

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

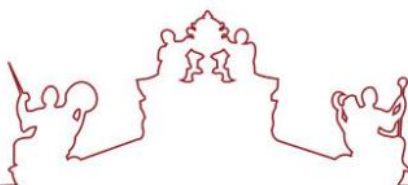
Trabalho de Parto: A Atuação e importância da Figura do Acompanhante

Ana Belén Martín Gutiérrez

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

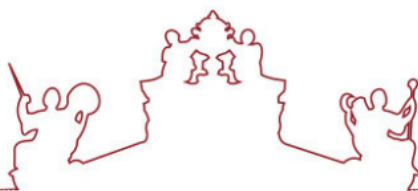
Trabalho de Parto: A Atuação e importância da Figura do Acompanhante

Ana Belén Martín Gutiérrez

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 | A. Frias (Universidade de Évora)

Vogais | M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Orientador)
Rocío Lira Raggio (Hospital de Alta Resolución de Écija)

Évora 2022



AGRADECIMENTOS

El presente relatorio es el resultado del esfuerzo, constancia y perseverancia mantenida desde hace diez años. Después de preparar la prueba de acceso durante todo este tiempo para formarme en mi país, sin éxito, es Portugal, quien me brinda la oportunidad de especializarme, de alcanzar mi sueño y de obtener aquello por lo que tanto me había formado.

Dos años marcados por una crisis pandémica mundial. Situación que nos obligó a adaptarnos a multitud de cambios, que se iban modificando en función de la incidencia acumulada en el país. Además, como alumnos extranjeros se nos sumaban las restricciones que se iban generando en nuestro país.

Independientemente de todo ello, estoy y estaré eternamente AGRADECIDA, a Portugal, a la Universidad de Évora a todas sus profesoras que la integran y que han tenido una infinita paciencia conmigo al igual que mis compañeros de aula. Todos ellos desde el inicio nos han recibido con los brazos abiertos, nos han ayudado y acompañado en todo este maravilloso proceso.

A mi persona vitamina, Jose Alba, mi irmão. Sabíamos que nos conocimos por causalidad, y la causa era PORTUGAL. Él, imparable, ejemplo a seguir. Gracias, Gracias, Gracias por creer siempre en mí.

A Jorge, por enseñarme con su forma de ver la vida a priorizarme. A crear un único plan por y para mí. A Dana y Ela, por quererme de una manera demasiado bonita, compañeras de vida, siempre conmigo.

A la Unidad de Cuidados intensivos de Huelva y a mis compañeros, porque a pesar de la presión asistencial durante la pandemia buscaban la forma de conciliar mis estudios con los turnos de trabajo. Gracias, compañeros.

Una vez más, ¡PORTUGAL, Gracias, Gracias, Gracias!

RESUMEN

TÍTULO: Trabajo de Parto: La actuación y la importancia de la Figura del Acompañante.

INTRODUCCIÓN: El presente Mestrado exige la adquisición de conocimientos y competencias que basadas en las orientaciones Nacionales e Internacionales, proporcionan el desarrollo teórico-práctico, manifestada en actos tutelados por un supervisor clínico y orientador pedagógico, fortalecidos con evidencia científica e incursión en la investigación.

OBJETIVO: Documentar el aprendizaje adquirido en los diferentes campos clínicos, así como profundizar en la temática elegida.

METODOLOGÍA: Durante todas las prácticas clínicas se ha aplicado la observación clínica, utilizando herramientas como la revisión de literatura, recopilación de datos y realización de cursos.

RESULTADOS: El aprendizaje clínico es revisado periódicamente por evaluaciones positivas en cada rotatorio de prácticas clínicas. Profundizando en la temática elegida fundamentada en la teórica Ramona T. Mercer, centrándonos en la adopción de roles paternal y maternal.

CONCLUSIONES: Los conocimientos y habilidades adquiridas contribuyen a brindar una atención especializada de calidad y calidez en los cuidados, basados en la evidencia científica más actualizada.

Descriptor clave (DeCS): Parto Humanizado; Entorno do Parto; Paternidad; Relación padre-hijo.

ABSTRACT

TITLE: Labor: The Performance and Importance of the Companion Figure.

INTRODUCTION: This Master's Degree requires the acquisition of knowledge and skills that, based on National and International orientations, provide theoretical-practical development, manifested in acts supervised by a clinical supervisor and pedagogical advisor, strengthened with scientific evidence and incursion in research.

OBJECTIVE: Document the learning acquired in the different clinical fields, as well as delve into the chosen topic.

METHODS: During all clinical practices, clinical observation has been applied using tools such as literature review, data collection and course completion.

RESULTS: El aprendizaje clínico es revisado periódicamente por evaluaciones positivas en cada rotatorio de prácticas clínicas. Profundizando en la temática elegida fundamentada en la teórica Ramona T. Mercer, centrándonos en la adopción de roles paternal y maternal.

CONCLUSIONS: The knowledge and skills acquired contribute to providing quality specialized care and warmth in care, based on the most up-to-date scientific evidence.

Descriptors (MeSH): Humanizing Delivery; Birth Setting; Paternity; Father-Child Relations

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. CONTEXTO CLÍNICO DE PRÁCTICAS DE NATUREZA PROFESIONAL.....	15
2.1. CARACTERIZACIÓN DE CONTEXTO	15
2.1.1. CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS. CAMPO CLÍNICO 1- BLOQUE DE PARTOS.	16
2.1.1.1 Campo Clínico 1 - Caracterización de recursos materiales en el área de obstetricia - Bloque de Partos.	18
2.1.1.2 Campo Clínico 1 - Caracterización de recursos humanos en el área de obstetricia - Bloque de Partos.	19
2.1.2 CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS. CAMPO CLÍNICO 2- HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA.	22
2.1.2.1 Campo clínico 2; Caracterización de recursos materiales en el área de hospitalización ginecológica y obstétrica.	23
2.1.2.2 Campo clínico 2; Caracterización de recursos humanos en el área de hospitalización ginecológica y obstétrica.	24
2.1.2.3 Campo clínico 3; Caracterización de recursos materiales en el área de consultas externas de obstetricia.	26
2.1.2.4 Campo clínico 3; Caracterización de recursos humanos en el área de consultas externas de obstetricia.	27
2.1.3 CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS - CAMPOS CLÍNICOS 4, 5 y 6	29
2.1.3.1 Campo clínico 4; Caracterización de recursos materiales en el área de bloque de partos 2-3.	30
2.1.3.2 Campos clínicos 4 y 6; Caracterización de recursos humanos bloque de partos 2-3.....	32
2.1.3.3 Campo clínico 5; Caracterización de recursos materiales en el área de puerperio.	36
2.1.3.4 Campo clínico 5; Caracterización de recursos humanos en el área de puerperio.	36
2.2 METODOLOGÍA DE PRÁCTICAS DE NATUREZA PROFESIONAL	37
2.2.1. OBJETIVOS DE PRÁCTICAS DE NATUREZA PROFESIONAL	38
2.2.2. ABORDAJE METODOLÓGICA DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE NATUREZA PROFESIONAL	39
2.2.2.1 Estrategias de observación en las prácticas clínicas.	39
2.2.2.2. Estrategias de formación complementaria.	46
2.2.2.3. Estrategias de búsqueda bibliográfica para revisión temática.	47
2.2.2.4. Estrategias de desarrollo de conocimientos de casos clínicos en los distintos campos clínicos.	48
2.2.2.5. Otras estrategias para el desarrollo de competencias.	49
3. CONTRIBUCIÓN PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA.....	51
3.4. RESULTADOS EMPÍRICOS SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA EMBARAZADA...