, como precaución para evitar sumar casos de infección. Además, la Universidad y los campos clínicos exigían antes de comienzo de cada campo clínico, la realización de un teste PCR, prueba negativa cuanto a Covid-19, como requisito para cada frecuencia.

Teniendo en cuenta el apoyo y desarrollo de conocimientos que nos proporciona el año teórico, este curso sigue las directrices internacionales (Directiva Europea n.º 89/594 / EEC (EUR-Ley) y las directrices nacionales, establecidas en la Orden de los Enfermeros (OE) portuguesa (Reglamento N.º 140/2019; Reglamento N.º 391/2019), obteniéndose así la posibilidad de libre circulación en el espacio europeo. Tal idea, es coincidente, con el propósito principal de la Región Española de Extremadura (Real Decreto 459/2010, de 16 abril); (Reglamento de 1996 General de organización y funcionamiento de Extremadura artículo n.º16); (Circular N 01/2020 de 22 enero de 2020, Dirección General de Asistencia sanitaria del Servicio Extremeño de salud, SES). Como se observa en el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre (Ordenación de las profesiones sanitarias) y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril (Especialidades de Enfermería), son establecidos los procedimientos para aprobar los programas formativos en Enfermería (Boletín Oficial del Estado, BOE).

En la formación del MESMO y después de 1 año teórico de formación, el ENPRF, hay recorrido en diferentes campos clínicos: como bloque de partos, consultas, enfermería de puerperio, de embarazadas y de ginecología, donde establece como objetivos:

- 1) Cuidar a la mujer-compañero insertados en la familia y comunidad.
- 2) Demonstrar una adquisición de conocimientos conducentes a una propuesta de mejoría de cuidados, considerando las vertientes teórico-practico y la practica basada en la Evidencia.
- 3) Defender a través de un Informe presentado en pruebas públicas, su adquisición de competencias a lo largo de ENPRF.

El proceso de formación necesitó de profundizar un tema, que ofrece el nombre al proyecto inicial, y que, en este caso, se acerca de los cambios de la vida, asentándose en la salud mental en el puerperio. En el contexto de la salud mental, el tema, se centra en el rastreo de la Depresión Posparto (DPP). Lo deseamos trabajar en los diferentes contextos de la práctica profesional del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetra (EESMO), ya que la rotación de campos clínicos así lo permitía, a partir de los contactos con mujeres que cuidaba.

Desde el punto de vista etimológico, el término depresión es derivado del latín *depression*, que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Según un modelo médico, la psiquiatría describe la depresión como un trastorno del estado de ánimo, donde su síntoma más visible o apreciable es un estado de infelicidad que puede ser transitorio o permanente (Fernández Vera et al., 2014).

Durante el periodo posparto de la mujer ocurre una caída brusca de hormonas importantes como estrógenos y progesterona. Se producen al inicio, trastornos de humor que pueden avanzar para trastornos mentales. Añadidos a situaciones pueden anteceder a) parto traumático, b) difícil adaptación del bebé a la vida extrauterina, c) trastornos mentales anteriores, d) embarazos problemáticos entre otros (Pereda Ríos et al., 2014). El puerperio o posparto, es el periodo de tiempo que se inicia tras el tercer estadio y finaliza en las semanas posteriores. Considerándose este periodo como necesario para la recuperación de los cambios tanto genitales, como sistémicos que la mujer experimenta a lo largo de su embarazo. Normalmente en la clínica, se interpreta con una duración de unos 35-40 días, es decir las 6 semanas (Urdaneta et al., 2011). El puerperio tiene diferentes fases, etapas o períodos con diferentes características: a) Puerperio inmediato, b) Puerperio Mediato y c) Puerperio alejado o tardío. Es todavía en este último, donde es más frecuente las variaciones en la Salud Mental de la mujer, siendo necesario valorar el estado anímico de la mujer. En algunas mujeres, existen trastornos psicosociales, como el aumento de las enfermedades crónicas, cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno, además de aumento del consumo de sustancias tóxicas, como tranquilizantes, antihipertensivos y por otro lado los anticonceptivos, según cita la Organización Mundial de la Salud (OMS)(Lugo & Mondragón, 2006). En la cuarta edición revisada del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR), el inicio ocurre en el posparto y se manifiestan en las semanas puerperales (Evans et al., 2003), donde cerca del 85% de mujeres presentan en algún momento alteración del estado de ánimo (Anokye et al., 2018; Cox et al., 1987; DGS, 2005; Lugo & Mondragón, 2006).

Hay que distinguir la DPP de otras afecciones, como el *Maternity Blues* o *fenómeno baby blues* o *tristeza del tercer día*, que se define como una ocurrencia corta, una melancolía que se revela entre el lloro y la risa. Estas, ocurren por la disminución del nivel de progesterona después del parto, influyendo otros factores (i.e., cambio de vida, cuidado del recién nacido (RN) e agotamiento de la mujer) (Fernández-Vera et al., 2014; K. L. Molero et al., 2014) se presenta en un 50-80 % de las madres.

La DPP es diferente, más grave, más prolongada en el tiempo, más difícil de recuperar, algunas veces ocupando el primer año de vida del RN, o quedándose con secuelas mentales por la vida. La DPP necesita ser reconocida en la clínica por los profesionales, diagnosticada y tratada. A pesar de que no ocurre inmediatamente después del nacimiento, presenta un pronóstico reservado cuando no es tratada (K. L. Molero et al., 2014; Moore, 2018).

La salud mental de la mujer puérpera es un tema que tiene directrices de abordaje clínica en muchos países, eligiéndose en numerosos protocolos asistenciales la misma medida. Para medir y valorar la DPP en mujeres puérperas, se usa la Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh (EDPS) en muchísimos idiomas. Son ejemplo la validación en español (Oliver-Roig et al., 2012) y su aplicación en servicios sanitarios de varias Regiones Autónomas Españolas, pudiendo verlo en la Cartera de Servicios de cada Comunidad (i.e., [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP\\_PARTO\\_2015.htm](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_PARTO_2015.htm)). También existe en Portugués, donde la Dirección General de Salud (DGS) la incluye desde 2005, en el documento “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de Orientação para Profissionais de Saúde” (DGS, 2005). Así, hubo la idea de trabajar este tema en mujeres portuguesas, ya que no se descubría mucha información en estudios realizados en Portugal por EESMO. A partir de estas ideas, se espera con este IENP, trabajar el tema y desenmascarar esta cuestión que tanto sufrimiento aporta a la mujer, su familia y comunidad, pues una madre enferma significa una familia desajustada, no viviendo una feliz parte de su vida. Esta investigación temática es importante por: a) falta de información local, b) abandono profesional de la importancia de la enfermedad y c) la valía de diseñar perfiles de mujeres puérperas.

Son objetivos del IENP: a) describir la adquisición de conocimientos y experiencias de la vertiente clínica de los campos prácticos y b) desarrollar el tema de la DPP a través de la exploración temática y de c) observación comentada de los datos de las mujeres asistidas.

El objetivo final del MESMO es adquirir un nivel académico, que simultáneamente refleja las competencias del EESMO, se centralizando en la obtención de conocimientos y habilidades

necesarias para la autonomía y intervenciones en el ejercicio profesional que también se aplican en la Región Española de Extremadura. En hecho, la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), ha elaborado el programa formativo de la especialidad que ha sido corroborado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada.

La firmeza de esta profesión deja su huella en su reconocimiento, tanto por la OMS, como por la Unión Europea (UE), en la que la EESMO es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación vigente en todos los Estados (sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo). La Directiva Europea ha sido reubicada a nuestro ordenamiento jurídico a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales (BOE de 20 de noviembre de 2008). El plan de estudios del Maestrado (Diario da Republica, 2º serie, Nº 142 de 25 Julio) en territorio portugués tiene una duración de dos años y cumple con las directrices de la Comunidad Europea, el Consejo de Enfermería y Matronas y la Confederación Internacional de Matrona y como ya sabemos, permite la libre circulación dentro del espacio europeo.

Este documento está redactado con las normas APA adecuadas a trabajos académicos (APA, 2020) y sigue las orientaciones escolares en sus secciones. Está enriquecido con apéndices que ilustran las experiencias de aprendizaje clínica de cuidados, ejercicios de caso clínico, descripciones y reflexiones que comprueban el interés de desarrollo, para el futuro profesional de la maestrada.

## 2.CONTEXTO CLÍNICO DEL ESTÁGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

El desarrollo de mis Estagios fue realizado en dos contextos clínicos muy distintos, proporcionándome una gran experiencia y riqueza personal-profesional bastante valiosa, ocurridos durante los años académicos 2020-2021.

### 2.1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO CLINICO

El primer semestre impar fue desarrollado en Portugal, en el Hospital Doutor Manoel Constâncio (CHMT), ubicado en la ciudad portuguesa de Abrantes, distrito de Santarém, región del centro y sub-región del Medio Tejo, en la unidad de Bloco de Partos con un total de 168h totales, seguido de las de Consultas Externas en el Hospital Santa Luzia (HSL), ubicado en la ciudad de Elvas, distrito de Portalegre y sub-región de Alto de Alentejo, con 168 h y posteriormente en el Hospital Nossa Sra. Do Rosário, CHBM, el municipio portugués de Barreiro, distrito de Setúbal (Lisboa) con 168h, todo ello durante 6 semanas cada rotación en cada unidad, como vemos en la figura 1: Campos Clínicos no 1º Semestre.

1º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
15 sep-25 oct	6	Bloco de partos Hospital Dr. Manoel Constâncio. Abrantes (CHMT)
26 oct-4 dic	6	Consultas Externas Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSL)
7 dic-29 ene (Interrupción por Navidad)	6	Grávidas/ Ginecología en CHB-M Barreiro (Lisboa)

Figura 1 Campos clínicos del semestre 1

En el segundo semestre, realice todas mis rotaciones en el Hospital Dr. José María Grande, de la ciudad de Portalegre, en la sub- región de Alto de Alentejo en la unidad de Bloco de Parto, con duración de 6 semanas, 168 h y el último bloque fue en Bloco de partos, con un total de 336 h, 12 semanas. Veámoslo en la figura 2: Campos Clínicos do 2º Semestre

2º Semestre – 2º Ano		
Período	Semanas	Campo Clínico
1 feb-6 Mar (Interrupción por Pascuas)	4	Bloco de partos en Hospital Dr. José María Grande. Portalegre
7 mar-24 Abr	6	Puerperio en Hospital Dr. José María Grande. Portalegre
26 abr-25 Jun	8	Bloco de partos en Hospital Dr. José María Grande. Portalegre

Figura 2 Campos clínicos del semestre 2

### 2.1.1. CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS –CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO. HOSPITAL DR. MANUEL CONSTANCIO DE ABRANTES.

El Hospital de Abrantes fue creado en 1483 por el entonces Conde de Abrantes, D. Lopo de Almeida y su esposa Dña. Brites da Silva. Posteriormente, en 1530, pasó a Misericórdia, donde en el 1979, se inició un proceso de inauguración del edificio actual estructurado que finalizó en año 1985. Actualmente, el Hospital Dr. Manoel Constâncio está integrado en el Centro Hospitalar do Medio Tejo (CHMT) de la ciudad portuguesa, perteneciente a el distrito de Santarém. La denominación del edificio inmortaliza a un conocido cirujano del siglo XVIII que trabajó allí, muy reconocido por la población portuguesa (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30031/3140100/Pages/default.aspx>).

Es importante conocer el contexto dónde ocurren los ENPRF, para mejorar y comprender las actividades desarrolladas dentro del Hospital Dr. Manoel Constâncio de Abrantes. El servicio de Bloco de partos esta integrado en el departamento de salud de la mujer y de la crianza, en el 5º piso, conjuntamente en el Servicio de Neonatología y Puérperas/Ginecología. Este bloque esta capacitado de apoyo perinatal (HAP), integrado en la red de referencia Materno-Infantil de la unidad de Coordinada Nacional del Medio Tejo.



Figura 3 Mapa de Santarém

Región Centro de Portugal, su capital es la ciudad de Santarém.

El distrito se subdivide en los siguientes 21 municipios: Abrantes, Alcanena, Almeirim, Alpiarça, Benavente, Cartaxo, Chamusca, Constância, Coruche, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Ourém, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila Nova da Barquinha (Figura 3).

O Serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecológica (SUOG) e Bloco de Partos (BP) son las dos unidades funcionales y fueron los contextos específicos donde ocurrirán los estadios del MESMO. Con respecto a los recursos materiales, el bloque de partos funciona en unión con los restantes servicios de CHMT, servicios de apoyo técnico y de apoyo general, bloque operatorio, urgencias y todas las especialidades medicas e servicio social. La estructura del bloque de parto está formada por cinco salas de parto, dos gabinetes de observación, una sala de ecografía, una sala de CTG con cuatro registros, una sala de tratamientos con cama y material necesario, una sala de reanimación del recién nacido, una sala de trabajo, un gabinete de enfermería, una sala de espera, una sala polivalente, dos vestuarios para acompañantes, tres baños para profesionales y cuatro baños para pacientes.

La sala de parto está equipada con cama de dilatación-parto, CTG, monitor cardiaco, bombas perfusoras, jeringas impulsoras, mesa de apoyo, armario para material, esterilizador, rampas de oxígeno y vacuo para adulto y recién nacido, aspiradores de alta y baja presión, sofá y silla para acompañante. La sala de reanimación del recién nacido está equipada con mesa de reanimación, mesa de requerimiento del recién nacido, material para reanimar, bañera, peso, incubadora. Existe un carro de emergencias, carro de analgesia epidural, frigorífico de medicación y estupefacientes. La unidad de urgencias es constituida por tres salas de consulta, una sala para exámenes cardiotocográficos, un bloco operatorio y quirúrgico, una sala de ecografías, dos baños, una sala de desinfección y limpieza y por último una unidad de ingresos con capacidad para dos camas. La sala de partos se destina a grávidas que van a iniciar su trabajo de parto, grávidas que se encuentren en situación de riesgo y necesiten cuidados inmediatos, prestando cuidados integrales a todas las mujeres que necesiten de atención inmediata. Se ejemplifican recursos a través de las figuras 4 y 5



*Figura 5 Recurso para monitorización*



*Figura 4 Materiales para Epidural*

Las habitaciones de las parturientas son equipadas con cardiotocógrafo con telemetría, que permite la libertad de movimiento durante la monitorización fetal. Existe también una cama de partos, un sofá, un sistema de aspiración, toma de oxigenoterapia, monitor de vigilancia de los parámetros vitales maternos, sistema de musicoterapia, bola de Pilates para uso en el trabajo de parto, sistema de soporte para el recién nacido.

Haciendo una reflexión más detallada en otra sección de este IENP, se enuncian abajo, de manera sintética, las experiencias formativas, pues parece adecuado una conexión entre el envolvente y las prácticas.

Con respecto a los recursos humanos, los cuidados son asegurados por 43 profesionales de salud, constituidas por obstetras, 22 EESMOS, enfermeros de cuidados generales, asistentes operacionales y enfermera chef. El equipo multidisciplinar es constituido por médico obstetra-ginecólogo, anestesistas, neonatología, pediatras, EESMOS, asistentes operacionales, asistentes sociales y secretaria de unidad. Los turnos de la mañana están formados por tres enfermeras, el turno de la tarde y noche hay dos enfermeras especialistas, junto con sus asistentes ocupacionales.

### **2.1.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE NORTE ALENTEJANO. CONSULTA EXTERNA – HOSPITAL SANTA LUZIA DE ELVAS.**

El Centro Hospitalar de Santa Luzia (CHSL) de la ciudad de Elvas, tiene raíces muy antiguas, ya que fue fundado en el año 1606, pasados cincuenta y seis años después de la muerte de su patrón. Posteriormente, los religiosos de São João de Deus se movilizaron y realizaron lucha por la salud militar, creando la formación de nuevos conventos y hospitales.

El primero de la Orden en Portugal fue, el Convento-Hospital Real Militar de Elvas, data del inicio de la Guerra de Restauración, en el año 1641, y su emplazamiento en la Praça-Forte de Elvas, donde fue decisivo y esencial por las referencias de tener más de 500 camas para los Servicios de Salud Militar.

En los años 90, se creó un protocolo firmado entre Ministerio de Salud y la fundación Mariana Martins que permitió la construcción del nuevo CHSL, que fue inaugurado el 15 de marzo de 1994, donde destacaron reconocimiento externo de políticas de calidad, momentos de inversión interna, alianzas con organismos educativos y prácticos nacionales y extranjeros, protocolos de asistencia con instituciones de la Extremadura Española, pioneros nacionales en el campo de la

Telemedicina e integración en la Unidad Alentejano Norte Health Place, ocurrido en 2007 (<http://www.ulsna.min-saude.pt/servico-de-cuidados-continuados-integrados/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/hospital-de-santa-luzia/>).



Figura 6 Mapa de Portalegre

El distrito de Portalegre se encuentra en Portugal, su capital es la ciudad de Portalegre. El distrito se subdivide en los siguientes 15 municipios: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre, Sousel (Figura 6).

La maternidad del Hospital del CHSL de Elvas está dividida en dos secciones: a) las consultas de obstetricia y b) las consultas de ginecología, ambas asistidas por dos especialistas en este campo. Existe una sala para la realización de monitorización CTG y de preparación al parto, que es realizada por dos EESMO, donde en estas consultas se realiza el seguimiento del embarazo individualizado, hasta el momento del parto, que por razones estructurales y de unidad, ya que en Elvas no existe actualmente una unidad paritorio, se traslada al hospital de Abrantes o Portalegre, y en casos de urgencias a Lisboa o al Hospital Materno Infantil de Badajoz (España).

A pesar de hacer una reflexión más detallada en otra sección de este IENP, es adecuado enunciar sumariamente las experiencias formativas, ya que en algunos momentos tuvieron que ser adaptadas a las situaciones. Ante la situación sobre la Pandemia del SARS- CoV19, se suspendieron temporalmente las clases de preparación al parto y se realizaban de manera virtual para todas las mujeres que quisieran participar de manera voluntaria. Ante esta nueva situación, se nos ocurrió una nueva iniciativa para seguir ofreciendo asistencia a todas las mujeres y poder prepararlas para ese momento tan especial y único en sus vidas. Se crearon charlas mientras realizábamos el CTG, para fomentar esta situación que estaba decayendo en la actualidad. Poder realizar estas charlas sobre algunos temas importantes para estas mujeres ante esta situación tan crítica que vivíamos fue una experiencia muy buena ya que pudieron tener una mejor formación

y información de los temas relacionados con la maternidad y con el momento del parto. Durante ese periodo de tiempo, se tocaron temas relacionados con:

1. Sexualidad en el embarazo y posparto.
2. Señales para ir a Maternidad.
3. Lactancia Materna Exclusiva y Lactancia artificial.
4. Depresión Posparto y como prevenirla.
5. Uso o no de la Analgesia Epidural y otras técnicas.
6. Cuidados del Cordón Umbilical del recién nacido.
7. Covid-19 en el embarazo, parto y posparto.
8. Contracciones uterinas en el momento del parto.
9. Técnicas de relajación al parto.
10. Ejercicios y técnicas para embarazo, parto y posparto.

Con respecto a los recursos materiales, el horario de atención al paciente es de lunes a viernes de 8:00 de la mañana a 19:30 o 20:00 h de la tarde, sábados y festivos cerrado. Divididas en: consultas de obstetricia, que era realizadas los martes por la tarde y miércoles por la mañana, consultas de ginecología, realizadas los jueves por la tarde y consultas con enfermera ESMO, donde se realizaban clases de preparación al parto, exámenes prenatales y cuidado básicos de la mujer embarazada, que se realizaba todos los miércoles por la mañana de 8:00 a 14:00h. Por la cercanía con el país vecino, España, por la situación geográfica por la frontera, desde hace algunos años, hasta la actualidad existe la gran cantidad de trabajadores españoles en territorios portugueses, ya que contaba con un convenio de colaboración con del Hospital Universitario de Badajoz, conocido anteriormente como Hospital Infanta Cristina, donde algunas urgencias se derivan al hospital de referencia. En el caso de la Maternidad de Elvas, debido al bajo número de partos que atendía, y firmado el convenio de colaboración con el Hospital Materno Infantil de Badajoz del SES, donde las mujeres de la comarca acuden a dar a luz en la capital pacense. Los cuidados son asegurados por especialistas en salud, en cada turno existe un ESMO, un médico Obstetra y una asistente ocupacional.

Algunos de los Programas locales que se enuncian a continuación, han despertado el interés de la alumna.

- **Programas de preparación para el nacimiento y aulas de recuperación posparto en el HSL:** para nuestra formación, el Programa de Preparación para el Nacimiento y la Maternidad-Paternidad que se impartían en HSL de Elvas estaba en mi etapa de prácticas suspendido por la pandemia mundial de la Covid-19, por lo tanto, se impartían de manera Online divididas en grupos de mujeres según ocupación, que eran impartidas por una EESMO de Portalegre. Accedían a las aulas todas mujeres gestantes con fecha probable de parto aproximada y en torno

a las 30 semanas de gestación, aparte podían tener una consulta privada de manera online con la especialista especializada en la materia para resolver cualquier duda. Los grupos quedan formados para las aulas de Recuperación Posparto (RPP), de manera que son las mismas mujeres en el periodo prenatal y posnatal, desde las 6 semanas seguidas al nacimiento de sus bebés.

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 se marcan objetivos, que después son registrados en la historia informática como establece el Plan Nacional de Salud. Las figuras de 7 a 9, ofrecen una panorámica del espacio.



*Figura 7 Sala de Ecografía fetal*



*Figura 8 Sala de preparación para el parto*



*Figura 9 Sala de exámenes*

### 2.1.3. CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO - CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS – INTERNAMIENTO DE GRAVIDAS

El Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM) fue creado el día 1 de noviembre de 2009, a través del Decreto-Ley n.º 280/2009 e integra el Hospital de Nossa Senhora do Rosário y Hospital do Montijo. Tiene más de 30 variantes clínicas, prestando cuidados en el internamiento, consultas externas, urgencias, hospital de día, asistencia domiciliaria y asegurando, todos los medios complementarios de diagnóstico y terapéutica. Con un área de influencia que engloba los conceptos de Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, y las instituciones de población de más de 213 mil habitantes tras el censo de 2011. (<http://www.chbm.min-saude.pt>). En diciembre de 2002, el Decreto Ley nº 299/2002 transformó la Institución en una sociedad anónima de capital exclusivamente público. Tres años más tarde, con el Decreto-Ley Nº 233/2005, pasó a ser una entidad pública empresarial.

El Centro Hospitalario Barreiro-Montijo, tiene como cometido brindar atención médica individualizada a todos los ciudadanos en las unidades hospitalarias que lo integran, como, Hospital de Nossa Senhora do Rosário y Hospital do Montijo, implementando las definiciones de política de salud a nivel nacional y regional. Donde reúne numerosos valores esenciales como: respeto por la dignidad individual de cada paciente, humanización y no discriminación; actualización a la luz de los avances en investigación y ciencia técnico-profesional, ética profesional, promoción de la multidisciplinariedad y el respeto al Medio Ambiente.



Figura 10 Mapa de Lisboa

El Distrito de Lisboa es un distrito situado en el sur central de Portugal, la capital del distrito es la ciudad de Lisboa, también la capital nacional. Desde su creación hasta 1926, incluyó el área del actual Distrito de Setúbal. El distrito se subdivide en 16 municipios: Alenquer, Amadora, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Cadaval, Cascais, Lisbon, Loures, Lourinhã, Mafra, Odivelas, Oeiras, Sintra, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras, Vila Franca de Xira (Figura 10).

El servicio de Grávidas-Ginecología del Hospital de Barreiro-Montijo de Lisboa esta ubicado en la planta 5ª del hospital, donde se dividen estructuralmente en dos áreas: derecha e izquierda. La zona derecha se ubican las consultas de ginecología, que se encontraban dos salas, otra sala donde se realizaban los CTG y otra sala donde se realizaba las histeroscópias ambulatorias. En la zona izquierda se ubicaba la unidad de maternidad, que estaba dividida en 25 camas para ingresos, una sala de paso de turno, dos salas de zona sucia, sala de ocultación para mujeres de la unidad, sala de almacén, sala donde se guardaban las máquinas de CTG, sala de enfermería, sala de Pediatría, donde se realizaban los cuidados inmediatos a los recién nacidos. La sala de reanimación del RN está equipada con mesa de reanimación, mesa de requerimiento del RN, material para reanimar, bañera, peso, incubadora. Existe un carro de emergencias, lámpara de calor, medicación y estupefacientes.

Con respecto a los recursos materiales, el horario de atención a todos los pacientes es de 24 horas por el servicio de Urgencias del hospital. La unidad de hospitalización de púerperas y gestantes o sala de recién nacidos esta formada por 25 camas y 25 cunas. Presenta apoyo y asesoramiento de enfermería sobre lactancia materna en el espacio “Cantinho da Amamentação”.

Dispone de varias consultas a disposición de la mujer: diagnóstico prenatal, hipertensión en gestantes, adolescentes gestantes, diabetes en gestantes, obstetricia general, valoración del bienestar materno-fetal, consulta peri-parto, consulta de preparación para el parto, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVG) y Consulta de Enfermería. Y en el caso de estas consultas, donde se realizan los exámenes prenatales, amniocentesis, ecografía obstétrica y cardiotocografía fetal (Figura 11).



*Figura 11 Planta de las embarazadas*

Con respecto a los recursos humanos, el equipo de enfermería está compuesto por 40 elementos, incluyendo el enfermero chef, formado por dos médicos obstetra-ginecológicos, anestésista,

neonatología, dos pediatras, tres EESMO, dos asistentes operacionales, asistentes sociales y secretaria de unidad. Los turnos de la mañana esta formado por dos enfermeras, y a veces una tercera de apoyo, el turno de la tarde y noche hay dos enfermeras especialistas, junto con sus asistentes ocupacionales.

Los programas que contiene son los siguientes:

- **Hospital Amigo de los niños (IHAN):** En septiembre de 2012, el Hospital Nossa Senhora do Rosário fue reconocido como Hospital Amigo del Niño por cumplir con las “*Diez medidas para una lactancia exitosa*”, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El CHBM renovó su certificación en julio de 2016. Que fue realizada para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular a las salas de maternidad para adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento. Este hospital fue reconocido por la adaptación de medidas y prácticas que implican una prestación de cuidados para el apoyo de la lactancia materna, con varios proyectos instaurados que promueven los modelos de UNICEF, para convertirse en un Hospital Amigo del Niño. El proyecto "Maternidad con calidad" (Birth Block) son siete salas individuales, donde se desarrolla todo el trabajo de parto, especialmemnte en la vigilancia y promoción del bienestar materno-fetal a través del monitoreo cardiotocográfico, brinda beneficios para la madre y el recién nacido como: la ingesta de líquidos durante el parto, analgesia epidural, analgesia con medidas no farmacológicas de alivio del dolor (musicoterapia, hidroterapia, masajes y uso de pelota de Pilates), posiciones no supinas durante el trabajo de parto / parto, episiotomía selectiva, lactancia materna temprana, contacto piel a piel en la primera hora de vida y yoga durante el embarazo. En este momento la madre puede tener una persona familiar o no, de apoyo para el trascurso de su parto. El recién nacido es cuidado por la madre, fomentando el vínculo entre madre y recién nacido y fomentando la lactancia materna exclusiva.
- **Línea de apoyo a la Puérpera 24h:** Esta línea de Apoyo para nuevas madres fue creada para ayudar a todas las madres en el inicio de la maternidad/ parentalidad. Funciona todos los días durante 24h y está dirigida para después del alta y hasta 6 semanas después del parto. A través de esta línea, el equipo de enfermería está disponible diariamente para aclarar cualquier tipo de dudas y reducir al máximo esa ansiedad inherente a este nuevo período.
- **Curso de preparación para el parto y la crianza y recuperación posparto:** Este curso es realizado por un equipo multidisciplinario (EESMO y Enfermera Especialista en Salud

Mental- Psiquiátrica y Nutricionista). La preinscripción debe realizarse entre las 24 y 26 semanas de gestación en la secretaría del Parto, llamando al 21 214 73 59 o presencialmente entre las 9:00 y las 12:00. La admisión de embarazadas al curso sigue criterios definidos por la institución y necesita la realización de una consulta de enfermería previamente.

- **Rincón de la lactancia materna:** Existe este rincón especial, donde profesionales de salud brindan a las madres lactantes apoyo para las dudas que puedan tener durante el proceso de lactancia. También se creó para que los trabajadores de CHBM que amamantan, también pueden aprovechar este espacio para amamantar y / o extraer leche materna para sus hijos. Existe un Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna, que se realiza todos los lunes de la segunda semana del mes, en el auditorio del Hospital, a las 14:00h.
- **Examen auditivo neonatal universal:** Sirve para detectar los primeros signos de sordera, en las primeras 48 horas de vida, donde todos los recién nacidos se someten a exámenes de audición.
- **Cribado de ojos rojos en el recién nacido:** Sirve para detectar cambios oculares en el recién nacido después de las primeras 24 horas de vida y antes del alta, en caso de cribado positivo el recién nacido será observado por Oftalmología.
- **Cribado de cardiopatías congénitas críticas por oximetría de pulso:** Sirve para detectar este tipo de malformaciones congénitas del recién nacido, realizado mediante cribados entre las 48 y las 72 horas de vida. En caso de detectarse alguna alteración, el bebé será evaluado por la unidad especial de Cardiología.

#### **2.1.4. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS – HOSPITAL JOSE MARIA GRANDE**

El Hospital Distrital de Portalegre, actualmente llamado Hospital Dr. José María Grande (HJMG), está destinado a atender a una población aproximada de 92.000 habitantes, desde 1999, distribuidos por los municipios del distrito de Portalegre. Su apertura al público fue en el año 1974, donde se trasladaron sus primeros pacientes desde el antiguo Hospital da Misericórdia, a los Servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia, aunque la fecha oficial de apertura fue en 1 de enero de 1975 (<http://www.ulsna.min-saude.pt/servico-de-cuidados-continuados-integrados/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/hosp-dr-jose-m-grande/>). El personal que se trasladó desde el Hospital da Misericórdia, correspondía al 20%

del personal del nuevo hospital, y el resto se contrató en el extranjero y en otros hospitales de la región. Recordemos la situación geográfica del distrito de Portalegre.



Figura 12 Mapa de Portalegre

El distrito de Portalegre se encuentra en el este de Portugal, su capital es la ciudad de Portalegre. El distrito se subdivide en los siguientes 15 municipios: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre, Sousel (Figura12).

La Maternidad Dr. Francisco Feitinha de la Unidad de Salud Local de Alentejo Norte, EPE (ULSNA, EPE) fue inaugurada en agosto de 2009, de acuerdo con las Directrices de la Unión Europea. La Unidad de Maternidad es parte del Servicio de Obstetricia-Ginecología del Hospital Dr. José María Grande de Portalegre, y se encuentra en el 4º piso de este hospital. Esta Unidad de Salud es parte del Departamento de Salud de la Mujer y el Niño de ULSNA-EPE ("Servicio de Ginecología e Obstetricia", 2021).

El servicio de Bloco de Partos y Puerperio del HJMGP está ubicado en la planta 4º del hospital regional, donde se divide actualmente y dada la situación por la que pasa el país, en dos áreas: área derecha (actualmente la zona positiva de Covid-19) y área izquierda (zona limpia de Covid-19). Esta zona de Covid-19 cuenta con dos salas de partos, una sala de urgencias, tres habitaciones individuales para ingresos con baño individual, una sala de equipamiento, una sala para desvestirse del traje EPI, una sala de pausa y dos baños para personal sanitario.

Con respecto a los recursos materiales, la zona de hospitalización cuenta con cuatro habitaciones compartidas con dos camas cada una y su baño individual, que hacen con un total de ocho camas, donde dos de ellas están reservadas para patologías ginecológicas. Cuenta con dos salas de dilatación que están equipadas con una cama, un monitor de CTG, un carro de

epidural, equipo de música, bola de pilates y un cuarto de baño. La sala de partos cuenta con una cama para el parto, dos mesas de mayo, varios armarios para materiales o consumibles, toma de oxígeno e vacío para adulto y recién nacido, aspiradores de alta y baja presión, una cuna calefactable para asistencia del recién nacido. Las figuras 13 y 14, presentan dos vistas del espacio clínico.



Figura 13 Corredor del área Covid-19



Figura 14 Acceso del área de Covid-19

Con respecto a los recursos humanos, el grupo de los profesionales de enfermería funciona como un modelo de trabajo en equipo, que se aproxima al método funcional. Este modelo se caracteriza por la colaboración conjunta, respeto mutuo y asistencia individualizada, donde la responsabilidad se comparte, y nunca se trabaja en solitario (Pereira et al, 1997).

El equipo sanitario por turno es constituido por: dos médicos obstetra-ginecólogo, anestesista hasta las 24 horas, tres EESMO, dos enfermeras chef y dos asistentes operacionales. Los turnos de mañana están compuestos por una enfermera Chef, responsable del servicio, otra enfermera para preparación del parto, otra enfermera para consultas de ginecología y tres enfermeros para internamiento y paritorio y por último con dos asistentes operacionales. Los turnos de tarde y noche están compuestos por dos enfermeros para internamiento y un enfermero especialista para sala de partos con dos asistentes operacionales.

Programas que se desarrollan en la unidad fueron:

- Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, IHAN.
- Maternidad con calidad.

- Programa de apoyo a la lactancia materna.
- 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®. Actualmente no se realizan los registros de partograma, ya que son digitalizados y se encuentra en el programa de ordenador en la historia clínica de la mujer y los registros de cardiocografía fetal. Existe un registro estadístico propio del servicio de bloque de partos, mensual y anual realizado en formato de Excel.

A pesar de referirlo en posterioridad, parece interesante enunciar de manera sumaria algunas de las experiencias para capacitación, en este campo clínico.

En mi aprendizaje ocurrida en paritorios, he contactado con un envoltorio de nacimientos, que me gustaría traducir a través de una gráfica. Así se plantean los datos del CHBM, CHMT y HJMGP (Figura 15), donde se puede observar la incidencia en números de parto, de estos tres hospitales donde curse mi experiencia clínica, y muestra la elevada cantidad de partos mensual de Abrantes con respecto a Barreiro, seguido de Portalegre en menor número, durante el año 2020, aumentando el número de partos y su incidencia en los meses finales del año.

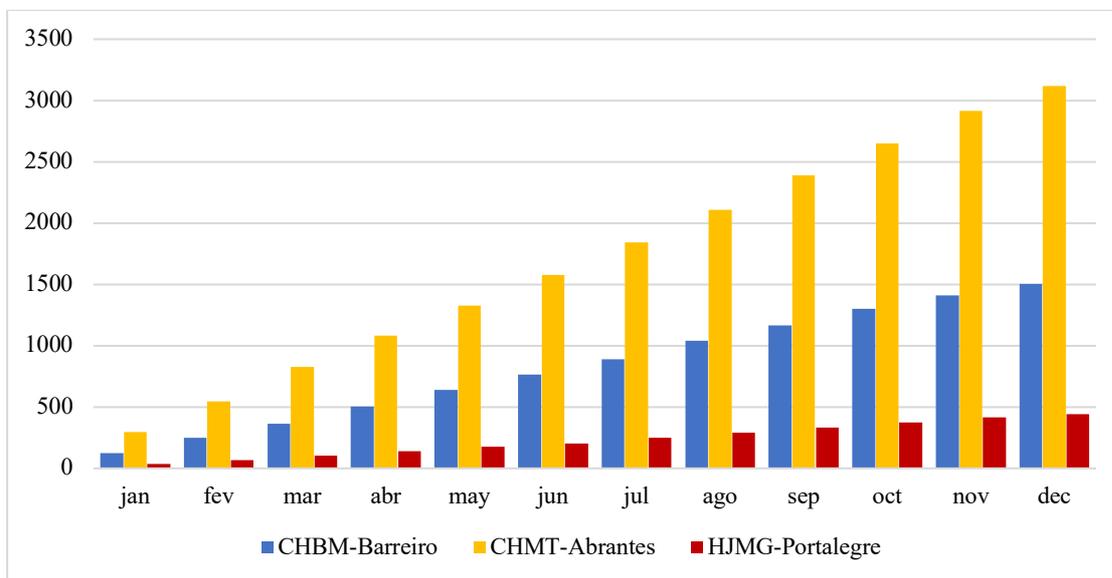


Figura 15 Partos en Abrantes, Barreiro y Portalegre en el año 2020

Durante la experiencia de formación por todos estos hospitales portugueses de diferentes ciudades, se prestó vigilancia y cuidados en situación de embarazo de riesgo a unas 230 mujeres; 144 en trabajo de parto y 30 en puerperio. Asistencia y vigilancia a 204 púerperas

saludables, 204 recién nacidos saludables, 30 recién nacidos de riesgo, 79 mujeres con afectación ginecológica, 247 vigilancias y cuidados a embarazadas para exámenes prenatales. Se realizaron 46 partos eutócicos y participación en 26 partos distócicos, una participación en partos generales, 16 episiotomías y 40 episiorrafia/ perineorrafia. Todo ello podemos verlo más detalladamente en el Apéndice B.

## **2.2. METODOLOGIA DEL ESTAGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL**

Durante el curso escolar 2020-2021, se aplicaron diversas metodologías que contribuyeron al desarrollo de competencias específicas. En este punto, describiremos la metodología que se utilizó durante el ENPRF, informando de los objetivos generales y específicos que nos propusimos adquirir, la población que fue objeto de nuestro cuidado y también el método de aprendizaje que se desarrolló.

### **2.2.1 OBJETIVOS DEL ESTAGIO PROFESIONAL**

Según el plan de estudios, se espera que las habilidades del estudiante sean las siguientes:

1. Cuidar a la mujer / pareja en la familia y la comunidad:
  - a) En el ámbito de planificación familiar y el período previo a la concepción.
  - b) En el período prenatal.
  - c) En el campo de la salud sexual y reproductiva.
  - d) En las distintas etapas del TP ante una situación de salud / desviación de la salud.
  - e) En el puerperio en situación de salud / desvío de salud.
  - f) Durante el período postnatal.
  - g) En procesos de salud / enfermedad ginecológica.
2. Demostrando responsabilidad ético-deontológica y compromiso con la mejora de la calidad, la gestión del cuidado y el desarrollo del aprendizaje profesional.
3. Demostrar una adquisición de conocimientos que conduzca a una propuesta de mejora asistencial, considerando los aspectos teórico-prácticos y la Práctica Basada en Evidencia.
4. Defender, a través de un Informe presentado en exámenes públicos, su adquisición de competencias durante el Pasantía Profesional.

Los objetivos, fuertemente relacionados con las competencias, requerían, además de formalmente, la exhibición de conocimientos en el aspecto clínico, en el abordaje de la investigación, considerando los datos asistenciales, conforme al programa escolar de la ENPRF que se rige por: saber demostrar conocimientos en las vertientes de los cuidados especializados y de investigación, exhibiendo:

1. Capacidad de reflexión crítica sobre las prácticas.
2. Fundamentaciones basadas en la teorización.
3. Capacidad para utilizar la investigación y la evidencia científica para mejorar la prestación de atención.
4. Capacidad para comunicar conclusiones, conocimientos y razonamientos subyacentes, tanto a especialistas como a no especialistas, de forma clara.
5. Habilidades para desarrollar el aprendizaje a lo largo de la vida de modo fundamentalmente autónomo en favor del área SMO.

Así se plantea para el desarrollo del alumno, sustentado por los requisitos legales del sistema de enseñanza de nivel superior y las reglas de orientación profesional sostenidas por la OE como competencias profesionales generales a todos los especialistas (i.e., Reglamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro) y competencias muy dirigidas al área de conocimiento (Reglamento n.º 391/2019). Además de estas reglas, el Informe actual se ocupa de un tema presentado en el proyecto inicial, para enriquecimiento del aprendizaje (Apéndice A).

### 2.2.2. ABORDAJE METODOLOGICA DE LAS PRACTICAS CLINICAS EN EL ESTAGIO DE NATURALEZA PROFESIONAL

El aprendizaje en el contexto clínico se realizó bajo la supervisión e inspección de especialistas del área, junto con la orientación pedagógica de docente de la Universidad, y con ello lograr superar el Máster. Para realizar el ENPRF, se eligieron estrategias de aprendizaje, tales como:

- a) Acompañamiento de EESMO (i.e., supervisores), observando las practicas e posteriormente ejercitándolas sobre su orientación.
- b) Realización de ejercicios reflexivos sobre temas cotidianos considerados interesantes para explorar/aprender más.
- c) Profundizar en conocimientos de casos inusuales.
- d) Consulta de Fuentes Bibliográficas a lo largo de toda la experiencia clínica

### 2.2.2.1 ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN Y CAPACITACIÓN

Durante todo el período de formación de la alumna, en los varios campos clínicos, brindó atención y cuidado a mujeres de todas las edades, que están en su periodo de fertilidad. La mestrada tuvo oportunidad de conocer diferentes etnias, en edad fértil, parturientas o puérperas, también su acompañamiento en el camino, al proceso de planificación familiar, maternidad y parentalidad, realizando una asistencia diaria, cuyo registro sumariado se encuentra en el Apéndice B.

### 2.2.2.2 ESTRATEGIAS DE REFLEXIÓN

La reflexión sobre los casos atendidos se convirtió en un comportamiento habitual, tanto en la interacción con el supervisor, como a través de la conciencia del alumno de maestría sobre el valor agregado de recordar la condición clínica de los usuarios / clientes y encontrar formas de superar las lagunas identificadas (Peixoto & Peixoto, 2016).

Así, se crearon jornales de aprendizaje, con un carácter aproximadamente semanal. Los temas surgieron del contacto con situaciones menos frecuentes, curiosas o en las que el alumno del máster reconoció la necesidad de investigar más. Simultáneamente, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica.

El conjunto de jornales de aprendizaje fue contabilizado con un total de 30 jornales. Aunque trabajosos y laboriosos, estos ejercicios revelan resultados gratificantes, ya que poco a poco fue posible alargar el conocimiento. El respectivo registro se puede comprobar en el Apéndice C.

### 2.2.2.3 ESTRATEGIAS DE ESTUDIOS DE CASO

La asistencia en Salud Materna identifica por varias veces situaciones insólitas, que, por ser infrecuentes, justifican el esfuerzo en querer saber más sobre el asunto. La verdad, cuando se habla en evidencias científicas, el estudio de caso se encuentra en el nivel más bajo, como lo documentan algunos autores y es visualmente perceptible en la figura 16. (Murad et al., 2016; Murad et al., 2018).



Figura 16 Representación del nivel de evidencia científica por murad et al, 2016.

Es, sin embargo, la forma más accesible para el alumno, potencial investigador en un futuro, cuando se depara con casos raros y avanza en su curiosidad, para investigar. Es el nivel de investigación más simple y concreto, pero el más motivador.

En el ENPRF fue posible identificar dos casos de gran interés: a) Romboencefalosinapsis fetal y b) Toxoplasmosis. El resumen de ambos se encuentra en el Apéndice D y Apéndice E. y respectivos consentimientos Apéndice F e Apéndice G.

El resumen de ambos se encuentra en el Apéndice D y Apéndice E. y respectivos consentimientos Apéndice F e Apéndice G. Nuestra clasificación se orientó por la referencia: New evidence pyramid. Evidence-based medicine, 21(4), 125-127. Retirado en <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>.

## 2.2.2.4 ESTRATEGIAS DE MANEJO DE PLATAFORMAS - FUENTES BIBLIOGRAFICAS, GESTIÓN DE REFERENCIAS Y ANALISIS DE DATOS

La consulta de bibliografía, a lo largo de la experiencia clínica fue una constante. Contribuyo simultáneamente para a revisión temática. Se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos: 1) PubMed, 2) Cochrane, 3) Dialnet, 4) Scielo, 5) Ebsco. También fue posible mejorar el conocimiento en el manejo del EndNote® Reference Manager (Edhlund, 2012), importando, exportando y cotizando. Por otro lado, la revisión temática requirió aprender el software Rayyan® (Ouzzani et al., 2016) (Figura 17).



Figura 17 Ejemplo de página del software Rayyan

El Rayyan, es un software de acceso abierto. Los artículos se recopilaron, seleccionaron y analizaron para construir el diagrama de flujo.

Es un software interesante, sencillo. La información exportada se organiza rápido y ofrece la posibilidad del rastreo de los artículos de interés. A pesar de algún tiempo para enseñarme en el programa, pude verle mucha utilidad

En cuanto a los datos cuantitativos, aunque manipulando de manera modesta, se desarrollaron habilidades en el uso del programa IBM SPSS® y el formulario de Google, recolectando, exportando y procesando datos en un enfoque descriptivo (Figura 18).

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Quest	Numeric	8	0	Quest	None	None	8	Right	Scale	Input
2	SemanasPosParto	Numeric	8	0	SemanasPosP...	None	None	8	Right	Scale	Input
3	C3Idade	Numeric	8	0	C3Idade	None	None	8	Right	Scale	Input
4	C4Consultas	Numeric	8	0	C4Consultas	None	None	8	Right	Scale	Input
5	C8IdadeGestacional	Numeric	8	0	C8IdadeGestac...	None	None	8	Right	Scale	Input
6	C9TipoParto	Numeric	8	0	C9TipoParto	{1, Normal}...	None	8	Right	Nominal	Input
7	C10RNSexo	Numeric	8	0	C10RNSexo	{1, Masculin...	None	8	Right	Nominal	Input
8	C13RNComp	Numeric	8	2	C13RNComp	None	None	8	Right	Nominal	Input
9	C11RNPesoNascer	Numeric	8	2	C11RNPesoNa...	None	None	8	Right	Scale	Input
10	C11RNordem	Numeric	8	0	C11RNordem	{1, 1ºFilho}...	None	8	Right	Nominal	Input
11	C12EstadoCivil	Numeric	8	0	C12EstadoCivil	{1, Solteira}...	None	8	Right	Nominal	Input
12	C13Colicas	String	200	0	C13Colicas	None	None	25	Left	Nominal	Input
13	C32Escolaridade	Numeric	8	0	C32Escolaridade	{1, 9ºAno}...	None	8	Right	Nominal	Input
14	DPP1	Numeric	8	0	DPP1	{0, 0.Tanto ...	None	23	Right	Nominal	Input
15	DPP2	Numeric	8	0	DPP2	{0, Tanta co...	None	8	Right	Nominal	Input
16	DPP3	Numeric	8	0	DPP3	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
17	DPP4	Numeric	8	0	DPP4	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
18	DPP5	Numeric	8	0	DPP5	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
19	DPP6	Numeric	8	0	DPP6	{0, Não, res...	None	8	Right	Nominal	Input
20	DPP7	Numeric	8	0	DPP7	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
21	DPP8	Numeric	8	0	DPP8	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
22	DPP9	Numeric	8	0	DPP9	{0, Não, nun...	None	8	Right	Nominal	Input
23	DPP10	Numeric	8	0	DPP10	{0, Nunca}...	None	8	Right	Nominal	Input
24	T2PP1	Numeric	8	0	T2PP1	{0, 0.Tanto ...	None	8	Right	Nominal	Input

Figura 18 Ejemplo de la página de datos

## 2.2.2.5 ESTRATEGIAS DE ORIENTACIÓN CLINICO-PEDAGÓGICA

No siendo una estrategia propuesta por el estudiante de maestría, ya que forma parte de la planificación de la UC en el EPNPR, la periodicidad con la que se realizó la evaluación y los tipos de evaluación ofrecerán beneficios para el desarrollo. En realidad, las reuniones intermedias ayudan al alumno a recordar las prácticas realizadas, a hacer más objetivo su camino y a clarificar su desempeño, con el fin de completar con éxito el campo clínico.

Por otro lado, las reuniones de seguimiento semanales / quincenales por vía Zoom, encuadran las reflexiones y comentarios sobre los conocimientos adquiridos durante la ENP. Son ejemplos las experiencias que tuvimos la oportunidad de presenciar durante el período de prácticas, casos clínicos vividos, dudas que surgieron de cualquier tipo de pregunta relacionada con el tema.

De hecho, las limitaciones de la pandemia de Covid-19 provocaron la necesidad de desarrollar habilidades en el aprendizaje remoto (Wallace et al.,2021).

### **3. CONTRIBUTO PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA**

La frecuencia del MESMO ocupa el 2º ciclo de formación superior, procura garantizar contribuciones para el desarrollo del estudiante, encuadrándose en la búsqueda de una temática que agregue algo al conocimiento. Así, considerando el ciclo embarazo-puerperal, fue elección de la estudiante elegir en el tema general de la Salud Mental, la Depresión Posparto (DPP). De verdad importante para los especialistas, ya que es una condición un tanto disonante de la felicidad que suele vivir en las mujeres cuando tienen un hijo. El tema, que dio título al proyecto inicial y al actual Informe, es un poco contradictorio, pues se conoce que existe, pero en larga medida, o no raras veces, se oculta o se ignora. De hecho, son extremadamente preocupantes en algunas regiones geográficas como Asia, en las mujeres paquistaníes, donde entre el 28 y el 63% tienen esta condición clínica (Gulamani et al., 2013). Puede decirse que es alarmante.

En el caso de las mujeres españolas se estima una prevalencia del 10-15%, una de cada 10 puerperas en España va a padecer DPP, siendo las mujeres mucho más susceptibles para padecerlas (Muhajarine, Bowen, 2006), por otro lado, la población portuguesa también presenta una elevada tasa de DPP, de acuerdo con la DGS es un problema que afecta a 1 de cada 6 mujeres en Portugal, siendo más elevada su incidencia en la ciudad de Porto (DGS,2005)

#### **3.1 CONCEPTUALIZACIÓN**

En la salud mental del Puerperio, la DPP se considera un problema de salud pública. Es una condición clínica conocida desde la antigüedad. En el momento en que las autoridades sanitarias la declararon una enfermedad, se presentó con una incidencia grande, ya que es la segunda causa más común de enfermedad mental en el mundo, ocasionando alrededor de 850.000 suicidios anualmente (Molero et al., 2014; Mondragón; Salazar et al., 2011). Hoy en día, los síntomas como tristeza y soledad posteriores al parto suelen ser relativizados o normalizados por el entorno de la nueva madre, lo que da lugar a que exista un infra-diagnóstico de los trastornos mentales en la etapa perinatal. Esto supone una gravedad de la enfermedad, ya que se no se diagnostica, permanece sorda e invisible para la mujer, que no busca tratamiento. Por otro lado, es casi inexistente para los profesionales hoy en día, pues no la identifican y con ello, no ofrecen soluciones o cuidados.

En una perspectiva histórica, la enfermedad es conocida hace mucho tiempo. Según Vargas y García, los autores como Hipócrates, Celsius y Galeno hicieron mención que esta condición mental, era dada entre mujeres en varios orígenes y decían que generalmente afectaba con mayor incidencia a las personas de menores ingresos. Es claramente enunciada en un pasaje del *Gynaeciorum libri IV de Soranus* (Laios et al., 2014), una publicación griega, del siglo II, con grandes informaciones para la salud ginecológica y obstétrica. Tal vez, que sus características en la salud mental subrayan el estigma social y no han permitido, en siglos, asumirse como enfermedad importante, como otras enfermedades físicas.

El gran interés que tuvimos por el tema nos hizo leer muchísimo, reflexionar sobre la opinión de autores, los resultados de estudios, siguiendo la idea de que, con más información, mayor desarrollo como estudiante de la especialidad. Con esa idea, construimos un texto que se encuentra en el Apéndice H y que fue el primer buceo en esta condición de salud tan interesante.

### 3.1.1 METODOLOGIA DE LA REVISIÓN

La revisión de literatura es una manera de organizar el pensamiento y conocer la evolución, con que un tema es tratado en la literatura científica. Hablamos de Revisión Temática de la Literatura, ya que, por razones de rigor, no existen condiciones para realizar en tan poco tiempo de curso, una Revisión Sistemática de Literatura. Todavía, se intenta realizar los pasos de una manera próxima a la “Síntesis de Evidencia de Significados”. De esta forma fue útil realizar una búsqueda, centrada en los estudios que relatan las vivencias de las mujeres que sufren DPP. Si es la vivencia que se busca, entonces el abordaje se orienta hacia la narrativa de las mujeres, hacia el relato de la experiencia y así, se justifica y argumenta la idea actual de realizar una revisión temática de estudios cualitativos.

Comenzamos con la pregunta guía: **¿Cómo describen las mujeres su experiencia de depresión posparto?**

El objetivo fue: **describir los aspectos más relevantes de la narrativa de mujeres que reconocen haber experimentado depresión en el puerperio.**

Se diseñó una revisión, que pretende aproximar el modelo de Síntesis de Evidencia de Significados (Apóstolo, 2017), o en la expresión anglosajona *qualitative evidence synthesis (QES)*. Así, con el apoyo de la orientadora pedagógica, hubo un esfuerzo de dedicación por parte de la alumna de maestría para comprender y transmitir en el presente informe su desarrollo en el campo de las revisiones. En el Apéndice I, se muestran los pasos dados con mayor detalle:

### **Pasos principales**

- a) Lecturas previas para apropiarse del tema y combinar pensamientos para la definición de términos.
- b) Definición de la pregunta orientadora.
- c) Definición de tipo de revisión.
- d) Definición de la estrategia PICO.
- e) Identificación de descriptores y palabras clave.
- f) Visita inicial a los términos MeSH para identificar los descriptores.
- g) Definición de la ecuación booleana.
- h) Definición de las bases de datos y realización de la investigación.
- i) Construcción del diagrama de flujo.
- j) Almacenamiento de referencias en el administrador de referencias de EndNote.
- k) Exportación de referencias al software Rayyan.
- l) Análisis de los artículos, con el apoyo de la orientadora pedagógica.
- m) Redacción del texto de la revisión cualitativa.

### **Criterios de Inclusión**

- a) Los artículos publicados desde 2017.
  - Ya que se espera mayor visibilidad del diagnóstico de Depresión, pues la OMS definió 2017 como año de la Salud Mental (WHO, 2017).
- b) Estudios descriptivos cualitativos que recojan experiencias, narrativas y vivencias de las mujeres.
- c) Artículos en idiomas de Castellano, Portugués o Inglés.

### **Criterios de Exclusión**

- a) Estudios con participantes adolescentes.
- b) Estudios cuantitativos y de métodos mixtos.

### **Ecuación Booleana**

Se adecuó la ecuación booleana a las bases de datos, ya que los descriptores MeSH de la PubMed pertenecen a su *Thesaurus* y son limitados. Las otras bases de datos, como Web of Science, Ebsco y Scielo, no tienen *Thesaurus* y la búsqueda se puede hacer con palabras-clave. Se identificarán 171 publicaciones, que se enviaron para el gestor de Referencias EndNote Web

y también para el gestor de revisiones Rayyan. Las 171 publicaciones, cumplían un espacio temporal desde 1997 hasta 2021. Después del análisis del gestor Rayyan, se construirán algunas de las etapas del diagrama de Flujo, el Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), en la figura 19. Se hizo después la lectura integral de los artículos seleccionados, teniendo entonces oportunidad de analizar los temas emergentes. Se presentan más adelante en la sección de resultados.

**PRISMA 2020 FLOW DIAGRAM FOR NEW SYSTEMATIC REVIEWS WHICH INCLUDED SEARCHES OF DATABASES AND REGISTERS ONLY**

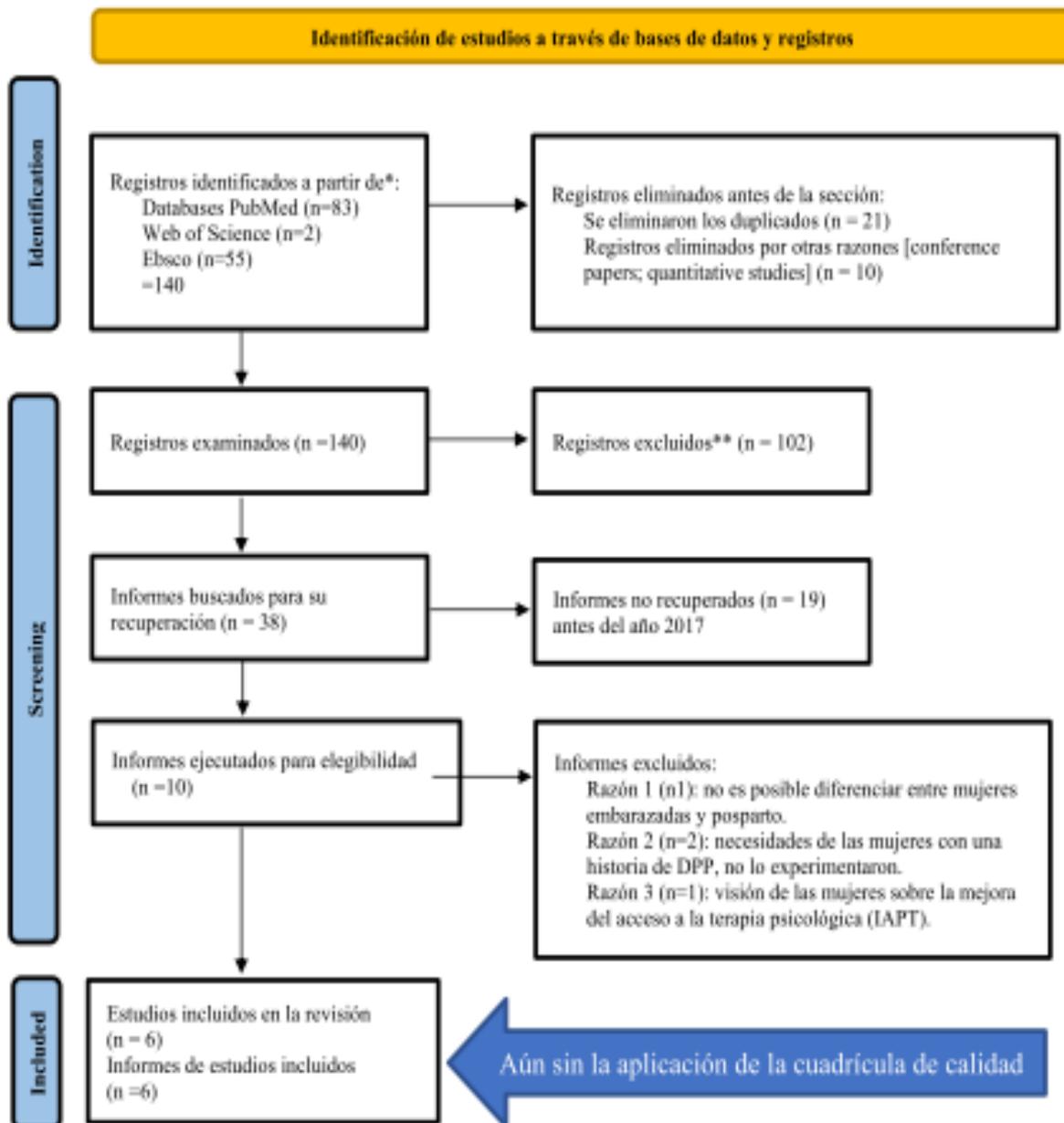


Figura 19 Diagrama PRISMA del proceso de búsqueda y selección de artículos

### **3.1.2 METODOLOGIA DE LA ABORDAGE EMPIRICA DE LA DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO DE LAS PRACTICAS CLINICAS**

En el presente apartado, se trata de profundizar el conocimiento en la DPP, o más específicamente en el triaje de la DPP, ya que es el tema que ofrece nombre al proyecto de MESMO. No se trata de una investigación, pero del uso de los instrumentos de investigación, son necesario para comunicar el contacto con las mujeres debajo del punto de vista de la DPP. Al mismo tiempo, se acredita que se contribuyo para mayor sensibilización a la depresión, siguiendo el pensamiento de la OMS, que subraya la necesidad de los profesionales para la atención a la salud mental (WHO, 2017).

#### **Método - Contacto y Obtención de Información**

Se solicitó la participación de las mujeres, de manera individual y presencial, en la fecha del primer contacto con la estudiante de maestría (campos clínicos: consulta, bloque de parto, puerperio). En esta etapa, se solicitó a las mujeres que aceptaron su permiso para posteriormente tener contacto por correo electrónico. Se les informó que dentro de unas semanas se enviaría un cuestionario sobre el tema de “*Vivencias en el Posparto*”, como podemos observar en el Apéndice J y respectivo consentimiento en el Apéndice K. El día antes o dos días antes de enviar el cuestionario por correo electrónico, se envió un SMS a los posibles participantes pidiendo permiso para enviar el cuestionario por correo electrónico. Se contactó con 50 mujeres asistidas por la estudiante de maestría, habiendo respondido 20, a todas las preguntas del cuestionario, lo que representa una tasa de respuesta del 40%. A pesar de ser una tasa baja en comparación con otras vías de consulta como la cara a cara o por teléfono, está en el rango que generalmente se obtiene en las encuestas en línea (Menon & Muraleedharan, 2020).

#### **Instrumento de Recogida de Información**

El instrumento de recogida de datos es un instrumento clínico que la Dirección General de la Salud (DGS) portuguesa recomienda utilizar para identificar situaciones de riesgo de depresión. Es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS)(DGS, 2005). De hecho, la DGS recomienda literalmente que, entre la cuarta y la sexta semana posparto, en caso de que el cuadro “*Blues*” se extienda más allá de los 10 a 14 días, debe ser aplicada la EDPS. Por otro lado, define concretamente que la mujer debe ser remitida a la consulta de Psicología cuando

la suma del EDPS sea  $\geq 12$ , o por otro lado, el décimo ítem marcado positivamente (DGS, 2005, 2015).

## 3.2 RESULTADOS DE LA REVISIÓN TEMÁTICA – TEMAS EMERGENTES

Se relata y analiza en seguida los artículos. Se siguió una perspectiva parsimoniosa, intentando transmitir por palabras y esquemas gráficos el contenido presentado por los autores.

### **Temas Emergentes en los artículos revisados:**

En todos los estudios es posible de ver que el puerperio es una fase de vida, con una evidente fragilidad de la mujer. En algunas situaciones, esa fragilidad es agravada, como es el caso de las mujeres inmigrantes, o peor que eso, las mujeres refugiadas. En efecto, más de la mitad de las mujeres refugiadas estudiadas, padecen síntomas depresivos, como ansiedad y una sexta parte tiene síntoma de Trastorno Emocional Postraumático (TEPT) y cinco veces más probabilidades de desarrollar DPP, que las mujeres nacidas en otros países, con posible causa al reasentamiento, barrera lingüística y cultural (Ahmed et al., 2017). La fragilidad reside también en el hecho de no ser reconocido por la mujer, o por su familia la depresión. Sea por razones socio-familiares-culturales de rechazo de la depresión, o sea de que una mujer pueda estar triste, cuando en su familia surge un hijo/a, sea por razones de la propia incapacidad de la mujer, que imbuida en la cultura, no soporta verse con el estigma de debilidad en la salud mental (Ahmed et al., 2017; Johansson et al., 2020; Kazemi et al., 2018; Ta Park et al., 2019). O mismo por que el concepto de DPP eres desconocido, o tenían poco conocimiento y no habían experimentado discusiones sobre el tema en su sociedad (Skoog et al., 2019). Otras mujeres, se creen que la depresión no las atinge, por que no es propia de su cultural (Ta Park et al., 2019) Reconocer el cuadro y verse como mujer deprimida es difícil y si muchas mujeres aprobaron la detección de la afección, por lo contrario, son conservadoras sobre las intervenciones de seguimiento. En cuanto al manejo de la DPP, prefieren, raras veces, abordar el problema dentro de la familia antes de buscar ayuda externa, debido al estigma potencial (Li et al., 2021).

Las mujeres sentían que necesitaban un apoyo y estaban preocupadas por la falta de privacidad y la pérdida de control sobre su vida privada, causando angustia psicológica. Todo el cuadro entra en mayor agudización, sí factores socioeconómicos y complicaciones durante el embarazo y el parto se han verificado. La angustia psicológica, se convierte así, como reacción de las mujeres a los acontecimientos del embarazo (Kazemi et al., 2018). Cuando la experiencia de

DPP se repite en relación con embarazos anteriores, se reviven traumas pasados y la esperanza de un puerperio normal y gratificante se cambia, intensificando la angustia (Skoog et al., 2019). Factores de la vida privada, como la relación de conyugalidad de la pareja, pueden identificarse como asociados o agravar cuadros de depresión. La violencia doméstica, la carencia de respeto por la otra persona de la pareja, o como retirarle las calidades de su función maternal, parecen ser de grandes perjuicios para la mujer, ya que la angustia cambia a la mujer, para sentirse con incapacidad cuidativa (Johansson et al., 2020; Kazemi et al., 2018). Hay que tener cuidado al mirar la pareja, pues para la mayoría de las madres, refiere que su marido es la única fuente de apoyo práctico (Skoog et al., 2019).

Pero como no es exclusiva de las mujeres, la DPP también se observa en la figura paterna, existiendo padres que describieron experiencias de insuficiencia. Todavía, aunque los padres describieron los requisitos externos, y las madres describieron los requisitos internos como los más estresantes (Johansson et al., 2020), la DPP parece afectar las relaciones de los cónyuges, ya que experimentaron soledad y problemas de relación. Las experiencias de problemas emocionales son problemas de pueden contribuir a la vulnerabilidad y a los síntomas depresivos a largo plazo para las madres. Los resultados de los estudios demuestran el impacto significativo de la DPP y el estrés parental en la vida cotidiana de los padres y en la relación conyugal (Johansson et al., 2020; Kazemi et al., 2018).

Para acompañar a la mujer con DPP, o mismo para identificar los primeros síntomas, es necesario realizar esfuerzos para reconocerla y estar atento ante cualquier signo de ellos. Las mujeres hablan de tener trastornos del sueño; sentir tristeza y llorar sin razón; pérdida de interés en su vida diaria; sufrimiento de fatiga, ansiedad, ira o irritabilidad; odio a sí mismos; y dolores inexplicables en las piernas y la espalda. En verdad, con la diversidad de síntomas, hay que manifestar interés genuino por el caso, enterarse de manera concentrada. Otro de los síntomas, era tener delirios y pensamientos de hacerse daño a sí misma (Johansson et al., 2020; Skoog et al., 2019; Skoog et al., 2019).

Los profesionales no deben valorizar de manera superficial o contradictoria los síntomas de la mujer, aunque inicialmente no sean graves, particularmente, cuando la propia madre busca la atención de salud (Ta Park et al., 2019). Varias estrategias pueden ser utilizadas para identificar y acompañar a la mujer que muestra trazos depresivos. Tal vez, reemplazar el apoyo perdido y el empoderamiento de las experiencias de las madres en la detección de DPP, sea oportuna como general. Por otro lado, las madres describieron y reconocen cómo las visitas al hospital, las hicieron sentir apoyadas como figuras de parentalidad (Skoog et al., 2019).

Hay que fortalecer el conocimiento de los profesionales, pues aquellos que menos contactan con puérperas, o menos expertos, o mismo con menos formación, dejan pasar casos, que si fueran triados en el momento adecuado, evitan sufrimiento mental prolongado (Johansson et al., 2020). Las experiencias de problemas durante el embarazo o un parto traumático contribuyen a la DPP, así como la ansiedad en el bienestar de los padres afectados (usando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo). Las matronas, las enfermeras, los profesionales de salud pueden ser los agentes de promoción de bien-estar para la mujer que entra en una de las fases más extraordinarias de su vida, que es decidirse a tener un/a hijo/a.

Para sintetizar, se construyó un mapa de los temas emergentes (Figura 20).

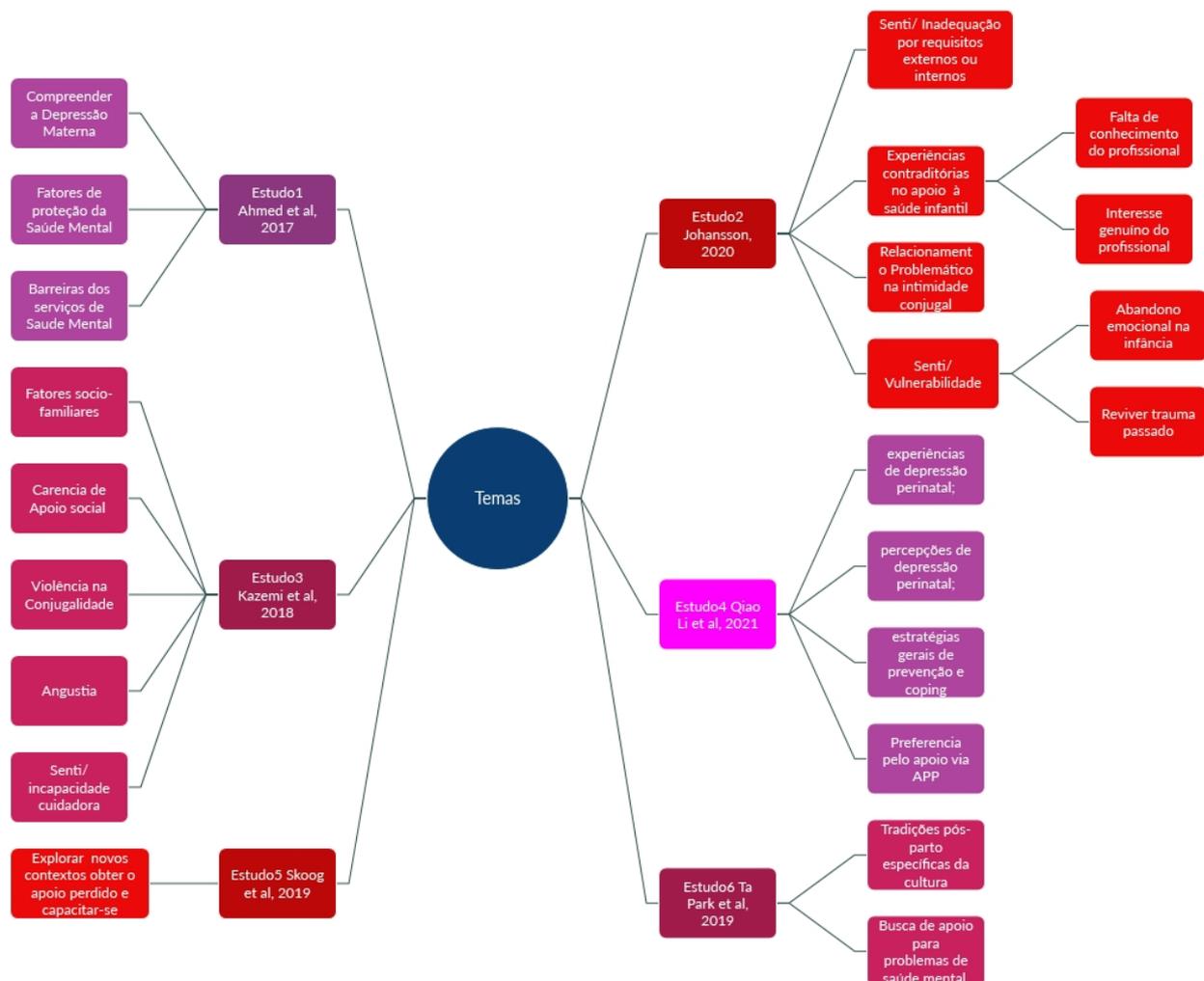


Figura 20 Temas emergentes en la Revisión Temática

### 3.3 RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE TRIAGE DE DEPRESIÓN

Los datos que se presentan a continuación se refieren a la experiencia clínica del MSMO. El cribado de síntomas depresivos se realizó en usuarios objeto de su cuidado, según su proyecto para la ENPRF. Los datos se presentan en seguida y se utilizó un instrumento clínico (DGS, 2005) analizado con apoyo del SPSS.

#### 3.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES DEL MUESTREO

Las 20 participantes tenían entre 27 y 43 años ( $M = 34,1$ ;  $SD = 5,07$ ). La edad promedio de la muestra actual es más alta en comparación con los datos presentados por Pordata en 2020 (i.e. 32.2 años al nacimiento de un niño en ese año calendario)(Pordata, 2020). La mitad de la muestra tiene titulaciones en estudios de 12º año. El resto de las titulaciones se distribuyen en varias categorías, donde el Curso Técnico está presente con cuatro casos (Figura 21).

En los datos actuales, algunos fueron recolectados en campos clínicos ubicados en el interior del país, quizás hayan influido en los resultados, reflejando el entorno, donde se registran un número bajo de nacimientos y aplazamiento de la maternidad. Excepto una, todas las mujeres están casadas o viven en una unión de facto.

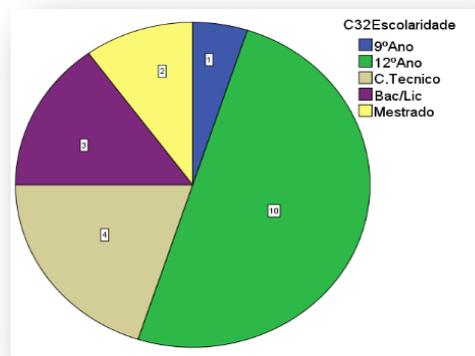


Figura 21 Distribución de las mujeres de acuerdo con formación escolar

#### 3.3.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LOS PARTICIPANTES DE LA MUESTRA

La edad gestacional de las mujeres o la fecha de parto fue entre 35 y 41 semanas, con una mayor representación a las 40 ( $n = 7$ ; 35%) y 39 semanas ( $n = 5$ ; 25%) (Tabla 1).

Tabla 1 Representación de la edad gestacional a la fecha del parto

	Frecuencia	Porcentaje
35 semanas	1	5,0
37 semanas	4	20,0
38 semanas	2	10,0
39 semanas	5	25,0
40 semanas	7	35,0
41 semanas	1	5,0
Total	20	100,0

La mayor representación de frecuencia de consultas fue de seis (Figura 22). Esto contribuye a las orientaciones que la DGS propone a las mujeres en el Manual “Guía para mujeres embarazadas” (i.e., [https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/pais/livro2/images/manual\\_gravidas.pdf](https://janela-aberta-familia.min-saude.pt/pais/livro2/images/manual_gravidas.pdf)) si el embarazo es normal.

Si bien en un documento técnico se refiere que no existe consenso sobre el número ideal de consultas en la vigilancia del embarazo de bajo riesgo (DGS, 2015), en ese mismo documento se encuentra que, según el esquema, será habitual en embarazos de bajo riesgo ocho consultas (Esquema A al final de la sección actual – tabla 2), coincidiendo con las orientaciones de la OMS (WHO, 2018).

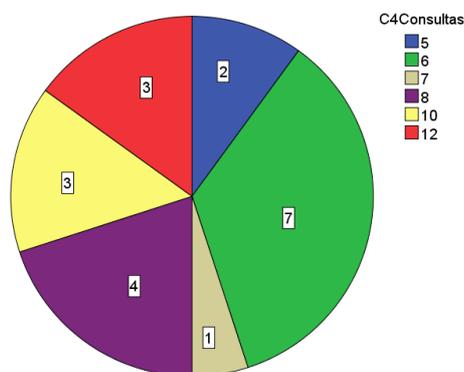


Figura 22 Representación de consultas prenatales

Por otro lado, en un documento de la OMS, se destaca una recomendación que sugiere que, los modelos de cuidado con un mínimo de ocho contactos pueden reducir la mortalidad perinatal y aumentar la experiencia de atención de las mujeres (WHO, 2016). En cuanto al tipo de parto, para la mayoría (n = 15; 75%) se realizó por vía vaginal, ocurriendo también tres con ventosa / fórceps (15%) y dos cesáreas (10%). La mayoría de las mujeres refieren que este es su segundo hijo (n = 9; 45%), mientras que para ocho (40%) es el primero. Tres mujeres tienen tres o más hijos. La mayoría de los recién nacidos eran mujeres (n = 11; 55%). Al nacer, el peso del RN osciló entre 2,70 y 4,10 kg, observándose así tres casos de macrosomía fetal (i.e., 4 kg a 4,10 kg), 14 casos de "peso adecuado" (i.e., 3 kg a 3999 kg) y tres casos de " peso insuficiente" (i.e., 2,7 kg a 2,89 kg) (OMS, 2017b).

Periodicidad de las Consultas Prenatales en la Gravidéz de Bajo Riesgo (DGS, 2015; pag 37)

Tabla 2 Esquema de consultas propuesto

Periodicidad de las Consultas Prenatales en la Gravidéz de Bajo Riesgo (DGS, 2015)										
Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12 C1	13	14	15	16	17	18	19	20
	Eco 1º Trimestre [11-13S]									
	21	22	23	24 C3	25	26	27	28 C2	29	30 C4
	Eco 2º Trimestre [20-22S]									
	31	32	33	34	35	36 C6	37	38 C7	39	40 C8
	Eco 3º Trimestre [30-32S]									
	Consulta en el hospital donde se prevé ocurrir el parto									

### 3.3.3 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE DEPRESIÓN

Al responder al EDPS, se pidió a los participantes que buscaran en su memoria cómo se habían sentido al final del primer mes posparto y en el momento actual. La participante 15, que, en el momento de la recopilación de datos, no había completado los 28 días posparto, fue eliminada de la muestra. El tiempo transcurrido entre el parto y el momento en que los 19 participantes recuerdan los aspectos presentes en los ítems del EDPS fue de 379 a 66 días. En semanas este período de tiempo varió entre 9 y 54 semanas. El tiempo transcurrido también se categorizó considerando los meses lunares (i.e., 28 días) y meses solares (i.e., 30-31 días) (Tabla 3).

Tabla 3 Tiempo pasado entre el parto y el momento actual

Part	Días	Semanas	Meses Lunares	Meses Solares	Inclusión en el Período Puerperal de 6 semanas
P1	298	43	11	10	não
P2	66	9	2	2	Sim <sup>1)</sup>
P3	325	46	12	11	não
P4	131	19	5	4	não
P5	329	47	12	11	não
P6	196	28	7	7	não
P7	105	15	4	4	não
P8	346	49	12	12	não
P9	379	54	14	13	não
P10	371	53	13	12	não
P11	184	26	7	6	não
P12	185	26	7	6	não
P13	372	53	13	12	não
P14	144	21	5	5	não
P16	141	20	5	5	não
P17	140	20	5	5	não
P18	226	32	8	8	não
P19	229	33	8	8	não
P20	302	43	11	10	não

<sup>1)</sup>A Participante 2 estaria ainda no sistema de cuidados caso se considerasse o conceito de competências da ICM (responsabilidade de la matrona por 2 meses)

En el tratamiento de la variable “tiempo transcurrido desde el parto”, la curiosidad por la organización en meses lunares se basa en que la responsabilidad asistencial de la EESMO / matrona, conforme se acuerda en algunas organizaciones profesionales o países, tiene aproximadamente esta orientación. Eso es hasta 28 días en el *National Health Service* (NHS) en el Reino Unido (i.e., <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/our-services/maternity/care-at-home/community-midwifery.aspx>; <http://www.waht.nhs.uk/en-GB/Our-Services1/Hospital-Units/Ashcombe-Birth-Centre/Community-Midwifery-Service/>), o hasta que complete 2 meses (i.e., Competencia 6 en el plan de formación de la *International Confederation of Midwives*: <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/basic/standard/pdf/e-09-02.pdf> ; p9) o hasta 42 días después del parto (i.e., Brasil: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf) ; 6 semanas pos-parto).

Cabe recordar también que, instituciones como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) emitieron dictamen en 2016 (dictamen 736), que posteriormente fue renovado, alertando sobre la necesidad de modificar los contactos / consultas / vigilancia posparto (ACOG, 2018a). Así, proponen remitir para la semana 12 posparto (i.e., aproximadamente 3 meses) la realización de una consulta materna integral. Un beneficio, ya que los rastreos de DPP podrían ser mantenidos. De hecho, la opinión de ACOG refuerza el concepto de “cuarto trimestre”. Simultáneamente, propone un nuevo paradigma para el cuidado materno en la fase posparto. Esta opinión es simultáneamente consistente con las orientaciones para la lactancia materna exclusiva (dictamen 756), un comportamiento que interactúa fuertemente con la depresión (ACOG, 2018b).

Se analizó la puntuación en el EDPS en el primer tiempo (i.e., la memoria del 1º mes posparto). Parece que, de acuerdo con el recuerdo de los participantes 1, 2, 5, 6 y 9, el ítem 10 (i.e., “tenía ideas para hacerme daño”), aparece con una afirmación positiva, justificando de acuerdo con el Manual de la DGS, en la página 88 o reencaminado para la consulta de Psicología (DGS, 2015) (Figura 24 hasta Figura 33).



Figura 23 1. Eres capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas



Figura 24 2. Tenía esperanza en el futuro

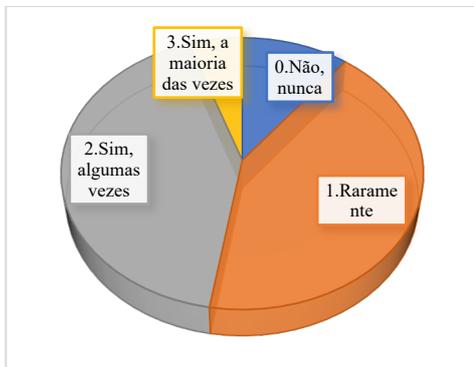


Figura 25 3. Culpava-me sem necessidade quando as coisas corriam mal

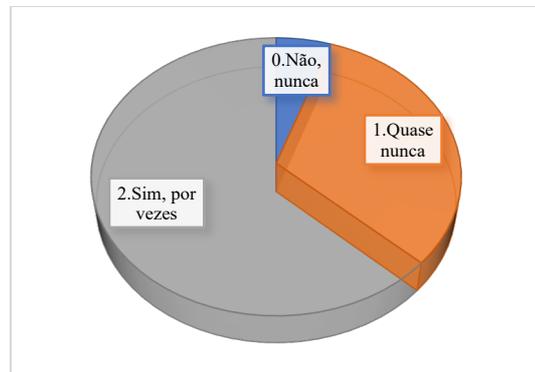


Figura 26 4. Estava ansiosa ou preocupada sem motivo

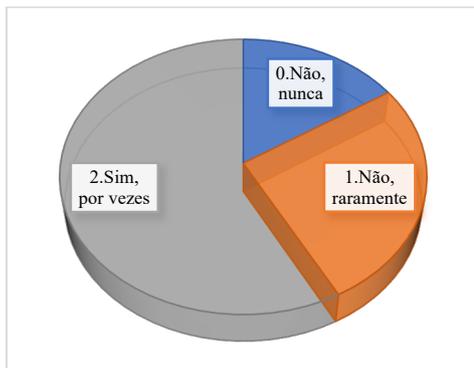


Figura 27 5. Sentia-me com medo, ou muito assustada, sem grande motivo



Figura 28 6. Sentia que eram coisas demais para mim

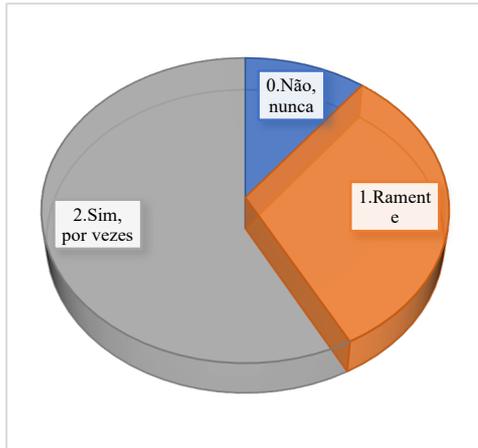


Figura 29 7. Sentia-me tão infeliz que dormia mal

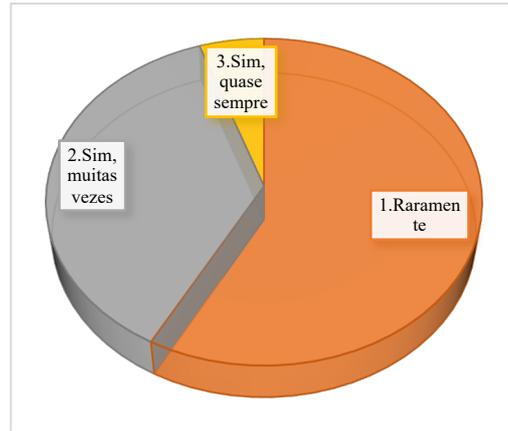


Figura 30 8. Sentia-me triste ou muito infeliz

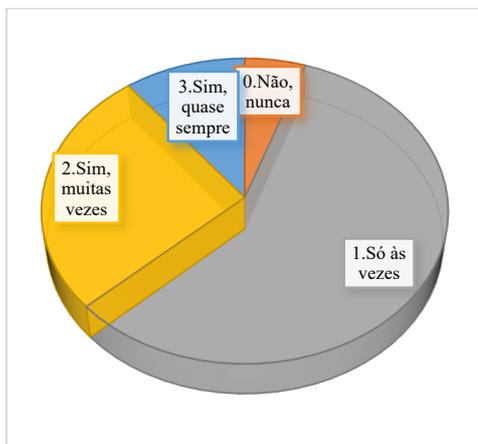


Figura 31 9. Sentia-me tão infeliz que chorava

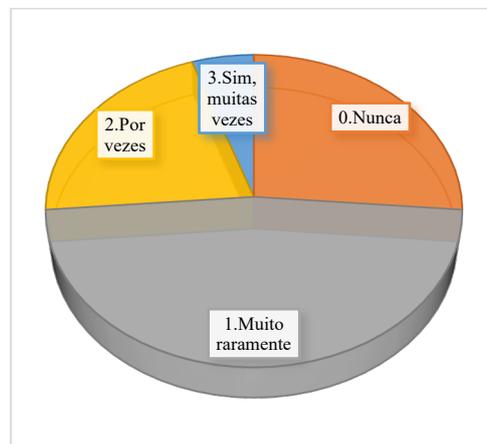


Figura 32 10. Tinha ideias de fazer mal a mim mesma

Também se analisó a pontuação ítem, por ítem en el segundo período (i.e., tiempo actual, en los 10 ítems (Figura 33). Notando que la participante 9 mantiene ideación negativa.

6	1.Era capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	2.Tinha esperança no futuro	3. Culpava-me sem necessidade quando as coisas corriam mal	4.Estava ansiosa ou preocupada sem motivo	5.Sentia-me com medo, ou muito assustada, sem grande motivo	6.Sentia que eram coisas demais para mim	7. Sentia-me tão infeliz que dormia mal	8. Sentia-me tão triste ou muito infeliz]	9.Sentia-me tão infeliz que chorava	10. Tinha ideias de fazer mal a mim mesma
1	0.Tanto como dantes	2.Muito menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	1.Quase nunca	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	3.Sim, quase sempre	0.Nunca
2	1.Menos que dantes	0.Tanta como sempre tive	2.Sim, algumas vezes	0.Não, nunca	0.Não, nunca	0.Não, resolvo-as tao bem como dantes	1.Raramente	2.Sim, muitas vezes	3.Sim, quase sempre	1.Muito raramente
3	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	1.Quase nunca	0.Não, nunca	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	0.Não, nunca	3.Sim, quase sempre	0.Nunca
4	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	1.Raramente	1.Só às vezes	1.Muito raramente
5	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	0.Não, nunca	3.Sim, quase sempre	1.Muito raramente
6	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	1.Raramente	1.Raramente	3.Sim, quase sempre	1.Muito raramente
P7	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	3.Sim, quase sempre	0.Nunca
8	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	1.Só às vezes	1.Muito raramente
9	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	1.Não, raramente	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	2.Sim, muitas vezes	2.Por vezes
10	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	1.Só às vezes	1.Muito raramente
11	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	0.Não, nunca	0.Não, nunca	0.Não, resolvo-as tao bem como dantes	1.Raramente	1.Raramente	3.Sim, quase sempre	0.Nunca
12	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	3.Sim, quase sempre	1.Muito raramente
13	1.Menos que dantes	2.Muito menos do que costumava ter	1.Raramente	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	1.Só às vezes	0.Nunca
14	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	0.Não, nunca	0.Não, nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	1.Só às vezes	0.Nunca
16	0.Tanto como dantes	0.Tanta como sempre tive	1.Raramente	1.Quase nunca	1.Não, raramente	1.Não, a maioria das vezes resolvo- as facilmente	1.Raramente	1.Raramente	1.Só às vezes	0.Nunca
17	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	2.Sim, muitas vezes	0.Nunca
18	1.Menos que dantes	1.Bastante menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	1.Raramente	2.Sim, muitas vezes	2.Sim, muitas vezes	0.Nunca
19	1.Menos que dantes	2.Muito menos do que costumava ter	2.Sim, algumas vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	2.Sim, muitas vezes	0.Nunca
20	2.Muito menos que dantes	2.Muito menos do que costumava ter	1.Raramente	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes	2.Sim, por vezes ã tenho conseguido resolvê-las como antes	2.Sim, por vezes	2.Sim, muitas vezes	1.Só às vezes	0.Nunca

Tabla 4 Respuestas EDPS en relación con la evaluación actual

Consideremos ahora el análisis comparativo de score EDPS en dos momentos. Teniendo en observación a los participantes con un score superior a 12 en el primer tiempo, teniendo en cuenta que, en 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12 y 20, o score disminuyó. Sin embargo, en los participantes 4, 5 y 18 aumentó, mientras que en los 17 se mantuvo igual (Tabla 5). En la misma tabla está la representación de la edad y el número de hijos, lo que sugiere que no hay ningún comentario relevante para asociar.

Tabla 5 Score de la EFPS de acuerdo con el tiempo de memoria, la edad y número de hijos

Part	T1-DPP	T2-DPP	Dif T2-T1	Edad	Numero de hijos
P1	19	16	-3	34	2
P2	19	10	-9	41	4
P3	5	8	3	31	1
P4	14	15	1	39	2
P5	11	12	1	27	1
P6	16	14	-2	38	3
P7	14	12	-2	28	2
P8	12	8	-4	35	2
P9	21	17	-4	27	2
P10	8	8	0	30	1
P11	8	7	-1	30	1
P12	12	11	-1	38	2
P13	15	15	0	31	1
P14	5	5	0	43	2
P16	6	7	1	34	1
P17	16	16	0	36	2
P18	14	15	1	28	1
P19	17	17	0	39	2
P20	17	16	-1	32	3

A pesar de las diferencias antes mencionadas, ordenando las semanas posparto, se puede observar que, por regla general, el score en el tiempo 2 sigue al tiempo 1.

En el registro de memoria, el participante P2 sugiere reconocer un cuadro de *blues* en el primer mes (score 19), que modifico a un valor de 10 EDPS, aproximadamente en el segundo mes posparto. Una situación en el mismo orden de ideas sugiere que ocurrió en el participante P8, con un score del SDPS de P12 *versus* P8.

Por otro lado, con la excepción de P3 y P10, en participantes que están más allá de la semana 28 posparto (aproximadamente 6 meses) y la semana 54 (aproximadamente 1 año), el score EDPS persiste con manifestación depresiva (Figura 33).

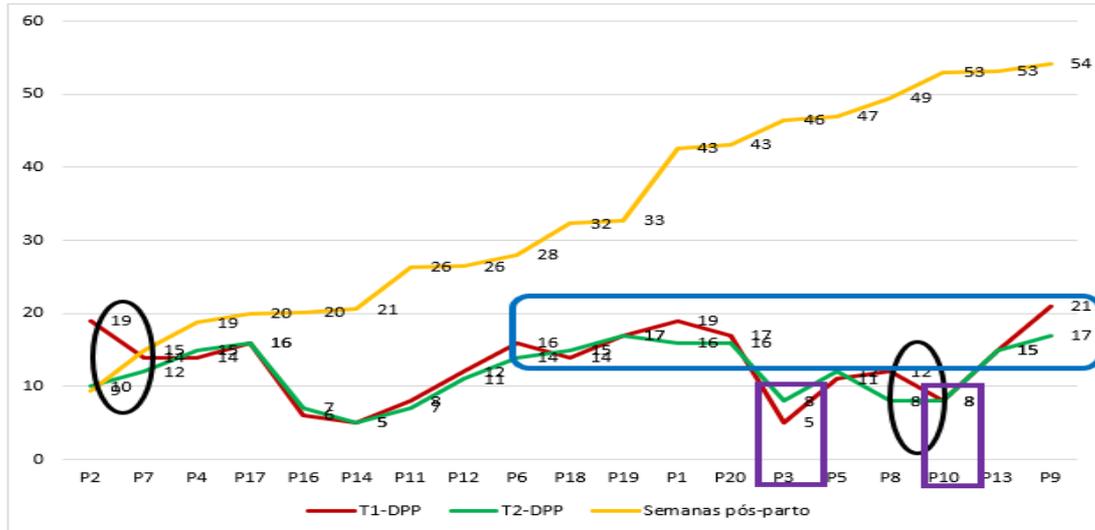


Figura 33 Representación de los scores EDPS de acuerdo con el tiempo pasado entre parto y rememoración

No siendo un análisis actual, un trabajo de investigación, no se realizaron operaciones estadísticas inferenciales, siendo los datos analizados solo a través de descriptivos. Sin embargo, conservamos las siguientes ideas:

a) Los scores del EDPS obtenidas recordando el primer mes de puerperio son muy altas.

b) Los scores del EDPS de la actualidad son muy altas.

- ❖ Estos dos puntos nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de una mayor atención en el posparto. Es necesario intentar bajar la puntuación para poder transmitir experiencias maternas de mayor felicidad, a pesar de los desafíos de los nuevos roles.
- ❖ Score en el ítem 10 revela ideación punitiva. Al aplicar el EDPS, local reservado y la privacidad de la mujer, deben ser tenidos en cuenta, así como la aplicación escrita. La aplicación escrita, al ser una comunicación de mayor revelación de intimidad, puede eventualmente transmitirse de manera más correcta los síntomas de la mujer. Es todavía relevante que después de la escrita, se continúe con una conversación sobre el tema, para aclarar y evidenciar junto la mujer, el interés genuino de la matrona, para que se encuentre bien en esta fase de su vida.

c) Existe concordancia entre el 1º tiempo y el tiempo más reciente, pero en algunos casos el score aumenta, lo que sugiere un empeoramiento de los síntomas depresivos.

- ❖ Será necesario que los agentes de salud consideren el riesgo de empeoramiento de la condición de salud mental, cuando el DPP está infra-diagnosticado o quizás descuidado,

en la idea contradictoria de que la tristeza posparto o *blues posparto* siendo fisiológica, el tiempo ayuda a pasar.

d) A pesar de sugerir un patrón de síntomas depresivos menores alrededor de la semana 20 a 26 posparto, todavía existe un cuadro depresivo que se toma y permanece desde el sexto mes hasta aproximadamente 1 año posparto.

- ❖ Será necesario que EESMO, los principales fomentadores y promotores de las clases de preparación para el parto, lactancia materna y enseñanza del cuidado infantil, puedan desarrollar, en constancia con las opiniones del ACOG, la idea de un nuevo paradigma para el cuidado puerperal.

e) Se identifican limitaciones en la interpretación de datos:

- ❖ La interpretación actual no es el resultado de una investigación.
- ❖ Recordar los hechos corre riesgo de sesgo:
  - Razón 1: En el momento de experimentar el fenómeno (i.e., 1º mes), quizás algunas mujeres no tendrían, por razones de estigma social, la capacidad de revelar síntomas depresivos cuando socialmente la familia y personas importantes la felicitan por un feliz que es el nacimiento de un hijo.
  - Razón 2: La cultura judeocristiana puede haber influido en el nivel de puntuación atribuido, en la idea de que la madre sufriente tiene más valor social.
  - Razón 3: los síntomas depresivos, evaluados a través del EDPS, son una aproximación para la identificación de riesgos; en Salud Mental, la valoración del nivel de sufrimiento del otro, por ser un fenómeno intrínseco, es difícil de comprender y cuantificar.

## 4. ANALISIS REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE MOBILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

Aprobándose el Reglamento de competencias específicas de los EESMO, en la Asamblea General el día 12 de mayo de 2018, en su artículo 19 del Estatuto da OE, en el ámbito de Reglamento Académico de la Universidad portuguesa de Évora, en la base de RAUÉ donde se establecen las normas y reglas del funcionamiento de los diferentes ciclos de estudios y otros cursos, que son otorgado con los créditos ECTS. (<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>).

El plan de estudios presenta los objetivos a alcanzar, centrándose la alumna del máster en la expectativa de alcanzarlos. Ya en este documento se plantearan y en la actual sección, a partir del enunciado de las competencias definidas por la OE, se busca una flexión contextualizada en las experiencias.

Además, dado a que estudié estudios portugueses en la Universidad de Évora, mi nacionalidad es española, por lo que la maestría es también igualar la figura de matrona española a la portuguesa o de cualquier otro país. Afirmase así que, la matrona es una profesional sanitaria autónoma, con varios atributos: tiene una actitud científica responsable, utiliza medidas clínicas y tecnológicas apropiadas para el desarrollo de la ciencia y presta plena atención a la salud sexual, reproductiva y materna de las mujeres (FAME). En su profesión incluyen aspectos preventivos, de promoción, atención y recuperación de la salud, es decir, incluye el cuidado de la madre, para el diagnóstico, control y asistencia al parto y puerperio normales, con el cuidado del recién nacido saludable, hasta los 28 días de vida.

La matrona es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios, donde se mira y juzga como una figura principal, básica e innata, que se encuentra en un ámbito sanitario y social tan significativo como el de la maternidad y la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y la familia, en los diferentes momentos del ciclo vital de las personas. La formación y competencias de las matronas están definidas con luminosidad, tanto en la Normativa Española, como en la Normativa Europea, do *Nursing and Midwives Council* e de la *International Confederation of Midwives*, legislación de obligado cumplimiento para los países miembros. Se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad, y ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud OE de 28 de mayo de 2009 se publica la Orden SAS/1349/22009, de 6 de mayo, donde dicho programa formativo ha sido

estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Las matronas están capacitadas para desarrollar sus competencias en el entorno de la atención especializada hospitalaria y en la atención primaria de salud, tal y como se recoge en el documento de reclamación de competencias de enfermería obstétrico-ginecológica elaborado por la FAME y sustentado en la normativa española y europea vigente (Figura 35).

ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de pruebas de screening para la prevención del cáncer de cérvix (citologías).</li> <li>• Asesoramiento en salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos).</li> <li>• Screening de la detección de infecciones de transmisión sexual.</li> <li>• Consulta en la etapa perimenopáusica y menopáusica, en relación con la salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Detección, y atención en la violencia de género, especialmente durante el embarazo y el postparto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a la urgencia obstétrica.</li> <li>• Atención durante el periodo de dilatación y parto en los embarazos de riesgo bajo y medio.</li> <li>• Trabajo en equipo en la consulta de alto riesgo y bienestar fetal.</li> <li>• Trabajo en equipo para el seguimiento de la dilatación y la atención al parto en los embarazos de riesgo alto y muy alto.</li> <li>• Atención en el postparto inmediato (LM).</li> <li>• Consultas de reproducción asistida.</li> </ul>

Figura 34 Cuidados en atención primaria o especializada. Fuente: elaboración propia

## 4.1 COMPETENCIAS COMUNES DEL ENFERMERO ESPECIALISTA

Las competencias comunes de los enfermeros especialistas están planteadas desde 2019 (Reglamento nº140/2019 de 6 febrero). Se conoce como, competencias comunes, las competencias compartidas por todos los enfermeros especialistas, independientemente de la especialidad que desempeñen, demostrar su capacidad de gestionar, diseñar, controlar la atención y gran apoyo a la práctica profesional. Dentro de ellas, se encuentran 4 competencias comunes de los especialistas:

- ❖ El dominio de responsabilidad profesional, ética y legal (A (A1:A2)).
- ❖ Mejora continua de la calidad (B (B1:B2;B3)).
- ❖ Gestión de cuidados(C (C1:C2)).
- ❖ Desarrollo del aprendizaje profesional (D (D1:D2)).

### 4.1.1. Competencia 1: Dominio de Responsabilidad Profesional, ética y legal

**Competencia A1: Desarrolla una práctica profesional, ética y legal, en el área de especialización, actuando de acuerdo con las normas legales, principios éticos y deontología profesional.**

**Descriptivo:** 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 cuerpo de conocimientos en el dominio ético-deontológico, la evaluación sistemática de las mejores prácticas y las preferencias del cliente.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Toma de decisiones en situaciones límites y claves.</li><li>❖ Consulta de situaciones en base a datos o evidencias científicas.</li><li>❖ Consulta de protocolos específicos de los servicios.</li><li>❖ Apoyar la toma de decisiones basándose en el conocimiento y la experiencia.</li><li>❖ Orientar la toma de decisiones de acuerdo con la deontología profesional en el equipo profesional.</li><li>❖ Liderar de forma efectiva, segura y con una ética- moral profesional.</li></ul>
--------------------	---

#### **Reflexión:**

Un requisito importante y esencial en una profesión laboral es que tengan su propio código deontológico, en el caso de nuestra profesión, las EESMO, han sido reconocidas y nombradas, ya que presentan su propia identidad como profesión, a lo largo de toda la historia de la humanidad. El código deontológico está fundamentado en la Declaración de la UNESCO, en el año 2005 y la Convención Europea sobre derechos humanos y biomedicina en el año 1996, con derecho a la intimidad, autonomía, privacidad y participación de la toma de decisiones, ante actuaciones que lo requieran o un problema relacionado con la salud sexual y reproductiva.

La Asociación Española de Matronas (AEM), que sitúa su sede en Madrid, capital española, fue fundada en el año 1978, narra que en la actualidad es fundamental y de gran importancia que las EESMO españolas tengan su propio Código Deontológico (Matronas, 2011). También es verdad que existen otros códigos deontológicos del colectivo de Enfermería, como es el Código Deontológico de la Organización Colegial de Enfermería del Consejo General, otros Consejos Autonómicos y el Código Deontológico de la ICM (Confederación Internacional de

Matronas) (FAME). “Todo enfermero o enfermera especialista o no, miembro de esta orden tiene los derechos y deberes que así, se expresan en el Estatuto y de la legislación vigente” (Estatuto OE republicado como anexo por la ley nº156/2015 de 16 de septiembre, en su artículo 95º “Disposición General”).

Uno de los derechos que tenemos EESMO es el *Derecho a la Objeción de Conciencia*, es decir, derecho a decidir si realizar o no, maniobras o tratamientos que nos comprometan en un conflicto moral o ético conectado con creencias personales o culturales (Capítulo IX, Derechos matronas en el CD y art.16.1 Constitución Española).

En la actualidad, estos profesionales demuestran día a día su trabajo de forma profesional, ética, segura y toman decisiones de acuerdo con la ética y normas deontológicas. Vemos estas actuaciones en numerosos casos en el desempeñando su trabajo, ya que siempre se tiene en mente que todas las estrategias o actuaciones serán basadas en unos conocimientos y unas experiencias clínicas. En la experiencia clínica no he contactado con profesionales objetores de conciencia, pero es algo presente en Alentejo. Por ejemplo, solamente el hospital en Beja se hace interrupción del embarazo. Tanto las mujeres del distrito de Portalegre, que son enviadas para Abrantes, como del Litoral Alentejano, que envía para Setúbal, como del distrito de Évora que envía para clínica en Lisboa, no ofrecen estos cuidados. Este tema es algo controversial, pues estos impedimentos llevan a que las mujeres más desfavorecidas, tanto por razones económicas, como por la edad (embarazadas adolescentes) se quedan aún más penalizadas. Algunas veces, su vida puede estar en riesgo con abortos clandestinos, o siguiendo con embarazos no deseados, que llevan a vidas menos satisfactorias para si mismas y sus hijos (Bolnga et al., 2021).

**Competencia A2: Asegura prácticas de cuidado que respetan los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.**

**Descriptivo:** La Enfermera Especialista demuestra una práctica que respeta los derechos humanos, analiza e interpreta situaciones específicas de atención especializado, gestionando situaciones potencialmente comprometedoras para los clientes.

- |                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Actividades</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Protección de los derechos humanos.</li><li>❖ Búsqueda de base de datos.</li><li>❖ Fomentar prácticas de seguridad, privacidad y dignidad.</li></ul> |
|--------------------|--|

- ❖ Garantizar el respeto fe los derechos de los pacientes a acceder a información.
- ❖ Garantizar confidencialidad y seguridad escrita y oral.
- ❖ Derecho a la privacidad del paciente.
- ❖ Garantizar el respeto de los valores, costumbres y creencias espirituales de los pacientes.

### **Reflexión:**

La base de los derechos humanos es la dignidad de la persona, la cual está por encima de cualquier cosa, por ello nadie puede impedir legítimamente que otro goce de sus derechos. Por otra parte, la dignidad humana, que es lo que individualiza a la persona, que contiene elementos subjetivos donde el individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado por otro (Carpizo, 2011).

Para la mayoría de las mujeres, uno de los momentos más importantes y especiales de sus vidas, es el momento del parto, donde conocen a su hijo/a y es ahí donde siente una tremenda vulnerabilidad y en ocasiones pueden llegar a sentir que no son respetadas tanto por el personal sanitario (Violencia Obstétrica) como por sus familiares directos. Ya sea porque no es lo que imaginaban, por no ser consentidoras de muchas actuaciones que se les va a realizar, por derecho a su intimidad o más bien porque se les realizan maniobras o tratamientos que ellas no desean.

La violencia obstétrica es una forma de violencia ejercida por los profesionales de salud hacia las mujeres embarazadas en la labor del parto y puerperio (OMS,2020) constituyendo una violación de los derechos reproductivos y sexuales de la mujer. Existen unos informes en España donde se ve reflejado este tema: prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto (2019) por la Relatora Especial sobre la violencia de las Naciones Unidas, Resolución 2306 de 2019 del Consejo de Europa y Estrategia de la Unión para la igualdad de género del Parlamento Europeo (FAME).

En la Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) del 25 de Noviembre- Dia internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer- lanza una campaña, llamada: “Por el fin de la violencia obstétrica” reclamando un parto respetado para todas las mujeres (<https://associacaogravidezparto.pt/campanhas-e-eventos/campanha-pelo-fim-da-violencia-obstetrica/>).

Hay que tener en cuenta, que el parto es un acontecimiento en la vida sexual y reproductiva de la mujer, donde cualquier intervención realizada es clave y puede repercutir gravemente sobre la mujer.

Existe un convenio español de Oviedo(BOE, 1999) donde dice que “ el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia” mejorando la dignidad y respetando los derechos de las personas, citado en el art. 2, recogidas también en la Ley General de Sanidad, ley de Autonomía del paciente. Todos estos derechos también se ven vulnerados cuando la mujer en el momento de dar a luz, en la sala de paritorio se encuentra con un gran número de personas, desde el residente de Matrona, residente de ginecología, auxiliar, ginecólogo, matrona, enfermeros, entre otros. Pero hay que reconocer como violencia determinadas intervenciones excesivas, utilización de maniobras no consentidas, verbalización no respetuosa, carencia de privacidad... (Lansky et al., 2019).

Hay dos casos famosos conocidos que son el *Caso Konovalova contra Rusia o Dubska contra Republica Checa*, donde el tribunal europeo de derechos humanos, dictamino que obligar a una parturienta a dar a luz en presencia de estudiantes violaba el artículo 8 del convenio europeo de derechos humanos, que garantiza el respeto a la vida privada y familiar (convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, 1997) (Case of dubská and krejzová v. the czech republic, 2016); (Rights, 2016).

El acontecimiento del parto es un momento íntimo y privado en la vida privada de la mujer, implicando cuestiones como la integridad física y psicológica y su derecho a recibir información sobre su salud, o elegir en las circunstancias en las que dan a luz a su hijo.

#### 4.1.2. Competencia 2: Mejora Continua de la Calidad

**Competencia B1: Asegura un papel impulsor en el desarrollo y apoyo de iniciativas institucionales estratégicas en el área de gobernanza clínica.**

**Descripción B1:** La Enfermera Especialista colabora en el diseño e implementación de proyectos institucionales en el área de calidad y participa en la difusión necesaria para su apropiación, hasta el nivel operativo.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Movilización por la calidad.</li><li>❖ Poseer conocimientos avanzados en la calidad y mejora de la atención.</li><li>❖ Resolver experiencias exitosas.</li></ul>
--------------------	--

- ❖ Promover la incorporación de conocimientos en el área de calidad.
- ❖ Colaborar en la realización de actividades en el área de protocolos de calidad.
- ❖ Participar en mejorar la calidad de atención.

### **Reflexión:**

La promoción y protección de la salud son fundamentales para la tranquilidad y comodidad humana, tanto a nivel social como económico. La mejora de la calidad de los cuidados en la sanidad es considerada una estrategia fundamental y que tiene que estar siempre en constante cambio por el bienestar de los profesionales sanitarios y de los pacientes. Existen numerosas iniciativas para mejorar los cuidados aplicados por parte de las EESMO, como la iniciativa de un parto normal por la Federación de Asociaciones de Matrona Españolas (FAME), que permite reforzar sus competencias para asistir con una mejor calidad a la demanda de necesidades de muchas mujeres que desean tener un parto normal. Fue iniciada en el año 2006, basándose en evidencias científicas, participando matronas de toda España y de diferentes comunidades que están unidas al FAME (FAME).

Durante mi periodo de practica conocí en profundidad la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN, Hospital Amigo de los Niños) fundada por la OMS en 1991 y por UNICEF para promover, proteger y apoyar a la LME desde el nacimiento. Recuérdese el compromiso, renovado anualmente, a través de la figura 37.

Existe un convenio en Julio de 2021 entre el Ministerio de Sanidad Español y la IHAN donde ambas partes acordaron: colaborar en la implementación de las estrategias del SNS, protocolos de actuación con buenas prácticas basadas en evidencias, promocionar la estrategia IHAN en los hospitales materno infantil y centros de salud Atención Primaria, acciones con equidad y apoyo, incluir la lactancia materna de manera transversal y



Figura 35 Semana mundial de la lactancia materna 2021 (Fedalma, 2021)

revisar las prácticas de embarazo y recién nacido en la Pandemia Covid-19.

En la actualidad, el CHBM, fue reconocido en 2012 por cumplir las 10 medidas de amamantamiento materno con suceso, posee su certificado en 2019 como Hospital amigo de los niños de 2019 hasta 2022. Tuve oportunidad de contactar con políticas de protección y promoción. He observado la preocupación de los profesionales sanitarios para favorecer el contacto madre-hijo y promover condiciones para una lactancia exitosa. De hecho, todo el equipo concurre para un objetivo común, algo que también asegura este camino de IHAN que mantiene por varios años.

### **Competencias B2: Desarrolla prácticas de calidad, gestionando y colaborando en programas de mejora continua.**

**Descripción B2:** La Enfermera Especialista reconoce que la mejora de la calidad implica la evaluación de las prácticas y, en función de sus resultados, su posible revisión y la implementación de programas de mejora continua.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Utilizar la evidencia científica para evaluar la calidad.</li><li>❖ Utilizar indicadores e instrumentos adecuados para las prácticas clínicas.</li><li>❖ Identificar oportunidades de mejora y seleccionar estrategias de mejora.</li><li>❖ Fomentar la implementación de programas de mejora continua de calidad.</li></ul>
--------------------	--

### **Reflexión:**

En mis asistencias a las prácticas de BP tanto en CHMT- Abrantes en el primer semestre como las de HSMG de Portalegre en 2 semestre, tuve oportunidad de enriquecer mi experiencia con la realización de partos en diferentes posiciones, tal como recomienda instituciones y autores (Berta et al., 2019; Desseauve et al., 2017; FAME), de acuerdo con la preferencia de la mujer, sea de lado, sentadas, en banco de partos, entre otros.

“La OMS define el parto humanizado como la atención del parto al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre donde, como y con quien

parir, en este momento tan importante de su historia.” Ley de Derechos de la Mujer durante la Atención Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Post Parto y Atención del Recién Nacido”, Ley 2105 (Palma-Espinoza, 2020).

Por otro lado, tuve oportunidad de contactar con los programas que el CHBM en Barreiro desarrolla hace algunos años, que ofrecen calidad en los cuidados y una buena representación social para los profesionales de enfermería, como la dignidad. Estas colaboraciones de los estudiantes son además una apertura para el futuro, pues se enriquecen ideas que se podrán aplicar en sus futuros servicios.

### Competencia B3: Garantiza un entorno terapéutico y seguro.

**Descripción B3:** La Enfermera Especialista considera la gestión del entorno centrada en la persona como condición imprescindible para la eficacia terapéutica y para la prevención de incidencias, actúa de forma proactiva promoviendo la adecuada implicación para el bienestar y la gestión de riesgos.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mantener la privacidad de los procesos.</li> <li>❖ Participación en la gestión de riesgo.</li> <li>❖ Colaborar en la definición de recursos adecuados para una prestación de cuidados seguros.</li> <li>❖ Promover una identidad física, psicosocial y cultural segura.</li> <li>❖ Fomentar la sensibilidad, conciencia y el respeto por la seguridad individual cultural y la protección de identidad.</li> <li>❖ Promoción de un entorno seguro</li> </ul>
--------------------	---

### Reflexión:

Garantizar un ambiente seguro terapéutico es un requisito esencial hoy en día y muy valorado por todos los hospitales o centros sanitarios, ya que es fundamental seguir conservando la individualización del paciente, y para ello un aspecto que siempre se está valorando y intentando mejorar es el trabajo en equipo. En salud materna, la OMS supone para seguridad de la paciente y garantía de calidad de cuidados, los llamados Puntos de Pausa, a partir del Guía (OMS, 2017a), que tanto ayuda a una buena asistencia como a disminuir los errores clínicos o los “Maternal near miss”(WHO, 2011).

Ocurriendo el Estagio en tiempo de Pandemia, hay que registrar en este Informe ese aspecto. Hoy en día es muy importante un medio de trabajo donde siempre te estés actualizando y

siempre se esté mejorando las condiciones y sobretodo el espacio de trabajo, ya que todo ello ha resaltado de atención ante la nueva situación vivida en los hospitales por el Covid-19.

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaro en situación de emergencia por el brote epidémico del coronavirus (Oliver, 2020), toda esta situación ha causado numerosos daños hospitalarios y se han tenido que modificar desde la preparación de medicación individualizada en pacientes Covid-19 positivo, hasta el vínculo familiar mediante las visitas por contacto telefónico.

Todo el personal se ha visto involucrado y ha luchado otra vez con un mismo objetivo: acabar con la propagación del coronavirus y erradicar la Pandemia. Desde hace muchos años cuando en tiempos de crisis, por otras epidemias sufridas en nuestro país, la enfermera más famosa del mundo, llamada Florence Nightingale (Velázquez Aznar, 2010) madre de la enfermería moderna, nacida el 12 de mayo de 1820, comenzó a instaurar medidas higiénicas básicas como el lavado de manos en hospitales, gracias a ella hoy en día se han podido combatir numerosas enfermedades. En mi experiencia clínica tuve contacto con la separación de parturientes Covid y no Covid, ya que cuando ingresaban, había procedimientos rutinarios como realización de PCR. Los partos y las mujeres infectadas fueron en realidad un desafío para el personal sanitario, ya que había que proteger a todo el equipo, la parturienta y los profesionales. El día era pasado con equipamiento de protección individual casi permanente, algo difícil de manejar, pues asistir a mujer en trabajo de parto con ellos, es física y emocionalmente exigente. De hecho, todo el personal sanitario se unió y apoyo contra esta enfermedad, haciendo frente a la pandemia del coronavirus. Para los estudiantes del máster, fueron también días difíciles, además para los extranjeros que trabajan afuera. Quiero resaltar que las veces que me realicé una PCR para continuar haciendo mis prácticas fueron muchísimas, y cumplí con las orientaciones de las instituciones. Las dificultades fueron en realidad mayores cuando la frontera cerró, pero se superaron.

### 4.1.3. Competencia 3: Gestión de Cuidados

#### Competencia C1: Gestión de los Cuidados

**Descripción C1:** 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 delegada.

**Actividades** ❖ Supervisar las tareas garantizando seguridad y calidad (C1.1)

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Gestiona los cuidados de enfermería, optimizando la respuesta de su equipo y articulación en el equipo de salud (C1.2);</li><li>❖ Adapta el liderazgo y la gestión de recursos a las situaciones y contextos, con el objetivo de asegurar la calidad de la atención (C2).</li></ul> |
|--|---|

### **Reflexión:**

Ante el incremento de casos activos de la pandemia, y dada la situación epidemiológica a la que nos enfrentamos a nivel mundial, afectó de manera impactante la presión asistencial respecto a los indicadores hospitalarios, y nos enfrentamos a muchas adaptaciones que fueron necesarias o obligatorias por todos los profesionales de salud durante nuestra jornada laboral. Tanto fue así, que se reconstruyeron zonas de hospital, aumentaron los servicios especiales, se crearon hospitales de campaña, y zonas para la realización masivas de PCR. Así, a pesar de mi rol de alumna, colaboré en este movimiento de reconstrucción de los espacios. Jamás en mi ejercicio profesional había participado en tantos cambios y tantos esfuerzos para detener un agente infeccioso como el virus que provocó la Pandemia. Al mismo tiempo que es una catástrofe para la salud, reconozco que es también un marco histórico que revela la capacidad de los agentes de la salud para gestionar los cuidados. También en el entorno académico, ante esta nueva situación, la Universidad de Évora tomo medidas estrictas, como cerrar la universidad a los estudiantes de forma presencial, ofreciendo las clases y enseñanzas de manera online, y para aquellos alumnos que comenzaban su periodo de prácticas, le exigían la realización de pruebas PCR, que se realizaban en la universidad de forma gratuita, antes de iniciar cada Estagio en cualquier hospital. Personalmente ante esta situación, cuando la alumna inició mis prácticas, tuve inconvenientes a la hora de ser seleccionada por los hospitales para aceptar las practicas, algunos porque no aceptaban alumnos, otros porque solo querían a los mismos alumnos que trabajaban en sus hospitales, y otros por mi nacionalidad española (dada la alta incidencia de casos en España). Tuve muy difícil cursar los Estagios, pero ante esto la Universidad siempre estuvo ayudándome y ofreciéndome alternativas, por ello cursé las rotaciones por numerosos hospitales, como: Abrantes, Élvás, Barreiro y Portalegre. Antes de iniciar cada Estagio, debía de realizarme una PCR con resultado negativo y entregarlo en el hospital, y cada vez que viajaba a España por motivos de trabajo, traía consigo otra prueba diagnóstica realizada en mi ciudad natal, para así asegurar mi resultado negativo, y no poner en riesgo a los pacientes, grávidas, recién nacidos y compañeros de la unidad.

#### 4.1.4. Competencia 4: Desarrollo del Aprendizaje Profesional

##### Competencia C2: Desarrolla el autoconocimiento y la asertividad (D1):

**Descripción C2:** La Enfermera Especialista demuestra la capacidad de autoconocimiento, fundamental para la práctica de la enfermería, reconociendo que interfiere en el establecimiento de relaciones terapéuticas y multidisciplinarias.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Ser cociente de si mismo como persona y enfermero y empatizar</li><li>❖ Genera respuesta de adaptabilidad individual y organizacional.</li><li>❖ Criterios de evaluación.</li><li>❖ Reconoce sus recursos y limitaciones personales y profesionales.</li></ul>
--------------------	--

##### Reflexión:

El asertividad como bien indica la palabra es la habilidad que permite a las personas expresarse de manera adecuada sin agresividad, frente a otra persona. Asertividad y la empatía, son dos palabras claves en nuestra profesión, ya que hay que saber visualizar la delgada línea que existe entre el paciente y la persona. Todo ello con un enorme esfuerzo de conocimientos científicos, que comprueban diversos ejercicios como los estudios de casos realizados durante mi periodo de prácticas. Mis acciones o actividades realizadas fueron hechas bajo supervisión de un profesional especializado y bajo mi docente autorizado en mi rotación. El desarrollo a lo largo de la experiencia clínica fue notorio, en mi perspectiva de autoevaluación, sin modestia y con orgullo reconozco. En aspectos técnicos, superando con suceso, con evaluaciones positivas, todos los campos clínicos. Fue necesario esfuerzo y dedicación a los temas. Varias veces revisando materias teóricas, interesándome por temas raros, o poco comunes y de ahí, explorándolos a través de estudios de caso (Apéndice D; Apéndice E), cumpliendo con los ejercicios de reflexión, como por ejemplo los 30 jornales de aprendizaje (Apéndice C). También en aspectos personales, ya que al contactar con casos reales en los campos de embarazadas, parturientes, puérperas, he podido ver y entender mejor los significados emocionales de la vida, de la familia y sus necesidades de cuidados inherentes a la especie humana. En hecho, la fragilidad de la mujer en el ciclo embarazo-puerperio y la altricialidad del recién nacido, se mantienen como propios de la especie (Rosenberg & Trevathan, 2002, 2014) y también de la matrona, al asistir, garantiza su felicidad y continuidad de la familia.

### Competencia C1: Basa su práctica clínica especializada en la evidencia científica (D2).

**Descripción C1:** La Enfermera Especialista basa los procesos de toma de decisiones e intervenciones en conocimientos válidos, actuales y pertinentes, asumiendo como facilitadora en los procesos de aprendizaje y agente activo en el campo de la investigación.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Se encarga de ser un facilitador del aprendizaje en el contexto laboral.</li><li>❖ Apoya la práctica clínica en evidencia científica.</li><li>❖ Actúa como formador oportuno en el contexto laboral.</li><li>❖ Diagnostica las necesidades de formación.</li><li>❖ Generar programas y dispositivos de formación.</li><li>❖ Favorece el aprendizaje, la destreza en las intervenciones y el desarrollo.</li></ul>
--------------------	---

### **Reflexión:**

La búsqueda de información es un conjunto de tareas que tienen como objetivo poner al alcance del usuario la información necesaria a sus preguntas. A lo largo de mi estadío, fue una práctica muy valiosa, la búsqueda documentada de todos y cada uno de los apéndices de este documento, partogramas, estudios de casos y sobre todo en las jornadas de aprendizaje.

La búsqueda sobre DPP fue realizada en bases de datos científicas usando programas informáticos, como Rayyan, Apéndice I.

Hube también la oportunidad de desarrollar conocimientos prácticos en software estadístico como el *IBM® SPSS® Statistics Versão 24*, y así analizar datos que concurren para favorecer mi aprendizaje y formación, al mismo tiempo que se ganan habilidades interesantes para el futuro trabajo en investigación.

## 4.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICA

De acuerdo con la OE (OE, 2009) “El EESMO asume en su ejercicio profesional intervenciones autónomas en todas las situaciones de bajo riesgo, en procesos fisiológicos y procesos de vida normal, en el ciclo reproductivo de la mujer y en toda situación de medio y alto riesgo, entendidas como aquellas de procesos patológicos e procesos de vida en el ciclo reproductivo de la mujer”.

Las Competencias específicas del enfermero especialista en enfermería en salud materna y obstétrica son las siguientes:

1. Cuidar a la mujer insertada en la familia y la comunidad en el contexto de la planificación familiar y durante el período preconcepcional.
2. Cuidar a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el período prenatal.
3. Cuida a la mujer que es parte de la familia y comunidad durante el parto.
4. Cuidar a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el posparto.
5. Cuidar de las mujeres que forman parte de la familia y la comunidad durante el período climatérico.
6. Cuida de las mujeres insertas en la familia y la comunidad para que experimenten procesos de salud / enfermedad ginecológica.
7. Se ocupa del grupo destinatario (mujeres en edad fértil) de la comunidad.

Cada competencia se destaca en seguida, comprobando ejemplos de adquisición de desarrollo.

### 4.2.1 Competencia 1: Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad en el contexto de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional

**Competencia 1 - Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad en el contexto de la planificación familiar y durante el período preconcepcional**

**Descripción:** Atiende a las mujeres de la familia y comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el período preconcepcional, estableciendo e implementando programas de intervención y educación para la salud con el fin de promover familias saludables, embarazos planificados y experiencias positivas de sexualidad y paternidad.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realización de consultas en periodo preconcepcional</li> </ul>
<b>Apéndice B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Boletín de DGS.</li> <li>❖ Programas de educación sexual y preconcepcional.</li> <li>❖ Orientación sobre Planificación Familiar</li> <li>❖ Uso de Métodos Anticonceptivos</li> <li>❖ Participación en colocación de Implantes Anticonceptivos: DIU.</li> <li>❖ Educación de Enfermedades de transmisión sexual (ITS)</li> </ul>

#### **Reflexión:**

La consulta preconcepcional es aquella donde asiste toda mujer con su pareja, con el objetivo de conseguir un embarazo y con ello de obtener información sobre conductas de riesgo reproductivo, tratar enfermedades que puedan alterar la evolución de un embarazo normal en

un futuro. Tuve oportunidad de asistir a algunas consultas preconceptionales, realizadas en el HSL de Élvás. Estas consultas eran varios días a la semana y se veían a mujeres puérperas, mujeres en periodo reproductivo, métodos anticonceptivos, entre otros. Ha quedado demostrado que hay numerosos estudios sobre el beneficio de estas consultas, según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Los objetivos de estas consultas son evaluar el riesgo preconceptional de la mujer en esta etapa de su vida, es decir, realizar acciones educativas y promotoras de salud, informando a la paciente de los hábitos de vida saludables previos al embarazo y prescribir la suplementación farmacológica necesaria en cada proceso, como puede ser un ejemplo, la suplementación con ácido fólico 3 meses antes de quedar embarazada y durante el primer trimestre del embarazo, presente las orientaciones de la DGS (DGS, 2015). Este tipo de consultas se realiza en atención primaria, ya que son estos los profesionales sanitarios que asumen la práctica habitual de promoción y prevención de la salud (Capitán-Jurado & Cabrera-Vélez, 2001). He visto los problemas que pueden ocurrir cuando no hay una vigilancia de salud en las adolescentes sexualmente activas. De hecho, las adolescentes que no se cuidan utilizando anticonceptivos, tienen riesgos elevados de vivir dramas posteriores o dobles crisis, tanto por su edad-desarrollo, enfermedades de transmisión sexual, como por embarazos no deseados.

#### 4.2.2 Competencia 2: Cuida a la mujer insertada en la familia y la comunidad durante el periodo prenatal

##### 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.

<p><b>Actividades</b></p> <p><b>Apéndice B</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realización de consultas de vigilancia del embarazo</li> <li>❖ Colaboración de exámenes físicos, analíticos y ultrasonidos.</li> <li>❖ Realización de clases de Preparación para el Nacimiento y Maternidad-Paternidad Hospital Santa Luzia Elvas</li> <li>❖ Realización de exámenes prenatales 240</li> <li>❖ Jornadas de Aprendizaje</li> <li>❖ Boletín de la grávida</li> </ul>
--	---

## Reflexión:

La OMS señala que las embarazadas deben tener acceso a una atención adecuada en cada momento, por ello se ha publicado unas nuevas recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones en el embarazo. Con el nuevo modelo de la OMS, el número de consultas a lo largo del embarazo se ve incrementada a 8 consultas prenatales controladas (Espinilla-Sanz et al., 2018; SEGO, 2010, 2018; WHO, 2018a), para tener mayor oportunidad de detectar y gestionar los posibles problemas que puedan ocurrir durante un embarazo. Por ello, su primer contacto, debe ocurrir tan pronto como posible sea y no más allá de las 12 semanas de gestación, y posteriormente a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas. También se habla de un asesoramiento sobre los hábitos alimenticios saludables y mantenimiento de la actividad física durante el embarazo, la administración diaria por vía oral de suplementos que contengan 30 y 60 mg de Hierro elemental, para prevenir la anemia materna y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir déficit del tubo neural (Ouzzani et al., 2016; García, 2016). En mi experiencia clínica este fue un campo interesante donde pude coger información valiosa para mi desarrollo, tanto por la orientación supervisada, como por tener contacto con los casos. Ya aquí me cuestioné sobre la salud mental de la mujer embarazada. He observado que a pesar de vigilar el embarazo y haber preguntas sobre la deseabilidad del embarazo, de cómo se siente la mujer emocionalmente, no existe un instrumento aplicado por las EESMO, que pueda ser semejante a la EDPS. Reflexionando sobre este tema, he observado que algunos autores (Figueiredo et al., 2007) aplican durante el embarazo la EDPS.

### 4.2.3 Competencia 3: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el parto

#### 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.

<b>Actividades</b>	❖ Realización de 150 vigilancias de trabajos de parto.
<b>Apéndice B</b>	❖ Participación en admisión de gestantes, historia clínica, BG.
<b>Apéndice L</b>	❖ Realización de Triajes Urgencias Obstétricas CHBM, HJMGP.
<b>Apéndice M</b>	❖ Colaboración en Partos distócicos: 26.

- ❖ Realización de 46 partos.
- ❖ Realización de exámenes prenatales 247.
- ❖ Recepción de 204 RN saludables y 30 RN de riesgo.
- ❖ Recogida y análisis de indicadores de Partogramas, OMS 1996, 2018 e DGS.
- ❖ Participación y Orientación en Planos de partos.

### Reflexión:

Determinar el momento exacto en el que se inicia el trabajo de parto es una situación difícil de identificar, ya que es controvertido y difícil de establecer ya que actualmente falta consenso sobre los criterios de diagnósticos. Actualmente, según datos recientes de *American College of Obstetricians and Gynecologists*, en su artículo número 766, febrero de 2017; respaldado por el American College of nurse- Midwives, expone unos datos recientes del Consorcio Safe Labor (ACOG, 2017), apoyando definiciones y aclaraciones para la fase activa del trabajo de parto. Por lo que anteriormente se describía como una vez pasado los 4 cm de dilatación, se establecía la fase activa, no más es ahora validado por estas instituciones. Se considera ahora, que el inicio de parto activo para una gran variedad de mujeres no ocurre hasta llegar a los 5-6 cm de dilatación cervical. Esta decisión supone que la fase latente sea tranquilizadora, siempre y cuando se realiza una buena toma de decisiones compartidas y se crea un buen plan de actividades para su autocuidado y afrontamiento en esta fase por el profesional especializado. En su manual de cuidados durante el trabajo de parto, apoyado por la OMS, donde refleja que los cuidados durante el parto cuando se inicia la fase activa, es decir, 5 cm o más de dilatación, independientemente de su dato de paridad y estado de las membranas y cuando la mujer se encuentre de menos de 4 cm de dilatación y no hay que utilizar esta Guía de la OMS. Siempre el monitoreo fetal y atención con apoyo continuo, recogido en el documento “*Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 3rd ed*” (WHO, labour care guide:user’s manual,2021 ) (<http://apps.who.int/iris/>).

Según la SEGO, (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) en su “*Guía de practica clínica sobre la atención al parto normal*” en octubre de 2010: dice que la primera fase de parto o latente se produce hasta los 4 cm, y desde los 4 cm hasta los 10 cm es la fase activa o segunda fase. Como estrategia de aprendizaje, se aplicó el modelo del Partograma de Abrantes (Apéndice L).

Esta manera de aprender a través del partograma ofreció la oportunidad de caracterizar las mujeres cuidadas en el paritorio (Apéndice M). Tras los conocimientos de estos datos importantes expuestos, he de resaltar que, durante el rotatorio en BP en algunas unidades, se consideraba la fase activa del TP una vez pasaba los 3-4 cm de dilatación cervical y con ello se procedía a la apertura del registro del Partograma. En el otro BP, donde no se usaba el Partograma en papel, tampoco electrónico, se hacía registro en el SClínico de todos los cuidados de la mujer, donde se especificaba en cada fase que se encontraba, considerándose la fase activa también 4 cm de dilatación. Por lo que concluyo que, es necesario actualizar los instrumentos siguiendo las directrices de la ACOG, o la OMS, o todavía de la DGS. Por todas estas controversias, es importante el diagnóstico de la fase activa, el consenso y herramientas que en la práctica clínica nos sirvan de ayuda para la mujer en su desarrollo de parto. La OE en N°14/2021 se pronuncia en la mesa del colegio de especialidad en su asunto de preparación para el parto, concordando con la ACOG (OE, 2021).

En este apartado me gustaría reflexionar sobre una experiencia muy significativa para la alumna, en las prácticas clínicas.

Me gratifica mucho la idea de que yo, fui la persona que asistió con mi supervisor, el primer nacimiento, en banco de partos, empoderando a la mujer en sus decisiones. Ocurrió en el ULSNA y la noticia fue publicada en la Asociación Portuguesa de Enfermeros Obstetras (APEO) y en las redes sociales (Figura 38) <https://www.facebook.com/102652071310153/posts/322624139312944/?d=n> (Apéndice N y el agradecimiento en la red social (Apéndice O).

El parto en el banco (en portugués también llamado “comadre”), facilita a la mujer en el momento de realizar esfuerzos y sobre todo y muy importante garantiza un parto respetado, ya que permite elegir a la mujer la postura más adecuada y cómoda para dar a luz (Figura 37. Foto con permiso de la parturienta).

Llegar al mundo, en un banco de parto, es una de las técnicas cada vez más utilizada en los hospitales de nuestro país, ya que la postura adoptada amplía el canal de parto y acorta el periodo expulsivo del bebé, disminuyendo el riesgo de desgarros. También facilita a la mujer



Figura 36 Parto en banco parto ULSNA- Hospital José María Grande Portalegre.

en el momento de realizar esfuerzos y sobre todo y muy importante garantizar un parto respetado, ya que permite elegir a la mujer la postura adecuada y cómoda para dar a luz, como dice la Ley de Derechos de la Mujer durante la Atención Digna y Respetuosa del Embarazo, Parto, Post Parto y Atención del Recién Nacido”, Ley 2105 (Palma-Espinoza, 2020).

#### 4.2.4 Competencia 4: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el posparto

##### Competencia 4: Cuida a la mujer insertada en la familia y 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.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realización de 204 vigilancias en puerperio</li> </ul>
<b>Apéndice B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Seguimiento de 73 mujeres en puerperio inmediato.</li> </ul>
<b>Apéndice L</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Información sobre métodos de contracepción.</li> </ul>
<b>Apéndice M</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Orientación sobre Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, IHAN.</li> <li>❖ Maternidad con calidad.</li> <li>❖ Programa de apoyo a la lactancia materna.</li> <li>❖ Pulsera electrónica (Portugal, 2008b).</li> <li>❖ Rastreo auditivo (SNS, 2017).</li> <li>❖ Orientación sobre medidas preventivas hacia el Covid-19 en el posparto.</li> <li>❖ Recogida y análisis de indicadores de Depresión Posparto (DGS,2005)</li> </ul>

##### Reflexión:

El periodo posparto es un periodo que ocurre después del parto hasta que el organismo de la mujer recupera la situación previa al embarazo, y para la mayor parte de los prestadores de cuidados, comprende las 6-8 semanas siguientes al momento del nacimiento del recién nacido. Ante la actual emergencia publica sanitaria internacional y declarada mundialmente la pandemia por la Covid-19, declarada también por la OMS, se vivieron situaciones limites en el mundo, y tuvo un gran impacto para los países tanto por la economía, sanidad y producción, entre otros. Muchos de estos impactos han sido estudiados recientemente en numerosos estudios científicos, basados en evidencias científicas. Pero hoy en día, hay pocos estudios e investigaciones sobre el impacto del coronavirus en el puerperio, ya que muchas madres estén contagiadas o no de la enfermedad, desconocen la información sobre cómo realizar el contacto

piel con piel ante una situación como esta o como sobre realizar la Lactancia Materna de manera segura para su recién nacido.

El Ministerio de Sanidad de España recoge unas recomendaciones basadas en evidencias sobre la atención al parto y la lactancia de calidad ante esta situación. Hasta el momento, hay investigaciones que recalcan que estudios microbiológicos de líquido amniótico, placenta, leche materna, sangre del cordón umbilical y aspiración nasal de los recién nacidos de madres positivas en la enfermedad durante el embarazo han resultado negativos, y por el contrario, si existen estudios que confirma la existencia de Ac IgA contra el SARS-CoV-2 en la leche materna, por ello es recomendado mantener y no interrumpir la lactancia materna para disminuir el impacto clínico del Covid-19 sobre el recién nacido (Rees, Turner & Thornton, 2021 ; Selzman et al., 2021).

En la Maternidad del Hospital de Portalegre, existe un “Circuito Covid-19”, que consiste en que toda mujer que necesite asistencia o cuidados en las instalaciones, se les realiza una PCR, dependiendo del resultado pasa a una zona limpia o una zona de Covid-19. Si la mujer llega en el momento del parto siendo positiva, se le redirecciona a esta área de Covid-19 positivo y se incrementan las medidas de seguridad. También en estas instalaciones se les informa de todos sus cuidados y de la importancia de la fomentación de la lactancia materna inmediata en estos casos. Esta situación no ha sido fácil de afrontar a nivel emocional por las embarazadas que dan a luz en estas situaciones y con ello, se ha manifestado una mayor manifestación de síntomas depresivos, ansiosos, afectando así a su salud mental, y conllevando a una DPP más temprana e intensa. Esta pandemia también ha tenido un impacto ante los derechos adquiridos hace años sobre el acompañamiento en la atención del embarazo, parto y posparto, ya que durante este último año de pandemia, las gestantes han asistido a todo este proceso solas, y en algunos lugares incluso se han realizado más partos distócicos o instrumentados de lo estrictamente necesario, y también la separación de la madre y recién nacido.

#### **4.2.5 Competencia 5: Cuida a la mujer insertada en la familia e comunidad durante el periodo del climaterio**

**Competencia 5: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el periodo del 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**

- ❖ Búsqueda de literatura entorno al abordaje del climaterio.
- ❖ Asesoramiento sobre climaterio en las urgencias de ginecología.

### Reflexión:

El periodo del Climaterio es una etapa en la vida de la mujer que dura durante años, ocurre antes y después de la menopausia, como secuela del fallo ovárico, unido a la disminución en la producción de hormonas como Estrógenos, con ello pierde la capacidad de producir hormonas, folículos y ovocitos, por ello es fundamental estar pendientes de los cambios o patologías que nos provocan este tipo de trastornos. La palabra climaterio proviene de la palabra *Climater*, que significa peldaños o escalones (Torres Jiménez, 2018). El climaterio no es una enfermedad, es el resultado de la evolución de la vida y del proceso natural de volverse anciana. Este tipo de trastornos causa una alteración en la mujer, como puede ser: olas de calor, secura vaginal, insomnio, sudores nocturnos, síntomas depresivos y dificultades cognitivas. Se traducen en preocupaciones individuales, por ejemplo, aumento de peso, aumento del colesterol, entre otros (Santoro, Epperson & Mathews, 2015). Algunas de las mujeres se incomodan y perturban mucho, otras asumen el climaterio reconociendo este trastorno, pero descubriendo maneras de vivir en equilibrio. Tuve oportunidad de cuidar y orientar a mujeres menopaúsicas en las urgencias de ginecología o hospitalización para darle todo tipo de información relevante con su nueva etapa.

## 4.2.6 Competencia 6: Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad para que experimenten procesos de salud, enfermedades ginecológicas

**Competencia 6:** Cuida a la mujer insertada en la familia y comunidad para que experimenten procesos de salud, enfermedades ginecológicas.

**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**

- ❖ Consultas Ginecología HSL en Élvás.
- ❖ Cribados del cáncer de cuello de útero.

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Asesoramiento sobre estilos de vida saludables y dietas equilibradas,</li><li>❖ Asesoramiento sobre cuidados y más programas de detección de patologías ginecológicas.</li></ul> |
|--|--|

### Reflexión:

La salud ginecológica es uno de los cuidados más importantes de la vida de la mujer, ya que va cambiando en cada etapa, desde la niñez, la adolescencia hasta la vejez. Existen muchos trastornos, patologías o alteraciones que afectan a la mujer y requieren cuidados por parte de un profesional sanitario especializado. Actualmente existen test o programas de *screening* o rastreo, para la prevención de enfermedades, tanto en la adolescencia, como en la menopausia, pero, aun así, hay algunos estudios o rastreos que no pueden asegurar ni beneficencia, ni el principio *primum non nocere*, traducido al castellano, lo primero es no hacer daño. El *screening* es una medida de prevención secundaria en la cual se realizan pruebas diagnosticas a personas que se consideran sanas, con el fin de detectar patologías de forma precoz, según la OMS (Cancer.net, 2012). Existen ciertos rastreos esenciales en la detección de enfermedades importantes y con una elevada incidencia como son: los screening mamográfico rutinario para las mujeres de 40 años, los screening de detección del cáncer de próstata PSA, cribado neonatal de enfermedades metabólicas y el cribado poblacional del cáncer, donde se encuentra el cáncer de mama, el colorrectal y el de cérvix.

Durante un periodo de mi Estagio en territorio portugués, realice cribados de cáncer de cérvix a mujeres mediante Citologías del cuello de útero, a todas las mujeres que asistieron para revisión que tenían entre 25-65 años, en el HSL de Elvas. Este tipo de prueba o rastreo es realizado normalmente en los Centros de Salud de Atención Primaria, siendo una, de las muchas competencias de las profesionales EESMO, donde una de ellas se describe para la obtención del título de ESMO, que es realizar tomas de muestras cervicales y vaginales para citologías, exámenes en fresco, cultivos y otros exámenes, en al menos 150 mujeres (publicado en el BOE núm. 129, del 28 de mayo de 2009, paginas 44697 a 44729, del Ministerio de Sanidad y Política Social Español). En la Consultas se realizaba la exploración ginecológica bimanual, la prueba del Papanicolau (prueba de citología de base líquida, a menudo denominada ThinPrep o SurePath,), tipificación del VPH, Colposcopia o Biopsia. Este es un tema importante, ya que estudio de 2014 reconoce el Alentejo y los Azores, como los territorios donde en Portugal, existía mayor probabilidad de no haber hecho citología cervical (Oliveira, Peleteiro & Lunet, 2014).

Estudios mas recientes en la población residente en Portugal, identifican mayores dificultades para las mujeres migrantes en la unión a programas de rastreo (Marques et al., 2020).

#### 4.2.7 Competencia 7: Cuida a la población diana (mujeres en edad fértil) insertadas en la comunidad

**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.

<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Diagnóstico de las necesidades de las gestantes en la comunidad.</li><li>❖ Clases de preparación al parto.</li><li>❖ Promoción de recursos en la comunidad (ej. Grupos de apoyo, asociaciones maternas/familiares, asesoras de lactancia.)</li></ul>
--------------------	--

#### **Reflexión:**

El papel protagonista de los cuidados debe seguir unos enfoques de modo comunitario como protagonista. El rápido avance tecnológico de hoy en día y los constantes cambios en la sociedad nos exponen a la población a continuos riesgos y posibles enfermedades masivas.

La comunidad, se entiende como, una asociación de humanos que vive en un territorio y que entre ellos existen relaciones interpersonales, tradiciones y intereses comunes, es por ello por lo que, tratando a la población comunitaria, tratamos al conjunto de individuos (Dandicourt Thomas, C., 2018).

Este fue una competencia, que por razones de la Pandemia necesitó de creatividad de los servicios donde realice las prácticas clínicas, ya que pocas personas comparecían físicamente en las instituciones de salud para tratamientos no urgentes, ya que durante el confinamiento domiciliario se derivó mucha patología no urgente o leves, a los centros de salud y solo se quedo el hospital para patologías urgentes y relacionadas con la pandemia.

Es necesario no olvidar que los cuidados en la comunidad necesitan el respecto por las culturas, existiendo una preocupación en los profesionales de enfermería, para que sean culturalmente congruentes (Wehbe-Alamah, Hammonds & Stanley, 2021). Dada la incidencia de la diversidad cultural en salud, hace que el cuidado a los pacientes se convierta en un desafío permanente para poder ofrecer una buena herramienta que permita establecer y reconocer su propia cultura profesional.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

El Mestrado en Enfermería en Salud Materna y Obstétrica, delega el grado académico y paralelamente reconoce por la OE y por la Directiva Europea n.º 89/594 / EEC (EUR-Ley) las competencias necesarias para atender a la mujer, insertada en la familia, comunidad, en el ciclo embarazo, periodo del puerperio, así como atención en el área de salud sexual y reproductiva. En la formación de este Máster por la Universidad de Évora se llevaron a cabo las prácticas de Naturaleza Profesional, donde fueron especificadas habilidades técnicas y de investigación que fueron recogidas en este Informe. Se acredita que se obtuvieron las competencias solicitadas y reconocidas por la Directiva Europea, para la obtención del título de EESMO a nivel europeo. Diferentes experiencias están subyacentes a este proceso de adquisición. Con detalle se presentarán las actividades, intentando ilustrar y comprobar a través de los documentos en apéndice. Al mismo tiempo, se buscó enriquecer la descripción con fundamentación en artículos y en estudios de autores.

En particular, el tema que nos preocupa es el papel que tienen los EESMO en las DPP o enfermedades mentales durante el embarazo o posparto. De hecho, es una enfermedad poco estudiada y que a veces pasa desapercibida ante los profesionales de salud. Por ello, es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento específico, ya que el no hacerlo puede tener consecuencias tanto para la madre como para el hijo.

Es importante, identificar posibles factores de riesgo de la depresión posparto, pues es una de las actividades que pueda desempeñar los EESMO para evitar o acortar este trastorno que tanta incidencia está causando en nuestro país. El mejor profesional que puede hacer hincapié y detectar este tipo de trastorno son los profesionales de atención primaria, ya que atienden y cuidan a la mujer desde el inicio del embarazo y en sucesivas revisiones en el posparto. La figura del EESMO o de la matrona, es clave en la identificación y ejecución de las intervenciones, por lo que hacen que nos sirva de referencia para poder abordar este tipo de patología con mayor éxito.

A través de este IENP, se cumple una de las últimas actividades como estudiante. Llevó tiempo esfuerzo, pero se garantizó conocimiento. Así, al mismo tiempo se abre la portada para nuevos desempeños de futuro. Eso significa la adquisición de nueva identidad profesional, nueva autoimagen, pero, sobre todo, nuevos desafíos para cuidar la mujer en etapas muy significativas de su vida.

## REFERENCIAS

- ACOG. (2018a). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*, 131(5), e140-e150. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002633>
- ACOG. (2018b). ACOG Committee Opinion No. 756 Summary: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstetrics & Gynecology*, 132(4).
- Ahmed, A., Bowen, A., & Feng, C. X. (2017). Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1433-2>
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of general psychiatry*, 17, 18-18. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0188-0>
- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 466-466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 35(4), 491-498. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x>
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, 36825 a 36830 (999). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>
- Bolnga, J. W., Lufele, E., Teno, M., Agua, V., Ao, P., Di Mola, G., . . . Laman, M. (2021). Incidence of self-induced abortion with misoprostol, admitted to a provincial hospital in Papua New Guinea: A prospective observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. <https://doi.org/10.1111/ajo.13413>
- Capitán-Jurado, M., & Cabrera-Vélez, R. (2001). La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante. *Medifam*, 11, 61-77.
- Carpizo, J. (2011). Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características. *Cuestiones constitucionales*, 3-29.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 208, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>
- DGS. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*. Manual de Orientação para Profissionais de Saúde. In. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.
- Edhlund, B. M. (2012). *NVivo 10 essentials: your guide to the world's most powerful data analysis software*. Stallarholmen, Sweden : Form & Kunskap AB, [2012] ©2012.

- Evans, M. G., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión postparto. Realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494.
- FAME. *Federación Asociación de Matronas Españolas*. FAME. <https://www.federacion-matronas.org>
- Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74, 229-243.
- Fernández-Vera, J., Iturriza-Natale, A., Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*, 10(3), 103-109. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8>
- García, R. (2016). Suplementos en gestación: últimas recomendaciones. *Nutrición Hospitalaria*, 33. <https://doi.org/10.20960/nh.336>
- Gulamani, S. S., Shaikh, K., & Chagani, J. (2013). Postpartum depression in Pakistan: a neglected issue. *Nurs Womens Health*, 17(2), 147-152. <https://doi.org/10.1111/1751-486x.12024>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1722564-1722564. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Kazemi, A., Ghaedrahmati, M., Kheirabadi, G. R., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2018). The Experiences of Pregnancy and Childbirth in Women with Postpartum Depression: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, In Press*. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.66998>
- Laios, K., Karamanou, M., Tsoucalas, G., & Androutsos, G. (2014). Soranus of Ephesus (98-138) on postpartum depression. *Acta Med Hist Adriat*, 12(1), 153-156.
- Lansky, S., Souza, K. V., Peixoto, E. R. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., . . . Friche, A. A. L. (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saude Colet*, 24(8), 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017> (Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.)
- Li, Q., Xue, W., Gong, W., Quan, X., Li, Q., Xiao, L., . . . Poleshuck, E. L. (2021). Experiences and perceptions of perinatal depression among new immigrant Chinese parents: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 739. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06752-2>
- Lugo, G. F., & Mondragón, V. J. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas médica*, 47(2), 131-140.
- Matronas, A. E. d. (2011). Código Deontológico de las matronas españolas.
- Marques, P., Nunes, M., Antunes, M., Heleno, B., & Dias, S. (2020). Fatores associados à participação no rastreamento do câncer cervical entre mulheres migrantes na Europa: uma revisão de escopo. *Jornal internacional para a equidade em saúde*, 19 (1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01275-4>

- Menon, V., & Muraleedharan, A. (2020). Internet-based surveys: relevance, methodological considerations and troubleshooting strategies. *General psychiatry*, 33(5), e100264-e100264. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100264>
- Molero, K. L., Urdaneta Machado, J. R., V, C., Baabel Zambrano, N., Contreras Benítez, A., Azuaje Quiroz, E., & Baabel Romero, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79, 294-304.
- Molero, K. L., Urdaneta-Machado, J. R., Sanabria, C., Baabel-Zambrano, N., Contreras-Benítez, A., Azuaje-Quiroz, E., & Baabel-Romero, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79, 294-304.
- Mondragón, G. F. O. L. V. J. Trastornos afectivos posparto.
- Moore, N. (2018). The violent birth of the mother and the baby blues. *Psychodynamic Practice*, 24(1), 60-63. <https://doi.org/10.1080/14753634.2017.1400737>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., & Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence-based medicine*, 21(4), 125-127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Murad, M. H., Sultan, S., Haffar, S., & Bazerbachi, F. (2018). Methodological quality and synthesis of case series and case reports. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(2), 60. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2017-110853>
- Oliver, M. A. (2020). The value of nurses in times of COVID: a Public Health perspective [El valor de las enfermeras en tiempos de COVID: una mirada desde la Salud Pública]. *Enfermería clínica (English Edition)*, 30(6), 357-359. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.002>
- Oliver-Roig, A., d'Anglade-González, M. L., García-García, B., Silva-Tubio, J. R., Richart-Martínez, M., & Dennis, C. L. (2012). The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*, 49(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005>
- Oliveira, M., Peleteiro, B., & Lunet, N. (2014). Utilização da citologia no rastreio do cancro do colo do útero em Portugal: resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. *Jornal europeu de saúde pública*, 24 (2), 253–258. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt077>
- OMS. (2017a). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros*. Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2017b). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer*. Organización Mundial de la Salud.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Palma-Espinoza, M. (2020). Parto humanizado. *Acta Médica Costarricense*, 62, 52-53.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching [Article]. *La práctica reflexiva en estudiantes de enfermería en la enseñanza clínica.*, 4(11), 121-131. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereda Ríos, A., Navarro González, M., Viñuela Benítez, M. C., Aguarón de la Cruz, A., & Ortiz Quintana, L. (2014). Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras [Psychiatric disorders in the puerperium: Our role as obstetricians]. *Clín. invest. ginecol. obstet. (Ed. impr.)*, 41(4), 169-175.
- Pereira, L., Cunha, M., Cardoso, R. & Rul, S. (1997) O método funcional na enfermagem. *Análise Crítica. Revista Mineira de Enfermagem* 1(1), 64-68

- Pordata. (2020). *Idade media da mãe ao nascimento de um filho*
- Rights, E. C. O. H. (2016). CASE OF DUBSKÁ AND KREJZOVÁ v. THE CZECH REPUBLIC. In JUDGMENT, STRASBOURG.
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *Bjog*, 109(11), 1199-1206. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2014). Evolutionary obstetrics. *Evolution, Medicine and Public Health*, 148-148. <https://doi.org/10.1093/emph/eou025>
- Salazar, I., Sainz, J. A., García, E., Marrugal, V., & Garrido, R. (2011). Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto [Influence of early postpartum home visits on the detection and clinical course of postpartum depression]. *Prog. obstet. ginecol. (Ed. impr.)*, 54(2), 65-70.
- Selzman, C. H., Tonna, J. E., Pierce, J., Vargas, C., Skidmore, C., Lewis, G., Hatton, N. D., & Phillips, J. D. (2021). A pilot trial of human amniotic fluid for the treatment of COVID-19. *BMC research notes*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05443-9>
- Skoog, M., Berggren, V., & Hallström, I. K. (2019). 'Happy that someone cared'-Non-native-speaking immigrant mothers' experiences of participating in screening for postpartum depression in the Swedish child health services. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 23(1), 118-130. <https://doi.org/10.1177/1367493518778387>
- Ta Park, V. M., Goyal, D., Suen, J., Win, N., & Tsoh, J. Y. (2019). Chinese American Women's Experiences with Postpartum Depressive Symptoms and Mental Health Help-Seeking Behaviors. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 44(3), 144-149. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000518>
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76, 102-112.
- Velázquez Aznar, A., & Dandicourt Thomas, Caridad. (2010).
- Wallace, S., Schuler, M. S., Kaulback, M., Hunt, K., & Baker, M. (2021). Nursing student experiences of remote learning during the COVID-19 pandemic. *Nursing forum*, 56(3), 612–618. <https://doi.org/10.1111/nuf.12568>.
- WHO. (2011). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
- WHO. (2017). *World Health Day 2017: Depression, Let's Talk*. World Health Organization. Retrieved 27th oct from [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14978:world-health-day-2017&Itemid=42091](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14978:world-health-day-2017&Itemid=42091){=en
- WHO. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base* CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>

# APÉNDICES



**10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)**

Nome:	Margarida Santana Fialho Sim-Sim		
Universidade/Instituição:	Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem S. Joao de Deus,		
N.º Identificação Civil:	04857663	Tipo de Identificação:	<input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro:
Telef.:	936171517	E-mail:	msimsim@uevora.pt
ID ORCID:	0000-0002-0028-2664		
Nome:			
Universidade/Instituição:			
N.º Identificação Civil:		Tipo de Identificação:	<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro:
Telef.:		E-mail:	
ID ORCID:			
Nome:			
Universidade/Instituição:			
N.º Identificação Civil:		Tipo de Identificação:	<input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro:
Telef.:		E-mail:	
ID ORCID:			

**11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO**

Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS):	Ciencias de la Salud
<small>Consulte a lista de Áreas FOS em: <a href="http://www.dgeec.mec.pt/np4/28">http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</a></small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'):	Depresion posparto;Escala Edimburgo; Ansiedad;Puerperas;tristeza

**12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA**

Assistencia a la mujer en el ciclo gravídico-puerperal.
---

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

No documento em anexo.
------------------------

**14. DOCUMENTOS ANEXOS**

<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho
<input checked="" type="checkbox"/> Cronograma
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es)
<input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small>
<input type="checkbox"/> Outros:

**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/E/TP.

# Apêndice B - Registro de Experiências Clínicas



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Assunto: Registro de Experiências Clínicas



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

Nome do Aluno Flávia Adel Castro Nº m44416

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	247
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) ----- • Participação activa em partos pélvicos ----- • Participação activa em partos gemelares ----- • Participação activa noutros partos ----- • Episiotomia ----- • Episiorrafia / períneorrafia -----	46 0 1 26 16 40
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez ----- • Trabalho de parto ----- • Puerpério -----	280 144 30
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	204
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	204
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	30
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	79

Rubrica Professor

*Magdalena San-Sim*

## Apéndice C - Jornales de Aprendizaje

Jornal	Data	Local	Campo	Tema
1	15-20 Sept 2020	CHMT-A	Bloco de Partos	Alteración de la arteria umbilical única
2	21 set -27 Sept 2020	CHMT-A	Bloco de Partos	Diabetes gestacional
3	28-4 out 2020	CHMT-A	Bloco de Partos	Criopreservación de cordón umbilical
4	5-11 out 2020	CHMT-A	Bloco de Partos	Incompatibilidad de Rh
5	12-18 out 2020	CHMT-A	Bloco de Partos	Atonía uterina
6	19-25 out 2020	CHSL	Consulta Externa	Macrosomopatía fetal
7	26 – 1 nov 2020	CHSL	Consulta Externa	Hipertensión Arterial en el embarazo
8	2-8 nov 2020	CHSL	Consulta Externa	Romboencefalosinapsis fetal
9	9-15 nov 2020	CHSL	Consulta Externa	Polihidramnios
10	16-22 Nov2020	CHSL	Consulta Externa	Amenaza de Parto Prematuro
11	23-29 Dic 2020	CHBM	Hospitalización Grávida	Toxoplasmosis fetal
12	8-14 fev 2021	CHBM	Hospitalización Grávida	Pancreatitis litiasica en el embarazo
13	15-21 fev 2021	CHBM	Hospitalización Grávida	Hemorragias del 2 y 3 Trimestre
14	22-28 fev 2021	CHBM	Hospitalización Grávida	Pielonefritis por Klebsiella en el embarazo
15	1-7 mar 2021	CHBM	Hospitalización Grávida	Infecciones y Parasitas.
16	8-14 mar 2021	HSMP	Bloco de Partos	Episiotomía
17	22-28 mar 2021	HSMP	Bloco de Partos	Inducción al TP
18	29 mar – 4 abr 2021	HSMP	Bloco de Partos	Musicoterapia y uso de inductores
19	5-11 abr 2021	HSMP	Puerperio	Laceraciones del periné
20	12- 18 abr 2021	HSMP	Puerperio	Incompatibilidad feto-pélvica
21	19-25 abr 2021	HSMP	Puerperio	Hemorragia posparto
22	26 abr – 2 mai 2021	HSMP	Puerperio	LM posparto inmediato
23	3 – 9 mai 2021	HSMP	Puerperio	Placenta previa
24	10-16 mai 2021	HSMP	Bloco de Partos	Parto pretermino y prematuro
25	17-23 mai 2021	HSMP	Bloco de Partos	Pato en Banco de partos y diferentes posiciones en el trabajo de parto
26	24-30 mai 2021	HSMP	Bloco de Partos	Hipertonía uterina
27	31mai-4 Jun de 2021	HSMP	Bloco de Partos	Oligohidramnios fetal
28	7-13 Jun de 2021	HSMP	Bloco de Partos	Asinclitismo fetal
29	14-20 Jun de 2021	HSMP	Bloco de Partos	Anemia gestacional
30	21-25 Jun de 2021	HSMP	Bloco de Partos	Distocia de hombro y maniobras de Mc Roberts

Data: de 15/set /2020 a 26 /Oct /2020

Campo clínico: Bloco de Partos. Local: CHMT-Abrantes Semana: 2ª

## Editorial

Tema: Ocurrencia de arteria umbilical única

En esta semana el tema importante que tratamos en la unidad fue la alteración de la arteria umbilical única en una grávida de 39+2 semanas de gestación, ingreso para inducción al trabajo de parto. Esta patología es una anomalía frecuente y común del cordón umbilical, que consta de una arteria y una vena, es decir, solo dos vasos sanguíneos. Entre estas malformaciones del cordón umbilical, la AUU es la mas frecuente con un 0,5% y el 0,7% de todos los embarazos, como por ejemplo el 1% en fetos únicos y hasta un 5% en fetos múltiples (García de la Rosa et al., 2010)

Se conoce que la arteria umbilical única es causada por atrofia de una arteria que con anterioridad fue normal o de un fallo del desarrollo o agenesia de estas arterias, donde también influía el acortamiento del cordón y Oligohidramnios, que tienen un factor importante en esta patología (Martínez et al., 2006) en casi el 20% de los casos de arteria umbilical única se hace el diagnóstico prenatal en una población de alto riesgo en que se suele asociar con anomalías cromosómicas, donde la trisomía 18 es la anomalía cromosómica más asociada con una arteria umbilical única. Algunos autores consideran que la etiología de la AUU es heterogénea y que cualquiera de los mecanismos sugeridos puede ser el responsable, siendo la mas frecuentemente ausente la izquierda. Esta alteración es detectable por ultrasonido desde alrededor de las 13 semanas de gestación y puede encontrarse en recién nacidos sanos, pero su frecuencia es de 3 a 4 veces mayor en recién nacidos con restricción del crecimiento, prematuridad y muerte perinatal, así como en gemelos (Pascual, 2020). También se la ha asociado a diabetes materna, preeclampsia, poli y oligohidramnios (Martínez et al., 2006). Puede afectar a complicaciones obstétricas como; bajo peso al nacer, parto prematuro y baja puntuación en el Test de Apgar, y en algunos casos muy concretos en la salud de los riñones, el aparato digestivo o el corazón del recién nacido durante el embarazo. Para poder descartar posibles anomalías en estos órganos, se vigilará más atentamente a las embarazadas con factor de riesgo, realizando un ecocardiograma cardiaco en el recién nacido o en algunas situaciones una Amniocentesis (Pascual, 2020).

## Actividades Semanales

Es importante conocer el contexto dónde ocurren los estadios, para mejorar y comprender las actividades desarrolladas dentro del CHMT- Abrantes. El servicio de Bloco de partos esta integrado en el Departamento de Salud de la Mujer y de la crianza, en el 5º piso, conjuntamente en el servicio de Neonatología y Puérperas/Ginecología. Este bloque de parto esta capacitado de apoyo perinatal (HAP), integrado en la red de referencia Materno-Infantil de la unidad de Coordinada Nacional del Medio Tejo. El equipo multidisciplinar es constituido por médico obstetra-ginecólogo, anestesiistas, neonatólogo, pediatras, EESMOS, asistentes operacionales, asistentes sociales y secretarias de unidad. El equipo de enfermería está compuesto por 43 elementos, incluyendo a la enfermera cheff. EL bloque de partos funciona en unión con los restantes servicios de CHMT, servicios de apoyo técnico y de apoyo general, bloque operatorio, urgencias y todas las especialidades medicas e servicio social. La estructura del bloque de parto esta formado por 5 salas de parto, 2 gabinetes de observación, 1 sala de ecografía, 1 sala de CTG con 4 registros, 1 sala de tratamientos con cama y material necesario, 1 sala de Reanimación del RN, 1 sala de trabajo, 1 gabinete de enfermería, 1 sala de espera, 1 sala polivalente, 2 vestuarios para acompañantes, 3 WC para profesionales y 4 WC para enfermos. La sala de parto esta equipada con cama de dilatación y parto, CTG, monitor cardiaco, bombas perforas, jeringas impulsoras, mesa de apoyo, armario para material, esterilizador, rampas de oxigeno y vacuo para adulto e RN, aspiradores de alta y baja presión, sofá y silla para acompañante. La sala de reanimación del Rn esta equipada con mesa de reanimación, mesa de aquecimiento del RN, material para reanimar, bañera, peso, incubadora. Existe un carro de emergencias, carro de analgesia Epidural, medicación, frigorífico de medicación y estupefacientes. La sala de partos se destina a parturientas, grávidas en situaciones de aborto o riesgo y necesiten internamente. En el comienzo del turno, se realiza el relevo del turno anterior, y el enfermero especialista te cuenta todo lo pendiente de las grávidas que están en la unidad. Acuden a urgencias 6 grávidas derivadas del SNS por los médicos obstetras para la colocación de monitores CTG, tras monitorización externa 30 minutos, pueden marcharse a su domicilio. Acude una señora de 10+1 semanas de gestación con ITU y Combbur positivo en leucos y hematíes, con ardor al orinar. Una vez tomadas las constantes vitales TA; 128/83. Tº 36,8 y un bote de orina. Se le realiza eco-vaginal y se le pautan un tratamiento por candidiasis. Ingresa grávida de 37+2 semanas por REBA a las 12:15h del día 20/09/20. Grupo sanguíneo A positivo, Streptococos B Negativo. Constantes estables. No alergias conocidas. Test Covid-10 negativo. G1P0. RN: masculino, Leonardo. Alteración en el cordón Umbilical: Arteria umbilical única. Pasa a bloque de partos por CTG con buena variabilidad FCF 140 lpm, con pequeñas contracciones de poca amplitud.

## Adquisición de Competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Trabajo de parto y parto.	3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica y monitoriza el trabajo de parto.</li> <li>Identifica y monitoriza el riesgo materno- fetal, durante el trabajo de parto y parto, referenciando las situaciones que están para su área de actuación.</li> <li>Observación de los exámenes realizados (análisis y ecografías).</li> <li>Identifica y monitoriza desvíos del patrón normal de evolución del trabajo de parto, referenciando situaciones que están en su área.</li> <li>Evalúa y determina la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el trabajo de parto.</li> </ul>	3.Promueve la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concibe, planea, implementa y evalúa intervenciones adecuadas a la evolución del trabajo de parto optimizando las condiciones de salud de la madre y del feto.</li> </ul>	
<b>Periodo de Internamiento</b>	2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de Inmunoglobulina anti-D y registro en el sistema informático e BSG;</li> <li>• Cuidados sobre alimentación, cuidado de la piel, vestuario, métodos de relajamiento y transición para la parentalidad.</li> <li>• Provisión de material informativo sobre los diferentes asuntos.</li> <li>• Registro Informático de todos los focos en sistema SClínico®.</li> </ul>	H2.1 Promover la salud da mujer durante o período posparto y parto.
<b>Pós-natal</b>	4.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del peso, tensión arterial e IMC.</li> <li>• Entrega de contraceptivos.</li> <li>• Cuidados sobre a sexualidad.</li> <li>• Evaluación y orientación sobre los cuidados al Recién-nacido (RN)</li> <li>• LME al recién nacido o alimentación.</li> <li>• Uso de modelos para demostración.</li> <li>• Orientación sobre a Transición para a Parentalidad.</li> </ul>	H4.1 Promover la salud de la mujer y del recién-nacido en el período pós-natal. H4.2. Diagnostica precozmente y previene complicaciones para a salud de la mujer e recién-nacido durante o período pós-natal.
<b>Fuentes de Pesquisa</b>			
<p>García-de-Rosa, L., Mazzitelli, N., Grandi, C. &amp; Rittler, M. (2010). Arteria umbilical única y malformaciones asociadas en una serie de 5.500 autopsias. Implicancia en conductas perinatales. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 29(1),4-9.[fecha de Consulta 19 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1514-9838. Disponible en: <a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91213729002">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91213729002</a></p> <p>Martínez-Frías, M.<sup>a</sup>, Bermejo Martínez-Frías, M., Bermejo-Sánchez, E., Rodríguez-Pinilla, E., Prieto-Merino, D. (2006) Características de los neonatos con y sin arteria umbilical única. Análisis de dos series consecutivas de recién nacidos con y sin defectos congénito. Volumen 65, Pág. 541-550. Disponible en: <a href="https://www.analesdepediatría.org/es-estadisticas-13095846">https://www.analesdepediatría.org/es-estadisticas-13095846</a>.</p> <p>Pascual, K. (2020). Arteria umbilical única: cómo afecta al embarazo y al bebé. Retrieved 13 October 2020. Disponible en: <a href="https://www.bebesymas.com/embarazo/arteria-umbilical-unica-como-afecta-al-embarazo-al-bebe">https://www.bebesymas.com/embarazo/arteria-umbilical-unica-como-afecta-al-embarazo-al-bebe</a>.</p>			

Data: e 15/set /2020 a 26 /Oct /2020

Campo clínico: Bloco de Partos.

Local: Hospital de Abrantes

Semana: 3ª

Editorial

Tema: Diabetes gestacional

El tema estrella de esta semana fue la Diabetes Gestacional, ya que fue un tema con una alta demanda en las urgencias y también en el momento del parto. Durante un embarazo normalmente se producen cambios metabólicos importantes, que causan un aumento de la resistencia de la insulina, por el *lactógeno placentario*, hormona producida por la placenta, llamada también *Somatomamotropina coriónica humana* (Contreras-Zúñiga et al 2008). Normalmente se produce una hiperinsulinemia compensadora, donde los niveles de glucemia posprandial suben en el organismo materno durante la gestación (Lima-Marcos et al.,2012). Sin embargo, en el tercer trimestre, es decir, desde la semana 27 hasta el final del embarazo, la glucemia basal baja por aumento del consumo de glucosa por la placenta y el feto (Castillo-Cartín, 2011). En la grávida diabética pre-gestacional puede aparecer una emergencia médica que requiere de unidad de cuidados intensivos (UCI) debido a su asociación con la mortalidad materna y fetal por cetoacidosis, donde no se ajusta su dosis de insulina conforme aumentan sus requerimientos (Lima-Marcos et al., 2012). Se conoce que hay mayor probabilidad de DM y obesidad entre los recién nacidos de mamás diabéticas que se encuentran descompensadas, ya que ocurre una alteración de las células beta en el organismo y alteración en los tejidos adiposos que están expuestos durante la primera semana de embarazo a un medio metabólico bastante alterado (Contreras-Zúñiga, E., et al 2008). En varios estudios se ha demostrado una incidencia mayor a abortos espontáneos en mujeres con DM de dos a tres veces superior a la de la población en general, por el contrario, en algunas mujeres la DG puede afectarle a más de un embarazo entre las 24 y 28 semanas de gestación. Puede controlarse normalmente con ejercicio saludable moderado y una dieta, en ocasiones cuando no se controla se podrá necesitar de insulina. (Castillo-Cartín, A.,2011).

Actividades semanales

En esta semana he aprendido a realizar ingresos en el bloque de partos y en el monitor de CTG, que es una pantalla donde se controlan todos los registros de todas las mujeres que están en el paritorio en ese momento. Realice entrevistas de anamnesis con su historia clínica y personal de la paciente y su pareja, donde se obtienen datos como; edad, grupo sanguíneo y factor Rh, IO, IG, alergias medicamentosas y alimenticias, sexo, antecedentes personales, DPP, DUM, hábitos tóxicos, antecedentes obstétricos y familiares, boletín de la grávida...Antes de entrar a la unidad se le realiza la PCR-Covid-19 a la grávida y al acompañante para confirmar resultados y trasladar a la paciente a zona limpia o zona preparada para Covid. Los toques vaginales durante la asistencia al parto, es una técnica diagnóstica fundamental en el comienzo y progreso del trabajo de parto, pasando por dilatación, fase de expulsión y utilizado en el medio hospitalario. Es importante destacar que diversos estudios demuestran que el tacto vaginal debe ser considerado como un factor de riesgo potencial de padecer una infección amniótica o puerperal, materna y neonatal, ya que es un toque séptico, incluso realizándolo en condiciones asépticas. Se realizaba la exploración vaginal durante o entre las contracciones, para saber la dilatación cervical, el borramiento y el plano fetal. El grado de dilatación se mide en cm, y el parto esta en TP activo a los 3 cm que es donde se abre la hoja de partograma, hasta su dilatación completa los 10 cm. Aprendí el uso y manejo de el Partograma, que es una representación visual de gráficas con valores y eventos relacionados con el trabajo de parto, donde se refleja por una parte la dilatación cervical en el tiempo con los cm, la frecuencia cardíaca fetal, los signos vitales de la madre, descida de la presentación fetal, las características del cuello cervical, elástico, suave o espeso. También se observa el color, cantidad, olor del líquido amniótico y la actividad uterina. Por otra parte, se observa la hora de expulsión, el tipo de parto eutócico o distócico, la anestesia que se efectúa, el mecanismo de salida de la dequitudadura, la cantidad de sangre perdida, el estado de las membranas y el cordón, si se le ha puesto alguna medicación como Oxitocina a la mujer y por último valora el Test de Apgar del recién nacido y si ha requerido reanimación cardíaca o no. Cada partograma es diferente de un hospital a otro, pero todos tienen que valorar los mismos parámetros. Es importante al realizar un tacto, observar el líquido amniótico, color y olor, y valorar el descenso fetal y altura e información de la presentación. Realizada siempre los tactos vaginales, junto con el vaciamiento vesical cada 2 horas, en una grávida que está en trabajo de parto activo, pero sin embargo sino estaban en trabajo de parto no se realizaba toque vaginal a excepción de dolor y disconfort de la mujer. Cuando ingresaban en la unidad, se le colocaba el monitor CTG, previas Maniobras de Leopoldo, donde evaluamos la altura del fondo uterino, la posición fetal, la presentación fetal y en grado de encajamiento del bebé. Ante la rotura de membranas en el trabajo de parto de forma espontánea o no, se pone antibioterapia para prevención de Corioamnionitis, en esta unidad el fármaco de elección es la ampicilina intravenosa, y se administra 2gr la primera dosis, y posteriormente 1gr, cada 6 horas, sin embargo cuando una gestante es portadora de Streptococos del grupo B, se le administrara igual pero cada 4 horas si no diera tiempo a ponerse las dosis completas en el paritorio, el recién nacido será observado 48 horas tras el nacimiento por si hubiera algún signo de infección. Es importante el control y la verificación cuando la embarazada esta en el paritorio que confirmemos el EGB, ya que la bacteria puede pasar al bebe durante el parto. Coloqué 9 registros de monitorización externa CTG a grávidas que acudían al hospital derivadas por los propios doctores para la sala de monitores, se colocaba el monitor y se esperaban monitorizadas 30 minutos y si todo era normal, se podían marchar. Colaboré en el proceso de una grávida que acudió para la realización de un aborto provocado por anomalía cardíaca fetal de 12 semanas de gestación, donde tras el uso de Misoprostol via vaginal y oral, posteriormente se le realizo un legrado o curetagem en la parte de quirófano.

Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Asistencia a en el trabajo	3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica y monitorea la mano de obra.</li> </ul>	3.Promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica y monitorea el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, refiriéndose a situaciones que están más allá de su área de especialización.</li> <li>Identifica y monitorea las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo, refiriéndose a situaciones que están fuera de su área de especialización.</li> <li>Evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.</li> <li>Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones adecuadas a la evolución del trabajo de parto, optimizando las condiciones de salud de la madre y el feto.</li> <li>Aplicar las técnicas adecuadas en la ejecución del parto cefálico y, en casos urgentes, parto de nalgas.</li> <li>Asegura la evaluación inmediata del recién nacido, implementando medidas de apoyo en la adaptación a la vida extrauterina.</li> <li>Garantiza la reanimación del recién nacido en una situación emergencia.</li> <li>Colabora con otros profesionales en el tratamiento de recién nacidos con alteraciones morfológicas y funcionales.</li> <li>Identifica cambios morfológicos y funcionales en el recién nacido, refiriéndose a aquellos que están fuera de su área de especialización.</li> </ul>	del recién nacido a la vida extrauterina.
Asistencia en el parto	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocación de monitorización externa CTG.</li> <li>Uso de inducción al parto con Misoprostol o Oxitocina.</li> <li>Uso de las bombas de perfusión de la unidad.</li> <li>Colaboración en la analgesia epidural.</li> <li>Registro de los parámetros en el ordenador.</li> <li>Realización de tactos vaginales.</li> <li>Asistencia y recepción del recién nacido.</li> <li>Colocación de la mesa de partos.</li> <li>Material necesario para partos.</li> <li>Administración de Konakió en la primera media hora de vida, 1mg/ml en el vasto externo lateral.</li> <li>Pesar al RN al nacimiento.</li> <li>Identificar la presentación fetal, situación, posición y altura.</li> <li>Identificar la dilatación o maduración cervical y características del cuello cervical.</li> <li>Identificar el color, aspecto y olor del líquido amniótico.</li> <li>Comprobar el estado íntegro de la placenta y su método de salida.</li> <li>Recogida de sangre del cordón umbilical si es necesario.</li> </ul>	3.Diagnostica precozmente y previn complicaciones para salud de la mujer y del recién-nacido.

**Fuente de pesquisa**

- Contreras-Zúñiga, Eduardo, & Arango, Luis Guillermo, & Zuluaga-Martínez, Sandra Ximena, & Ocampo, Vanesa (2008). DIABETES Y EMBARAZO. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(1),38-45.[fecha de Consulta 19 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0034-7434. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214324006>Medina-
- Medina-Pérez, EA, Sánchez-Reyes, A, Hernández-Peredo, AR, Martínez-López, MA, Jiménez-Flores, CN, Serrano-Ortiz, I, Maqueda-Pineda, AV, Islas-Cruz, DN, & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91-98. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es&tlng=es).
- Lima, Marcos M, Villalobos, Marjorie, Aguirre, Miguel, Uzcátegui, Lilia, & Paoli, Mariela. (2012). Manejo de la diabetes gestacional: Protocolo del Servicio de Endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10(2), 88-93. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000200005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000200005&lng=es&tlng=es).

Data: e 15/set /2020 a 26 /oct /2020

Campo clínico: bloco de partos. Local: Hospital de Abrantes

Semana: 4ª

**Editorial**

Tema: Criopreservación de cordón umbilical

Grávida 33 años que acude a urgencias a las 14:00h del Hospital de Abrantes de 37+4 semanas de gestación, por contracciones y aumento de dolor suprapúbico. Grupo sanguíneo A positivo, SGB positivo. Sobre las 00:00h aproximadamente se coloca catéter epidural, y comienza con desaceleraciones en el CTG, sobre las 07:00h del día siguiente comienza con ATB para SGB positivo con Ampicilina iv. REBA producida a las 12:30h. Posteriormente comienza con el primer estadio del trabajo de parto: la dilatación. Tras ello, comienza con perfusión de Oxitocina iv a 12 ml/h, y se va subiendo de 12 en 12 cada 30 minutos si no existe contraindicaciones. Sobre las 14:45h, después del tacto vaginal, se encuentra en dilatación completa, comienza esfuerzos expulsivos. La paciente acude con Kit de Criopreservación, se le saca primero sangre antes del periodo expulsivo a la madre (hemograma). Fue parto distócico con ventosa, dequitudadura natural, placenta y membranas integras. Se realizo episiotomía medio lateral derecha y episiorrafia con hilo de vicryl del 2/0, se recogió sangre del cordón umbilical y 7cm del cordón. La criopreservación del cordón umbilical consiste en permitir que las células madre estén disponibles en cualquier momento y pueden ser descongeladas fácilmente para el uso en caso de necesidad o alguna enfermedad, como la Leucemia Mieloide aguda (LMA), Enfermedad de Krabbe y Síndrome de Wiskott Aldrich entre otras (Ávila-Portillo et al., 2008). Desde el inicio de los años 1992 en Nueva York, donde las recogidas de sangre son cada vez más frecuentes. En el caso de las células sanguíneas del cordón umbilical, tienen un enorme potencial terapéutico. En el nacimiento del bebe y tras cortar el cordón umbilical se extrae sangre necesaria (Ávila-Portillo et al., 2008), esta sangre del cordón umbilical ha pasado de ser un desecho biológico a ser un potencial de células hematopoyéticas con capacidad regeneradora, por ello existe el almacenamiento de las células madre hematopoyéticas tanto en bancos privados como públicos. Las muestras se tomaron durante procedimientos médicos como cesárea, en un 73,3% y en el caso de parto natural en un 26,7% (Ávila Portillo et al., 2008). Se a descrito un riesgo potencial importante que es el pinchazo precoz del cordón umbilical. Numerosos estudios publicados se ha comprobado que el pinchazo precoz puede condicionar a una reducción significativa de 1 g/dl de hemoglobina sobre la media del recién nacido, esto puede originar problemas solamente a recién nacidos por debajo de la semana 34 de gestación. (Morera-Barrios et al., 2012).

**Actividades Semanales**

En esta semana realice monitorizaciones CTG externa a 9 grávidas derivadas de consulta externas para sala de monitores. Ayudé a el procedimiento de Analgesia Epidural, con sus precauciones necesarias para las embarazadas, como vigilancia de la tensión arterial antes y después del procedimiento... Aprendí a realizar cambios medicación cuando se termina o por cualquier circunstancia la medicación del catéter Epidural o la administración de bolos de analgesia cuando las grávidas tienen mucho dolor. Participé en el proceso de dilatación con bola de Pilates o Fit Ball, para ayudar a las embarazadas a aliviar las molestias y el dolor en esta fase del trabajo de parto, recomendándole algunos ejercicios para facilitar las contracciones, aumentando la capacidad respiratoria, estimulación de la circulación. En esta fase es útil, ya que alivia la fase de dilatación, por que la gravedad es mayor, lo que facilita el descenso del bebe y hace que las contracciones sean mas efectivas. Aprendía interpretar CTG, cuando comienzan con contracciones, o cuando existe una desaceleración o aceleración importante, o hiperestimulación uterina por aumento de Misoprostol, que en ese caso hay que valorar la administración de Bromuro, un Pluff de Ventolín, por riesgo de hipertonia de útero. También hay que tener en cuenta las dificultades de monitorización de la FCF en el periodo expulsivo, ya que existe una perdida de señal importante que hay que saber controlar. Es importante asentar conocimientos sobre la reanimación neonatal, el manejo del recién nacido, estimulación de este, evaluar el cordón umbilical, asegurarse de sus dos arterias y una vena, peso corporal al nacer, administración de 1 mg de Konakión, intramuscular en el vasto lateral interno o aspiración de secreciones siempre que sea necesario, controlar la pérdida de calor del recién nacido, evitando la hipotermia.



**Adquisición de Competencias**

En esta intervención desarrolle competencias en la asistencia a la mujer en la vivencia de procesos de salud/enfermedad durante el trabajo de parto o parto.

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
-------	----	-------------	--------------

Asistencia al trabajo de parto.	3.1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el peso, tensión arterial e IMC.</li> <li>• Interpretación y registro de boletín de salud de la gravida (BSG)</li> <li>• Realización de Maniobras de Leopoldo.</li> <li>• Observación de los exámenes realizados (análisis, ecografías, urocultivos...</li> <li>• Observación de edemas o alteraciones en la piel.</li> </ul>	3. Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido.
	3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretación de CTG y FCF.</li> <li>• Confirmación del grupo sanguíneo y factor RH.</li> <li>• Administración de Inmunoglobulina anti-D.</li> <li>• Registro informático de todos los focos en Sistema Clínico.</li> <li>• Concibe, planea, implementa y evalúa las medidas de soporte emocional y psicológicos de la mujer en trabajo de parto.</li> <li>• Concibe, planea, implementa y evalúa intervenciones a la gravida con patologías asociadas durante la gravidez, durante el trabajo de parto o parto.</li> </ul>	3.2 Promueve la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concibe, planea, implementa y evalúa intervenciones en caso de retención de placenta, efectuando con urgencia la extracción manual y revisión uterina.</li> <li>• Evalúa la integridad del canal del parto y las técnicas de reparación.</li> <li>• Cooperación con otros profesionales en el tratamiento de la gravida con complicaciones durante su embarazo.</li> </ul>	3.3 Providenciar cuidados a la mujer con patología asociada o patología en el embarazo o trabajo de parto.
<b>Fuente de Pesquisa</b>			
<p>Ávila Portil, L., Martínez, C., Ávila, J., Becerra, A., Jaime, J., Gómez, C., Madreo, J. (2009). Caracterización de los procesos de obtención, transporte, procesamiento y criopreservación de las muestras de sangre de cordón umbilical, Obtenidas de Enero de 2006 a Febrero de 2008 en el banco de células Stem de Colombia. Vol.7. 1-110. Disponible en: <a href="https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/418/1132">https://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/nova/article/view/418/1132</a>.</p> <p>Navarro LJ, Villegas CMC. (2006). Banco de sangre de cordón umbilical. Gestión de calidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 99-106. Disponible en: <a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims062v.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/ims062v.pdf</a></p> <p>Catalino, &amp; Hernández-Ramírez, Porfirio. (2012). Células progenitoras hematopoyéticas de sangre de cordón umbilical. <i>Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia</i>, 28(2), 130-140. Recuperado en 18 de octubre de 2020, de <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-02892012000200004&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0864-02892012000200004&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p>			

Data: e 15/set /2020 a 26 /Oct /2020

Campo clínico: Bloco de Partos.

Local: Hospital de Abrantes

Semana: 5ª

## Editorial

Tema: Incompatibilidad Rh.

El tema principal de esta semana es la incompatibilidad de Rh, ya que ha surgido en varias pacientes con este tipo de alteración. El factor Rh es una proteína presente en las células y de acuerdo con su tipo de sangre, cada persona tiene proteínas específicas de este tipo de sangre. En el caso de la incompatibilidad eritrocitaria, que se define como la presencia de uno o más antígenos en el glóbulo rojo fetal que no están presentes en el glóbulo rojo materno, que puede generar una respuesta inmune materna mediada por inmunoglobulinas, desencadenando lo que se denomina Isoinmunización eritrocitaria fetomaterna (Insunza F et al., 2011). Para que se establezca deben cumplirse las siguientes condiciones: primero, que la madre desarrolle una respuesta inmune contra el antígeno del glóbulo rojo fetal, segundo, que el anticuerpo materno sea capaz de atravesar la barrera placentaria y éste pase a la circulación fetal, tercero, que el anticuerpo materno sea específico para el antígeno fetal, cuarto, que el glóbulo rojo fetal posea el antígeno o quinto, que el anticuerpo sea una gammaglobulina la que una vez unida al antígeno del glóbulo rojo fetal pueda provocar su aglutinación y posterior hemólisis (Fuenzalida C & Carvajal C, 2014; Insunza F et al., 2011). En caso de tener Isoinmunización por anticuerpos irregulares con riesgo de EHP, derivar a una unidad de alto riesgo obstétrico, donde esta paciente fue tratada, donde se procedió a un seguimiento de la aparición de anemia fetal. Si se detectara anemia fetal, se procedería a realizar una Cordocentesis para confirmar el diagnóstico y así poder tratar la anemia (Herrera Gómez, 2013).

## Actividades Semanales

En esta semana en el bloque de Partos, ha surgido muchos partos eutócicos y inducciones. Ya pude asistir junto a mi tutora de practicas a partos Eutócicos y en varias ocasiones a la salida de la dequitudadura por el mecanismo Schultzer y en una ocasión fue por mecanismo Ducan, donde realizando en varias ocasiones Episiotomía y en una ocasión Episiorrafia con sutura continua profunda y para la sutura superficial el nudo tipo Donneti. He realizado los ingresos a la unidad, con su correspondiente prueba Covid-19. He realizado también entrevistas o anamnesis clínicas a las grávidas de la unidad. Y he aprendido a realizar un ingreso de una cesárea gemelar de 38 semanas de gestación, con grupo sanguíneo AB positivo, G2P1, presencia de edemas en miembros inferiores leves, SGB negativo, en ayunas para quirófano a las 10:00h. Se realiza Protocolo cesárea: canaliza 2 vías venosa periféricas en MSI con N18°, se monitoriza con constantes estables, eupnéica, normotensa (TA: 124/88 mmHg). Coloco monitorización con CTG para ambos bebés, presenta 3 electrodos del monitor. FCF 1 bebe: 143 lpm y FCF 2 154 lpm, buena variabilidad, entre 5-25 lpm la amplitud de banda. En el caso de embarazos gemelares se puede monitorizar a los dos fetos de forma externa: primero uno y luego el otro sucesivamente, o a uno de forma interna, el que este más abajo, cerca del cérvix. Se lleva a la paciente a quirófano para cesaría a las 13:30 h. Una matrona recibe a ambos bebés desde fuera del quirófano en la sala de reanimación que esta conectada con la sala de intervención. Los dos recién-nacidos se encuentran vivos y activos, una niña con 2480 gr y un niño con 2995g, realizada profilaxis con Vitamina K IM Vasto lateral externo. En esta semana asenté mis conocimientos sobre la recepción del recién nacido en el momento de su nacimiento, dedique mas tiempo y cuidado a la percepción y aprendizaje sobre el contacto piel con piel entre la madre y el bebe, o en circunstancias en las que la madre no pueda, que el contacto sea con el padre, ya que esta estudiado y demostrado que este tipo de contacto mejora y ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de que esa lactancia se mantenga de forma exclusiva. En las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de Noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo, todo esto es posible en los partos eutócicos. En el caso de los partos distócicos, el procedimiento es el mismo siempre que el estado de la madre y del RN lo permitan. He podido asistir a recién nacidos, colocado sus pulseras antirrobo y la identificativa y instalar precozmente la lactancia materna en la primera media hora de vida del recién nacido, garantizando un entorno saludable. He realizado la asistencia a las púérperas en el Periodo Greemberg, es decir, las dos horas posparto, donde confirmo y evaluó la contracción de útero, vigilo y evaluó las características, olor y cantidad de los loquios o pérdidas sanguíneas, retiro sueroterapia y efectúo el vaciamiento vesical.

## Adquisición de Competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Contexto en el Partorio	3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar y monitorizar trabajo de parto.</li> <li>Identificar y monitorizar el riesgo materno fetal durante el trabajo de parto o parto, referenciando las situaciones que están en su área de actuación.</li> <li>Identificar e monitorizar desvíos con padrón normal de evolución do trabajo de parto, referenciando as situaciones que están para su área de actuación.</li> <li>Instalar precozmente la Lactancia Materna Exclusiva.</li> </ul>	H3.1 Promover la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimizar la adaptación del recién nacido a la vid extrauterina.
Vigilancia en el Posparto	3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de Inducción para trabajo de parto o parto.</li> <li>Colocación de monitorización externa CTG</li> <li>Uso de las bombas de perfusión de la unidad.</li> <li>Colaboración en la Analgesia Epidural.</li> <li>Registro de los parámetros en el ordenador.</li> <li>Realización de tactos vaginales.</li> <li>Asistencia y recepción del recién nacido.</li> </ul>	H3.2 Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de la mesa de partos.</li> <li>• Material necesario para partos.</li> <li>• Administración de Vitamina K en la primera media hora de vida, 1mg/IM en el vasto externo lateral.</li> <li>• Pesar al RN al nacimiento.</li> <li>• Identificar la presentación fetal, situación, posición y altura.</li> <li>• Identificar la dilatación o maduración cervical y características del cuello cervical.</li> <li>• Identificar el color, aspecto y olor del líquido amniótico.</li> <li>• Comprobar el estado íntegro de la placenta y su método de salida.</li> <li>• Recogida de sangre del cordón umbilical si es necesario.</li> </ul>	
<b>Fuente de Pesquisa</b>		
<p>Insunza F, Alvaro, Behnke G, Ernesto, &amp; Carrillo T, Jorge. (2011). Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i>, 76(3), 188-206. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300010">https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300010</a></p> <p>Herrera Gómez, Antonio. (2013). The skin to skin contact between mother and the newborn during delivery. <i>Index de Enfermería</i>, 22(1-2), 79-82. <a href="https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017">https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017</a></p> <p>Fuenzalida C, Javiera, &amp; Carvajal C, Jorge A. (2014). Manejo de la embarazada con isoimmunización por anticuerpos irregulares. <i>Revista chilena de obstetricia y ginecología</i>, 79(4), 315-322. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400011">https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400011</a>.</p>		

Data: e 15/set /2020 a 26 /Oct /2020

Campo clínico: Bloco de Partos.

Local: Hospital de Abrantes

Semana: 6ª

## Editorial

Tema: Atonía Uterina

El tema principal de esta semana es la atonía uterina que ha surgido con una grávida, ya que esta se define como la incapacidad de contraerse el útero tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la siguiente hemorragia excesiva en el posparto inmediato, es decir, mas de 500 ml de sangre tras el parto vaginal, siendo una emergencia vital por riesgo de shock hipovolémico y inestabilidad hemodinámica, siendo la principal causa de muerte materna en todo el mundo (Karlsson, H et al., 2009). En el caso de esta paciente, al realizarle la dequitudadura natural espontánea que tardo unos 17 minutos, con método Duncan, sufrió hemorragia posparto importante con mas de 500 ml de perdida sanguínea, el tratamiento de elección y de urgencias fue la administración de fármacos uterotónicos, llamado alumbramiento dirigido o manejo activo del tercer periodo del parto, donde se administro Oxitocina en bomba de perfusión de 500 ml dextrosa con 5 unidades de Oxitocina, y también se le administro mas 5 unidades de Oxitocina im en el vasto lateral externo durante el posparto. En este caso se le realizo la Maniobra de Johnson para reducir de forma manual el útero invertido, que consiste en introducir la mano en la cavidad y tomar el fondo invertido colocando el dedo pulgar del operador en el segmento uterino anterior y el resto de los dedos en la cara posterior. Se trata de deslizar el fondo ejerciendo presión hacia adentro y arriba en dirección al ombligo, donde se impide el reposicionamiento uterino.

## Actividades semanales

En esta última semana en la unidad, he aprendido a registro y manejo de la grávida con problemas en el posparto, con la involución uterina. He realizado el seguimiento de una grávida de 26 años que ingresa por REBA a las 05:00h, con liquido claro. G1P0, grupo sanguíneo a positivo, SGB negativo, 39+6 semanas de gestación, con peso de 88 kg, mide 1,70 cm, antecedentes de nódulos tiroideos, alcohol social, puesta vacuna de tos ferina, DUM 31/09/19 y DPP 06/10/2020. Realizado su Test Covid-19, a la mujer y al acompañante que va a asistir en el momento del parto.

A su llegada coloco monitor y interpreto parámetros, CTG con buena variabilidad de 5-25, ausencia de contracciones. A las 09:00h vista por médico que comienza con inducción con misoprostol via oral con ¼ comprimidos A las 10:00h realiza una desaceleración en el CTG con disminución de la FCF, bradicardia fetal a 90 lpm, que recupera rápido y sin complicaciones. A las 13:00h avisa por aumento del dolor, se coloca Catéter Epidural por el anestesista con Ropivacaina 2% 1 ampolla y otra de Susfentanilo. Toque vaginal: Cuello apagado 50 % posterior, permeable a 2 dedos, 2 cm de dilatación, posterioromnet se procede a apertura de Partograma. Pasado el tiempo sobre las 15:00 h comienza con esfuerzo expulsivos, se prepara la mesa de partos donde esta colocado el instrumental, ya que se encuentra en dilatación completa. Comienza en la fase activa del trabajo de parto 2º periodo, donde se administra Oxitocina + 5 unidades en perfusión a 12 ml/h. A las 16:25h se produce el alumbramiento, con Dequitudadura natrual por método Shultz, realizado Episiotomía, pero Episiorrafia por el médico obstetra por desgarro profundo de grado III. Presenta una vuelta de cordón cervical, que fue pinzada, cortada y retirada si ninguna complicación. La placenta fue integra, membranas completas y cordón normal, sin alteraciones. Administrado 5 unidades de Oxitocina en 500 ml de dextrosa+ 5 unidades iv directa, tras comprobación de contracción uterina y valoración de hemorragia, cantidad, aspecto y color. El RN estable, llanto vigoroso, constantes estables, no procede a reanimación neonatal, Apgar 9-10-10, peso 3600 gr. A las 17:00 h es realizado el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna precoz. Posteriormente se realiza el seguimiento y el cuidado en el periodo posparto o Greenberg, con valoración de loquios, hemorragias, color, aspecto, vaciamiento vesical... y si todo es correcto y la madre y el bebe se encuentran en perfecto estado, pasaran a la planta de puerperas, en hospitalización.

## Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Asistencia en el trabajo de parto y parto.	3.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar y monitorizar trabajo de parto.</li> <li>Identificar y monitorizar el riesgo materno -fetal durante el TP o parto.</li> <li>Identificar y monitorizar desvíos con padrón normal de evolución de TP.</li> <li>Instalar precozmente la lactancia materna exclusiva.</li> <li>Colocación de monitorización externa CTG</li> <li>Uso de inducción para trabajo de parto o parto.</li> <li>Uso de las bombas de perfusión de la unidad.</li> <li>Colaboración en la analgesia epidural.</li> <li>Pesar al RN al nacimiento.</li> <li>Identificar la presentación fetal, situación, posición y altura.</li> <li>Identificar la dilatación o maduración cervical y características del cuello.</li> <li>Identificar el color, aspecto y olor del liquido amniótico.</li> <li>Comprobar el estado integro de la placenta y su método de salida.</li> <li>Recogida de sangre del cordón umbilical si es necesario.</li> <li>Registro de los parámetros en el ordenador.</li> <li>Realización de tactos vaginales.</li> <li>Asistencia y recepción del recién nacido.</li> </ul>	3.1. Promover la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimizar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de la mesa de partos.</li> <li>• Material necesario para partos.</li> <li>• Administración de vitamina k en la primera media hora de vida, 1mg/m en el vasto externo lateral.</li> <li>• Identificación de las características del cuello cervical.</li> </ul>	
Asistencia en el periodo posparto.	3.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de las hemorragias posparto.</li> <li>• Monitorizar el dolor, TA, FC y T.</li> <li>• Vigilar la eliminación intestinal.</li> <li>• Vigilar el autocuidado maternal.</li> <li>• Valoración del RN</li> <li>• LME precoz.</li> <li>• Vaciamiento vesical.</li> <li>• Evaluar los riesgos perdida sanguínea.</li> <li>• Evaluar riesgos de involución uterina.</li> <li>• Vigilar los loquios en el posparto.</li> <li>• Enseñar los hábitos alimentarios.</li> <li>• Enseñar el planeamiento familiar.</li> </ul>	<p>3.2. Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.</p> <p>3.3. Diagnosticar complicaciones del periodo posparto.</p>
<b>Fuente de pesquisa</b>			
<p>Martinez Galiano, JM., (2009). Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Vol.10. Pag. 20-6. Disponible en: <a href="https://www.researchgate.net/profile/juan_miguel_martinez_galiano/publication/286738848_prevention_of_the_postpartum_hemorrhage_implementing_active_management_during_delivery/links/5d0df6e8458515c11cedb4d0/prevention-of-the-postpartum-hemorrhage-implementing-active-management-during-delivery.pdf">https://www.researchgate.net/profile/juan_miguel_martinez_galiano/publication/286738848_prevention_of_the_postpartum_hemorrhage_implementing_active_management_during_delivery/links/5d0df6e8458515c11cedb4d0/prevention-of-the-postpartum-hemorrhage-implementing-active-management-during-delivery.pdf</a></p> <p>Nápoles Méndez, Danilo. (2012). Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. <i>MEDISAN</i>, 16(7), 1114-1136. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30192012000700013&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30192012000700013&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p> <p>Karlsson, H., &amp; Pérez Sanz, C.. (2009). Hemorragia postparto. <i>Anales del Sistema Sanitario de Navarra</i>, 32(Supl. 1), 159-167. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1137-66272009000200014&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1137-66272009000200014&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p> <p>Fernández-Lara, JA, Toro-Ortiz, JC, Martínez-Trejo, Z, Maza-Labastida, S de la, &amp; Villegas-Arias, MA. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. <i>Ginecología y obstetricia de México</i>, 85(4), 247-253. Recuperado en 26 de octubre de 2020.</p>			

Data: 26/ Octubre/2020 a 07/Diciembre/ 2020

Campo clínico: Consultas Externas

Local: Hospital Santa Luzía

Semana: 2ª

## Editorial

Tema: Macrosomía fetal.

Esta semana he conocido a una grávida con este tipo de afectación fetal. Acudió para la sala de monitores, con 37+2 semanas de gestación, con IG =1001. La grávida estaba calmada y tranquila, pero refiere quejas y dolor en la zona inguinal izquierda que cesa por la noche. Se realiza la monitorización externa CTG en DLD, con 140 lpm, línea basal y buena variabilidad, presenta aceleraciones y desaceleraciones variables de recuperación rápida. Movimientos fetales 69 sentidos por la madre, normotensa, diagnosticada en anteriores consultas con Macrosomía fetal. Tradicionalmente, la macrosomía ha sido definida por el peso al nacimiento (4.000-4.500 g) o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el P90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (Jiménez Puñales, S et al., 2015). Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecologías (ACOG) define la alteración como el peso al nacimiento igual o superior de 4500 g, según etnia y sexo, en el momento de nacer, independientemente de su edad gestacional (Jiménez Puñales, S et al., 2015). Los factores de riesgo fueron los antecedentes maternos, ocupando el primer lugar el recién nacido macrosómico, seguido de diabetes, donde las complicaciones maternas en el embarazo fueron: la enfermedad hipertensiva y ruptura prematura de membranas (RPM) (Salazar De Dugarte, G et al., 2021). Una vez realizado un diagnóstico, según la DGS no hay ningún tratamiento que reduzca su tamaño, los únicos tratamientos que se pueden aplicar son el control de la glucemia, en los casos que la madre tenga diabetes gestacional, para prevenir las complicaciones durante el parto y en el neonato, adoptándose más por un parto por cesárea, para evitar complicaciones de trauma, desgarros perineales y distocias (Gutarra-Vilchez, R et al., 2010).

## Actividades Semanales

En esta semana he conocido la distribución de la unidad de Consultas Externas en la 1º planta, que cuenta con 3 consultas de medicina general y diabetes (donde también atienden grávidas en esas circunstancias), una sala de pediatría y neonatología, una sala de espera para los pacientes que esperan ser atendidos por algún especialista. La parte de Obstetricia, donde hay 2 consultas médicas donde se pasa consulta de Obstetricia los martes y consulta de Ginecología los jueves, una sala de monitorización y preparación al parto (que en estos momentos esta suspendida por la pandemia del Covid-19 y se realiza de forma online con una EESMO del Hospital de Portalegre). He aprendido la realización de admisión de una grávida para la sala de monitores, donde se realiza primero un rastreo de síntomas Covid-19, tomando la temperatura antes de entrar en la unidad y rellenando un documento donde expone sus síntomas relacionados con la enfermedad.

## Adquisición de Competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pre-concepcional	1	1.1. Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de educación sexual y salud preconcepcional. 1.1.2. Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones promover la regulación de la fertilidad y la fertilidad. 1.1.3. Informa y orienta sobre los recursos disponibles en la comunidad en el contexto de la planificación familiar y prejuicioso. 1.1.4. Informa y brinda orientación sobre temas de planificación familiar y preconceptos. 1.2.4. Identifica y monitorea el potencial de riesgo preconcepcional y obstétrico, refiriéndose a situaciones que están fuera de su área de especialización. 1.2.5. Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluyendo convivientes importantes.	1.1 - Promueve la salud de la mujer en la salud sexual, planificación familiar y durante el período previo a la concepción. 1.2 Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de las mujeres en el campo de la salud sexual, de la planificación familiar y durante el período preconcepción.
Periodo pre-natal	2	2.1.5. Informa y asesora sobre estilos de vida saludables en el embarazo. 2.1.6. Promueve la decisión informada en el contexto de la salud prenatal, brindando información a las mujeres embarazadas sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.7. Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de la promoción de la salud mental en la experiencia del embarazo. 2.1.8. Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas completos de preparación para el parto responsable y la crianza de los hijos.	2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en una situación de aborto.
Pos-natal	4	4.1.2. Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido.	4.1 Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.

Proceso Ginecológico.	<p>6.1.1. Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de detección para promover la salud ginecológica.</p> <p>6.1.2. Informa y orienta a las mujeres sobre la salud ginecológica.</p> <p>6.1.3. Diagnostica y monitorea trastornos del aparato genitourinario y / o de la mama, refiriéndose a situaciones que escapan a su área de especialización.</p> <p>6.2.4. Colabora con otros profesionales en el diagnóstico de trastornos genitourinarios y / o mamarios</p>	<p>6.1 Promueve la salud ginecológica de la mujer.</p> <p>6.2. Diagnostica precozmente y previene complicaciones relacionadas con trastornos del tracto genitourinario y / o mama.</p>
	<b>Fuente de Pesquisa</b>	
<p>Jiménez Puñales, Sandi, Pentón Cortés, Rogelio Jesús, Cairo González, Vivian de las Mercedes, Cabrera Blanco, Raisa, Chávez Betancourt, Leonardo Alberto, &amp; Álvarez Miranda, María del Carmen. (2015). Maternal and fetal risk factors in neonates with macrosomia. <i>Medicentro Electrónica</i>, 19(3), 142-148. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30432015000300002&amp;lng=es&amp;tlng=en">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1029-30432015000300002&amp;lng=es&amp;tlng=en</a>.</p> <p>Salazar de Dugarte, Guillermina, González de Chirivella, Xiomara, &amp; Fancite Antique, Pedro. (2004). Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal. <i>Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela</i>, 64(1), 15-21. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de <a href="http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0048-77322004000100003&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0048-77322004000100003&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p> <p>Gutarra-Vilchez, Rosa, Conche-Prado, César, Mimbela-Otiniano, Josefina, &amp; Yavar-Geldres, Ingrid. (2018). Macrosomía fetal en un hospital del Ministerio de Salud del Perú, de 2010 a 2014. <i>Ginecología y obstetricia de México</i>, 86(8), 530-538. <a href="https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.1914">https://doi.org/10.24245/gom.v86i8.1914</a></p>		

## Editorial

## Tema: Hipertensión Arterial en el embarazo

La Hipertensión Arterial en el embarazo es un tema de gran interés, en esta semana he conocido a una grávida con este tipo de afectación. Acudió para la sala de monitores, con 38 semanas de gestación, con un IO: 0101, es decir, un parto prematuro y un hijo vivo. Grávida calmada y tranquila, sin quejas en el momento ni días anteriores. Posición para realizar el CTG, de decúbito lateral derecho. En el registro de 20 minutos de duración, presentaba una línea basal de 130 lpm, con buena variabilidad, y CTG reactivo, presentando aceleraciones y alguna que otra desaceleración variable de recuperación rápida. Sintió en ese momento el bebe 6 veces, con movimientos fetales activos, donde su actividad uterina fue de irritabilidad. La tensión arterial fue tomada en ambos brazos, donde presentaba 128/90 y posteriormente 136/79. Los trastornos hipertensivos durante la gravidez son problemas muy frecuentes que llegan a complicar 10-15% de los embarazos y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo (Bryce Moncloa, A et al., 2018). Existen varias clasificaciones a nivel internacional para los trastornos hipertensivos durante la gravidez: Hipertensión gestacional, que es la hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria, con retorno a la normalidad, en el posparto. Preeclampsia: hipertensión gestacional asociada a una proteinuria superior a 0,3 g/24 h. La hipertensión crónica: hipertensión preexistente al embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, que persiste hasta 12 semanas después del parto. Preeclampsia sobreañadida: aparición de una proteinuria superior a 0,3 g/24 h en un contexto de hipertensión crónica. El papel de los EESMO en el diagnóstico y seguimiento de la tensión arterial en embarazadas, teniendo un protagonismo esencial en múltiples aspectos de la investigación cardiovascular, como también la prevención precoz de la enfermedad. Es esencial la importancia de los cuidados durante la gestación en estas mujeres y llevar un control estricto de la tensión arterial, orientado hacia la educación para la salud, fortalecimiento del autocuidado, así como proporcionar asistencia y evaluar los resultados. (Huarte, M et al., 2009).

## Actividades Semanales

En esta semana he asistido a Consultas de Obstetricia donde se realizan las Ecografías del 1 y 2 trimestre de gestación por el Obstetra, donde he aprendido a realizar Citologías para rastreo del cáncer de cuello de útero. He aprendido la realización y valoración de CTG. La monitorización fetal es normal comenzarla a las 37 semanas de gestación y realizarse con una periodicidad semanal hasta la semana 40. A partir de entonces se realiza cada 3 o 4 días hasta la fecha finalización del parto. Así durante el tiempo que tenemos a la grávida conectada a monitores, obtenemos una gráfica que nos ofrece información sobre el bien estar fetal o sufrimiento fetal en algunos casos. Esta gráfica es diferente según el momento del embarazo, el estado de la madre o la existencia de alguna patología en el feto. Así durante un buen control de la monitorización es posible detectar contracciones que nos pueden indicar que la fecha de parto esta cerca. He realizado esta semana 17 monitorización fetal externa a grávidas entre 37-40 semanas, sin quejas aparentes, con algunas patologías como hipertensión arterial, diabetes gestacional y antecedentes de parto prematuro. También he realizado el registro en el ordenador SClínico, donde se registra toda la actividad fetal y uterina de la embarazada. Hemos explicado un tema esta semana durante la realización del CTG a las grávidas, para resolver dudas y preguntas, sobre las señales que indican que tenemos que ir a Maternidad porque ha iniciado el trabajo de parto.

## Adquisición de Competencias

CONS	Nº	Actividades	Competencias
Periodo pre-concepcional	1	1.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de educación sexual y salud preconcepcional. 1.1.2 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la regulación de la fecundidad y la fecundidad. 1.3.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa medidas de apoyo emocional y psicológico para mujeres con disfunciones sexuales y / o problemas de fertilidad, incluyendo parejas significativas. 1.1.3 - Informa y orienta sobre los recursos disponibles en la comunidad en el contexto de la planificación familiar y previa a la concepción. 1.3.4 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluidas parejas significativas. 1.3.5 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con problemas de fertilidad, considerando las necesidades de salud de la pareja.	1.1 Promueve la salud de la mujer en términos de salud sexual, planificación familiar y durante el período previo a la concepción. 1.2 Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer en materia de salud sexual, planificación familiar y durante el período preconcepcional.
		1.1.4 - Informa y brinda orientación sobre temas de planificación familiar y preconceptos. 1.2.4 - Identifica y monitorea el potencial de riesgo preconcepcional y obstétrico, refiriéndose a situaciones que están fuera de su área de especialización. 1.2.5 - Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluyendo parejas significativas. 2.1.5 - Informa y asesora sobre estilos de vida saludables durante el embarazo. 2.1.6 - Promueve la decisión informada en el contexto de la salud prenatal, brindando información a las gestantes sobre los recursos disponibles en la comunidad.	2.1 Promueve la salud de la mujer durante periodo prenatal y en situaciones de aborto.

		2.1.7 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del embarazo. 2.1.8 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas integrales de preparación para el parto y paternidad responsable.	
Periodo Pos-natal		4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	4.1 Promueve la salud de la mujer y del recién nacido en el período pos-natal.
Proceso ginecológico		6.1.1 Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de rastreo en el sentido de promover la salud ginecológica. 6.1.2 Informa e orienta a mujer sobre salud ginecológica.	6.1 Promueve la salud ginecológica de la mujer.
		6.2.3. Diagnostica y monitorea trastornos del aparato genitourinario y / o de la mama, refiriéndose a situaciones que escapan a su área de especialización. 6.2.4. Colabora con otros profesionales en el diagnóstico de trastornos genitourinarios y / o mamarios. 6.3.4. Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para mujeres con complicaciones posquirúrgicas de trastornos genitourinarios y / o mamarios. 6.3.5 - Coopera con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con trastornos genitourinarios y / o mamarios.	6.2- Diagnostico precoz y prevención de las complicaciones relacionadas con trastornos genitourinarios y mamarios.

#### Fuentes de Pesquisa

Bryce Moncloa, Alfonso, Alegría Valdivia, Edmundo, Valenzuela Rodríguez, Germán, Larrauri Vigna, César Antonio, Urquiaga Calderón, Juan, & San Martín San Martín, Mauricio G. (2018). Hipertensión en el embaraz. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 191-196. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>

Álvarez Ponce, Vivian Asunción, Alonso Uría, Rosa María, Ballesté López, Irka, & Muñiz Rizo, Milagros. (2011). El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(1), 23-31. Recuperado en 24 de noviembre de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2011000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000100004&lng=es&tlng=es).

Huarte, M., Modroño, A., & Larrañaga, C.. (2009). Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 91-103. Recuperado en 24 de noviembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113766272009000200010&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272009000200010&lng=es&tlng=es)

Data: 26/ Octubre/2020 a 07/Diciembre/ 2020

Campo clínico: Consultas Externa. Local: Hospital Santa Luzia. Semana:4

## Editorial

Tema: La romboencefalosinapsis fetal (RES).

La RES es un tema de poco común y conocido y de gran interés, en el caso de una grávida con este tipo de afectación. La grávida múltipara de unos 40 años acudió a la consulta de ecografía del 2 trimestre, de etnia gitana, refirió que no había sido seguida por ningún médico para el control de su embarazo y que nunca había acudido y ningún facultativo especialista para el seguimiento y control de su bebé. Tras la realización de la ecografía del 2 trimestre donde su DUM fue el 25/05/2020, con 25 semanas, se realizó tanto ecografía vaginal y abdominal, confirmando el diagnóstico de romboencefalosinapsis y hipoplasia cerebral con posible parálisis cerebral. Fue derivada a Portalegre para estudio completo con RMN fetal y serología de la paciente. La romboencefalosinapsis es una patología rara del cerebro fetal, poco frecuente y caracterizada por ausencia parcial o completa del vermis cerebeloso, frecuentemente asociada a ventriculomegalia severa por defectos en la formación del acueducto de Silvio (Lacuna Paredes, R et al., 2018). Este tipo de malformación no es muy común, siendo defecto posnatal del 14% de las malformaciones del SNC. En un futuro este tipo de patología sufre graves consecuencias como un retraso en inicio de la deambulacion, retraso en adquisición y alteración del lenguaje, alteraciones conductuales sin malformaciones asociadas (Albinagorta Olórtgui, R et al., 2013; Aljure-Reales, V et al., 2017). Posteriormente supimos que la grávida no acudió a ningún servicio de Urgencias de Portalegre y que no quería ser vista por ningún especialista y no quería realizar interrupción voluntaria del embarazo. En el caso de las ESMO, tenemos un papel fundamental en este tipo de procesos mediante el apoyo, la resolución de dudas y la entrega de información a las grávidas y a su familia, evitando posibles complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria con el objetivo de humanizar el cuidado de estas pacientes (Aljure-Reales, V et al., 2017).

## Actividades Semanales

En esta semana en la Consultas de Obstetricia, se realizaron ecografías del 1 y 2 trimestre de gestación, con patologías asociadas y motivo de consulta como endometriosis, pólipos, quistes, irregularidades menstruales, colocación de DIU... He realizado esta semana 15 monitorización fetal externa a grávidas entre 37-40 semanas, sin quejas aparentes, salvo molestias leves o con algunas patologías como hipertensión arterial, diabetes gestacional y antecedentes de parto prematuro. Unos 3 registros de grávidas realizados esta semana fueron con inicio del trabajo de parto, por contracciones regulares y molestias aparentemente con posible proximidad al parto. Fueron derivadas al hospital de Portalegre para ser valorada por un especialista y proceder al bloque de partos. También he realizado los registros semanales en el ordenador SClínico, donde se registra toda la actividad fetal y uterina de la embarazada, y se describen estrictamente los registros de los CTG, escribiendo también las incidencias semanales de las grávidas que asisten a monitores. Hemos explicado un tema esta semana durante la realización del CTG a las grávidas, para resolver dudas y preguntas, sobre la sexualidad durante el embarazo y el puerperio, ya que por motivos de la pandemia y del confinamiento domiciliario se suspendieron las clases de preparación al parto y se origino una nueva idea para que las embarazadas que les toco vivir esta situación pudieran tener también información y no ir sin preparación alguna al parto, ya que eso les gea mucha incertidumbre y miedo.

## Adquisición de Competencias

CONS	Nº	Actividades	Competencias
Periodo pre-natal	2	2.1.5 - Informa y asesora sobre estilos de vida saludables durante el embarazo. 2.1.6 - Promueve la decisión informada en el contexto de la salud prenatal, brindando información a las gestantes sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.7 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del embarazo. 2.1.8 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas integrales de preparación para el parto y paternidad responsable.	2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.
Periodo Pos-natal	4	4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.
		4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	4.1 Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.

Proceso salud/enfermedad ginecológica	6.1.1 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de cribado para promover la salud ginecológica. 6.1.2- Informa y orienta a las mujeres sobre la salud ginecológica.	6.1 Promueve la salud ginecológica de la mujer. 6.2 Diagnóstico precoz y prevención de complicaciones relacionadas con trastornos genitourinarios y / o mamarios.
<b>Fuentes de Pesquisa</b>		
<p>Lacunza Paredes, Rommel Omar, &amp; Bueno Beltrán, Enrique Ciro. (2018). Romboencefalosinapsis como causa de ventriculomegalia severa. Reporte de dos casos. <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i>, 64(4), 677-682. <a href="https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v64i2139">https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v64i2139</a></p> <p>Albinagorta Olórtegui, Roberto, Gutiérrez Ramos, Miguel, &amp; Coronel La Rosa-Sánchez, Carla. (2013). Diagnóstico prenatal de agenesia del cuerpo calloso mediante neurosonografía volumétrica-3D: una nueva alternativa para la evaluación de anomalías de la línea media. <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i>, 59(4), 289-294. Recuperado en 13 de diciembre de 2020, de <a href="http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S230451322013000400009&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S230451322013000400009&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p> <p>Rivas, Lucía, Blanco, Óscar, Torreira, Cristina, Repáraz, Alfredo, Melcón, Cristina, &amp; Amado, Alfonso. (2017). Hipoplasia pontocerebelosa secundaria a delección en el gen CASK: Caso clínico. <i>Revista chilena de pediatría</i>, 88(4), 529-533. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000400014">https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000400014</a></p> <p>Aljure-Reales V, Rangel-Carrillo JJ, Ramos-Garavito JD, Rodríguez JA, Rodríguez JS. (2017) Agenesia del cuerpo calloso: un tema poco conocido. <i>CES Med</i> 31(2), 172-179. Recuperado en 13 de diciembre de 2020 de <a href="http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-0200172.pdf">http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-0200172.pdf</a></p>		

Data: 26/ Octubre/2020 a 07/Diciembre/ 2020

Campo clínico: Consultas Externa. Local: Hospital Santa Luzia. Semana:5

## Editorial

Tema: Polihidramnios

El tema importante tocado esta semana en las practicas es el comportamiento del polihidramnios en el embarazo, tuvimos una embarazada que acudía a Consulta del Obstetra para realización de la 2 Ecografía morfológica, donde se le detecto de Polihidramnios. El líquido amniótico rodea al feto intraútero y cumple funciones importantes como la protección del feto de traumatismo, propiedades antibacterianas, asegurando la hidratación del feto, suministra minerales y nutrientes además de un desarrollo del sistema musculo-esquelético fetal y del tubo digestivo, tanto como la maduración pulmonar (Palacio Álvarez, S et al., 2020). El volumen del liquido amniótico se mantiene por un balance entre la producción y absorción, aumenta conforme avanza el embarazo. Durante el segundo trimestre incrementa 10ml diario, alcanza 500 ml a las 20 semanas, aumenta hasta 1000ml a las 34 semanas y disminuye 800-900 ml al término del embarazo. Si aumenta entre 1500-2000ml hay exceso de líquido y por encima de dos litros se designa como polihidramnios o hidramnios (González-González, A et al., 2019). Un embarazo con polihidramnios constituye un riesgo tanto para la madre, ya que puede tener problemas durante el parto como distocia en el parto, cesáreas, sangramiento postparto. Como también produce un riesgo para el feto, como parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado, rotura prematura de membranas, prolapso del cordón, presentaciones anómalas, hematoma retroplacentario, malformaciones y muertes (Palacio Álvarez, S, et al., 2005). Estrechamiento intestinal (atresia duodenal): Se caracteriza por el hallazgo del signo de la doble burbuja en el abdomen del feto, acompañado de aumento del líquido amniótico (polihidramnios). Se presenta en el 40% de los casos con Síndrome de Down y en uno de cada cinco mil recién nacidos sanos. El polihidramnios hace referencia fundamentalmente a la llamada trisomía 21 o Síndrome de Down. El diagnóstico se realiza por el examen físico del abdomen de la paciente y la medición del volumen de líquido amniótico por ultrasonido con el ecógrafo durante el examen abdominal (Del Bianco-Abreu, E et al., 2019). El papel de la EESMO es realizar cuidados personales e integrales realizando un cuidado a la mujer embarazada, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio. Somos encargadas de cubrir las necesidades de las embarazadas, asegurar el buen estado fetal y materno, y también facilitar el primer contacto de la madre y el recién nacido. Durante ese tiempo, las funciones de las enfermeras de este centro sanitarios son dar la bienvenida a la paciente y a su acompañante en una atmósfera de seguridad, intimidad y privacidad, anticiparse y atender sus necesidades ante cualquier tipo de patología durante el embarazo y trabajar de forma conjunta con el Anestesiista y el Ginecólogo durante la dilatación y el parto y, finalmente, facilitar el primer contacto de la madre con el recién nacido mediante el método 'piel con piel' (Del Bianco-Abreu, E et al., 2019).

## Actividades Semanales

En esta semana he realizado 20 monitorización fetal externa a grávidas entre 37-40 semanas, unas 6 eran mujeres que acudían cada semana para un control de CTG, sin quejas aparentes, salvo molestias leves o con algunas patologías como hipertensión arterial, diabetes gestacional y antecedentes de parto prematuro. También acudieron grávidas de 25-30 semanas para CTG derivadas por el Obstetra para monitorización por patología de Amenaza de parto pretérmino (APPT). También he realizado todos los registros semanales en el ordenador SClínico, donde se registra toda la actividad fetal y uterina de la embarazada, y se describen estrictamente los registros de los CTG, escribiendo también las incidencias semanales de las grávidas que asisten a monitores. Hemos explicado un tema esta semana durante la realización del CTG a las grávidas, para resolver dudas y preguntas, sobre la Depresión Posparto durante el embarazo. He aprendido a realizar los cuidados de los ESMO como papel informativo y orientativo de la DPP. Dotando a las grávidas de la información necesaria sobre este trastorno y la mejor forma para afrontarlo tras la hospitalización, es decir durante el puerperio. Se aconsejaron también durante el CTG, técnicas de relajación y pautas de descanso adecuadas. Es esencial identificar este problema a través de educación para la salud, recibir tratamiento durante el proceso de la enfermedad, y lograr reconocimiento y apoyo tanto familiar como social, a la vez que se forma a profesionales y a la sociedad en cuanto a esta patología mediante un Plan de Cuidados individualizado.

## Adquisición de Competencias

CONS	Nº	Actividades	Competencias
Periodo pre-concepcional	1	1.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de educación sexual y salud preconcepcional. 1.1.2 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la regulación de la fecundidad y la fecundidad. 1.3.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa medidas de apoyo emocional y psicológico para mujeres con disfunciones sexuales y /o problemas de fertilidad, incluyendo parejas significativas. 1.1.3 - Informa y orienta sobre los recursos disponibles en la comunidad en el contexto de la planificación familiar y previa a la concepción. 1.3.4 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluidas parejas significativas. 1.3.5 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con problemas de fertilidad, considerando las necesidades de salud de la pareja.	1.1 - Promueve la salud de la mujer en términos de salud sexual, planificación familiar y durante el período previo a la concepción. 1.2 - Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer en materia de salud sexual, planificación familiar y durante el período preconcepcional.

Periodo Pos-natal	2	4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.
		4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	4.1 Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.
Proceso salud/enfermedad ginecológica	4	6.1.1 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de cribado para promover la salud ginecológica.  6.1.2- Informa y orienta a las mujeres sobre la salud ginecológica.	6.1 Promueve la salud ginecológica de la mujer. 6.2 Diagnóstico precoz y prevención de complicaciones relacionadas con trastornos genitourinarios y / o mamarios.

#### Fuentes de Pesquisa

Palacio Álvarez, Santiago, La Fontaine Terry, Ernesto, Sánchez Lueiro, Mayra, & Amil Bacallao, Josefina. (2005). Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(5), 18-25. Recuperado en 20 de diciembre de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552005000500003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552005000500003&lng=es&tlng=es)

Del Bianco-Abreu, Elsa, Reyna-Villasmil, Eduardo, Guerra-Velásquez, Mery, Torres- Cepeda, Duly, Mejía-Montilla, Jorly, Aragon-Charry, Jhoan, Santos-Bolívar, Joel, & Reyna-Villasmil, Nadia. (2012). Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(4), 227-232. Recuperado en 20 de diciembre de 2020, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004877322012000400003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322012000400003&lng=es&tlng=es)

González-González, Alianok, Casado-Méndez, Pedro Rafael, Molero-Segrera, Mailen, SantosFonseca, Rafael Salvador, & López-Sánchez, Irina. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770-779.

**Editorial**

Tema: Amenaza de parto prematuro

El tema importante tocado esta última semana en las prácticas fue Amenaza de parto prematuro por rotura de membranas. En este caso fue de una grávida de 25 semanas de gestación, IO: 0000 IG: 25 semanas de gestación, con rotura de membranas altas, con pequeñas pérdidas de líquido amniótico. Acudió derivada del Centro de Salud de Élvás para Consulta del Obstetra, donde pauta la realización de monitorización externa fetal, en posición de decúbito lateral izquierdo para realizar el monitor, con dolor en espalda y refiriendo abdomen muy duro y con intensidad cuando camina. CTG: Buena variabilidad, línea basal 145 lpm, CTG reactivo, con aceleraciones y desaceleraciones variables de recuperación rápida, movimientos fetales activos sentidos por la madre unos 23, con actividad uterina de unas 7 contracciones de máxima amplitud regulares sentidas por la mujer. TA durante el CTG: 117/78 mmHg 93 lpm. Grávida derivada en ambulancia urgente para Hospital de Portalegre de Portugal por inicio de parto prematuro ya que cuando menor es la edad gestacional al nacer, mayor es el riesgo de morbilidad perinatal y de morbilidad materna por aumento del número de cesáreas, endometritis postparto (Ochoa, A et al., 2009). Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación (Huertas Tacchino, E et al., 2018). Es importante diagnosticar a tiempo una amenaza de parto prematuro (APP), para comenzar con el tratamiento tocolítico lo más rápido posible para conseguir una maduración pulmonar fetal eficaz. También es necesario distinguir lo que es una verdadera de una falsa APP ya que hay una alta incidencia de sobre diagnóstico y de sobre tratamiento y es frecuente la hospitalización prolongada (Ochoa, A et al., 2009). Con las pruebas que informan sobre la modificación cervical y la dinámica uterina se puede establecer un diagnóstico certero que conlleve una conducta adecuada (Huertas Tacchino, E et al., 2018). La identificación temprana y la prevención primaria no están tan desarrolladas como la actitud terapéutica, pero es importante tener en cuenta mecanismos para identificar pacientes de alto riesgo. En el caso de las ESMO, tenemos un papel fundamental en este tipo de procesos mediante el apoyo, la resolución de dudas y la entrega de información a las grávidas y a su familia, identificando los síntomas de la embarazada, los antecedentes de parto pretérmino, pérdidas de líquido amniótico, modificación cervical, la rotura prematura de membranas y la Corioamnionitis ya que conllevan riesgo de parto pretérmino si se producen en edades gestaciones tempranas (Ochoa, A et al., 2009 ; Pohlmann, F et al., 2016).

**Actividades Semanais**

En esta semana he realizado 18 monitorización fetal externa a grávidas entre 37-40 semanas, unas 2 eran mujeres que acudían cada semana para un control de CTG, sin quejas aparentes, salvo molestias leves o con algunas patologías como hipertensión arterial, diabetes gestacional y antecedentes de parto prematuro. En esta semana acudió una grávidas de 25 semanas para CTG derivadas por el Obstetra para monitorización por patología de Amenaza de parto prematuro. También he realizado todos los registros semanales en el ordenador S. Clínico, donde se registra toda la actividad fetal y uterina de la embarazada, y se describen estrictamente los registros de los CTG, escribiendo también las incidencias semanales de las grávidas que asisten a monitores. Hemos explicado un tema esta semana durante la realización del CTG a las grávidas, para resolver dudas y preguntas, sobre los signos y síntomas del parto prematuro. En el caso de las ESMO, tenemos un papel fundamental en este tipo de procesos mediante el abordaje de las complicaciones del parto prematuro, donde es fundamental la atención minuciosa del bebé, ya que estos niños deben recibir un cuidado integral basado en sus necesidades esenciales, ya que necesitan infinidad de cuidados que empezarán en la misma sala de partos y continuarán durante a etapa domiciliaria.

**Adquisición de Competencias**

CONS	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Pré-concepcional	1	1.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de educación sexual y salud preconcepcional.	1.1 Promueve la salud de la mujer en términos de salud sexual, planificación familiar y durante el período previo a la concepción. 1.2 Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer en materia de salud sexual, planificación familiar y durante el período preconcepcional.
		1.1.2 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la regulación de la fecundidad y la fecundidad.	
		1.3.3 - Concibe, planifica, implementa y evalúa medidas de apoyo emocional y psicológico para mujeres con disfunciones sexuales y / o problemas de fertilidad, incluyendo parejas significativas.	
		1.1.3 - Informa y orienta sobre los recursos disponibles en la comunidad en el contexto de la planificación familiar y previa a la concepción.	
		1.3.4 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con infecciones de transmisión sexual, incluidas parejas significativas.	
1.3.5 - Colabora con otros profesionales en el tratamiento de mujeres con problemas de fertilidad, considerando las necesidades de salud de la pareja.			

<b>Periodo Prenatal</b>	<p>1.1.4 Informa y orienta em matéria de planeamento familiar e preconcepcional.</p> <p>1.2.4 Identifica e monitoriza o potencial de risco preconcepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.</p> <p>1.2.5 Concebe, planeia, implementa y evalúa las intervenciones de la mujer con infecciones sexualmente transmisibles.</p> <p>2.1.5 Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.</p> <p>2.1.6 Promueve la decisión clara em el ámbito de salud prenatal, facilitando información de la embarazada sobre recursos disponibles de la comunidad.</p> <p>2.1.7 Concebe, planeia, coordena, supervisa, implementa e avalia programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud mental.</p> <p>2.1.8 Concibe, planeia, coordena, supervisa, implementa y evalúa programas de preparación completa para el parto y parentalidad responsable.</p>	<p>2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.</p>
<b>Periodo Posnatal</b>	<p>2.1.5 - Informa y asesora sobre estilos de vida saludables durante el embarazo.</p> <p>2.1.6 - Promueve la decisión informada en el contexto de la salud prenatal, brindando información a las gestantes sobre los recursos disponibles en la comunidad.</p> <p>2.1.7 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del embarazo.</p> <p>2.1.8 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas integrales de preparación para el parto y paternidad responsable.</p>	<p>2.1 Promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.</p>
	<p>4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido.</p> <p>4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna.</p> <p>4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.</p> <p>4.1.6 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.</p>	<p>4.1 Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.</p>

**Fontes de Pesquisa Pesquisa**

Ochoa, A., & Pérez Dettoma, J.. (2009). Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 105-119. Recuperado en 19 de noviembre de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011&lng=es&tlng=es).

Huertas Tacchino, Erasmo. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 399-404. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>

Conceição Pohlmann, Flávia, & Pereira da Costa Kerber, Nalú, & da Silva Viana, Jackeline, & Franco de Carvalho, Vanessa, & Coutinho Costa, Carolina, & Silva de Souza, Catharine (2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. *Enfermería Global*, 15(2),38697.[fecha de Consulta 19 de Noviembre de 2021]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365844756014>

Data: 07/Diciembre/ 2020 a 29/Enero/2021

Campo clínico: Hospitalización Local: CHBM Lisboa Semana: 2ª

## Editorial

Tema: Transmisión de Toxoplasmosis.

El tema importante tocado esta semana en las prácticas fue la transmisión de toxoplasmosis durante el embarazo. Grávida que sube a planta derivada de bloco de parto, por parto eutócico del día 16/12/20, G1P0, obstétricamente estable, placenta y membranas integra, sin pérdidas hemáticas importantes. La paciente es una joven asintomática de unos 16 años de edad, que no llevo a cabo las recomendaciones alimentarias por desconocimiento de la enfermedad. La toxoplasmosis es una enfermedad infectocontagiosa, puede producir manifestaciones clínicas en los recién nacidos, las cuales van desde la típica tetrada de sabin (coriorretinitis, hidrocefalia, calcificaciones y retardo psicomotor) a un cuadro visceral (hepatoesplenomegalia, ictericia), sepsis o totalmente inespecífico (Díaz, Linder, Z et al., 2010). Puede causar aborto espontáneo, muerte fetal y anomalías congénitas. El parásito puede ingresar accidentalmente en su organismo si traga huevos de toxoplasma gondii de la tierra u otras superficies contaminadas. La transmisión entre hospederos ocurre de forma congénita o adquirida. Las mujeres con infección crónica por *T. Gondii* no lo transmiten a sus hijos durante el desarrollo intrauterino; sin embargo, las mujeres que contraen la infección en el periodo gestacional están sujetas a riesgos de alta gravedad principalmente hasta el sexto mes del embarazo; en el último trimestre la enfermedad tiende a evolucionar de forma leve o asintomática (Guerra-Sanches, F et al., 2014). El diagnóstico de infección materna se realiza mediante la demostración de seroconversión o ante la presencia de igm positiva con anticuerpos IGg de baja avidéz. Las gestantes con infección demostrada deben recibir espiramicina para intentar evitar su transmisión al feto. El diagnóstico de infección fetal se realiza mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido amniótico obtenido a partir de la semana 18 de gestación. Si esta prueba resulta positiva, debe iniciarse tratamiento a la embarazada con pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico (Díaz, Linder, Z et al., 2010; Beltrán-flores, S et al., 2014).

## Actividades semanais

En esta semana en la planta de hospitalización de grávidas he realizado competencias importantes a la hora del cuidado y asistencia de la mujer embarazada. Al inicio del turno se realiza el relevo de la unidad donde los ESMO se dan las incidencias de cada mujer y sus cuidados. Posteriormente procedemos a realizar cuidados individualizados en cada mujer grávida, toma de constantes vitales diarias y por turno, realización de ctg por turno, administración de medicación tanto sueroterapia, como tratamiento para frenar las contracciones con tocolíticos o para la maduración pulmonar fetal.

## Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo Pos-natal	4	44.1.2 - informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable.	4.1 Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.
Periodo do climaterio	5	5.1.1 diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de detección de salud climática y promoción de la salud. 5.1.2 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia de la menopausia. 5.1.3 - informa y orienta a la mujer sobre los cambios asociados al climaterio. 5.1.4 - informa y orienta a las mujeres sobre los recursos disponibles. 5.2.1 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa intervenciones para proteger la Salud y prevenir cambios asociados con el climaterio. 5.2.2 - identifica y monitorea el estado de salud de la mujer durante la menopausia, refiriéndose a situaciones que están más allá de su área de especialización. 5.2.3 - identifica y monitorea el riesgo potencial de enfermedades causadas por la disminución de la función ovárica, refiriéndose a situaciones que están fuera de su área de especialización. 5.2.4 - identifica cambios físicos, psicológicos, emocionales y sexuales resultantes del climaterio, refiriéndose a situaciones que están fuera de su área de especialización.	5.1 Promueve la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia. 5.2 D Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer durante el período climatérico.

## Fontes de pesquisa

Díaz, Linder, Zambrano, Belkys, Chacón, Germán, Rocha, Ana, & Díaz, Santiago. (2010). Toxoplasmosis y embarazo. *Revista de obstetricia y ginecología de venezuela*, 70(3), 190-205. Recuperado en 23 de diciembre de 2020, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0048-77322010000300006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322010000300006&lng=es&tlng=es).  
Guerra-Sanches, Fabiano, Norberg, Antonio N, Covarrubias-Loayza, Enrique A., Aguillar-Uriarte, Miguel A, Madeira-Oliveira, José T., & Serra-Freire, Nicolau M.. (2014). Toxoplasmosis aguda en embarazadas asintomáticas de rio de janeiro, brasil. *Revista medica hereditaria*, 25(4), 204-207. Recuperado en 23 de diciembre de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1018-130x2014000400004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1018-130x2014000400004&lng=es&tlng=es).  
Beltrán-Flores, Santiago, Flores-Arriaga, Joel, & Lema-Correa, Mauricio. (2014). Toxoplasmosis congénita. *Boletín médico del hospital infantil de méxico*, 71(6), 373-376. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.01.003>

Data: 07/Diciembre/ 2020 a 29/Enero/2021

Campo clínico: Hospitalización Local: CHBM Lisboa Semana: 3ª

## Editorial

Tema: Pancreatitis Litiasica en el embarazo

El tema importante en esta semana en las prácticas fue la pancreatitis litiasica en gestante de 14+2 semanas de gestación con antecedentes personales de pancreatitis que requirió internamiento hospitalario en 2 ocasiones, acudió a urgencias del CHBM con sintomatología febril y con dolor lumbar derecho, a la exploración abdomen mole y depresivo, con dolor a la palpación en hipogastrio con signo de Murphy positivo. grávida con DPP el 09/01/2021 y 32 años, grupo sanguíneo A+, IO: 2012, IG:14+2 SG. serologías negativas. Inició sueroterapia en curso 1000cc Suero Fisiológico 0,9% realizado urocultivo, positivo en E. Coli, tratada con ATB con cefuroxima 2gr, control de diuresis diaria, dieta ligera., peso de la grávida 82,5kg. Realizo analítica diaria con parámetros completos, que fueron mejorando con la toma de ATB, constantes vitales estables, eupneica, normotensa, orientada y con buen estado general. La pancreatitis aguda es una alteración rara que puede ocurrir en el embarazo con una incidencia 0,03 a 0,9% produciendo afectación en la mujer embarazada.

## Atividades semanais

En esta semana en la planta de hospitalización de grávidas he realizado competencias importantes a la hora del cuidado y asistencia de la mujer embarazada. Al inicio del turno se realiza el relevo de la unidad donde los ESMOS se dan las incidencias de cada paciente de la unidad, con los cuidados y observaciones pendiente del turno anterior. Posteriormente procedemos a realizar cuidados individualizados en cada grávida, toma de constantes vitales diarias y por turno, realización de CTG por turno o en su caso ABCF (auscultación de los latidos o batimentos cardiacos mediante el doopler fetal), administración de medicación tanto sueroterapia o tratamientos personales de cada paciente. Se realiza una visita diaria con los especialistas obstetras y EESMO donde ven a la grávida y ven el proceso desde su ingreso y se valoran posibles cuidados próximos o actividades ha realizar. Realizo procedimientos de altas de pacientes de la unidad, donde se realiza el alta por parte de la ESMO, donde se dan recomendaciones para el cuidado de la paciente y señales de alarma para tener que acudir a urgencias.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Pos-natal	4	4.1.2 Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, señales y síntomas de alarma en el recién nacido. 4.1.4 Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 4.1.5 Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto	4.1 promueve la salud de las mujeres y los recién nacidos en el periodo postnatal.
Periodo do climatério		5.1.1 Diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones de detección y promoción de la salud durante el climaterio. 5.1.3 informa y orienta a las mujeres con cambios asociados al climaterio. 5.1.4 informa y orienta a las mujeres sobre los recursos disponibles. 5.2.1 diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa las intervenciones para proteger la salud y prevenir los cambios asociados al climaterio 5.2.2 identifica y vigila el estado de salud de las mujeres en el período climatérico, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de competência.	5.1 Promueve la salud de la mujer apoyando el proceso de transición de la menopausia. 5.2 diagnostica precocemente y previne complicaciones para la salud de la mujer durante el período del climatério.

## Fontes de pesquisa

Sanhueza R, Pablo, Yaksic B, Nicole, Chahuán I, Karina, & Corvalán A, Jaime. (2004). pancreatitis aguda en el embarazo: a propósito de un caso clínico. *revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 69(1), 48-51. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262004000100010>

Pérez rodríguez, A.F., Roche, M., & Larrañaga, C.. (2009). patología médica y embarazo: trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. *anales del sistema sanitario de navarra*, 32(supl. 1), 135-157. recuperado en 28 de enero de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1137-66272009000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272009000200013&lng=es&tlng=es).

Data: 07/Diciembre/ 2020 a 29/Enero/2021

Campo clínico: Hospitalización CHBM Lisboa Semana: 4ª

## Editorial

El tema importante tratado en las prácticas durante esta semana y ocurrido en varias grávidas internadas por ese motivo es hemorragias del segundo y tercer trimestre de gestación. El caso fue en una grávida de 41 años que ingresó el día 18/01/2021, procedente del servicio de urgencias por sangrado de moderada cantidad durante un día, refiere esfuerzos físicos en esos días, niega alergias medicamentosas. IO:1011 y IG:28+5. Antecedentes personales con cesaria a los 11 años, cirugía de mama por fibroadenomas (seguida en la consulta de senología). Gravidéz vigilada en centros privados, refiere tener HTA medicada con Metildopa 250 mg 2x día. Se le realizo una Ecografía Obstétrica del 2 trimestre fue diagnosticada de placenta previa. ABCF presentes con 140 ppm. A la exploración, colo sin lesiones ni pérdidas hemáticas activas, útero normotónico. Eco: feto cefálico, buena variabilidad, líquido amniótico normal y placenta anterior baja de unos 16 mm de orificio interno del cuello de útero con 38 mm. Los resultados de los análisis realizados en urgencias fueron: Hb 12.6, Pla 960000 y coagulación sin alteraciones. Se decide internamento para vigilancia materno fetal. Resultado de teste SARS-COV2 negativo. Se realiza maduración pulmonar día 18/01/21 con Dexametasona 6mg c/12 h hasta 4 tomas, terminando día 20/01/2021. La realización de CTG por turnos, que presento siempre buena variabilidad, presenta FCF con aceleraciones, sin dinámica uterina, con registro de movimientos fetales. Las hemorragias del 3T se complican en el 3,8% de todos los embarazos y son unas de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial (Iyasu et al., 1993). La causa obstétrica más relevante son la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, vasa previa, placenta circunvalada, rotura del seno marginal y expulsión de moco cervical (Isla Valdés et al., 2008). Una vez confirmado el diagnóstico de la paciente, se establece una actitud expectante, con el objetivo de reducir la elevada morbi-mortalidad perinatal asociado con el parto pretermino. Si el embarazo es menor a 34 semanas, se deben administrar inductores de madurez pulmonar y agente tocolíticos porque la incidencia de parto pretérmino es mayor en gestantes con PP (Hernández-Cabrera, J., 1998).

## Actividades Semanales

En esta semana en la planta de hospitalización de grávidas he realizado competencias esenciales a la hora del cuidado y asistencia de la mujer embarazada. He realizado ingresos procedentes del servicio de urgencias de grávidas con algunas patologías que requerían internamento para ser tratadas y vistas por profesionales porque estaba comprometida la vida materna y fetal. He aprendido a asentar conocimientos sobre la realización de monitorización cardiotopográfica de muchas grávidas de más de 37 semanas y en ocasiones realizado por indicación del médico Obstetra. He usado mucho el Doopler fetal, que es un equipamiento usado por las Enfermeras Especialistas en Salud Materna y Obstetra en grávidas para escuchar los latidos o batimientos cardíacos y así verificar la salud del bebe a partir de las 15 semanas aproximadamente. También he adquirido más conocimientos y experiencia sobre las maniobras de Leopoldo, método usado sistemáticamente para determinar la posición del feto dentro del útero de la mujer.

## Adquisición de Competencias

CONS. N°	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
2	2.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud prenatal. 2.1.2 - Informar y orientar a las mujeres sobre la sexualidad y la anticoncepción en el periodo post aborto. 2.1.3 - Diagnosticar y controlar el embarazo. 2.1.4 - Promueve la toma de decisiones informadas en relación con el aborto, informando y orientando sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.5 - Proporcionar información y asesoramiento sobre estilos de vida saludables durante el embarazo. 2.1.6 - Promueve la toma de decisiones informadas en materia de salud prenatal proporcionando información a la mujer embarazada sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.7 - Concebir, planificar, coordinar, supervisar, implementar y evaluar programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en el embarazo. 2.1.8 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas integrales de preparación al parto y paternidad responsable. 2.2.1 - Informa y orienta a la mujer embarazada y a sus allegados sobre los signos y síntomas de riesgo. 2.2.2 - Identifica y vigila la salud materna y fetal con los medios clínicos y técnicos adecuados. 2.2.6 - Evaluar el bienestar materno y fetal por medios clínicos y técnicos. 2.2.7 - evalúa y determina la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto. 2.2.8 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones con el objetivo de mejorar un embarazo saludable. 2.3.1 - Proporcionar información y asesoramiento sobre las medidas de apoyo para aliviar las molestias del embarazo. 2.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para mujeres con desviaciones del patrón de adaptación al embarazo. 2.3.4 - Cooperar con otros profesionales en el tratamiento de las mujeres con complicaciones del embarazo, incluso con patologías asociadas y/o concomitantes. 2.3.5 - Aplicar medidas de soporte vital básico a mujeres en situaciones críticas.	2.1 - Promueve la salud de las mujeres durante el periodo prenatal y en el aborto 2.2 - Diagnostica precozmente y previene las complicaciones en la salud de la mujer durante la atención prenatal y el aborto 2.3 - Proporciona atención y apoyo a las mujeres durante la atención prenatal y el aborto.
Periodo Pré-natal		

	4	4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, signos y síntomas de alarma en el recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la crianza responsable.	4.1 - Promueve la salud de las mujeres y los recién nacidos en el periodo postnatal.
Climaterio	5	5.1.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones de detección y promoción de la salud durante el climaterio. 5.1.2 - Concebir, planificar, coordinar, supervisar, implementar y evaluar programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud mental en la experiencia de la menopausia. 5.1.3 - Informar y orientar a las mujeres con alteraciones relacionadas con el clima. 5.1.4 - Informa y asesora a las mujeres sobre los recursos disponibles 5.2.1 - Concibe, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa las intervenciones de protección de la salud y la prevención de las alteraciones asociadas al climaterio 5.2.2 - Identificar y vigilar el estado de salud de las mujeres en el período climatérico, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de competencia. 5.2.3 - Identificar y vigilar el riesgo potencial de enfermedades causadas por la disminución de la función ovárica, refiriendo situaciones que están fuera de su área de experiencia.	5.1 - Promueve la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia. 5.2 - Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer durante el climaterio

#### Fuentes de Pesquisa

- Hernández Cabrera, Jesús. (1998). Placenta previa: incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 24(2), 92-97. Recuperado en 21 de enero de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0138600X1998000200006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0138600X1998000200006&lng=es&tlng=es).
- Isla Valdés, Ariana, Cruz Hernández, Jeddú, Velasco Boza, Alejandro, Hernández García, Pilar, Fajardo Puig, Rebeca, & Díaz Curbelo, Aliucha. (2008). Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3) Recuperado en 21 de enero de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S086421252008000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S086421252008000300007&lng=es&tlng=es).
- Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(5):14249.
- Torloni, Maria Regina, Moron, Antonio Fernandes, & Camano, Luiz. (2001). Placenta Prévia: Fatores de risco para o Acretismo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 23(7), 417-422. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001000700002>
- Rivas G, Marianela, López Gómez, José Ramón, Capretta C, Domenico, Colmenares E, Belkis, Silva G, Daicy, & Alvarado A., Samuel. (2001). Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988 - 1992. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 61(4), 217-222. Recuperado en 21 de enero de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S004877322001000400001&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S004877322001000400001&lng=es&tlng=es).

Data: 07/Diciembre/ 2020 a 29/Enero/2021

Campo clínico: Hospitalización Local: CHBM Lisboa Semana: 5ª

## Editorial

Tema: Pielonefritis en el embarazo por Klebsiella.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue pielonefritis por Klebsiella de una mujer embarazada de 24 años de edad, que ingresa en internamiento 5º planta de obstetricia por fiebre, dolor lumbar con irrigación en fosa renal derecha de cuatro días de evolución. Presentó en varias ocasiones vómitos y refiere ITUS de repetición como antecedentes personales en 2017, dermatitis atópica, obesidad, SOP (Síndrome de Ovarios Poliquísticos) y enfermedad de Osgood-Shlatter (consiste en una enfermedad de inflamación de huesos y tibi, se caracteriza por un dolor que aparece al realizar actividades físicas, justo por debajo de la rodilla). Se realizó urocultivo donde fue positivo en Klebsiella Oxytoca sensible a Cefuroxima intravenosa. Los casos de pielonefritis suelen ser causada por microorganismos durante el embarazo mas comunes como E. Coli, que es el germen más frecuente (80-90%), Proteus Mirabilis y la Klebsiella Pneumoniae, y donde entre los Gram positivos predominan el Estreptococos Beta-hemolítico y el Staphilococcus Saprofitus (Perucca, Ernesto et al., 2002). La incidencia de esta patología es de un 2% en mujeres gestantes, donde el método preventivo es la realización de urocultivo desde el primer trimestre de gestación para descartar bacteriuria asintomática.

## Atividades semanais

En esta semana en la planta de hospitalización de grávidas he realizado competencias importantes a la hora del cuidado y asistencia de la mujer patológica embarazada.

Al inicio del turno se realiza el relevo como siempre de la unidad donde los esmo se dan las incidencias de cada paciente de la unidad, con los cuidados y observaciones pendiente,

Posteriormente procedemos a realizar cuidados individualizados, toma de constantes vitales diarias y por turno, realización de ctg por turno, administración de medicación, etc...

Se realiza una visita diaria con los especialistas obstetras y esmo a toda la unidad. Realizo todos las actividades esenciales en el cuidados de la mujer embarazada con patologías leves-moderadas que requirieron ingreso en la unidad para un estricto control de sus necesidades y la de su bebé.

## Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pos-natal	4	4.1.2 Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas del recién nacido. 4.1.4 Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.	4.1 mejora la salud de las mujeres y los recién nacidos en el periodo posnatal.
Periodo Climatérico	5	5.1.1 Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de cribado climatérico y promoción de la salud. 5.1.3 Informa y orienta a la mujer sobre los cambios asociados al climatérico. 5.1.4 Informa y orienta a las mujeres sobre los recursos disponibles. 5.2.1 Concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa intervenciones para proteger la Salud y prevenir cambios asociados al climatérico. 5.2.2 Identifica y monitorea el estado de salud de las mujeres durante la menopausia, haciendo referencia a situaciones que están más allá de su área de especialización.	5.1 Promueve la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia.  5.2 Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer durante el período climatérico.

## Fontes de pesquisa

Perucca, Ernesto, Cazenave, Henry, Barra, Alejandro, Ochoa, Nelson, Vera, Helga, Inostroza, Erika, León, Paola, & Sabat, Pablo. (2002). Pielonefritis aguda complicada durante el embarazo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(5), 368-371. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262002000500007>

Pazos Otero, N., Fuentes Ricoy, L., Ferrández Pérez, B., Martínez Vázquez, C., Martínez Poch, M., & Osuna Díaz, J. L.. (2007). Pielonefritis y embarazo: experiencia durante un año en un hospital general. *Anales de medicina interna*, 24(12), 585-587. Recuperado en 28 de enero de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0212-71992007001200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0212-71992007001200005&lng=es&tlng=es).

Data: 07/Diciembre/ 2020 a 29/Enero/2021

Campo clínico: Hospitalización Local: CHBM Lisboa Semana: 6ª

## Editorial

Tema: Infecciones y Parasitas.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida de 18 años que ingreso por urgencias por lesiones en el cuero cabelludo y cervicalgia, con Ig ;26+1 y io:1001 (un parto distócico por ventosa con 3300 gr masculino). Grupo sanguíneo 0+. Gravidez mal vigilada por razones de escasez de recursos. Peso 80 kg. Excema exudativo del cuero cabelludo por pediculosis capitis. Refiere escabiosis sin tratar desde hace unos meses, ya que refiere no tener recursos económicos para un tratamiento. Análítica realizada en urgencias, per de 35,2, leucocitosis 1750, Hb 10,6. Ecografía cervical: adenomegalias laterocervicales junto mandíbula de 17x15 mm. Vista en consultas de dermatología en varias ocasiones, que pauto tratamiento para escabiosis y oleo de almendras para cabello con su champú especial. Vista por la asistente social que concluye tras búsqueda de información de la paciente, ya que no colaboraba con el personal: padre de 17 años de edad, vive en casa de sus suegros desamparados en una vivienda de ocupas sin agua y sin electricidad. Y nos informa que su hijo acudió a urgencia en unos meses por *tinea capitis* (es una infección del cuero cabelludo producida por varias especies de hongos dermatofitos). Tras una semana y dos días ingresada en la unidad de obstetricia, y realización de varias ecografías obstetras, y comprobar el bien estar materno-fetal, y parámetros analíticos corregidos, se decide alta domiciliaria. La sarna o escabiosis es una enfermedad de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, llamado comúnmente sarna, produciendo una picazón intensa. Si contraes escabiosis durante el embarazo no tiene porque contraer infección al feto, suele durar semanas o meses tras el parto (Campillos Páez, M et al., 2002 ; Aldama Negrete, M et al., 2019). Los problemas de piel son comunes en el embarazo por lo que el diagnostico puede ser difícil. Ya que aproximadamente el 50% de mujeres embarazadas sufren exacerbación de enfermedades cutáneas inflamatorias como escemas, psoriasis, acné... (Vargas-Navia, 2020).

## Atividades semanais

En esta semana en la planta de hospitalización de grávidas he realizado todas las competencias necesarias a la hora del cuidado y asistencia de la mujer patológica embarazada, también he asistido en ocasiones al cuidado de la mujer puérpera durante 48 horas posparto. Al inicio del turno se realiza el relevo del turno anterior como ya sabemos por anteriores jornadas y posteriormente procedemos a realizar cuidados individualizados, toma de constantes vitales diarias y por turno, realización de ctg por turno, administración de medicación, etc... Se realiza una visita diaria con los especialistas obstetras y cesmo a toda la unidad. He asentado conocimientos sobre la realización de ingresos y altas hospitalarias de mujeres embarazadas que han requerido asistencia en la unidad. Dos veces por semana también he asistido a consultas de ginecología donde se pasa consulta con el ginecólogo para la realización de citologías cervicales y biopsias uterinas.

## Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pré -natal	2	2.1.1 - diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud prenatal. 2.1.2 - informa y orienta a las mujeres sobre la sexualidad y la anticoncepción en el período postaborto. 2.1.3 - diagnostica y monitorea el embarazo. 2.1.4 - promueve una decisión informada en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo, informando y orientando los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.5 - informa y asesora sobre estilos de vida saludables en el embarazo. 2.1.6 - promueve decisiones informadas en el contexto 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 para promover la salud mental en la experiencia del embarazo. 2.1.8 - diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas integrales de preparación para el parto y paternidad responsable. 2.1.9 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la lactancia materna. 2.2 - Identifica y monitorea la salud materno-fetal por medios clínicos y técnicos apropiados. 2.2.3 - prescribe pruebas de diagnóstico auxiliares necesarias para detectar embarazos de riesgo. 2.2.4 - identifica y monitorea las desviaciones del embarazo fisiológico, refiriéndose a situaciones que están más allá de su área de especialización. 2.2.5 - identifica y monitorea las desviaciones del patrón de adaptación al embarazo, haciendo referencia a situaciones que están más allá de su área de especialización. 2.2.6 - evalúa el bienestar materno y fetal por medios clínicos y técnicos apropiados. 2.2.7 - Valorar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación al feto.	2.1 - promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en una situación de Aborto.  2.2. Diagnosticar precozmente y prevenir Complicaciones en la salud de la mujer durante el período prenatal y en situación Del aborto.
	4	4.1.2 - informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.	4.1 — promueve la salud de la mujer y del recién nacido em el período posnatal.

<b>Período climatérico</b>	5	.1.1 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones Cribado y promoción de la salud durante el climaterio. 5.1.3 - informa y orienta a la mujer sobre los cambios asociados al climaterio. 5.1.4 - informa y orienta a las mujeres sobre los recursos disponibles. 5.2.1 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa intervenciones para proteger la Salud y prevenir cambios asociados con el climaterio. 5.2.2 - identifica y monitorea el estado de salud de la mujer durante la menopausia, haciendo referencia a las situaciones.	5.1 - promueve la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia. 5.2 - diagnostica precozmente y previene Complicaciones para la salud de la mujer durante el período climatérico.
<b>Doença ginecológica</b>	6	6.1.1 - diseña, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de cribado para promover la salud ginecológica. 6.1.2 - informa y orienta a las mujeres sobre la salud ginecológica. 6.1.3 - informa y orienta a la mujer sobre los recursos comunitarios en el campo de la salud ginecológica, promoviendo una decisión informada. 6.2.2 - diagnostica y monitorea los trastornos del aparato genitourinario y / o de la mama, refiriéndose a situaciones que escapan a su área de especialización. 6.2.3 - concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para mujeres	6.1 - promueve la salud ginecológica del Mujer.  6.2 - diagnóstico precoz y prevención Complicaciones relacionadas con trastornos del sistema genitourinario. Y / o mama.

**Fontes de pesquisa**

Aldama Negrete, María Teresa Monserrat, Meza Aquino, Mariana Yissel, Insfrán Duarte, Lorena Stefani, Aldama Olmedo, Olga María, Aldama, Arnaldo, & Pereira Brunelli, José Guillermo. (2019). Tiña de la cabeza: características epidemiológicas de 132 casos. *Revista del nacional (itauguá)*, 11(2), 19-29. <https://dx.doi.org/10.18004/rdn2019.0011.02.019-029>

Vargas-Navia, Natalia, Ayala Monroy, Geovanna A., Franco Rúa, Catalina, Malagón Caicedo, Juan Pablo, & Rojas Hernández, Juan Pablo. (2020). Tiña capitis en niños. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 773-783. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1345>

Campillos Páez, M<sup>a</sup>. T., Causín Serrano, S., Duro Mota, E., Agudo Polo, S., Martínez Ramírez, M. O., & Sánchez de la Nieta Martín, J. M. (2002). Escabiosis: revisión y actualización. *Medifam*, 12(7), 40-54. Recuperado en 28 de enero de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1131-57682002000700004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1131-57682002000700004&lng=es&tlng=es).

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 2

**Editorial**

Tema: Episiotomía

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida de 20 años que ingreso por urgencias por contracción regulares y rotura espontánea de bolsa, con IG: 40 semanas de gestación y IO:2012 grupo sanguíneo 0+. Gravidéz mal vigilada por razones de pandemia covid-19. Fue un parto eutócico del día 11/02/21 a las 08h29 donde nació un bebe de sexo femenino con 3430g, con placenta e membranas integras, dequitadura natural a los 10 minutos, contacto piel con piel a los 10 minutos y lactancia materna exclusiva a los 12 minutos con buenos reflejos de succión y deglución, buena toxicidad y buena vitalidad. Fue realizada episiotomía medio lateral derecha en el momento del periodo expulsivo por dificultad de pasar por el periné ya que presentaba poca elasticidad y tenia riesgo de sufrimiento fetal.

La Episiotomía etimológicamente la palabra "episiotomía" derivada de episeión: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis. También llamada colpoperineotomía, se usa para ampliar el canal de parto en mujeres que viven un parto vaginal por primera vez. La sección del perineo vaginal es realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Es realizada en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto (Hernández Pérez, J et al., 2014). El uso de este procedimiento actualmente está en discusión y con muchos avances científicos. Muchos profesionales en al área de ginecología y obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Las ventajas de realizar esta técnica son: minimizar el trauma del piso pélvico, aumentar la luz del canal de parto, disminuir el tiempo del periodo expulsivo, y evitar sufrimiento fetal. Donde las complicaciones mas relevantes son: la posibilidad de provocar hematoma perineal, desgarro severo perineal, dolor postparto, infección y mala cicatrización, por ello el personal de enfermería especialista en salud materna y obstetra tiene un papel esencial y clave en este tipo de proceso, siempre priorizando el bien estar materno-fetal (Hernández Pérez, J et al., 2014).

**Atividades semanais**

En esta semana en bloco de partos he aprendido a realizar los ingresos derivados de urgencias, la realización de la entrevista clínica donde se obtienen la anamnesis de la grávida, recepción de la paciente, antecedentes personales y durante la gravidéz. Realice numerosos tactos vaginales en el momento de la fase de dilatación de grávidas en trabajo de parto activo, monitorización de CTG, auscultación de los BCF, preparación de medicación para inducción del trabajo de parto, tanto con Oxitocina, Misoprostol oral, como Parapress, manejo del dolor mediante musicoterapia o masajes corporales, bola de pilates... He realizado dos partos en esta semana donde he puesto en practica el pinzamiento del corto tardío, es decir hasta que deje de latir, la importancia del contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento.

He aprendido a realizar episiorrafias de diferentes formas: suturas de donatti y también las suturas con puntos inversos para la parte superficie de la piel, para una mejor cicatriz y mayor recuperación en el 4 periodo, el periodo posparto. También ha aprendido a la realización de un parto durante la pandemia del SAR-COV-19, a preparar a la mujer embarazada y a saber todo el instrumental que necesitas y todas las actuaciones ante este tipo de situación.

**Adquisición de Competencias**

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
<i>Periodo Pré-natal</i>	2	2. 1.1 - concibe, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud prenatal.2.1.2 - Informa y orienta a las mujeres sobre la sexualidad y la anticoncepción en el período posterior al aborto. 2.1.3 - Diagnosticar y controlar el embarazo. 2.1.4 - Promueve la toma de decisiones informadas en relación con el aborto, informando y orientando hacia los recursos comunitarios disponibles.2.1.5 - Proporciona información y asesoramiento sobre estilos de vida saludables durante el embarazo. 2.1.6 - promueve la toma de decisiones informadas en el ámbito de la salud prenatal, proporcionando información a la mujer embarazada sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.7 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en el embarazo.2.1.8 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas de preparación integral al parto y a la paternidad responsable.2.1.9 - diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la lactancia materna.2.2.2 - Identificar y vigilar la salud materna y fetal con los medios clínicos y técnicos adecuados 2.2.3 - prescribir las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de embarazos de riesgo.2.2.4 - Identificar y vigilar las desviaciones de la gestación fisiológica, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de competencia.2.2.5 - Identificar y vigilar las desviaciones de la pauta de adaptación al embarazo, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de competencia.	2.1 promueve la salud de las mujeres durante el periodo prenatal y en caso de 2.1 Promueve la salud de las mujeres durante la atención prenatal y postaborto.  2.2 Diagnostica precozmente y previene las complicaciones en la salud de la mujer durante el periodo prenatal y el aborto.
	<i>Periodo Pos-natal</i>	4	4.1.2 - informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, el desarrollo y los signos y síntomas de alarma del recién nacido

	<p>4.1.4 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna</p> <p>4.1.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto</p>	<p>en el periodo postnatal.</p>
3	<p>3.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado.</p> <p>3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto.</p> <p>3.1.3 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados</p> <p>3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas</p> <p>3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna</p> <p>3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.</p>	<p>3.1- promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina..</p>
<b>Fontes de pesquisa</b>		
<p>Hernández Pérez, Javier, Azón López, Esther, Mir Ramos, Eduardo, Peinado Berzosa, Ruth, Val Lechuz, Belén, &amp; Mérida Donoso, Ángel. (2014). Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. <i>Enfermería global</i>, 13(35), 398-411. Recuperado en 27 de febrero de 2021, de <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1695-61412014000300022&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1695-61412014000300022&amp;lng=es&amp;tlng=es</a></p> <p>Berzaín Rodríguez, Mary Carmen, &amp; Camacho Terceros, Luis Alberto. (2014). Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. <i>Revista científica ciencia médica</i>, 17(2), 53-57. Recuperado en 27 de febrero de 2021, de <a href="http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1817-74332014000200011&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=s1817-74332014000200011&amp;lng=es&amp;tlng=es</a></p>		

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 3

## Editorial

El tema: Inducción del Trabajo de Parto.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de un inducción al trabajo de parto con un IO:0000 IG:41 semanas de gestación, serología negativas, diabetes gestacional controlada con ADO y Streptococcus Beta Hemofílico del grupo B negativo, test covid negativo. Después de iniciar el trabajo de parto con Parapress, es decir Dinopostona 10 mg vía vaginal, no resulto efectiva, y tenía una presentación anormal. Fue realizado una Cesárea selectiva. He aprendido el manejo de los inductores al trabajo de parto, el tiempo de administración, la frecuencia y posibles efectos adversos. Los fármacos de elección para la inducción en el trabajo de parto pueden usarse para ablandar el cuello uterino y ayudar a que se produzca el apagamiento, para que se contraiga el útero, usarse el globo de una Sonda Foley o *el Método Striping o Maniobra de Hamilton*. Para la realización de inducciones del trabajo de parto se han empleado una variedad de procedimientos tanto mecánicos, como físicos, farmacológicos y muchos combinados (Benítez-Guerra, G et al., 2021). La perfusión intravenosa con Oxitocina como método seguro, pero sus acciones y beneficios dependen de las condiciones del cuello uterino al inicio del procedimiento. por otro lado, las prostaglandinas presentan una ventaja sobre la Oxitocina, ya que producen aparte de contracciones uterinas y también maduración cervical directa (Barbosa da Silva, F. et al., 2011). La respuesta del útero a las prostaglandinas no se relaciona con la edad de gestación como sucede con la Oxitocina, ya que en cualquier momento las fibras musculares se contraen al estimular los receptores Ep 2 y Ep3. Las prostaglandinas e producen en el cuello uterino cambios tisulares similares a los que ocurren durante el trabajo de parto espontáneo, como la disolución de los haces de colágeno y el aumento de agua submucosa (Benítez-Guerra, G et al., 2021).

## Atividades semanais

Esta semana en las practicas he afianzado conocimientos sobre el ingreso de pacientes tanto Covid-19 como pacientes urgentes. He puesto en practica muchos protocolos de la unidad, algunos los hemos modificado ante esta nueva situación vivida en el país con la pandemia, para poder llevar a cabo los cuidados necesarios y fundamentales en las mujeres que requieren de nuestros servicios en esta etapa tan importante de sus vidas, como es la llegada al mundo de sus hijos en situaciones diferentes a las vividas anteriormente. Hemos puesto en marcha iniciativas para la fomentación de la lactancia materna exclusiva inmediata después del parto en pacientes positivas ya que se ha visto un beneficio en estos recién nacidos ante el coronavirus.

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
período pré-natal	2	2.1.1 - Diseña, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud prenatal. 2.1.2 - informa y orienta a las mujeres sobre la sexualidad y la anticoncepción en el período posterior al aborto. 2.1.3 - diagnosticar y controlar el embarazo. 2.1.4 - Promueve la toma de decisiones informadas en relación con el aborto, informando y orientando sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.2.3 - prescribir las pruebas diagnósticas necesarias para la detección de embarazos de riesgo. 2.2.4 - Identificar y vigilar las desviaciones de la gestación fisiológica, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de competencia. 2.2.5 - identificar y vigilar las desviaciones del patrón de adaptación al embarazo, remitiendo aquellas situaciones que escapan a su ámbito de competencia. 2.2.6 - Evaluar el bienestar materno y fetal con los medios clínicos y técnicos adecuados.	2.1 - promueve la salud de las mujeres durante el periodo prenatal y en el aborto el aborto. 2.2 – diagnostica precozmente y previene las complicaciones de salud durante el periodo prenatal y
período pos-natal	4	4.1.2 - informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, el desarrollo y los signos y síntomas de alarma del recién nacido 4.1.4 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 4.1.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto	4.1 - promueve la salud de las mujeres y de los recién nacidos en el periodo postnatal.
Trabalho de parto	3	3.1.1 - actúa según el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el trabajo de parto y el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados. 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas. 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

## Fontes de pesquisa

Benítez-Guerra, Gidder, & De Conno Alaya, Alfonso. (2007). Inducción del trabajo de parto con misoprostol oral y vaginal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(1), 61-67. Recuperado en 17 de noviembre de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692007000100010&lng=es&tln=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692007000100010&lng=es&tln=es).

Barbosa da Silva, Flora Maria, Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Sonia Maria, Mota e Silva, Lia, & Fernandez Tuesta, Esteban. (2011). Prácticas para estimular el parto normal. *Index de Enfermería*, 20(3), 169-173. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200007>

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 4

**Editorial**

Tema: Musicoterapia y uso de inductores del TP.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida de 32 años que ingreso por urgencias por contracción regulares y dolor en la zona lumbar y de las costas, con IG: 41 semanas de gestación y IO:0000. Grupo sanguíneo AB+. Gravidéz mal vigilada por razones de pandemia covid-19. Teste covid-19 negativo (realizado ayer) Movimientos fetales activos. Fue colocado Propress o Dinoprostona a las 13:00h que fue efectivo y colocada musicoterapia durante toda esta etapa para inicio de la fase de dilatación o latente. La gestación y el parto son experiencias significativas, que dejan huella en cada mujer que realiza éste tránsito, por tanto, la aplicación de estrategias complementarias contribuye a un cuidado más humano (Cruz,P et al., 2003). El uso de la musicoterapia aplica la música barroca como elicitor de relajación durante la fase latente de la primera etapa del trabajo de parto con el fin de contribuir a la modulación descendente de beta-endofrinas y disminuir la percepción cenestésica del dolor obstétrico. Se da importancia al silencio durante la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto y también en la segunda etapa del trabajo de parto con el fin de reducir la actividad cortical materna y como valor agregado. Numerosos estudios científicos con hidrófonos revelan que los sonidos y ruidos que ingresan al ambiente intrauterino a las 36 semanas, al ingresarlos a 80 DB, el feto los oye a más menos 65 DB (Cruz,P et al., 2003). Por otro lado, el Misoprostol fue por primera vez registrado bajo la marca del fabricante como Cytotec y fue rápidamente aceptado en múltiples países para el tratamiento de la úlcera péptica y en los pacientes que ingerían antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDS). Por vía oral es rápidamente absorbido, extensamente metabolizado y se estima que el grado de absorción oral es de un 88 %. El Misoprostol es rápidamente metabolizado por el sistema de oxidantes de ácidos grasos del organismo. Más recientemente se ha señalado que por esta vía puede alcanzar concentraciones máximas más rápidas que la anteriormente señaladas entre 15 y 30 min y que desaparecen con una vida media aproximada de 21 minutos (Nápoles Méndez, D et al., 2021).

**Atividades semanais**

En esta semana en bloco de partos realice numerosos tactos vaginales en el momento de la fase de dilatación de grávidas en trabajo de parto activo. He realizado otro parto, en esta semana donde he puesto en practica otra vez el pinzamiento del cordón, la importancia del contacto piel con piel inmediatamente después del nacimiento, realización de episiorrafia por laceración grado dos, la importancia de la contracción del útero. También he realizado los registros en el SCLínico del ordenador donde se van colocando las intervenciones que se realizan en cada turno en forma de SOS, por turno fijo, por hora fija o por día seleccionado. He aprendido a dar los relevos a los compañeros cuando acaba el turno sobre las pacientes que tenemos en la unidad, sus cuidados y necesidades que han tenido durante el turno y que necesitan para el siguiente.

**Aquisição de competências**

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pré-natal	2	2.1.3 - diagnostica y monitorea el embarazo. 2.1.4 - promueve una decisión informada en el contexto de la interrupción voluntaria del embarazo, informando y orientando los recursos disponibles en la comunidad. 2.1.6 - promueve decisiones informadas en el contexto de la salud prenatal, brindando información a las embarazadas sobre los recursos disponibles en la comunidad. 2.2.4 - identifica y monitorea las desviaciones del embarazo fisiológico, refiriéndose a situaciones que están más allá de su área de especialización. 2.2.5 - identifica y monitorea las desviaciones del patrón de adaptación al embarazo, haciendo referencia a situaciones que están más allá de su área de especialización. 2.2.6 - evalúa el bienestar materno y fetal por medios clínicos y técnicos apropiados.	2.1 - promueve la salud de la mujer durante el período prenatal y en una situación de aborto. 2.2 - diagnostica precozmente y previene Complicaciones en la salud de la mujer durante el período prenatal y en situaciones de aborto.
	4	4.1.2 - informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas en el recién nacido. 4.1.4 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto.	4.1 - promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el período posnatal.
Trabalho parto	3	3.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 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 la comodidad y el bienestar de las mujeres. 3.1.4 - concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el vínculo madre / padre / recién nacido.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

**Fontes de pesquisa**

Cruz, S., Pirovich H. & Peña, E. (2003). La música en el trabajo de parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(1), 68-74. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262003000100014>

Tabarro, C., Campos, L., Galli, N., Novo, N. & Pereira, V. (2010). Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Revista da escola de enfermagem da usp*, 44(2), 445-452. <https://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200029>

Nápoles-Méndez, D. (2006). Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 32(2) recuperado en 11 de marzo de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-600x2006000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2006000200005&lng=es&tlng=es).

Data: 08/Marzo /2021 a 24/Abril/2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 6ª

## Editorial

Tema: Laceraciones del periné.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida que sufrió de **laceración grado IV** en parto eutócico del día 09/03/21 a las 13:22 h del cuál nació recién nacido femenino, con 3470gr con IO:10/10, sin malformaciones aparentes. Sufrió laceración de grado iv que fue suturada, dequitudadura natural de Método Ducan a los 14 minutos. Presentó pérdidas de reducida cantidad con útero contraído. Se realiza 10 unidades de Oxitocina en suero fisiológico de 500 ml. Fue realizado vaciamiento vesical antes del parto. El recién nacido presento buena tonicidad y vitalidad, con buenos reflejos de succión y deglución. Hizo solo lactancia materna exclusiva y contacto piel con piel a los 20 minutos del nacimiento, establecida relación diade madre/ hijo. La practica de Episiotomía consiste en una incisión en la zona perineal realizada en situaciones de sufrimiento fetal, progresión insuficiente en el trabajo de parto y amenaza de laceración de tercer grado. Bajo la justificación habitual de los profesionales de salud de que contribuye en la prevención del trauma perineal severo, de prolapso uterino y de incontinencia urinaria. Esta se verifica principalmente en casos de: rigidez perineal, primiparidad, feto macrosómico, prematuridad, presentación pélvica e inminencia de rotura perineal (Ferreira-Couto, C et al., 2017). En el caso de la maniobra de Ritgen que consiste la extracción del feto tras la flexión de la cabeza, facilitando su salida y evitando la expulsión violenta que puede ocasionar lesiones perineales. Es también una maniobra preventiva de laceraciones del esfínter anal, siendo realizada en los intervalos entre las contracciones uterinas (Benítez González, Y et al., 2017). Por otro lado la aplicación de calor en gasas calientes, en estudios realizados, la colocación de gasas calientes en el perineo sobre el trauma, se concluyo que a pesar de su efecto poco significativo en las laceraciones de primer y segundo grado y en la probabilidad de necesidad de sutura perineal, las mujeres del grupo de aplicación de gasas calientes tuvieron significativamente menos laceraciones de tercero y cuarto grados y presentaron resultados de dolor perineal significativamente más bajo, en el primer y segundo días posparto. Por lo tanto, esta práctica, simple y económica, debe estar asociada en la asistencia al segundo periodo del trabajo de parto (Ferreira-Couto et al., 2017 ; Benítez-González et al., 2017).

## Actividades semanais

En esta primera semana en puerperio en Hospital de Portalegre he aprendido a recibir a las púerperas desde la sala de paritorio para la habitación, a acomodarlas y a establecer el contacto piel con piel nada mas llegar a la habitación con su hijo. Posteriormente pasadas 2 horas se vuelve a realizar la supresión suprapúbica para ver si el útero esta bien contraído, vigilar las pérdidas hemáticas, valorar y evaluar la episiorrafia, por si necesitan hielo para bajar la inflamación. Es esencial el contacto piel con piel y que las madres establezcan la lactancia materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido, ya que sabemos que presenta grandes cantidades de carbohidratos, proteínas, grasas y presenta grandes cantidades de anticuerpos que ayuda a evitar enfermedades para el bebé. Es también fundamental para la madre, ya que previene de depresión posparto, reduce el estrés, la tensión arterial, favorece la contracción del útero, previniendo así hemorragias y reduciendo la anemia. He realizado también los baños de los recién nacidos en las 24 horas de vida, en presencia y siempre favoreciendo el vinculo materno-perinatal.

## Adquisición de competencias

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pos-natal	4	4.1.2. Informa y orienta a la mujer sobre crecimiento, desarrollo, señales o sintomas de alarma en el recién nacido. 4.1.4 . Concibe, planea, imprementada y evalua las intervenciones de promocion, proteccion y apoyo a la lactancia materna. 4.1.5. Concibe, planea, imprementada y evalua las intervenciones de promocion, proteccion y apoyo pós-parto.	4.1 Promueve la salud de la mujer y del recién nacido em el periodo pos-natal.

## Fontes de pesquisa

Ferreira-Couto, Cristina Manuela, & Fernandes-Carneiro, Marinha Do Nascimento. (2017). Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería global*, 16(47), 539-575. Epub 01 de julio de 2017. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Benítez González, Yoandra, & Verdecia Ramírez, Marileydis. (2017). Presentación de una paciente con desgarrro perineal obstétrico. *Correo científico médico*, 21(2), 583-590. Recuperado en 13 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1560-43812017000200025&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1560-43812017000200025&lng=es&tlng=es).

Data: 08/Marzo /2021 a 24/Abril/2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 7ª

## Editorial

Tema: Incompatibilidad Feto-pélvica

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una puerpera que fue cesárea por incompatibilidad feto-pélvica. El término desproporción fetopélvica (DFP) se utiliza para describir una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal (Piñango-Cruz et al., 2006). La desproporción fetopélvica puede traer como consecuencia un trabajo de parto largo y muy lento, lo que aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal, además el trabajo de parto prolongado produce mayor incidencia de endomiometritis, disminución de las cifras de Ph fetal y hospitalización prolongada, por ello, esto ha conducido a los obstetras durante años a buscar un método que ayude a diagnosticar de manera precoz la DFP y evitar el trabajo de parto en estas gestantes. Existen diversos métodos para lograr su diagnóstico, entre ellos, métodos clínicos y paraclínicos como la pelvimetría por rayos x, la tomografía, la ultrasonografía y más recientemente la resonancia magnética nuclear. La grandísima mayoría de DCP diagnosticadas durante la vida de la mujer son realmente mal posicionamientos del bebé provocados por la postura anti-fisiológica, las contracciones artificiales, los pujos dirigidos y fuera de tiempo y sobre todo la falta de paciencia (Piñango-Cruz et al., 2006).

## Actividades semanales

En esta semana en puerperio en hospital de Portalegre he realizado la asistencia durante el periodo greenberg. También la importancia del contacto piel con piel y que las madres establezcan la lactancia materna exclusiva en las primeras horas de vida del recién nacido, ya que sabemos que presenta grandes cantidades de carbohidratos, proteínas, grasas y presenta grandes cantidades de anticuerpos que ayuda a evitar enfermedades para el bebé. Es también fundamental para la madre, ya que previene de depresión posparto, reduce el estrés, la tensión arterial, favorece la contracción del útero, previniendo así hemorragias y reduciendo la anemia. Los cuidados postparto están centrados en ayudar a la mujer parturienta a gestionar los cambios que va a sufrir su cuerpo después del parto, desde la asistencia al bebé, como las complicaciones de la lactancia materna exclusiva, el cuidado de su periné tras realización de episiotomía o laceraciones.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pos-natal	4	4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas del recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6. Ayuda durante el inicio de la lactancia materna exclusiva después del parto.	4.1 promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el periodo posnatal.

## Fontes de Pesquisa

Piñango-Cruz, P, Rodríguez- Penso, A Fajardo, J, & Bello,F.(2006). Desproporción fetopélvica: diagnóstico ecsonográfico. *Revista de obstetricia y ginecología de venezuela*, 66(1), 55-57. Recuperado en 13 de abril de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0048-77322006000100003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322006000100003&lng=es&tlng=es).

Corrales-Gutiérrez,A(2009). Pelvimetría, ¿caso cerrado?: a closed case?. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 35(3) recuperado en 13 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-600x2009000300015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2009000300015&lng=es&tlng=es).

Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del sistema sanitario de navarra*, 32(supl. 1), 169-175. Recuperado en 13 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1137-66272009000200015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272009000200015&lng=es&tlng=es).

Data: 08/Marzo /2021 a 24/Abril/2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 8ª

## Editorial

Tema: Hemorragia pos-parto

El tema importante en esta semana en las prácticas fue hemorragia posparto en una puérpera de parto eutócico del día 23/03/2021 a las 17:29h del cual nació un niño con 2700 gr, IA:10/10 sin malformaciones aparentes. Presentó episiorragia con pérdidas aparentemente de pequeña cantidad y útero contraído. Pasadas las 2 horas del Periodo de Greenberg, ya ubicada en su habitación presentó aumento de las pérdidas hemáticas vaginales con imposibilidad de confirmar que el útero este contraído. Se inició sueroterapia con salino con 10 unidades de Oxitocina y masaje uterino, que mejoró la sintomatología. Las hemorragias en el posparto son unas de las complicaciones más temidas e importantes del puerperio. Actualmente, la calidad de la atención obstétrica y la mayor disponibilidad con el mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (Karlsson et al., 2009). La principal causa de hemorragia en el puerperio es la atonía de útero en un 80% de los casos, en un segundo escalón se encuentran los traumas o laceraciones importantes, retenciones de placenta y alteraciones en la coagulación, llamadas las reglas de las 4T: la atonía de útero puede ser por: sobredistensión uterina, ya sea por gestación múltiples, hidramnios o feto macrosómico; corioamnionitis, por RPM prolongada o fiebre intraparto; agotamiento muscular, por aumento del trabajo de parto. En el caso de retención de tejidos placentarios ya sea por placenta; como acretismo placentario o cirugía uterina previa, y por coágulos. Por traumas del canal del parto, ocurre por partos instrumentales, fase expulsiva precipitada, Distocias, Hiperdinamia, Version Cefálica Externa (VCE), Alumbamiento manual, Acretismo placentario y Maniobra de Crédé. En los casos de alteraciones de la coagulación se encuentran patologías como la preeclampsia, Síndrome de Hellp, CID (Coagulación Intravascular Diseminada), ELA (Embolia de líquido amniótico), sepsis y Abruption placentae, Enfermedad de Von Willerbrand y Hemofilia tipo A % (Karlsson et al., 2009; Nápoles-Méndez et al., 2009)

## Atividades semanais

En esta primera semana en puerperio en hospital de portalegre he seguido asentando conocimientos aprendidos durante los estagios anteriores, realizando los ingresos de puérperas procedentes del bloco de partos, donde realizan sus dos horas del periodo de greenberg, donde se cuida el contacto piel con piel entre la madre y el bebé, fomentación de la lactancia materna y se resuelven todas sus dudas sobre el amamantamiento del bebé, valoración de las pérdidas vaginales en el posparto y revisión del periné.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Periodo pos-natal	4	4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, desarrollo, señales de alerta y síntomas del recién nacido. 4.1.4 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6. Ayuda durante el inicio de la lactancia materna exclusiva después del parto. 4.1.5 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - concibe, planifica, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la paternidad responsable. 4.2.1 - informa, orienta y apoya a la madre en el autocuidado y el cuidado de su hijo. 4.2.2 - identifica y monitorea los cambios en los procesos de transición y adaptación a la paternidad, haciendo referencia a situaciones que están más allá de su área de especialización.	4.1 promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el periodo posnatal. 4.2 - diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido durante el periodo posnatal.

## Fontes de Pesquisa

Karlsson, H., & Pérez-Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Anales del sistema sanitario de navarra*, 32(supl. 1), 159-167. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1137-66272009000200014&lng=es&tln=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272009000200014&lng=es&tln=es).

Nápoles-Méndez, D. (2012). Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. *Medisan*, 16(7), 1114-1136. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1029-30192012000700013&lng=es&tln=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192012000700013&lng=es&tln=es).

Data: 08/Marzo /2021 a 24/Abril/2021.

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre.

Semana: 9ª

## Editorial

Tema: Lactancia Materna en el posparto inmediato.

El tema importante en esta semana en las prácticas fue la importancia de la lactancia materna en el posparto inmediato.

La leche materna es el alimento natural ideal para los recién nacidos y lactantes por sus características nutricionales, ya que permiten el crecimiento del niño y la prevención de la morbi-mortalidad infantil, especialmente por enfermedades diarreicas. Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria (pre-calostro, calostro, leche de transición, leche de pretérmino, y madura), se adaptan a los requerimientos del niño en el tiempo, permitiendo que los elementos constitutivos (grasas carbohidratos, proteínas y enzimas) se absorban y digieran fácilmente, favoreciendo la formación de un sistema inmunitario eficiente. La leche materna contiene componentes que conforman su función protectora contra virus, bacterias y parásitos (Panadero-Utrilla et al., 2010). Las prácticas obstétricas de atención a la mujer durante el parto cobraron un interés especial en las últimas décadas, cuando se demostró su impacto en el inicio y la duración de la lactancia materna y, por ésta, en la salud de mujeres y niños. La organización mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promulgaron en 1989 la iniciativa hospital amigo del niño (IHAN), a través de la cual establecieron un decálogo de prácticas para la promoción de la LM (Panadero-Utrilla et al., 2010; Berra et al., 2002).

## Actividades semanais

En estas semanas durante mis estagios en puerperio del hospital de Portalegre he visto lo importante y esencial que es el contacto piel con piel. Ya que se ha demostrado que mejora las constantes vitales del recién nacido, haciendo también perder menor temperatura, frecuencia cardiaca y mejora el nivel de azúcar. Les ayuda a estar mas tranquilos y seguros, ayudando a su desarrollo neurológico, psicológico y sobre todo emocional, para crear ese vínculo materno irrompible. Actualmente ante la situación sanitaria que surge en el mundo ante la pandemia del coronavirus, el contacto piel con piel se ha incentivado. La enfermedad producida por el virus sars-cov-2 o “el coronavirus” llegó para generar incertidumbre y miedo, para cambiar los planes previstos, y, sin embargo, los bebés siguen naciendo y con ello también lo hacen madres y padres a diario. Nuestro deber como especialistas, es no perturbar demasiado ese proceso involuntario de dar a luz y, por el contrario, propiciar que madre e hijo disfruten este primer encuentro. Podemos empezar entonces, por aplicar los lineamientos de atención de la madre con sospecha o infección por covid-19 y su recién nacido, de una manera tranquila, consciente y mesurada. Si la madre y el hijo sienten un estrés excesivo, se podría afectar la calidad de esa primera impronta emocional en el recién nacido. He tenido la oportunidad de ver y establecer ese vínculo creado entre un recién nacido y su madre con covid-19.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Periodo pos-natal	4.1	4.1.1 - proporciona información y orientación sobre los recursos comunitarios disponibles para las necesidades de la mujer puerpera y del recién nacido, promoviendo la toma de decisiones informadas. 4.1.4 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 4.1.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto 4.1.6 - concibe, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos para promover la salud mental en la experiencia del puerperio.	4.1 - promueve la salud de las mujeres y de los recién nacidos en el periodo postnatal.
	4.2	4. 2.1 - informa, orienta y apoya a la madre en el autocuidado y en el cuidado de su hijo. 4.2.2 - Identifica y controla los cambios en los procesos de transición y adaptación a la paternidad y maternidad, refiriéndose a situaciones que están fuera de su ámbito de competencia. 4.2.3 - Identifica y vigila el estado de salud de la mujer puerpera y del recién nacido, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de actuación.	4.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones de salud de las mujeres y los recién nacidos durante el periodo postnatal.
	4.3	4.3.1 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico para la madre postnatal, incluyendo a las personas significativas. 4.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones de recuperación posparto. 4.3.3 - Diseña, planifica, aplica y evalúa las medidas correctoras del proceso de lactancia. 4.3.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para mujeres con complicaciones posparto 4.3.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones a mujeres puerperas con problemas asociados y/o patología concomitante.	4.3 - Presta atención en situaciones que pueden afectar negativamente a la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo postnatal.

## Fontes de Pesquisa

Panadero-Utrilla, E., Escribano-Ceruelo, E. & Duelos-Marcos, M. (2010). La maternidad perfecta: la lactancia materna y sus expectativas. *Pediatría atención primaria*, 12(47), 543-546. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1139-76322010000400017&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1139-76322010000400017&lng=es&tlng=es).

Salazar, S., Chávez, M., Delgado, X. & Eudis-Rubio, T. (2009). Lactancia materna. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 72(4), 163-166. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0004-06492009000400010&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0004-06492009000400010&lng=es&tlng=es).

Berra, S., Galván, N., Sabulsky, J., Lago, B., Gorgerino, M., Rajmil, L., Passamonte, R., Pirán-Arce, M. & Pascual-de-Unía, L. (2002). Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato. *Revista de saúde pública*, 36(6), 661-669. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000700002>

Data: 08/Marzo /2021 a 24/Abril/2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 10ª

**Editorial**

El tema importante en esta semana en las prácticas fue la realización de una cesárea urgente por placenta previa con ligadura de trompas (decisión de la propia mujer) de una mujer con 39+3 semanas, G1P0.

La placentación ocurre normalmente en las zonas superiores de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal (Ruiz-Sánchez et al., 2014). Cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria, principal motivo para la realización de cesáreas programadas; para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. La placenta implantada en la zona baja del útero puede cubrir totalmente el orificio cervical interno (placenta previa oclusiva total), puede cubrirlo parcialmente (placenta previa oclusiva parcial) o puede llegar solo al borde orificial (placenta previa marginal) (Isla -Valdés et al., 2008). Se considera que existen 2 grandes grupos de causas responsables de una inserción placentaria anormal (placenta previa), las trofoblásticas y las endometriales. El primero incluiría las alteraciones propias del huevo fecundado, que serían responsables del retraso de su implantación endometrial, lo que condicionaría su asiento en las zonas bajas del útero. Al segundo grupo pertenecerían algunos trastornos locales del endometrio que afectarían la zona uterina de la implantación ovular normal (fondo o porción superior del útero), haciéndola disfuncional, lo que impediría que el huevo pudiera adherirse a esta zona dañada del útero (Ruiz-Sánchez et al., 2014)

**Atividades semanais**

En esta última semana de puerperio me he sentido mucho mas autónoma a la hora de la realización de mi futuro trabajo o estilo de vida, ya que en un futuro como enfermera especialista en salud materna y obstetra he de saber solucionar todos los problemas surgidos en las mujeres y saberles guiar hacia un mejor pronostico. He tenido la suficiente autonomía durante estos días con las mujeres a la hora de explicarles todo el procedimiento que teníamos que realizar a ellas o a sus bebés; también para resolverles dudas para el momento en el que ya se marchan a su domicilio. He realizado las altas domiciliarias de las púerperas tanto de partos eutócicos como distócicos con sus informaciones oportunas y sus sugerencias importantes.

**Aquisição de competências**

CONS	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Periodo pos-natal	4.1	4.1.1 - Proporciona información y orientación sobre los recursos comunitarios disponibles para satisfacer las necesidades de la mujer púerpera y del recién nacido, promoviendo la toma de decisiones informadas. 4.1.2 - Informa y orienta a la mujer sobre el crecimiento, el desarrollo, los signos de alarma y los síntomas del recién nacido. 4.1.3 - Informa y asesora a las mujeres sobre la sexualidad y la anticoncepción en el período posparto. 4.1.4 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 4.1.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover y apoyar la adaptación posparto. 4.1.6 - concibe, planifica, coordina, supervisa, ejecuta y evalúa programas, proyectos e intervenciones para promover la salud mental en la experiencia del puerperio, potenciando la crianza responsable.	4.1 Promueve la salud de la mujer y del RN en el período posnatal.
	4.2	4.2.2 - Identificar y controlar los cambios en los procesos de transición y adaptación a la paternidad y maternidad, refiriéndose a situaciones que están fuera de su ámbito de competencia. 4.2.3 - Identificar y vigilar el estado de salud de la mujer púerpera y del recién nacido, refiriendo las situaciones que están fuera de su ámbito de actuación. 4.2.4 - Identifica las complicaciones del posparto, refiriendo situaciones que están fuera de su área de práctica.	4.2. Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de las mujeres y los recién nacidos durante el periodo postnatal.

4.3	<p>4.3.1 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico para la madre postnatal, incluyendo a las personas significativas. 4.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones de recuperación posparto. 4.3.3 - Diseña, planifica, aplica y evalúa las medidas correctoras del proceso de lactancia. 4.3.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para mujeres con complicaciones posparto. 4.3.5 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones a mujeres púerperas con patologías asociadas y/o concomitantes. 4.3.6 - Concebir, planificar, aplicar y evaluar las intervenciones de apoyo a las mujeres, incluidas las personas significativas, en caso de alteraciones morfológicas y/o funcionales del recién nacido. 4.3.7 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones de apoyo a las mujeres, incluidas las personas significativas, durante los allegados, durante el periodo de duelo en caso de muerte fetal/neonatal. 4.3.8 - cooperar con otros profesionales en el manejo de las mujeres con complicaciones posparto. 4.3.9 - cooperar con otros profesionales en el tratamiento de las púerperas con patologías asociadas y/o concomitantes. 4.3.10 - Cooperar con otros profesionales en el tratamiento del recién nacido con problemas de salud en el periodo neonatal. 4.3.11 - toma la decisión de traslado, asegura el traslado y atiende a la púerpera y al recién nacido durante el transporte.</p>	4.3 Presta atención en situaciones que pueden afectar negativamente a la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo postnatal.
-----	---	---

**Fontes de Pesquisa**

Ruiz-Sánchez, J., Espino y Sosa, S., Vallejos-parés, A. & Durán-Arenas, Luis. (2014). Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 33-40. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0187-53372014000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-53372014000100006&lng=es&tlng=es).

Isla-Valdés, A., Cruz-Hernández, J., Velasco-Boza, A., Hernández-García, P., Fajardo-Puig, R. & Díaz-Curbelo, A. (2008). Comportamiento de la placenta previa en el hospital ginecoobstétrico "américa arias", período 2003-2005. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(3) recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252008000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252008000300007&lng=es&tlng=es).

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 2

## Editorial

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida con IO:0000 y IG:33 semanas de gestación, SB negativo, serologías negativas, grávidez controlada, acude a urgencias el día 14/05/2021 a las 00h06 del hospital de Portalegre por inicio trabajo de parto con contractilidad uterina regular de moderada e intensa amplitud. Toque con cuello en dilatación completa con REBA (desde las 11h00), presentación cefálica encajada, iniciándose el periodo expulsivo del trabajo de parto. Fue parto eutócico del cual nació un varón con 1980 gr, con IA:8/9/10, sin malformaciones aparentes. Fue trasladado al hospital García de Orta, Almada, Lisboa por prematuridad tardía. La edad gestacional del recién nacido se considera un determinante fisiológico para la adaptación extrauterina, y esto es un hito importante para el pronóstico del recién nacido, especialmente en el período neonatal temprano. Teniendo en cuenta la madurez fetal completa en la 34 semana de la edad gestacional, los recién nacidos se encuentran en una situación de imposición de adaptación extrauterina que presenta riesgos para la salud y la posibilidad de muerte (Jantsch-Leonardo et al., 2021). Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 después de la fecha de última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África) sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años (Huertas- Tacchino et al., 2018). Los partos pretérmino espontáneo son los responsables de las 2/3 partes de PPT (Jantsch-Leonardo et al., 2021). En este grupo solo 15% de las pacientes tienen antecedente de ppt y 85% son primigestas o han tenido embarazos a término. Por otro lado, los partos pretérminos iatrogénico son aquellos que se produce por indicación médica ante la aparición de una complicación del embarazo que impide continuar con la gestación al poner en grave riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. Las complicaciones importantes incluyen: preeclampsia severa, restricción del crecimiento intrauterino, colestasis intrahepática, rotura prematura de membranas pretérmino prolongada, placenta previa sangrante, desprendimiento prematuro de la placenta y embarazo monocoriónico complicado Huertas- Tacchino et al., 2018).

## Atividades

En esta semana he realizado el seguimiento de varias mujeres en trabajo de parto o inducciones. Realizando la evaluación inicial que es una entrevista de anamnesis con su historia clínica y personal de la paciente y su pareja, donde se obtienen datos como; edad, grupo sanguíneo y factor rh, semanas de gestación, alergias medicamentosas y alimenticias, sexo, antecedentes personales, dpp, dum, hábitos tóxicos, antecedentes obstétricos y familiares... Se recibe a la mujer en la consulta de obstetra, donde es valorada y realizada una ecografía fetal para ver el bienestar fetal, para después pasar a la habitación de dilatación, donde estará durante todo el proceso de dilatación del parto. En el hospital de portalegre, los acompañantes ya sea la pareja o marido de las mujeres pueden asistir al parto siempre y cuando se realicen una PCR COVID, uno o dos días antes del momento del nacimiento.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Trabalho de parto	3.1	3.1.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 - Identifica y controla la mano de obra. 3.2.2 - Identifica y vigila el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, derivando situaciones que están más allá de su área de experiencia. 3.2.3 - Identificar y controlar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir. 3.2.3 - Identificar y vigilar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir los casos que estén fuera de su ámbito de actuación. 3.2.4 - evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.

## Fontes de Pesquisa

Huertas-Tacchino, E. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 64(3), 399-404. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>

Jantsch, L., Canto, R., Melo, A. Scaburi, I., Andrade, E. & Neves, E. (2021). Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. *Enfermería global*, 20(61), 23-58. Epub 01 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.417281>

Faneite, P. (2012). Parto pretérmino: reto, reacciones y paradigmas. *Revista de obstetricia y ginecología de venezuela*, 72(4), 217-220. Recuperado en 20 de mayo de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0048-77322012000400001&lng=es&tln=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322012000400001&lng=es&tln=es).

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 3

## Editorial

## Tema: Parto en el Banco de Partos

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida con IO:0000 y IG:40+3 semanas de gestación, SB negativo, serologías negativas, gravidez controlada, acude a urgencias el día 07/04/2021 a las 13h17 del hospital de Portalegre por inducción al trabajo de parto. Fue un parto eutócico en el banco de partos a las 18h 38 del cual nació un bebé 3350 gr, con IA:9/10. Dequitadura natural 15 minutos completas, con laceración grado 1. El parto, como proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno, ha tenido en diferentes épocas y momentos de la historia diversas formas en los que ha ocurrido, las que trataremos de resumir a continuación.

Las diferentes posiciones adoptadas por las mujeres durante el parto han constituido hitos importantes a través de la historia, algunos de los cuales no están totalmente resueltos. En los últimos tiempos, con el desarrollo de la ciencia, la asistencia al parto se ha estado realizando en un medio hospitalario y con personal especializado y de esta manera, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en la llamada posición dorsal, la que supone permite al médico controlar mejor el estado del feto, asegurando así un parto seguro, fundamentalmente para garantizar su bienestar, por lo que se ha dicho que se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad. En este artículo se realiza una revisión sobre las principales posiciones de la gestante en el trabajo de parto y el parto a través de la historia, sustentadas por criterios científicos, históricos y culturales, en los que la costumbre ha tenido gran influencia en muchas partes del mundo (Lugones-Botell et al., 2012).



FIGURA 1: PARTO EUTÓCICO EN BANCO DE PARTOS EN HOSPITAL DE PORTALEGRE REALIZADO POR AESMO MARÍA HERNÁNDEZ. CON SUPERVISIÓN DE EESMO

## Atividades semanais

He realizados dos partos de el banco de partos del hospital a dos mujeres, una de ella no estaba con analgesia epidural y la otra mujer llevaba catéter epidural, pero apagamos la perfusión unas horas antes para que tuviera un mejor y adecuado manejo de las extremidades inferiores en el momento del parto. Esta justificado por especialistas que la postura del banco amplía el canal de parto y acorta el período expulsivo del bebé y disminuye el riesgo de desgarro. Entre otras cuestiones garantiza un parto respetado en el que se le permite a la mujer elegir posturas más adecuadas y cómodas durante el momento previo a dar a luz, en el parto mismo y estar acompañadas por quienes ellas elijan en la sala y posteriormente. También proporciona pautas de seguridad y respeto en la atención de la parturienta.

## Aquisição de competências

CONS.	N°	ACTIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Trabajo de parto	3.1	3.1.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 - Identifica y controla la mano de obra. 3.2.2 - Identifica y vigila el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, derivando situaciones que están más allá de su área de experiencia. 3.2.3 - Identificar y controlar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir. 3.2.3 - Identificar y vigilar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir los casos que estén fuera de su ámbito de actuación. 3.2.4 - evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.
	3.3	3.3.1 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico a la madre y a la parturienta, incluidas las personas significativas. 3.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones para la mujer parturienta con patología asociada y/o concomitante al embarazo durante el parto 3.3.3 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa la intervención a la parturienta en caso de retención de placenta, realizando en caso de urgencia, la extracción manual y la revisión uterina	3.3 - atiende a mujeres con patología asociada y/o concomitante al embarazo y/o al parto.

**Fontes de Pesquisa**

Lugones-Botell, M. & Ramírez-Bermúdez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 38(1), 134-145. Recuperado en 20 de mayo de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-600x2012000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2012000100015&lng=es&tlng=es).

Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M. & Martínez-Roche, M. (2015). Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 520-526. Epub July 03, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 7

**Editorial**

El tema importante en esta semana es la hipertonía de útero y la polisistolia uterina. Ocurrió en una grávida con IO:1001 y IG:39+5, con cesárea en 2017 por presentación pélvica. Antecedentes personales con ITU de repetición. SB positivo y serologías negativas. Comiendo del trabajo de parto, inicio de ampicilina 2 gr intravenoso y luego 1 gr durante 4 horas. Inicio perfusión de oxitocina con 5 unidades a 18 ml/h por orden del obstetra. REBA con liquido claro a las 11h. Puesta epidural a las 12:30h siendo efectiva.

Cuando comienza el periodo expulsivo, la paciente comienza a tener alteraciones del CTG, con taquisistolia uterina y hipertonía uterina, se suspende perfusión de oxitocina, y tras producirse desaceleraciones con FCF 90 lpm mantenidas, se decide cesárea urgente por riesgo de rotura uterina y sufrimiento fetal. La hipertonía de útero ocurre cuando el tono basal del útero es superior a los 12 mmHg, siendo consecuencia de la polisistolia, es decir, frecuencia contráctil uterina superior a 5 contracciones cada 10 minutos. Lo que produce la imposibilidad de relajación uterina entre una y otra contracción. Esta hipertonía produce una interrupción de la circulación materno fetal, que puede dar lugar a sufrimiento fetal, depresión neonatal o muerte perinatal. Una actividad uterina bien coordinada es aquella en que los intervalos intercontráctiles son muy semejantes en duración y en que la intensidad de las contracciones también es muy similar. El fármaco Ritodrina (pre par®) es un estimulante b2-adrenérgico de elección como inhibidor del parto prematuro y para el tratamiento de la asfixia fetal por hipermotilidad uterina (García-Ildelfonso et al., 2001).

Durante el trabajo de parto se pueden producir episodios de pérdida del bienestar fetal asociados a cuadros de hiperdinamia, dependiendo del resto de los parámetros clínicos, se puede considerar la utilización de un fármaco tocolítico. En el primer caso, con el fin de corregir la alteración de la dinámica uterina que está dificultando los intercambios en el espacio intervelloso (García-Ildelfonso et al., 2001; Nozar et al., 2008). Los fármacos tocolíticos usados para la inhibición de la dinámica uterina durante el trabajo de parto han sido los mismos que los empleados para el tratamiento de la amenaza de parto pretérmino (APP); los Betasimpaticomiméticos son los más utilizados, entre ellos, la Ritodrina. Este fármaco tiene una eficacia tocolítica bastante alta, pero su uso está limitado por sus importantes efectos secundarios, tales como: hipotensión, taquicardia materna y fetal, hiperglucemia e hipopotasemia. En nuestro estudio, el Atosibán, nuevo agente tocolítico, se ha mostrado seguro y eficaz a la hora de corregir las hiperdinamias durante el trabajo de parto, al igual que en el tratamiento de la APP (Nozar et al., 2008).

**Atividades semanais**

En esta semana he realizado el seguimiento de varias mujeres en trabajo de parto o inducciones, donde se han producido alteraciones de la CTG fetal intraparto, donde he podido identificar estos síndromes de hiperestimulación de la conducción uterina. He sabido recepcionar a la mujer con coordinación en el servicio de referencia, informar a la embarazada de los procedimientos que se le van a realizar, identificar el motivo por el cual acude a que la valoren, realizando el ingreso hospitalario adecuado, confirmar la situación en la que se encuentra, ya sea en trabajo de parto, puerperio, o gravidez, y detectar los problemas a los que se enfrentan estas pacientes.

**Aquisição de competências**

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Trabajo de parto	3.1	3.1.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 - Identifica y controla la mano de obra. 3.2.2 - Identifica y vigila el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, derivando situaciones que están más allá de su área de experiencia. 3.2.3 - Identificar y controlar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir. 3.2.3 - Identificar y vigilar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir los casos que estén fuera de su ámbito de actuación. 3.2.4 - evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido..
	3.3	3.3.1 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico a la madre y a la parturienta, incluidas las personas significativas. 3.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones para la mujer parturienta con patología asociada y/o concomitante al embarazo durante el parto. 3.3.3 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa la intervención a la parturienta en caso de retención de placenta, realizando en caso de urgencia, la extracción manual y la revisión uterina	3.3 - atiende a mujeres con patología asociada y/o concomitante al embarazo y/o al parto.

#### Fontes de Pesquisa

- Barrena, N. & Carvajal, Jorge. (2006). evaluación fetal intraparto: análisis crítico de la evidencia. revista chilena de obstetricia y ginecología, 71(1), 63-68. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262006000100011>
- Kulier, R., Gülmezoğlu, A. Hofmeyr, G. & Van-Gelderren, C. (1997). Betamimetics in fetal distress: randomised controlled trial. Journal of Perinatal Medicine 25(1):97-100. doi: 10.1515/jpme.1997.25.1.97. pmid: 9085210.
- Aragón-Hernández, J., Ávila-Vergara, M., Beltrán-Montoya, J. Calderón-Cisneros, E., Caldiño-Soto, F., Castilla-Zenteno, A., García-Espinosa, M., Gil-Márquez, J., Gudiño-Ruiz, E., Hernández-Rivera, C., Loya-Montiel, L., Salvador-Domínguez, G. & Vadillo-Ortega, F. (2017). protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. ginecología y obstetricia de méxico, 85(5), 314-324. recuperado en 15 de junio de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s030090412017000500314&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s030090412017000500314&lng=es&tlng=es).
- Nozar, M., Fiol, V., Martínez, A., Pons, J., Alonso, J. & Briozzo, L. (2008). importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. revista médica del uruguay, 24(2), 94-101. recuperado en 15 de junio de 2021, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1688-03902008000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1688-03902008000200004&lng=es&tlng=es).
- Di-Renzo, G. & Roura, L. (2008). Directrices para el manejo del parto prematuro espontáneo. prog obstet ginecol.; 51(7): 411-20.
- Arrazola-Saniger, M. Diaz-Alex, A., Dominguez-Rodriguez, I., Ramirez-Arrazola, A. & Ogáyar-Luqu, M. (2002). Efectos adversos y cuidados de enfermería en la administración de ritodrina. enfer clínic 12(4): 188-92.

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 8

## Editorial

Tema: Oligohidramnios

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida con IO:1011 y IG:39, que interno con inicio de trabajo de parto y diagnóstico de oligohidramnios. Finalmente se realizó cesárea ya que se encontraba en sufrimiento fetal y sin líquido amniótico. El oligohidramnios, es un diagnóstico que se incorporó al trabajo obstétrico en las últimas décadas, es causa importante de morbilidad fetal e incrementó el indicador de la operación cesárea, se sabe que el daño fetal será proporcional al tiempo de exposición del feto a las causas que lo provocan, por lo tanto, es un diagnóstico importante y a tener en cuenta a la hora del parto. Oligohidramnios es la disminución de la cantidad de líquido amniótico que rodea al feto durante el embarazo (ILA por debajo de 5 cm). Las causas de oligohidramnios pueden dividirse en tres grandes grupos: las causas fetales, como el crecimiento intrauterino restringido (RCIU), gestación cronológicamente prolongada, infección fetal por cmv (citomegalovirus), obstrucción tracto urinario (obstrucción ureteral bilateral, valvas uretrales posteriores), patología renal (agenesia renal bilateral, displasia renal multiquistica bilateral, riñones poliquisticos) y defectos del tubo neural. También por causas placentarias-membranas: rotura prematura de membranas (RPM) y por causas maternas: medicación materna (inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). En el segundo trimestre de la gestación la presencia de una RPM explica el 50 % de los casos de oligohidramnios, seguido por el RCIU y las malformaciones fetales en el 20 % y el 15 %, respectivamente donde un 5 % de los casos son idiopáticos (Amador-de-Varona et al., 2013).

## Atividades semanais

Esta semana en las prácticas he ampliado conocimientos sobre la educación para las mujeres embarazadas de alta calidad, en el ámbito cultural, proporcionando servicios claros y promoviendo la vida familiar saludable del embarazo planificado, maternidad/paternidad positiva. A la hora del parto, proporcionar el cuidado de alta calidad, en un parto higiénico, seguro, humanizado, sabiendo manejar las situaciones de urgencias, que en esta semana ha sido la atonía de útero.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ATIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Trabajo de parto	3.1	3.1.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 - Identifica y controla la mano de obra. 3.2.2 - Identifica y vigila el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, derivando situaciones que están más allá de su área de experiencia. 3.2.3 - Identificar y controlar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir. 3.2.3 - Identificar y vigilar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir los casos que estén fuera de su ámbito de actuación. 3.2.4 - evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido..
	3.3	3.3.1 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico a la madre y a la parturienta, incluidas las personas significativas. 3.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones para la mujer parturienta con patología asociada y/o concomitante al embarazo durante el parto. 3.3.3 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa la intervención a la parturienta en caso de retención de placenta, realizando en caso de urgencia, la extracción manual y la revisión uterina	3.3 - atiende a mujeres con patología asociada y/o concomitante al embarazo y/o al parto.

## Fontes de Pesquisa

Amador-de-Varona, C., Rodríguez-Fernández, J., Mari-Pichardo, A. & Valdés-Dacal, Sigfrido. (2013). Oligohidramnios: indicador de salud fetal. *Revista archivo médico de camagüey*, 17(6), 121-128. Recuperado en 23 de junio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1025-02552013000600007&lng=es&tln=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-02552013000600007&lng=es&tln=es).

Del Bianco-Abreu, E., Reyna-Villasmil, E., Guerra-Velásquez, M., Torres-Cepeda, D., Mejía-Montilla, J., Aragon-Charry, J., Santos-Bolívar, J. & Reyna-Villasmil, N. (2012). Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. *Revista de obstetricia y ginecología de venezuela*, 72(4), 227-232. Recuperado en 23 de junio de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0048-77322012000400003&lng=es&tln=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322012000400003&lng=es&tln=es).

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

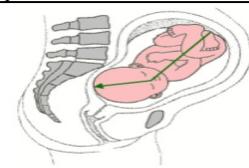
Semana: 9

**Editorial**

Tema: Asinclitismo

El tema importante en esta semana en las prácticas fue de una grávida con IO:0000 y IG:40+2, que interno con inicio de trabajo de parto y el bebe se encontraba en asinclitismo anterior fetal, fue parto distócico por ventosa. Decimos que existe asinclitismo cuando el bebé entra en la pelvis de forma oblicua respecto a ella. La manera de diagnosticarlo es mediante un examen vaginal durante el parto. Sin embargo, muy pocas veces el asinclitismo está causado porque el bebé tenga la cabeza inclinada hacia un hombro y en cualquier caso casi nunca supone un problema real. Como el reborde anterior, es una parte normal del proceso fisiológico del parto (Molina-Reyes et al., 2014). En alguna ocasión el bebé sí que entra en la pelvis con su cabeza ladeada hacia uno de sus hombros (una variación de la postura). Si continúa descendiendo en esa posición, el proceso del parto puede resultar alterado (Molina-Reyes et al 2014). La mujer podría experimentar contracciones irregulares que no produjesen ningún avance en la dilatación durante horas. La mayoría de las veces el bebé se las arreglará para colocarse en una posición mejor, particularmente si la madre se mueve de manera activa. Técnicas específicas para crear más espacio en la pelvis (como cambiar de posición en cada contracción, tumbarte de costado con la espalda del bebé más cerca del suelo, sentarte un rato en el inodoro, crear asimetrías con la pelvis o ponerte a cuatro patas) podrían ayudar a proporcionar más espacio para que la cabeza se repositone.

Desafortunadamente, una respuesta común a esta situación es poner oxitocina a la mujer para crear contracciones más fuertes. El bebé necesita espacio para realinear su cabeza en vez de más presión y compactación (sumado esto a los riesgos propios de la oxitocina). En algunas pocas ocasiones, el bebé es incapaz de reajustar su posición y el parto se complica ya que al estar cada vez mas compactado en la pelvis comienza a mostrar signos de estrés. En esta situación es posible que haga falta intervenir mediante instrumentación o cesárea (Molina-Reyes et al., 2014).



**Atividades semanais**

Esta semana en las prácticas he ampliado conocimientos sobre posiciones fetales y como diagnosticar cuando el polo fetal no esta posicionado correctamente. Valorar la rotación fetal de posición occipitoposterior (OP) a occipitoanterior (OA) durante el parto con la postura "manos-rodillas" (MR) frente a la postura "decúbito lateral (DL) hacia la espalda fetal.

**Aquisição de competências**

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Trabajo de parto	3.1	3.1.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 - garantiza un entorno seguro durante el parto. 3.1.3 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el confort y el bienestar de la mujer y de sus allegados 3.1.4 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover el apego madre/padre/recién nacido/personas significativas 3.1.5 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la realización de intervenciones para la promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 - Identifica y controla la mano de obra. 3.2.2 - Identifica y vigila el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, derivando situaciones que están más allá de su área de experiencia. 3.2.3 - Identificar y controlar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir. 3.2.3 - Identificar y vigilar las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo y remitir los casos que estén fuera de su ámbito de actuación. 3.2.4 - evaluar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2 - Diagnosticar precozmente y prevenir las complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido..
	3.3	3.3.1 - diseña, planifica, ejecuta y evalúa las medidas de apoyo emocional y psicológico a la madre y a la parturienta, incluidas las personas significativas. 3.3.2 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa las intervenciones para la mujer parturienta con patología asociada y/o concomitante al embarazo durante el parto. 3.3.3 - Diseña, planifica, ejecuta y evalúa la intervención a la parturienta en caso de retención de placenta, realizando en caso de urgencia, la extracción manual y la revisión uterina	3.3 - atiende a mujeres con patología asociada y/o concomitante al embarazo y/o al parto.

**Fontes de Pesquisa**

Molina-Reyes, C., Muñoz-Martínez, A., Martínez-García, E., Moore, T., Huete-Morales, M. & Burgos-Sánchez, J. (2014). Eficacia de la postura materna manos-rodillas para corregir la posición fetal occipitoposterior en el parto. *Index de enfermería*, 23(1-2), 15-20. <https://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962014000100004>

Contreras-García, Y., Brito-Valenzuela, J., Araneda-Cartes, H., Manríquez-Vidal, C., Fuentes-Vasconcello, V. & Vicente-Parada, B. (2019). Exposición a oxitocina sintética intraparto y riesgo de depresión post parto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(3), 196-207. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262019000300196>

González-Manzanilla, L. & Cabrera-Lozada, C. (2009). Fórceps de leff: nueva técnica de aplicación. *Revista de obstetricia y ginecología de venezuela*, 69(1), 4-11. Recuperado en 23 de junio de 2021, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0048-77322009000100002&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322009000100002&lng=es&tlng=es)

Data: 08/Enero /2021 a 07/Marzo /2021

Campo clínico: Hospital Dr. José María Grande de Portalegre

Semana: 10

## Editorial

Tema: Anemia en la gestación

Estas semanas en las prácticas fueron muy importantes y esenciales en mi desarrollo y aprendizaje puesto que ya las cosas las iba realizando yo sola, siempre de la mano de mi enfermero especialista Pedro Costa, pero él ya me dejaba libertad de decisión. El tema para tratar esta semana es la anemia en la gestación. La anemia se define como la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o su nivel de hemoglobina. En el embarazo se produce una situación especial llamada *Pseudoanemia fisiológica del embarazo* debido al mayor aumento de volumen sanguíneo, hasta un incremento del 30-45%, produciendo una hemodilución que disminuye los hematíes, hemoglobina y hematocrito. La anemia en el embarazo puede prevenirse, pero es muy difícil curarla aun tratada adecuadamente. El hierro durante el embarazo se necesita para reponer pérdidas basales, expansión de la masa de glóbulos rojos y cubrir necesidades del feto y placenta. La anemia es la más frecuente de las enfermedades que puede coincidir con el embarazo o ser producida por este. Según estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones del mundo, se presenta entre el 30 - 70 % de las gestantes. La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia; es capaz de producir, según su intensidad, dificultades en el transporte de oxígeno y repercusión sobre la fisiología fetal. Se ha relacionado con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la mortalidad perinatal (García-Odio et al., 2021). En los países subdesarrollados su prevalencia es mayor, se estima que entre 30-60 % de las mujeres son anémicas, esto limita las potencialidades de desarrollo de la población, por lo cual la carencia de hierro impone un alto costo económico y social (García-Odio et al., 2021). Para prevenir las anemias ferropénicas muchas veces es suficiente con el aporte de hierro adecuado de la dieta, sino es recomendado dosis de hierro 30 mg/día y también se requiere suplementación de hierro exógeno vía oral o sulfato ferroso 150 mg/día.

## Actividades semanales

Esta semana en las prácticas he ampliado conocimientos sobre la posición de la cabeza del bebé en el trabajo de parto, saber identificar el Asinclitismo en un trabajo de parto y las manifestaciones de la mujer. Gracias a la realización de las prácticas en el hospital de Portalegre he podido actuar y trabajar en el cuidado de las mujeres que inician el trabajo de parto, parto y posparto y poder atender a la misma mujer en todo su proceso.

## Aquisição de competências

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETENCIAS
Trabajo de Parto	3.1	3.1.1 - actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 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 la comodidad y el bienestar de las mujeres y sus seres queridos. 3.1.4 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el vínculo madre / padre / recién nacido / socios importantes. 3.1.5 - diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 3.1.6 - coopera con otros profesionales en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor.	3.1 - promueve la salud de la mujer durante el parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1. Identifica y monitorea la mano de obra. 3.2.2. Identifica y monitorea el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, haciendo referencia a situaciones que escapan a su área de especialización. 3.2.3 - identifica y monitorea las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo, refiriéndose a situaciones que están más allá de su área de especialización. 3.2.4 - Valorar y determinar la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el parto.	3.2. Diagnóstico precoz y prevención de complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido.
	3.3	3.3.1 - concibe, planifica, implementa y evalúa medidas de apoyo emocional y psicológico para la madre y la mujer en trabajo de parto, incluidos los socios significativos. 3.3.2 - concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para parturientas con patología asociada y / o concomitante al embarazo durante el parto. 3.3.3 - concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para la parturienta en caso de retención placentaria, realizando, en caso de emergencia, extracción manual y revisión uterina.	3.3 - brinda atención a mujeres con patología asociada y / o concomitante al embarazo y / o parto.

## Fontes de Pesquisa

- García-Odio, A., Izaguirre-Mayor, D. & Álvarez-Bolívar, D. (2017). Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 146-153. Recuperado en 15 de julio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000100013&lng=es&tlng=es).
- San Gil-Suárez, C., Villazán-Martín, C. & Ortega-San Gil, Y. (2014). Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 71-81. Recuperado en 15 de julio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100007&lng=es&tlng=es).
- Sá, S., Willner, E., Pereira, T., Souza, V., Teles-Boaventura, G. & Azeredo, V. (2015). Anemia in pregnancy: impact on weight and in the development of anemia in newborn. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 2071-2079. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9186>



Editorial

Tema: Distocia de hombros y Maniobras de McRoberts.

Esta última semana en las prácticas fue muy importantes y emotiva, porque ya se terminaba lo que tanto había luchado. El aprendizaje en este hospital fue mejor de lo que esperaba y inmejorable, ya realizaba los turno solas y con confianza en lo que iba realizando. Esta semana el tema que fue importante fue la maniobra de McRoberts. La distocia de hombros es aquella situación en la que el hombro anterior fetal se impacta contra la sínfisis púbica materna (más raramente también puede producirse la impactación del hombro posterior fetal contra el promontorio del sacro materno). Una vez se ha expulsado la cabeza fetal, al impactarse el hombro anterior en el pubis, el parto se detiene, esto es considerado una emergencia obstétrica. Una de las maniobras más habituales que ayudan a la resolución de este problema es la Maniobras de McRoberts, que consiste en hiperflexionar las piernas de la madre sobre su propio pecho, con lo que se consigue desplazar al sacro y rectificar la curva lumbosacra aumentando así el diámetro de la pelvis (García- Odio et al., 2021). Como vemos en las Figuras de aquí abajo:

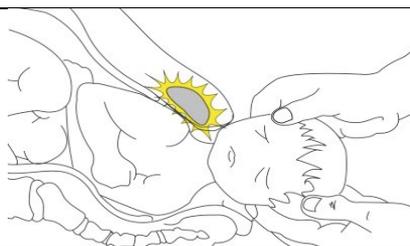


Figura 1: distocia de hombros

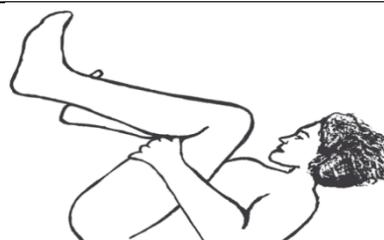


Figura 2: Maniobra de McRoberts

Actividades semanales

Esta última semana en las prácticas he podido dar un repaso a todo lo que somos el personal sanitario, en este caso las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, conocidas tradicionalmente como matronas, son las profesionales que atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (periodo de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto); pero estas no son sus únicas competencias. Esta formación nos cualifica para realizar una labor asistencial, gestora, docente e investigadora, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, abarcando amplias competencias. Así, estamos preparadas para liderar la asistencia de la mujer en el parto normal y en la identificación de complicaciones o desviaciones de la normalidad que precisen la atención del obstetra; para atender a las mujeres y a los recién nacidos en la planta de maternidad; para prestar sus servicios en las urgencias de obstetricia y ginecología, y en las consultas de diagnóstico prenatal, de embarazos de riesgo y de fertilidad, entre otras. En el ámbito de la atención primaria, estamos cualificadas para intervenir en los programas de prevención del cáncer ginecológico (mama y cérvix), realizar educación sexual, atender las consultas de planificación familiar, atender a las mujeres en la menopausia, el climaterio y la recuperación del suelo pélvico, realizar citologías y también educación sanitaria para la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Aquisição de competências

CONS.	Nº	ACTIVIDADES	COMPETÊNCIAS
Trabajo de parto	3.1	3.1.1 Actúa de acuerdo con el plan de parto establecido con la mujer, asegurando intervenciones de calidad y riesgo controlado. 3.1.2 Garantiza un entorno seguro durante el trabajo de parto y el parto. 3.1.3 Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover la comodidad y el bienestar de las mujeres y sus seres queridos. 3.1.4 Diseña, planifica, implementa y evalúa intervenciones para promover el vínculo madre / padre / recién nacido / socios importantes. 3.1.5 Diseñar, planificar, implementar y evaluar intervenciones para promover, proteger y apoyar la lactancia materna. 3.1.6 Coopera con otros profesionales en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor.	3.1 Promueve la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.
	3.2	3.2.1 Identifica y monitorea la mano de obra. 3.2.2 Identifica y monitorea el riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto y el parto, refiriéndose a situaciones que escapan a su área de especialización. 3.2.3 Identifica y monitorea las desviaciones del patrón normal de evolución del trabajo, refiriéndose a situaciones que escapan a su área de especialización. 3.2.4 Evalúa y determina la adecuación de la estructura pélvica en relación con el feto durante el trabajo de parto.	3.2 Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y el recién nacido

3.3	.3.1 Diseña, planifica, implementa y evalúa medidas de apoyo emocional y psicológico para la madre y la mujer en trabajo de parto, incluidos los socios significativos. 3.3.2 Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para parturientas con patología asociada y / o concomitante al embarazo durante el trabajo de parto. 3.3.3 Concibe, planifica, implementa y evalúa intervenciones para la parturienta en caso de placenta retenida, realizando, en caso de emergencia, extracción manual y revisión uterina.	3.3 Brinda atención a una mujer con una afección asociada con el embarazo y / o el trabajo de parto o concurrente con él.
-----	---	---

#### Fuentes de Pesquisa

- Fuenzalida C, J., & Carvajal C, J. A. (2014). Manejo de la embarazada con isoimmunización por anticuerpos irregulares. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79, 315-322.
- Herrera-Gómez, A. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index de Enfermería*, 22, 79-82.
- Insunza, A., Behnke, E. & Carrillo, J. (2011). Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76, 188-206.
- Vázquez-Lara, J., Gómez-Salgado, J., Fernández-Carrasco, F., Briebe del Río, P., Vázquez-Lara, M. & Rodríguez-Díaz, Luciano. (2018). Asistencia al parto inminente extrahospitalario. Actuaciones durante este proceso y cuidados a la madre y al recién nacido. *Revista española de salud pública*, 92, e201809063. Epub 04 de septiembre de 2018. Recuperado en 15 de julio de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=s1135-57272018000100306&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1135-57272018000100306&lng=es&tlng=es).
- Izquierdo-Meralla, A., Suárez-García, N., Piloña-Ruiz, S., Rivera-Oliva, L. & Breto-Rodríguez, A. (2014). Distocia de hombros y eventración diafragmática. *Revista de ciencias médicas de pinar del río*, 18(1), 168-174. Recuperado en 15 de julio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=s1561-31942014000100017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s1561-31942014000100017&lng=es&tlng=es)

# Apêndice D - Resumo do Estudo de Caso. Romboencefalosinapsis fetal no 2º trimestre da gravidez



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto:** Resumo do Estudo de Caso. Romboencefalosinapsis fetal

---

## ROMBOENCEFALOSINAPSIS FETAL NO 2º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ: ESTUDO DE CASO

---

## FETAL RHOMBOENCEPHALOSINAPSIS IN THE 2ND TRIMESTER OF PREGNANCY: A CASE STUDY

---

### ABSTRAC

**Summary:** Rhomboencephalosynapsis or obstetric pathology of RES is a rare alteration of the posterior fossa of the fetal central nervous system, which causes severe ventriculomegaly, causing a fusion of the cerebellar hemispheres, with absence of the vermis. **Objective:** The objective of our case study is to investigate this RES pathology, to know its risk factors, it's possible complications and actions by health personnel and the repercussions for the pregnant mother, carrying out an individualized care plan for this obstetric pathology. **Methods:** Literature review in the EBSCOhost search engine in the CINAHL (Plus with Full Text), SciELO (Scientific Electronic Library), and Cochrane (Plus Collection) databases. From the total of articles collected, 10 articles in Spanish were chosen. Given the data collected in the nursing process, an evaluation will be carried out with the M. Gordon pattern standards and the NANDA-NIC and NOC Taxonomy. **Results:** Observe the psychological and emotional impact of the mother. Identify diagnoses: (00152) Risk of low self-esteem, (00146) anxiety and (00148) fear. **Conclusions:** We show the importance of the impact that the good performance of health professionals has in these situations, how essential it is for pregnant women to have important family support before any decision.

**Key Words:** pregnant, brain, fetal, Standardized Nursing Terminology; Pregnancy; Perinatal care

## Apéndice E - Resumo do Estudo de Caso. Toxoplasmose na Gravidez



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto:** Resumo do Estudo de Caso. Toxoplasmose na Gravidez

---

### TOXOPLASMOSIS DURANTE

### EL EMBARAZO Y PARTO: ESTUDO DE CASO

---

### TOXOPLASMOSIS DURING

### PREGNANCY AND DELIVERY: A CASE STUDY

---

**Summary:** Toxoplasmosis is a disease caused by the Gondii protozoan (T. Gondii), it is an intracellular parasite. This protozoan can be transmitted to the fetus, since it can live inside the cells of humans and animals, but above all it affects us when we are pregnant, producing an acute infection that will cause complications in our pregnancy. **Objective:** The objective of our case study is to investigate toxoplasmosis during pregnancy and childbirth, to know its risk factors, its possible complications and actions by health personnel and the repercussions for the pregnant mother, carrying out a Care Plan individualized treatment of this obstetric pathology. **Methods:** Given the data collected in the nursing process, an evaluation will be carried out with the M. Gordon pattern standards and the NANDA-NIC and NOC Taxonomy. **Results:** To observe the psychological and emotional impact of the mother with Toxoplasmosis. Identify diagnoses: 00053) Social isolation (00079) Risk of non-compliance with treatment. (00148) Fear. **Conclusions:** We show the importance of the repercussion that the good performance of health professionals has in these situations.

**Key Words:** pregnant, pregnancy, parasite, nutrition.

## Apêndice F - Consentimento Estudo de Caso

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Estimada Senhora:

Eu, Maria Hernandez Castillo, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, peço a sua colaboração para colher dados sobre o seu processo clínico, relativo à gravidez e pós-parto, de forma a enriquecer o meu estudo no âmbito do mestrado.

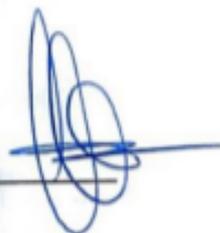
Os seus dados serão guardados para mim, assegurando a confidencialidade dos mesmos.

Assinale com um X se concorda com a frase:

Eu sendo responsável pelo meu filho, declaro que compreendi as intenções desta colheita de dados e me disponho a participar

Muito obrigada.

Investigador

  
Maria Hernandez Castillo

Participante

  
Sara

# Apêndice G - Consentimento Estudo de Caso - Representante



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto: Consentimento Estudo de Caso - Representante**



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDO DE CASO DE ENFERMAGEM – DIRIGIDO A MÃE OU PAI OU REPRESENTANTE LEGAL DA MENOR DE 16 ANOS

Sou **Maria de los Angeles Hernández** e apresento-me como estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. Atualmente encontro-me em Estágio no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Barreiro, com orientação clínica supervisionada por Enfermeira Especialista em Saúde Materna (MSc) e orientação pedagógica por Professora da Universidade de Évora (PhD).

No decorrer do Estágio, necessito aprofundar conhecimentos, estudando situações em grávidas ou puérperas a quem presto assistência. Assim, tendo conhecimento do caso, da sua filha/educanda, peço o seu consentimento para lhe fazer uma entrevista e com esses dados, realizar um estudo de caso. Garanto o anonimato e confidencialidade das respostas;

O estudo de caso é um método de aprendizagem e não é pago. Tem benefícios para o conhecimento e enriquece a aprendizagem dos estudantes. Caso a sua filha/educanda queira suspender a participação e entrevista, respeitaremos a decisão, sem qualquer prejuízo ou sem que afete os cuidados que lhe são prestados.

**Os Objetivos do estudo de caso são:** a) descrever a situação vivida pela grávida e b) realizar um plano de assistência metodologicamente fundamentado

\*\*\*\*\*

### Estimado/a Senhor/a Mãe ou Pai ou Representante Legal

Caso concorde com o que está escrito acima, peço-lhe que assine, depois de ler o seguinte:

Declaro que compreendi o pedido que me foi feito pela estudante. Concordo, disponho-me a colaborar e permito o uso dos dados para a realização do estudo de caso.

Assim, assino/rubrico na linha abaixo

Barreiro 10 /dezembro/2020

Assinatura da estudante

Assinatura da Mãe ou Pai ou  
Representante Legal

## Apéndice H - Primer Buceo en la Depresión Pos-Parto



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Asunto:** Primer Buceo en la Depresión Pos-Parto. Ejercicio de contacto con literatura en estilo de reflexión

### **Lecturas asociadas al interés por la Depresión Postparto**

La depresión puerperal o posparto, es una alteración del estado de ánimo que puede afectar a mujeres después del parto, padeciendo sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio y en ocasiones este cansancio les dificulta para realizar las AVD y también su cuidado personal y el cuidado de otras personas (Oviedo Lugo & Mondragón, 2006). Como se enraya en la razón del embarazo, en la idea de que el puerperio sucede al embarazo, algunas instituciones representativas de la salud mental, como la American Psychiatric Association (APA), reclaman que su designación pase a “Depresión Periparto”(APA, 2021). La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define la depresión posparto como un trastorno transitorio que aparece entre los días dos y cuatro después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un período de dos semanas sin sintomatología psicóticos (Fernández Vera et al., 2014b). Actualmente ocurre a un 10% de las mujeres tras el parto (Espinilla Sanz et al., 2018). Sigue siendo una enfermedad con etiología desconocida, pero existen factores de riesgo asociados, como los siguientes que pueden contribuir: historia de enfermedad previa, síntomas premenstruales, acontecimientos estresantes, situaciones de abuso o violencia, inestabilidad emocional, ser madre adolescente, consumir alcohol, alucinógenos, fumar, embarazo que no fue planeado o deseado, complicaciones obstétricas durante el embarazo y nacimiento, trastorno de ansiedad previo, bajo nivel educativo o de estrato socioeconómico.

Los factores asociados con un aumento del riesgo para experimentar depresión posparto se señalan los siguientes: ser madre adolescente, consumir alcohol, alucinógenos o fumar, embarazo que no fue planeado o deseado, también las complicaciones obstétricas durante el embarazo, nacimiento, o luego del parto o cesárea, tales como preeclampsia, parto pretérmino, tener un trastorno de ansiedad o del estado anímico antes o durante el embarazo, incluyendo antecedentes depresivos durante algún embarazo previo, situaciones de violencia doméstica o de otra índole y bajo nivel educativo o de estrato socioeconómico. Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia y incidencia, la depresión posparto no se diagnostica precozmente, por lo

que no se administra un tratamiento adecuado de forma individualizada para cada mujer, dado que genera numerosas dudas para el profesional sanitario especializado.

Sabemos que es un trastorno afectivo muy frecuente en el puerperio, tratándose de gran interés para los profesionales de la salud (INSM 2014), donde la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, fueran reconocidas por Hipócrates (siglo IV a.C.). Según el primer estudio de Suavinēx llevado a cabo sobre la DPP, afirma que más de 1/3 de las madres españolas asegura haber sufrido esta enfermedad (35,14%), pero más del 90% confiesa haber sufrido síntomas comunes, entre ellos: tristeza, cansancio, irritabilidad, ansiedad, dificultad para crear vínculo con el recién nacido, culpa o incluso pensamientos de hacer daño al bebé o a ellas mismas (pensamiento común del 2.62%) (<https://www.suavinex.com/livingsuavinex/depression-postparto-2-2/>).

En Portugal, el estigma de la enfermedad mental incrementa la necesidad de ayuda y por tanto el miedo a ser considerado socialmente incapacitado, parece ser la base del mal uso de los servicios sanitarios (Branquinho et al., 2020). La ayuda de EESMO tiene que ser eficaz, pero a la vez amable, respetando la intimidad, los tiempos personales, los contextos familiares. De hecho, en 2005 la DGS publicó un folleto útil para el cribado de casos (DGS, 2005), reintroduciendo el tema en guías más recientes (DGS, 2015), pero en los campos clínicos su aplicación no es realmente muy visible.

Ante la situación vivida en el último año en el mundo, por la *pandemia de Covid-19*, que causó un confinamiento domiciliario, se convirtió en un atenuante impactante, ya que las madres que se encuentran en situaciones desagradables como, por ejemplo, mujeres con violencia doméstica, escaso apoyo familiar, separación de sus hijos o haber pasado por un parto no respetado o violencia obstétrica, tendrán un alto índice de sufrir DPP o enfermedad mental. En esta etapa, se realizaron numerosos estudios científicos basados en evidencias científicas, pero existe un estudio alarmante y de gran impacto en varios aspectos, fue publicado en enero por la Universidad Española de Granada (UGR), publicado en la Revista Medicina Clínica (que fue una revista fundada en 1943, siendo la única revista en España con publicación semanal de contenido clínico) (UGR, 2021). Este estudio se centró en estudiar que variables, ya sean psicológicas o variables del confinamiento han contribuido a aumentar o disminuir los niveles de estrés y depresión en unas 131 mujeres, de las cuales dieron a conocer impactantes y cruciales resultados. Los resultados obtenidos en la investigación fueron que el 15% de las mujeres han desarrollado DPP tras dar a luz en pandemia y que estas que han dado a luz, refieren haberse sentido más estresadas en el proceso del parto y califican como peores la calidad de la

atención de los cuidados recibidos por parte del profesional sanitario. (UGR, 2021). Ambos estudios fueron financiados por la Junta de Andalucía y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional- FEDER (Federación Española de Enfermedades Raras).

En este periodo de la vida de las mujeres es importante y única la figura de las EESMO, siendo el profesional mas adecuado, ya que esta capacitado para ayudar tanto a la madre como a la familia, aportándoles información y educación sanitaria esencial para superar esta patología, siendo necesaria atención en el parto, un adecuado tamizaje en el posparto, según Bernal et al (2012), Dennis et al (2013), Alderdice et al (2013) Alezandre et al (2013)(Fernández Vera et al., 2014b; Fernández Vera, 2014).

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) se creo en centros de salud en Livingston y Edinburgh, es la escala mas empleada como instrumento de tamizaje en Atención primaria, ya que es de fácil aplicación e interpretación para establecer un diagnostico. Se encuentra también en el Consejo Interterritorial del CISNS (Oliver-Roig et al.,2012). Esta validada por múltiples países y realizada en diferentes idiomas, lo que hace mas fácil su uso, donde el mejor momento para su uso es a las 8 semanas del parto, ya que es el pico de incidencia mas alto (Espinilla Sanz et al., 2018). Esta consiste en un cuestionario de 10 ítems, valorando los signos o síntomas como el sentimiento de culpa, trastornos del sueño, baja energía, anhedonia (perdida de placer debida a estados severos depresivos) o ideación suicida. Una puntuación de 10 o mas puntos indica sospecha de DPP (J.L Cox et al., 1987) (Rodríguez-Muñoz et al., 2018). (Espinilla Sanz et al., 2018). Pero es esencial, no dar mas importancia a esta escala que al juicio clínico de un profesional, a su evaluación clínica para confirmar su diagnostico, sin olvidar que la escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. Se encuentra también en el Consejo Interterritorial del CISNS. (Oliver-Roig et al., 2012).

Existe otra escala, que esta relacionada directamente proporcional con la DPP, que se llama la “Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna (EALM)”, siendo esta una escala unidimensional que cuenta con 14 ítems, con cinco respuestas por cada ítem. Es puntuada mediante una escala tipo Likert del 1 al 5, donde “1” es nada segura, y el “5” es muy segura, ambos seguidos de la frase “yo siempre puedo”. Las puntuaciones elevadas indican mayores niveles de autoeficacia para la lactancia Materna (Oliver-Roig et al., 2012).

La depresión posparto en ocasiones se manifiesta de forma severa, causando una perturbación en la relación de pareja, estabilidad familiar, afectando así a la autoestima y confianza de la madre, perjudicando el desenvolvimiento social (Ceriani Cernadas, 2020). Estos síntomas más

graves de manifestación severa de la enfermedad pueden incluir, hacerse daño a si misma, hacerle daño al recién nacido o perder el interés por este, conllevando a una conducta suicida y de filicidio materno.

Fué demostrado científicamente que el lazo de unión entre las madres y sus bebés durante el amamantamiento provocó un importante factor protector, es decir, las mujeres que presentaban un alto nivel de autoeficacia pudieron demostrar un mayor esfuerzo y constancia para poder superar los problemas o peligros que se traducen como desafíos positivos, y no como un desánimo. Por otro lado, las mujeres con baja autoeficacia presentaron mas de un 3% de probabilidades de detener la lactancia materna y con ello, provocar una mala relación entre lactancia materna y salud mental durante este periodo (Sahin,2019) (Rojas et al., 2018).

El apoyo familiar o social son comportamientos necesarios para una maternidad efectiva y previene que en la púérpera se inicie esa sintomatología de soledad y tristeza. (Oviedo Lugo & Mondragón, 2006)

Cabe destacar que aparte de la DPP, en el puerperio existen mas patologías mentales que aumentan cada vez mas su incidencia, como son el estrés postraumático, el estado de melancolía (Maternity blues) y la psicosis puerperal. En esta primera tabla de características de los trastornos es dividida en las cuatro patologías puerperales sobre la salud mental de las mujeres después del momento del nacimiento de sus hijos, vemos la prevalencia de cada una de ellas con respecto a cada trastorno, la causa provocadora, los síntomas más específicos de la enfermedad y el posible tratamiento para cada una de ellas.

	TEPT	Melancolía	DPP	Psicosis puerperal
<b>Prevalencia</b>	10%	>50%	35-40%	0,2%
<b>Causas</b>	Acontecimiento traumático, como parto difícil, rotura de placenta, hemorragia en el postparto.	Disminución de progesterona y estrógeno tras el parto.	Antecedentes de depresión, problemas en pareja o familiares, embarazo no deseado.	Antecedentes familiares, antecedentes de psicosis o depresión, mastitis, fiebre puerperal, disfunciones tiroideas.
<b>Síntomas</b>	Pesadillas, cólera, irritabilidad.	Insomnio, irritabilidad, labilidad emocional.	Tristeza, insomnio, cansancio, ideas suicidas, pérdida de libido.	Depresión, manía, alucinaciones, paranoias y delirios.
<b>Tratamiento</b>	Psicoterapia	Apoyo psicológico	Apoyo psicológico y farmacológico	Atención psiquiátrica y farmacológicas

Tabla 1. Características de los trastornos en el puerperio.

### **Organización de la atención sanitaria:**

Cada etapa en la vida de la mujer tiene sus cuidados y tiene que ser evaluada y revisada en los centros de atención, como el embarazo, en los centros de salud y consultas de especialidades,

el parto se atiende en los servicios de urgencias y paritorios y la etapa del puerperio se atiende en consultas de puerperio y centros de salud.

Para atender cada etapa del embarazo, parto y puerperio, la organización de la atención sanitaria se da en dos niveles, uno es las matronas en la atención primaria y otro nivel es el hospitalario, que lo realizan las obstetras en los centros de especialidades y en el hospital.

La asistencia al embarazo: se suele realizar por la mayoría de las mujeres en sus domicilios, con las pruebas de embarazos, cuando el resultado es positivo, acuden al centro de salud de atención primaria para dar comienzo a todo el proceso. Posteriormente en los centros de salud, la consulta de la matrona, se lleva toda la evolución del embarazo, con sus consultas al especialista obstetra, después se produce la asistencia al parto, que ocurre cuando las mujeres notan los primeros síntomas y acuden al hospital para dar a luz.

La asistencia al puerperio se divide en la asistencia al puerperio inmediato que da lugar en el paritorio del hospital, es decir las 2 horas siguientes al nacimiento. Se intenta fomentar la autonomía de la mujer para que se mentalice y se vaya preparando para su domicilio.

Desde que regresa al domicilio su atención es vigilada por los centros de salud y las matronas. Cuando las mujeres se marchan a sus casas después de largos días en el hospital, se les índice que vayan al centro de salud a las 6 semanas posparto para realizar una evaluación a ellas y al bebé. Se vuelve a citar pasados los 40 días del posparto, con el fin de comprobar que no hay problemas de ningún tipo, se establece un método anticonceptivo y se habla sobre la continuidad de la lactancia materna cuando las mujeres se incorporan a sus puestos de trabajo. Algunas ESMO y dependiendo del lugar, realizan 1 día a la semana, grupos de posparto que son abiertos, de forma que en un mismo grupo existen mujeres con pocas semanas y otras de meses, para proporcionar una ayuda mutua y apoyo mental. Los grupos de posparto son reuniones en las que las madres pueden compartir y encontrar apoyo e información sobre embarazo, posparto y lactancia. Para muchas mujeres su primer año de posparto que hayan vivido, un embarazo, o parto difícil o traumático, necesitan reprocesar la experiencia y expresarlas en palabras para ser escuchadas. Necesitan nombrarlo, narrarlo, a veces con detalles, para lograr una mayor comprensión de él.

# Apéndice I - Ejercicio de Revisión de Literatura



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Asunto:** Exercício de Revisão de Literatura

## Nota Introdutoria

La Revisión de Literatura (RL), en tiempos más recientes y como investigación secundaria, se ha convertido en un medio importante para desarrollar el conocimiento. A través de los diversos tipos de RL, se responden vacíos, se profundizan temas interesantes, se aclaran conceptos. Los RL son de diferentes tipos, considerando estudios cuantitativos, mixtos o cualitativos. RL cualitativos, llamados "síntesis de evidencia de significados" (Apostle, 2017), "revisión sistemática cualitativa / síntesis de evidencia cualitativa" (Sousa et al., 2018), o en la designación anglosajona "Síntesis de evidencia cualitativa" (QES), Integrar la información obtenida, a través de la interpretación de los autores de estudios primarios, sobre los fenómenos. Estos RL buscan temas o constructos que presenten las experiencias, concepciones o actitudes de los participantes, a través de sus propias palabras. Así, integra los hallazgos de estudios cualitativos de forma conjunta y articulada, pudiendo desplegar mapas conceptuales (Sousa et al., 2018).

## Estudio actual:

**Título:** Experiencias de depresión posparto: revisión de la evidencia del significado

**Pregunta orientadora:** ¿Cómo describen las mujeres su experiencia de depresión puerperal?

**Tipo de revisión:** Síntesis de evidencia de significados (Apóstolo, 2017) *Qualitative evidence synthesis (QES)*

## Estrategia PICO

P = Participantes = Mujeres

Fenómeno de Interés = Experiencia de Depresión

Contexto = Fase de Puerpério

## Critério para limite temporal

Estudios en el año 2017 e posteriores. Razón: Se espera una inversión en el tema a partir de 2017, ya que la Organización Mundial de la Salud hizo campaña durante 1 año para la visibilidad de la depresión, celebrando el hecho el 7 de abril de 2017 (OMS, 2017).

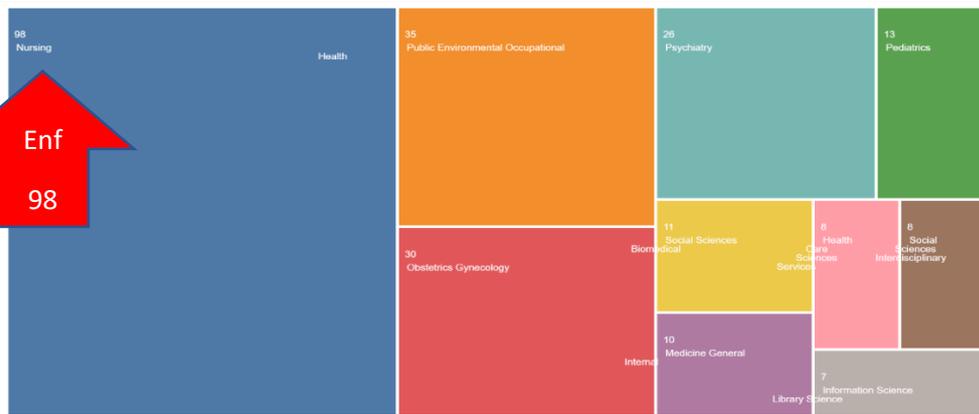
## Fase 1: Busca de descriptores MeSH

Descriptores Mesh	
Depression, Postpartum	Depression in POSTPARTUM WOMEN, usually within four weeks after giving birth (PARTURITION). The degree of depression ranges from mild transient depression to neurotic or psychotic depressive disorders. (From DSM-IV, p386). Year introduced: 1996
Qualitative Research	Any type of research that employs nonnumeric information to explore individual or group characteristics, producing findings not arrived at by statistical procedures or other quantitative means. (Qualitative Inquiry: A Dictionary of Terms Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1997) Year introduced: 2003
Nursing	The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

## Fase 2: Rastreo por las BD

Roteiro nas BD	
Ecuación Booleana:	("Qualitative Research"[Mesh]) AND "Depression, Postpartum"[Mesh] = 133 resultados; <b>Free full text = 36</b>
PubMed	
Ecuación Booleana:	((ALL=(Qualitative Research)) AND ALL=(postpartum depression)) AND ALL=(nursing) <b>190 resultados; open access = 83</b>
Web of Science	

**Grafico de áreas**



**Ecuación Booleana:**

(\*Qualitative Research) AND (Postpartum depression) = **2 resultados**

**SciELO**

SciELO search results for: (\*Qualitative Research) AND (Postpartum depression)

Resultados: 2

Ordenar por: Publicación - Más nuevos primero

1. Los padres también se deprimen en el postparto: comprendiendo el fenómeno desde la voz de sus protagonistas  
Morales, Atyson; Catalán, Anthea; Pérez, Francisca. Polis (Santiago) Ago 2018, Volume 17, N° 50. Páginas 161 - 181

2. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo  
Rojas, Graciela; Santelices, María Pía; Martínez, Pablo; Tomicic, Alemta; Reinel, Mahaira; Oihaberry, Marcia; Krause, Mariane. Revista médica de Chile Abr 2015, Volume 143, N° 4. Páginas 424 - 432

**Ecuación Booleana:**

(\*Qualitative Research) AND (Postpartum depression) Ebsco = 220; **Texto completo = 55**

**Editora Ebsco**

Buscando: CINAHL Complete, Eubir tudo, Escoger bases de datos

Postpartum depression

AND Qualitative Research

Refinar resultados

Busca actual para: Postpartum depression AND Qualitative Research

Booleano/Frase: Postpartum depression AND Qualitative Research

Expansores: Aplicar asuntos equivalentes

Resultados da busca: 1 - 50 de 220

1. Postpartum Mental Health Care for Mothers of Multiples: A Qualitative Study of New Mothers' Treatment Preferences.

(English) - Abstract available By: Wenzel SJ, Miers GA, Battle CL. Journal of psychiatric practice (J Psychiatr Pract). ISSN: 1538-1145, 2020 May; Vol. 26 (3), pp. 201-214; Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; PMID: 32421291. Base de datos: MEDLINE Complete

Despite the expanding literature on empirically supported strategies for treating perinatal mental health concerns in new mothers, no published reports have examined tailored support intervention...

Assuntos: Depression, Postpartum therapy, Mental Health, Mothers psychology, Postpartum Period, Qualitative Research, Adult, Female; Humans; Infant; Parenting psychology; Pregnancy

### Fase 3: Exportación para Software Rayyan do Total = 176 (duplicados 5 + 40)

2021-10-05: PostPartum Depression

Detect duplicates Compute ratings Export Copy New search All reviews

Showing 1 to 8 of 171 unique entries Search: [id or title or abstract or author]

Date	Title	Authors	Rating
2018-01-01	The Experiences of Pregn...	Kazemi, A; Ghaedrahmati, M...	
2013-01-01	Nurse Home Visits Impro...	Horowitz, JA; Murphy, CA; G...	
2019-01-01	Investigating Postpartum...	Ladores, S; Corcoran, J	
2020-01-01	Postpartum Depression i...	Tarsuslu, B; Durat, G; Altink...	
2014-01-01	Online Screening and Ref...	Drake, E; Howard, E; Kinsey...	
2017-01-01	Supporting women with p...	Ashford, MT; Ayers, S; Olan...	
2019-01-01	"I keep it to myself": A q...	Maxwell, D; Robinson, SR; R...	

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

### Estudos brutos: maioria no Reino Unido

Topics

2021-10-05: PostPartum Depression

Detect duplicates Compute ratings Export Copy New search All reviews

Showing 1 to 8 of 171 unique entries Search: [id or title or abstract or author]

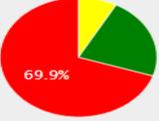
Date	Title	Authors	Rating
2018-01-01	The Experiences of Pregn...	Kazemi, A; Ghaedrahmati, M...	
2013-01-01	Nurse Home Visits Impro...	Horowitz, JA; Murphy, CA; G...	
2019-01-01	Investigating Postpartum...	Ladores, S; Corcoran, J	
2020-01-01	Postpartum Depression i...	Tarsuslu, B; Durat, G; Altink...	
2014-01-01	Online Screening and Ref...	Drake, E; Howard, E; Kinsey...	
2017-01-01	Supporting women with p...	Ashford, MT; Ayers, S; Olan...	
2019-01-01	"I keep it to myself": A q...	Maxwell, D; Robinson, SR; R...	

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

### Nuvem de termos mais frequentes nos estudos brutos exportados

Show Invite Archive Delete Blind ON Decisions and labels of any collaborator are NOT visible to others

Screening summary



69.9%

- maybe
- included
- excluded

Owner: me



- maybe
- included
- excluded

129 minutes  
4 sessions

Collaborators:

Maria ([Revoke](#))



- maybe
- included
- excluded

144 minutes  
2 sessions

### Análise e 1º rastreo

**Possible Duplicates**

- Unresolved: 0
- Deleted: 21
- Not duplicates: 0
- Resolved: 19

**Auto Deduplicated**

- Exact matches: 50

**Inclusion decisions [Clear]**

- Undecided: 0
- Maybe: 0
- Included: 38
- Excluded: 110
- Conflict: 2

**Section by**

PhD Margarida Sim-Sim  
m4416@alunos.uvovora.pt  
Marta

**Minimum collaborator decisions**

- At least 1: 150
- At least 2: 150
- At least 3: 2

**Maximum collaborator decisions**

- At most 0: 0
- At most 1: 0
- At most 2: 148

**Search methods [add new]**

- Uploaded References [savedrecreis]: 50
- Uploaded References [savedrecreis (1)]: 33
- Uploaded References [pubmed-qualitative]: 36

### 2021-10-05: PostPartum Depression [blind OFF]

Showing 1 to 11 of 38 unique entries (filtered from 150 total unique entries)

Date	Title	Authors
2018-01-01	The Experiences of Pregnancy and Childbirth in Women with Postpartum Depression: A Qualitative Study	Kazemi, A; Ghaedrahmati, M...
2021-01-01	Experiences and perceptions of perinatal depression among new immigrant Chinese parents: a qualitative study	Li, Q; Xue, WQ; Gong, WJ; ...
2021-01-01	Dread and solace: Talking about perinatal mental health	Lav, S; Ormel, I; Babinski, ...
2017-01-01	Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study	Ahmed, A; Boven, A; Feng, ...
2019-01-01	'Happy that someone cared'-Non-native-speaking immigrant mothers' experiences of participating in a support group	Skoog, M; Berggren, V; Hall, ...
2014-01-01	Perinatal Depression Treatment Preferences Among Latina Mothers	Lara-Cinisomo, S; Wisner, K...
2010-01-01	Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study	Slade, P; Morrell, CJ; Rigby, ...
2021-01-01	Uncovering Burdens, Examining Needs, and Shedding Assumptions of Evidence-Based Social Support for Postpartum Depression	Jahnke, JR; Waldrop, J; Ledford, ...
2016-01-01	Each Is in Different Circumstances Anyway: A Realist Multilevel Situational Analysis of Maternal Depression	Eastwood, JJ; Kemp, L; Jalalu, ...
2018-01-01	Experiences of Improving Access to Psychological Therapy Services for Perinatal Mental Health Difficulties	Millett, L; Taylor, BL; Howard, ...

**Actions:** Include, Maybe, Exclude, Reason, Label, Add Note, Highlights ON, Upload PDF full-texts

**A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period.**

Fatigue is both a symptom and a predictor of depression in women after childbirth. At the same time, postpartum fatigue is experienced by most non-depressed women. Health care providers experientially know that not all women who experience postpartum fatigue will manifest depression. However, while researchers agree that fatigue and depression are distinct concepts, they have not yet identified a means for describing or measuring this distinctness. A new model proposing how fatigue may be differentiated from depression after childbirth is presented. The Depressive Symptoms Responsiveness Model proposes that depression-related postpartum fatigue may potentially be differentiated from non-depression-related postpartum fatigue on the basis of whether depressive symptoms abate when fatigue is relieved. The ability to differentiate between fatigue and depression in postpartum women has the potential to improve women's health through improvements in practice and resource utilization. Furthermore, differentiation may lead to a better understanding of the role of fatigue in postpartum depression.

Conjunto dos 38 artigos selecionados após leitura do título e resumo

**PRISMA 2020 FLOW DIAGRAM FOR NEW SYSTEMATIC REVIEWS WHICH INCLUDED SEARCHES OF DATABASES AND REGISTERS ONLY**

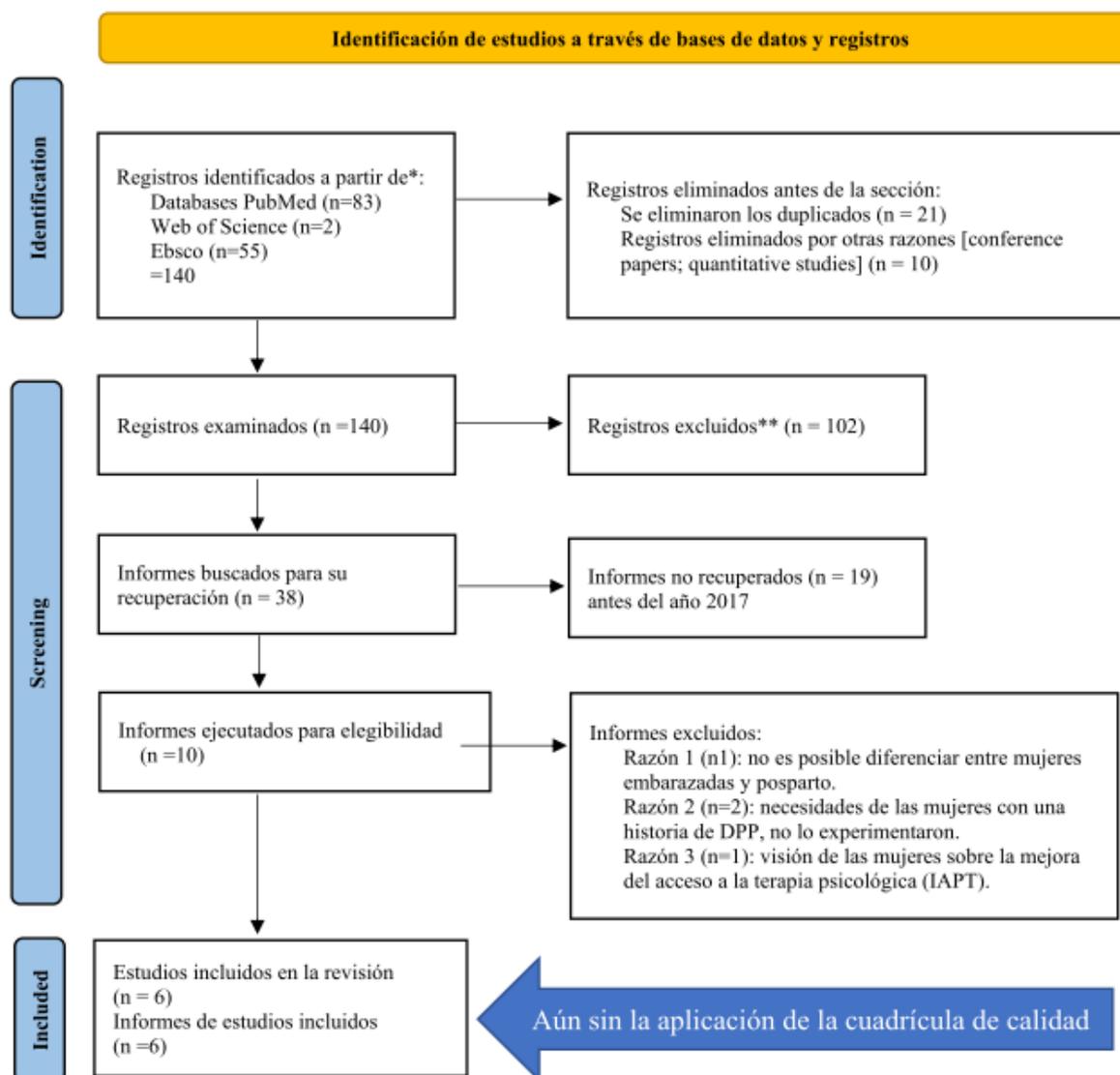


FIGURA 8: DIAGRAMA PRISMA DEL PROCESO DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

\* Considere, si es posible hacerlo, informar el número de registros identificados de cada base de datos o registro buscado (en lugar del número total en todas las bases de datos / registros).

\*\* Si se utilizaron herramientas de automatización, indique cuántos registros fueron excluidos por un humano y cuántos fueron excluidos por las herramientas de automatización.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

<https://guides.lib.unc.edu/prisma>

Conjunto dos 38 artigos selecionados

Ahmed et al, 2017	Maternal depression in Syrian refugee women recently moved to Canada: a preliminary study
Bhat et, 2019	Parenting and perinatal depression: meeting women's needs
Coates et al, 2015	Not identifying with postnatal depression: a qualitative study of women's postnatal symptoms of distress and need for support
Copeland et al, 2019	It's Hard Being a Mama": Validation of the Maternal Distress Concept in Becoming a Mother
Eastwood et al, 2016	Each Is in Different Circumstances Anyway: A Realist Multilevel Situational Analysis of Maternal Depression in South Western Sydney, Australia
Edhborg et al, 2015	I can't stop worrying about everything"—experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months
Feinberg et al, 2009	Ethnically Diverse Mothers' Views on the Acceptability of Screening for Maternal Depressive Symptoms during Pediatric Well-Child Visits
Fellmeth et al, 2018	Living with severe perinatal depression: a qualitative study of the experiences of labour migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border
Guy et al, 2014	Mental health literacy and postpartum depression: a qualitative description of views of lower income women
Haga et al, 2012	A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mother
Hanlon et al, 2009	Postnatal mental distress in relation to the sociocultural practices of childbirth: an exploratory qualitative study from Ethiopia
Irvine et al, 2021	Evaluation of a collaborative group intervention for mothers with moderate to severe perinatal mental illness and their infants in Australia
Jahnke et al, 2021	Uncovering Burdens, Examining Needs, and Shedding Assumptions of Evidence-Based Social Support Programs for Mothers: A Descriptive Qualitative Study in a Remote Community
Johansson, 2020	Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study
Kazemi et al, 2018	The Experiences of Pregnancy and Childbirth in Women with Postpartum Depression: A Qualitative Study
Kinser et al, 2015	"I Just Start Crying for No Reason": The Experience of Stress and Depression in Pregnant, Urban, African-American Adolescents and Their Perception of Yoga as a Management Strategy
Lasater et al, 2018	DusukasiThe Heart That Cries: An Idiom of Mental Distress Among Perinatal Women in Rural Mali
Lackie et al, 2021	Digital Health Needs of Women With Postpartum Depression: Focus Group Study.
Lara-Cinisomo et al, 2014	Perinatal Depression Treatment Preferences Among Latina Mothers
Law et al, 2021	Dread and solace: Talking about perinatal mental health
Li et al, 2021	Experiences and perceptions of perinatal depression among new immigrant Chinese parents: a qualitative study
Millet et al, 2018	Experiences of Improving Access to Psychological Therapy Services for Perinatal Mental Health Difficulties: a Qualitative Study of Women's and Therapists' Views
Mwape, 2012	Socio-cultural factors surrounding mental distress during the perinatal period in Zambia: a qualitative investigation
Patel et al, 2013	An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression.
Perkins et al, 2018	How group singing facilitates recovery from the symptoms of postnatal depression: a comparative qualitative study.
Raymond et al, 2014	Addressing perinatal depression in a group of underserved urban women: a focus group study.
Rossiter et al, 2012	Supporting depressed mothers at home: their views on an innovative relationship-based intervention.
Rojas et al, 2015	Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo
Schmies et al, 2017	Migrant women's experiences, meanings and ways of dealing with postnatal depression: A meta-ethnographic study

Skoog et al, 2019	'Happy that someone cared'-Non-native-speaking immigrant mothers' experiences of participating in screening for postpartum depression in the Swedish child health services
Slade et al, 2010	Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study
Slomian et al, 2017	Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals.
Tang et al, 2016	Postpartum Depression and Social Support in China: A Cultural Perspective.
Ta Park et al, 2019	Chinese American Women's Experiences with Postpartum Depressive Symptoms and Mental Health Help-Seeking Behaviors.
Templeton et al, 2003	The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK.
Wittkowski et al, 2011	The experience of postnatal depression in South Asian mothers living in Great Britain: a qualitative study.
Yawn et al, 2010	Practice benefit from participating in a practice-based research network study of postpartum depression: a national research network (NRN) report
Young et al, 2019	Embedded Maternal Mental Health Care in a Pediatric Primary Care Clinic: A Qualitative Exploration of Mothers' Experiences.

## Resumen de las ideas de los artículos seleccionados

AHMED,2017	KAZEMI,2018	SKOOK, 2019	JAHASSON,2020	LII, 2021	PARK,2019
<p>Este estudio demuestra que más de la mitad de las mujeres refugiadas estudiadas, padecen síntomas depresivos, como ansiedad y una sexta parte tiene síntoma de TEPT y cinco veces más probabilidades de desarrollar DPP, que las mujeres nacidas en Canadá, con posible causa al reasentamiento, barrera lingüística y cultural.</p>	<p>Este estudio cualitativo demuestra las experiencias que vivían las mujeres en el posparto. Con temas experimentados que alcanzaban factores socioeconómicos y complicaciones durante el embarazo y el parto. La angustia psicológica fue la reacción de las mujeres a los acontecimientos del embarazo. Las mujeres sentían que necesitaban un apoyo y estaban preocupadas por la falta de privacidad y la pérdida de control sobre su vida privada, causando angustia psicológica</p>	<p>Este estudio demuestra como reemplazar el apoyo perdido y el empoderamiento de las experiencias de las madres en la detección de PPD. Las madres describieron cómo las visitas al hospital las hicieron sentir apoyadas como padres. El concepto de DPP era desconocido y tenían poco conocimiento y no habían experimentado discusiones sobre DPP en su sociedad. Dos de las madres habían experimentado DPP en relación con embarazos anteriores. Cuatro de ellos hablaron de tener trastornos del sueño; sentir tristeza y llorar sin razón; pérdida de interés en su vida diaria; sufrimiento de fatiga, ansiedad, ira o irritabilidad; odio a sí mismos; y dolores y dolores inexplicables en las piernas y la espalda. Uno de ellos también habló de tener delirios y pensamientos de hacerse daño a sí misma. Para la mayoría de las madres, se percibió que su marido era la única fuente de apoyo práctico.</p>	<p>Este estudio demuestra que tanto las madres como los padres describieron experiencias de insuficiencia, aunque los padres describieron los requisitos externos, y las madres describieron los requisitos internos como los más estresantes. Las experiencias de problemas durante el embarazo o un parto traumático contribuyeron a la DPP y la ansiedad en el bienestar de los padres afectados (usando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo). La DPP parecía afectar las relaciones de los cónyuges, y los padres experimentaron soledad y problemas de relación con el cónyuge. Las experiencias de problemas emocionales y problemas de pueden contribuir a la vulnerabilidad y a los síntomas depresivos a largo plazo para las madres. Los resultados de este estudio demuestran el impacto significativo de la DPP y el estrés parental en la vida cotidiana de los padres y en la relación conyugal.</p>	<p>Este estudio demuestra que los participantes tenían un conocimiento escaso de la DPP y tenían dificultades para distinguir entre las fluctuaciones normales del estado de ánimo perinatal y los síntomas más graves de la depresión. Las mujeres aprobaron la detección de la afección, pero fueron conservadoras sobre las intervenciones de seguimiento. En cuanto al manejo de la DPP, los participantes prefirieron abordar el problema dentro de la familia antes de buscar ayuda externa, debido al estigma potencial.</p>	<p>Este estudio demuestra que los 15 participantes casados y entre 29 y 39 años de edad, donde 9 síntomas fueron de tristeza o DPP, incluídos tres que obtuvieron una puntuación superior al límite de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (puntuación EPDS <math>\geq 9</math>). Muchas mujeres compartieron que experimentaron síntomas depresivos posparto, pero algunas no creían que la depresión fuera aplicable a las mujeres chinas.</p>

## Referencias

- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC).
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Scientific literature reviews: types, methods and applications in nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1, 46-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- WHO. (2017). *World Health Day 2017: Depression, Let's Talk*. World Health Organization. Retrieved 27th oct from [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14978:world-health-day-2017&Itemid=42091](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14978:world-health-day-2017&Itemid=42091)(=en

# Apêndice J Questionário Vivências en el Posparto – EDPS

## Vivências no Pós-parto

Estimada Senhora

Sou a Maria Hernandez, enfermeira e atualmente estudante de Mestrado em Saúde Materna da Universidade de Évora, que estava a fazer estagio na maternidade, quando nasceu o seu filho/a. Peço a sua colaboração na recolha de dados que me encontro a desenvolver, para a construção do meu Relatório de Estágio. Tenho como objetivo, descrever as experiências das senhoras relativamente à fase pós-parto. Responder a este questionário não tem prejuízo para a senhora, nem ganhos, mas ajuda os enfermeiros a compreender melhor as experiências das mães no pós-parto. Agradeço a sua colaboração, mas a decisão de participar é sua e por favor sinta-se livre para aceitar ou rejeitar este pedido de participação. Os dados que a senhora me cede serão anonimizados, garantindo-se a confidencialidade. Os seus dados são guardados por mim, garantindo que o seu nome não será revelado

A Maternidade do pintor Renoir



Escreva "sim", se concorda com a frase: "Eu, responsável por mim e pelo meu filho/a, declaro que compreendi as

## Dados da Gravidez e Parto.

1..Quantas consultas de gravidez? \_\_\_\_\_

2. Qual o peso no final da gravidez \_\_\_\_\_ Kg

3.. Qual o peso antes da gravidez \_\_\_\_\_ Kg

4.. Qual a altura \_\_\_\_\_ m

6.. O bebé nasceu de quantas semanas \_\_\_\_\_

7.. Tipo de Parto:

1. Normal  
 2. Ventosa/Forceps  
 3. Cesariana

8. Sexo do bebé:

1. Masculino  
 2. Feminino

9. Comprimento do bebé ao nascer \_\_\_\_\_ cm

14. Peso do bebé ao nascer \_\_\_\_\_ Kg

10. O bebe agora nascido é o:

- 1º filho  
 2º filho  
 3º filho ou mais

## 11. Estado Civil:

1. Solteira.  
 2. Casada ou união de facto  
 3. Divorciada  
 4. Viúva

## 12. Escolaridade

1. Completou o 9º Ano  
 2. Completou o 12º Ano  
 3. Fez um curso técnico  
 4. Bacharelato/licenciatura  
 5. Mestrado  
 6. Doutoramento

Como teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor marque um X na resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos <b>últimos 7 dias</b> (Cox et al, 1987; Versão da DGS, 2005)				
1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	0. Tanto como dantes	1. Menos que dantes	2. Muito menos que dantes	3. Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro	0. Tanta como sempre tive	1. Bastante menos do que costumava ter	2. Muito menos do que costumava ter	3. Quase nenhuma
3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal	3. Sim, a maioria das vezes	2. Sim, algumas vezes	1. Raramente	0. Não, nunca
4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	0. Não, nunca	1. Quase nunca	2. Sim, por vezes	3. Sim, muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo	3. Sim, muitas vezes	2. Sim, por vezes	1. Não, raramente	0. Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim	3. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las	2. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	1. Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	0. Não, resolvo-as tao bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal	3. Sim, quase sempre	2. Sim, por vezes	1. Raramente	0. Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz	3. Sim, quase sempre	2. Sim, muitas vezes	1. Raramente	0. Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro	3. Sim, quase sempre	2. Sim, muitas vezes	1. Só às vezes	0. Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma	3. Sim, muitas vezes	2. Por vezes	1. Muito raramente	0. Nunca

## Apêndice K – Consentimiento para Cuestionario sobre Vivencias posparto



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Assunto:** Cuestionario sobre vivencias pos-parto

Estimada Senhora

Sou a Maria Hernandez, enfermeira e atualmente estudante de Mestrado em Saúde Materna da Universidade de Évora, que se encontrava a fazer Estágio na maternidade, quando nasceu o seu filho/a. Peço a sua colaboração na recolha de dados que me encontro a desenvolver, para a construção do meu Relatório de Estágio.

Tenho como objetivo, descrever as experiências das senhoras relativamente à fase pós-parto.

Responder a este questionário não tem prejuízo para a senhora, nem ganhos, mas ajuda os enfermeiros a compreender melhor as experiências das mães no pós-parto. Agradeço a sua colaboração, mas a decisão de participar é sua e por favor sinta-se livre para aceitar ou rejeitar este pedido de participação.

Os dados que a senhora me cede serão anonimizados, garantindo-se a confidencialidade. Os seus dados são guardados por mim, garantindo que o seu nome não será revelado.

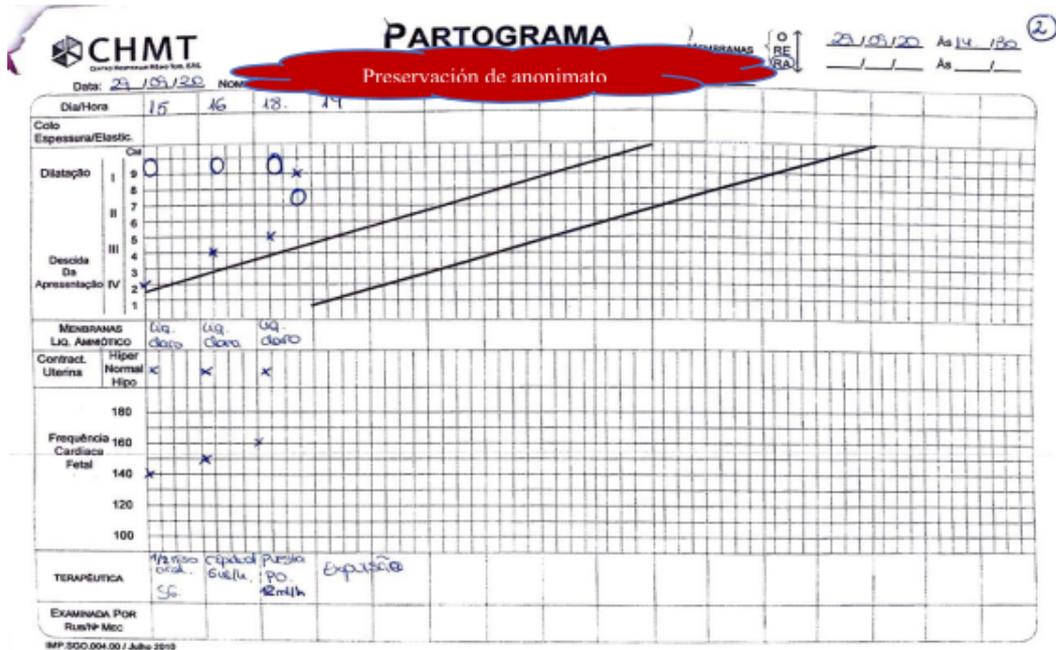
([https://docs.google.com/forms/d/1jWEnUHz\\_0tb7K3giqsxLNTuqS5pE\\_-pIqpdPwuMMGg/edit](https://docs.google.com/forms/d/1jWEnUHz_0tb7K3giqsxLNTuqS5pE_-pIqpdPwuMMGg/edit))

# Apêndice L - Modelo de Partograma para treino clínico – CHMT- Abrantes



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Asunto: Modelo de Partograma para treino clínico – CHMT- Abrantes



**PARTO E PARTO**

Preservação de anonimato

Destino da Placenta: INTERNAMENTO GEBICA

**OBSERVAÇÕES:**

- ⊕ Presenta distorção 2º grau pelas an satura Vicryl 2/0
- ⊕ Útero contract 3 + linea albigo
- ⊕ Sanguis saugre com pou qpo
- \* LM. < 20 ml.

REBA:

**RECÉM NASCIDO Gabriel** (Masc/Fem) Peso: 3515

Agar 5m: Respiração  Tonus  F. Cardíaca  Cór  Reflexos  Total:  6/10/10

Respiração:  Não  Sim  Depressão + compressões

Terapêutica: \_\_\_\_\_

# Apéndice M - Caracterización de los casos asistidos como aprendizaje del Partograma

**Asunto:** Caracterización de los casos asistidos con treino del partograma

**Características sociodemográficas de las parturientas con las que hubo contacto durante mis practicas clínicas:**

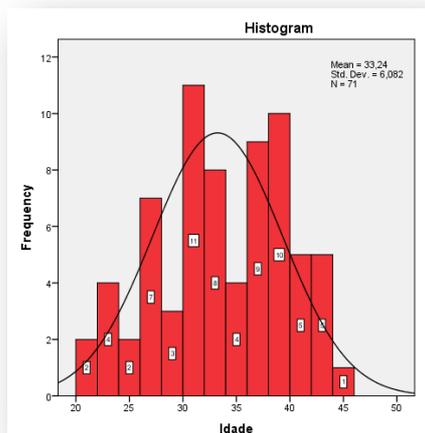


Figura 37 Histograma de la distribución de la edad

Los resultados concuerdan con las estadísticas actuales que revelan una mayor representación de la maternidad en edades más avanzadas. En la muestra actual, todos los casos de parturientas están teniendo su primer hijo.

Tabela 1 Distribuição de acordo com la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
21	2	2,8
23	4	5,6
24	2	2,8
26	2	2,8
27	5	7,0
28	2	2,8
29	1	1,4
30	6	8,5
31	5	7,0
32	4	5,6
33	4	5,6
34	3	4,2
35	1	1,4
36	6	8,5
37	3	4,2
38	4	5,6
39	6	8,5
40	2	2,8
41	3	4,2
42	2	2,8
43	3	4,2
45	1	1,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>

La experiencia clínica en BP se desarrolló en dos instituciones públicas (es decir, CHMT y ULSNA), teniendo contacto directo con 71 parturientas, con edades entre 21 y 45 años (M =

33.24 años; DT = 6.08), como se muestra en la figura 1 y tabla 1. La moda de edad fue a los 30 años y la mediana a los 33 años. Todas las parturientas eran de nacionalidad portuguesa.

### Características del TP de las parturientas con las que hubo contacto:

En los diferentes sitios de pasantías de BP, ya descritos en este documento, hubo 72 nacimientos (y un solo caso de gemelos). Interactué en el ámbito del 1ª, 2ª y 3ª etapa del TP en 71 casos. Más detalladamente, en 46 casos se sometió a partos eutócicos y en 25 casos colaboró en partos distócicos como se muestra en la figura....

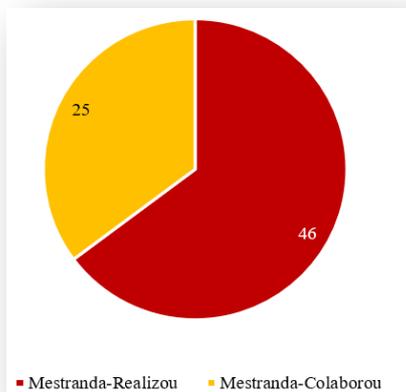


Figura 38 Partos realizados y asistidos

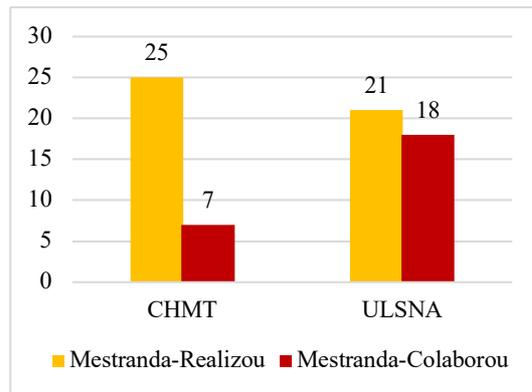


Figura 39 Frecuencia de los partos realizados y participados

Cabe destacar, además, que la mayor representación de cesáreas se encuentra en el ULSNA (n = 14). En general, hubo una oportunidad para la experiencia clínica que implicó el contacto con 46 partos eutócicos, cinco distócicos con ventosa y dos distócicos con fórceps. También agregue 18 casos de parto por cesárea.

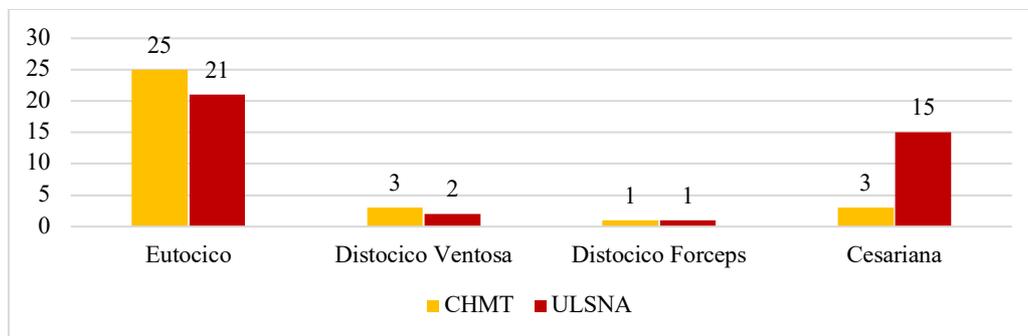


Figura 40 Distribución del tipo de partos

### Características del TP de las parturientas con las que hubo contacto

La cervicometría de los participantes, en el momento de admisión en el BP, osciló entre 0 (n = 15 casos) y 8 cm (n = 3 casos). La moda, se encuentra en la cervicometría de 3 cm.

De hecho, como se muestra en la tabla siguiente, alrededor del 77,5% (n = 55) de las parturientas ingresaron con cervicometría menor de 5 cm (OMS, 2018b) y el 91,5% (n = 65) menor de 6 cm (ACOG, 2019). Sacando de la muestra a las 18 mujeres que fueron sometidas a cesárea, de las 53 mujeres restantes, seis fueron ingresadas en el BP con el criterio actual que informa sobre cervicometría para el inicio de la fase activa de TP (ACOG, 2019; OMS, 2018b).

*Tabla 2 distribución de las mujeres de acuerdo con la cervicometria a la fecha de admisión.*

	Frecuencia	Porcentage	Cumulative Percent
0	15	21,1	21,1
1	2	2,8	23,9
2	4	5,6	29,6
3	20	28,2	57,7
4	14	19,7	77,5
5	10	14,1	91,5
6	1	1,4	93,0
7	2	2,8	95,8
8	3	4,2	100,0
Total	71	100,0	

La mayoría de las parturientas que no se sometieron a cesárea (n = 53) presentaron rotura espontánea de la membrana, REBA (n = 41; 77,4%) y en cinco casos (9,4%) fue provocada durante el trabajo de parto, RABA. En estas mismas 53 mujeres, el polo fetal, en la fecha de la entrada, encontrándose en 39 casos en el Plan 1 de Hodge y en 22 casos, el cuello uterino se presentaba de forma posterior (tablas ---- y -----).

*Tabla 3 Plano de Hodge del polo fetal a la fecha de admisión – evaluación primera*

Plano Hodge	Frequency	Percent
1	39	73,6
2	8	15,1
3	4	7,5
4	2	3,8
Total	53	100,0

*Tabla 4 Posición del cuello a la fecha de entrada – primera evaluación*

Colo	Frequency	Percent
Posterior	22	41,5
Centrado	18	34,0
Anterior	13	24,5
Total	53	100,0

Retirando de la muestra el caso de la parturienta que se sometió a cesárea por embarazo gemelar (es decir, caso M48), la duración del TP estuvo entre 1,08 h (es decir, 1 h y 5 m) y 14 h, con una media de 6,31 h. (DE = 3,13). En promedio, el tiempo transcurrido entre la rotura de las membranas y el parto fue de 5,77 h (DE = 5,62), variando entre 0,05 (es decir, 3 minutos) y 25,23 h. En cuanto al seguimiento, la primera observación obstétrico-ginecológica con toque vaginal se produjo en promedio 1.34h (DE = 1.89) después de la admisión en el BP, variando desde un mínimo de .08h (es decir, 5 minutos) hasta un máximo de 8.88h. El color de la LA era claro, en la gran mayoría de los casos (n = 50; 94,3%), en el momento de la entrada.

### **Medicalización del TP**

La gran mayoría de parturientas solicitó epidural (n = 62; 87,3%). En 45 casos (66,1%) se aplicó Suero con Glucosa o Suero de solución salina, pero no fue así en 24 casos (33,8%). Por otro lado, 32 (45,1%) recibieron alguna forma de inducción (es decir, VO, Misoprostol oral o Propress vaginal).

### **Caracterización del 3er Estadio**

El desprendimiento de placenta fue natural en la mayoría de los casos y el volumen de sangre perdido fue en 70 casos (98,6%) inferior a 500 ml. El mecanismo de parto fue Schultz en 44 casos (62%), Duncan en 8 casos (11,3%), sin incluir los casos de cesárea. En 65 casos (91,5%) la placenta tenía características normales y en 6 (8,5%) presentaba algún tipo de anomalía. En todas las parturientas, las membranas estaban completas.

### **Caracterización del feto y del recién nacido**

Los fetos tuvieron una buena frecuencia cardíaca en la 1ª valoración (línea roja), entre 139 y 180 lpm y en la 2ª valoración, entre 120 y 179 lpm (línea amarilla) como se muestra en la figura de abajo.

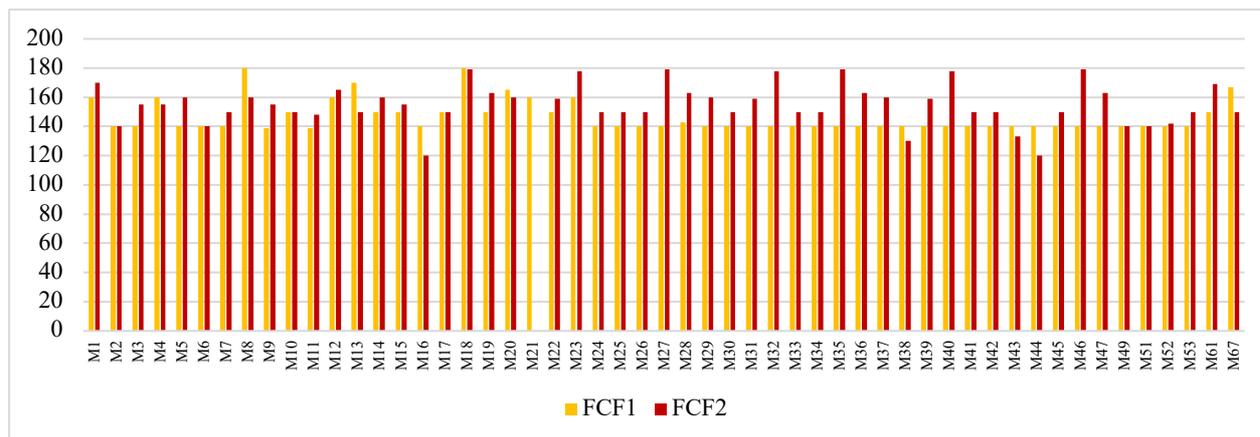


Figura 41 Evaluación del latido cardíaco en los 2 tiempos

En 6 parturientas (8.5%), los fetos tuvieron una Circular y en 10 parturientas (14.1%) los fetos tuvieron dos circulares al cuello. El cordón umbilical tuvo características normales en 68 casos (95,8%) y en 3 (4,2%) algún tipo de anomalía.

En cuanto al sexo, la mayoría eran varones RN (n = 37; 52,1%). Excepto en un caso (excepto cesárea) todos los niños fueron el primer hijo.

### **Características del 1er, 2do y 3er Estadio del TP de las parturientas asistidas directamente por la AESMO bajo supervisión**

Las parturientas atendidas directamente por la estudiante de maestría (n = 46), con supervisión clínica, tuvieron una media de 33,07 años (DE = 5,96), con un rango de 21 a 43 años.

#### **Primer Estadio del TP:**

Considerando los partos realizados por la AESMO, el tiempo transcurrido entre el momento de ingreso y la primera evaluación clínica que incluyó el tacto vaginal (línea azul) se puede apreciar en la figura, que promedió 1,63 h, oscilando entre 0,08 (es decir, 5 m) y 8,88 h; el tiempo transcurrido desde la rotura de membranas hasta el nacimiento (línea verde), que en promedio duró 7.57h (DE = 5.33), con un mínimo de .08h y 25.23h; el tiempo transcurrido entre el ingreso de la mujer y la 2ª etapa del TP (línea roja), que en promedio duró 7,06 h (DE = 2,98), con un mínimo de 1,17 h y 14 h.

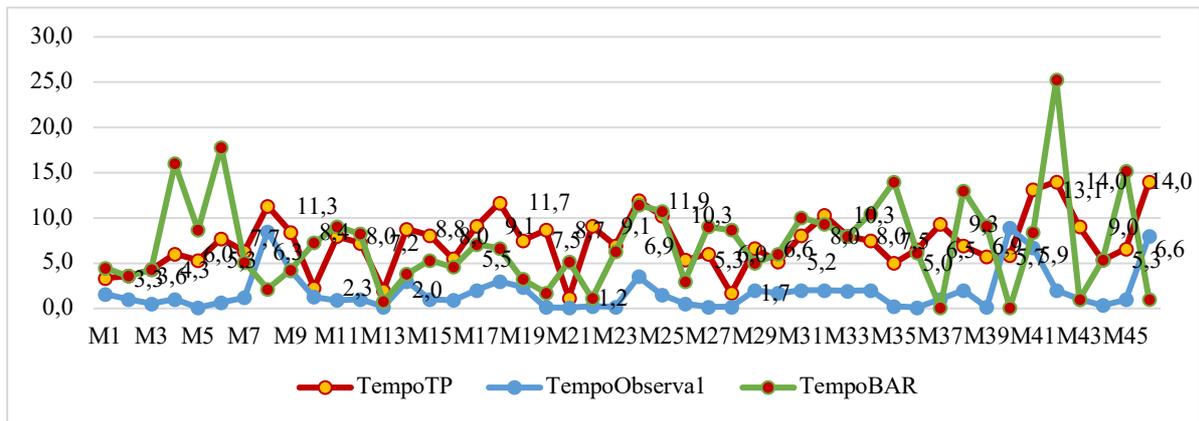


Figura 42 Tiempos de asistencia en transcurso del trabajo de parto

La primera observación realizada por la AESMO identificó principalmente cuellos uterinos posteriores (n = 20; 43,5%), como se muestra en la tabla abajo. Mientras que en la segunda observación la mayoría fue centrada / n = 20; 44,4%) (ver en. Tabla), donde constan 45 porque ocurrió uno de los nacimientos.

Tabla 5 Posición del colo observación 1

Colo-Obs 1	n	%
Posterior	20	44,4
Centrado	15	31,1
Anterior	11	24,4
Total	46	100,0

Tabla 6 Posición del colo observación 2

Colo-Obs 2	n	%
Posterior	12	26,7
Centrado	20	44,4
Anterior	13	28,9
Total	45	100,0

Tabla 7 Posición del colo observación 3

Colo-Obs 3	n	%
0	6	13,3
Posterior	2	4,4
Centrado	2	4,4
Anterior	35	77,8
Total	45	100,0

En la tercera observación, eran anteriores (n = 35; 77,8%), como se muestra en la tabla y siendo en esta tercera observación donde faltaban 6 parturientas cuyo período expulsivo ya había ocurrido.

Por otro lado, el descenso al canal del parto, observado en el Partograma, a través de la clasificación de Hodge, exhibió una orientación similar. Así, en la primera observación 32 casos (71,1%) estaban en el 1er plan y solo 1 caso en el plan IV. La segunda observación muestra 14 casos en el Plan 1 y tres casos en el Plan IV. La tercera observación revela 10 casos en el Plan I y siete casos en el Plan IV, contando aquí solo 40 parturientas, ya que 5 ya habían tenido lugar en la 2da etapa de TP.

Tabela 8 Decida fetal -obs1

P. Hodgen	%
P1	3371,1
P2	8 17,8
P3	4 8,9
P4	1 2,2
Total	46100,0

Tabela 9 Decida fetal -obs2

P. Hodgen	%
P1	1431,1
P2	1328,9
P3	1533,3
P4	3 6,7
Total	45100,0

Tabela 10 Decida fetal -obs3

P. Hodgen	%
P1	1022,2
P2	8 17,8
P3	1533,3
P4	7 15,6
Total	4088,9

Como se puede observar en la figura, Con los datos recogidos en el segundo período de observación, la combinación simultánea de los parámetros que descienden en los planos de Hodge, la posición del cuello y la cervicometría, deja clara la plasticidad pélvica. En realidad, es un mecanismo fisiológico multifuncional

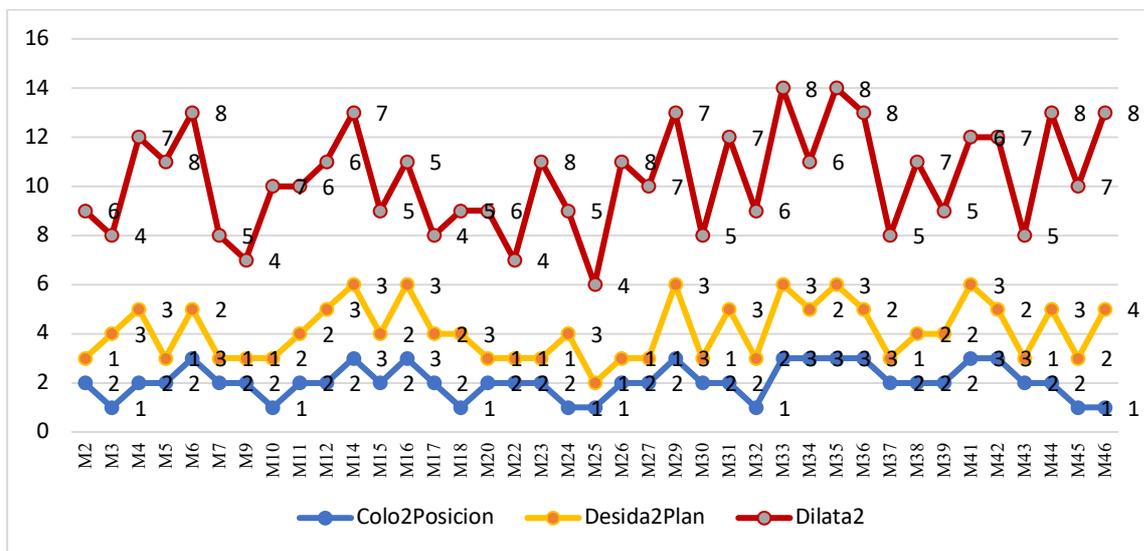


Figura 43 Representación simultanea de tres parámetros de progresión del trabajo de parto

En las parturientas atendidas por la AESMO, que realizo el parto y que ingresaron en TP con cervicometría al ingreso  $\geq 5$ cm, según OMS (OMS, 2018a), el tiempo de TP varió entre 1,2h (caso M21) y 14h (caso M42).

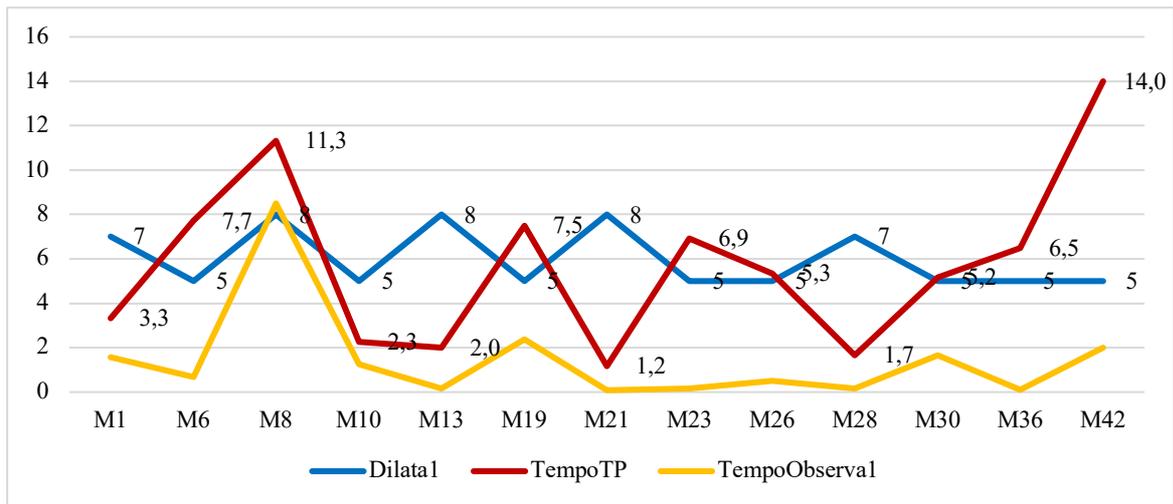


Figura 44 Tiempos de asistencia en el transcurso del trabajo de parto con cervicometría  $\geq 5\text{cm}$  a admisión hospitalar

La epidural fue solicitada por 38 parturientas (82,6%). De las 46 parturientas, la mayoría (n = 44; 95,7%) tenía una vena canalizada.

### **Segunda etapa del TP**

Todos los partos fueron eutócicos. Se realizaron episiotomía en 13 casos (28,3%). En cuanto a las laceraciones (*figura-tabla 47-11*) presentando la casuística en frecuencias y porcentaje.

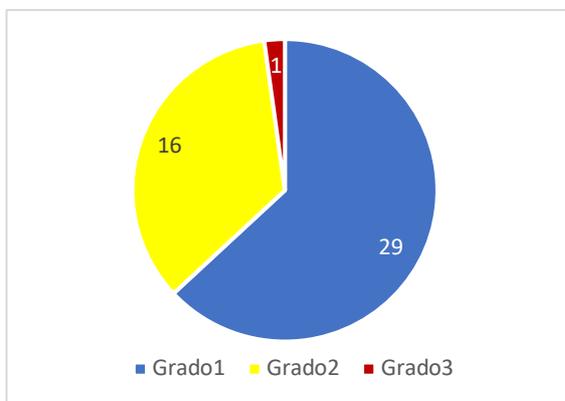


Figura 45 Casos de laceración de acuerdo con el grado

Tabla 11 Casuística de las laceraciones del periné

	Frecuencia	Porcentagem
Grado1	29	63,0
Grado2	16	34,8
Grado3	1	2,2
Total	46	100,0

La cantidad de sangre perdida en el parto es de aproximadamente de 250-300 ml.

### **Tercera etapa del TP**

El desprendimiento se produjo de forma natural en 42 casos (91,3%) y manual en 4 casos (8,7%). El principal mecanismo de desprendimiento de placenta fue el de Schultz (n = 38; 82,6). De las cuales 40 placentas (87%) tenían un aspecto normal y 6 (13%) tenían anomalías. Las

membranas estaban completas. Todas las parturientas recibieron Oxitocina posparto, para evitar la hemorragia posparto.

Características del feto y del RN:

En cuanto al BCF, existió una buena frecuencia a lo largo del TP en todos los fetos en los dos tiempos de registro realizados en el partograma. De hecho, en el gráfico abajo no es posible observar la variabilidad, ya que los datos están en un momento.

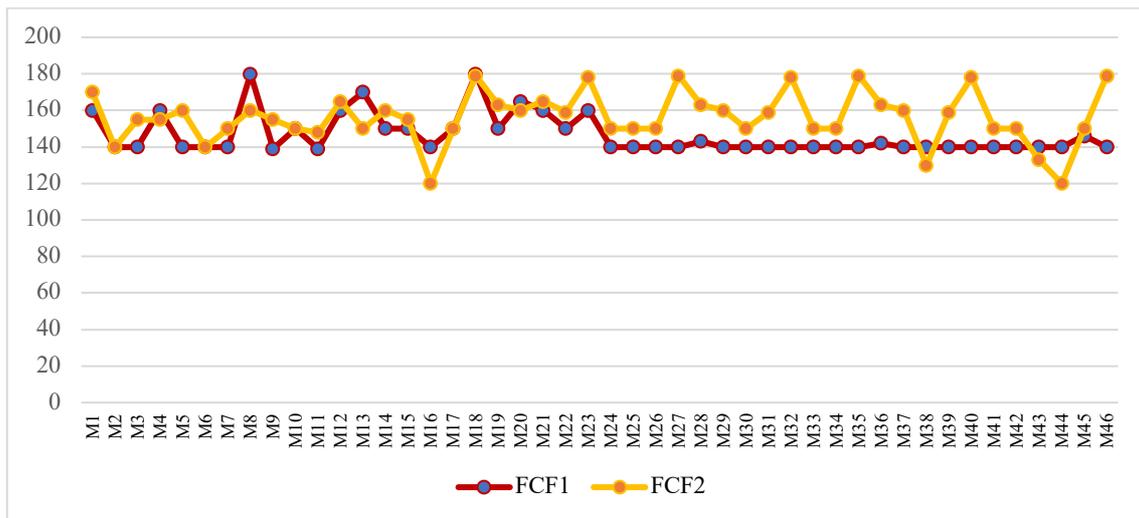


Figura 46 Registro del latido fetal evaluados en dos momentos

El cordón umbilical era normal en 45 RN (97,8%) y en un caso presentaba anomalías. En una de las situaciones hubo una circular (8,7%) y dos circulares en siete situaciones (15,2%). La mayoría de los recién nacidos eran varones (n = 25; 54,3%) y todos eran el primer hijo de la madre.

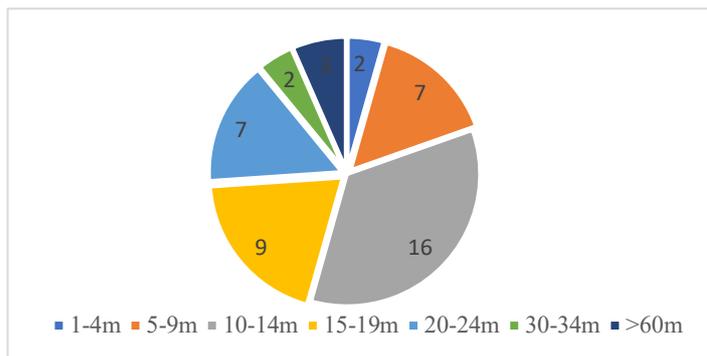


Figura 47 Frecuencia del contacto piel-piel de acuerdo con intervalos de tiempo.

El contacto piel a piel se realizó entre todas las madres y sus RN, según los intervalos de tiempo que se muestran en la figura 49.

En cuanto a APGAR al 1er minuto, hubo dos casos, uno con score de 6 y el otro con score de 8, los restantes 17 y 27, respectivamente con score de 9 y 10. Al minuto 5, un caso tuvo un score de 9 y los 10 restantes.

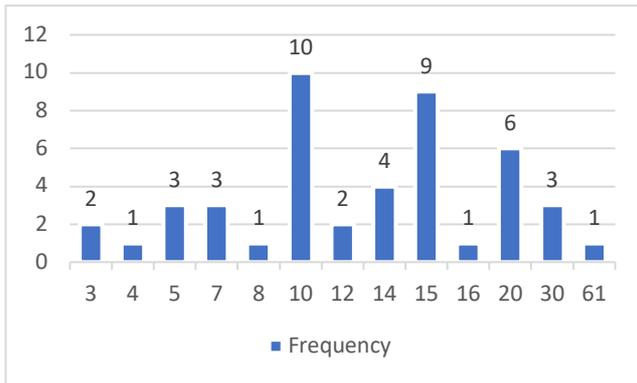
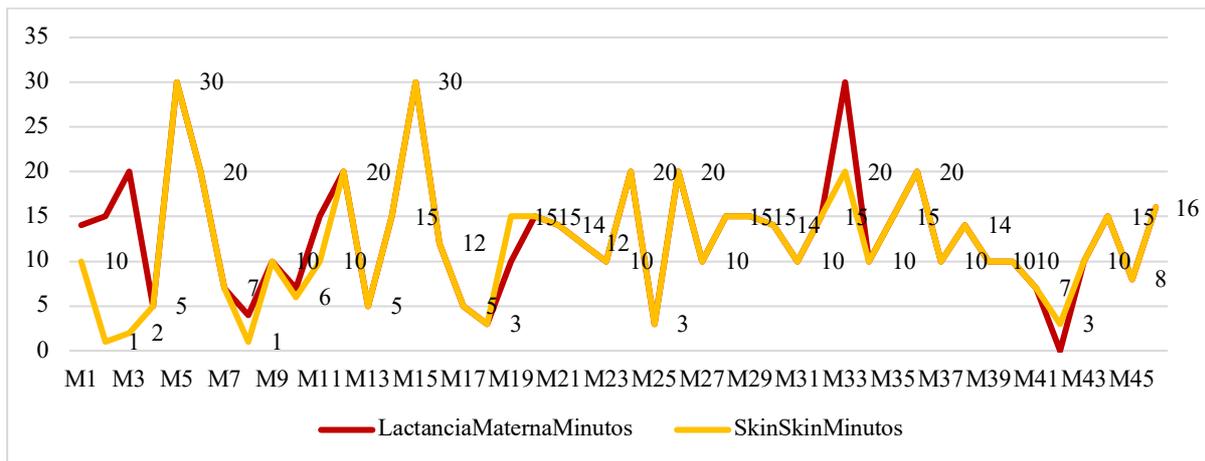


Figura 48 Frecuencia de los tiempos del primer episodio de lactancia materna.

La mayoría de los registros del Partograma, consideran la lactancia materna a los 10 y 15 minutos posparto (figura 50).

Combinando registros de las dos variables, se observa que en la mayoría de los casos el contacto piel-piel coincidió con el primer episodio de lactancia, como se muestra en la figura. A todos los RN fue administrado Konakion en el Vasto Externo.



# Apéndice N - Noticia en el Jornal de la Asociación Portuguesa de Enfermeras Obstetras

Publicación de APEO Portugal

 **APEO Portugal**  
13 abr · 🌐

Portugués ▶ Español

El primer nacimiento, super empoderador, en el nuevo banco de partos del ULSNA - Hospital Doctor José María Grande de Portalegre. 🥰

#apeoportugal #mãosdeconfiança #apeo #epic #épico #parto #childbirth #labour #maternity #maternidade #eesmo #bancodepartos #gravidez #partohumanizado #midwives #midwifery

⚙ · Mostrar original · Calificar traducción



Me gusta   Comentar   Compartir

## Apêndice O - Publicación en Red Social

Agradecimiento de una parturiente en el HJMG de Portalegre por la atención y cuidado en el nacimiento de su hija



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Asunto: Publicación en Red Social



Não podia deixar de fazer dois agradecimentos muito especiais na envolvente no nascimento da minha filha, e o primeiro vai para toda a equipa de obstetrícia da maternidade de Portalegre que são uns profissionais incansáveis dedicados atenciosos e mil e um adjectivos mais que podia continuar aqui a descrever, desde o parteiro/a Pedro [Lisa Spidernurse](#) e Maria médicos enfermeiros estagiárias auxiliares (não consigo nomear todos mas vocês sabem quem são [Maria José Ferreira](#)), só tenho a dizer bem, muito bem mesmo. Obrigado por tornarem este momento ainda mais especial e se deixarem envolver na minha grande história de amor.

E o segundo agradecimento vai para a minha família, todos os amigos e conhecidos que deixaram uma palavra de carinho e nos felicitaram.

Em meu nome e da Esther MUITO OBRIGADO 🥰❤️

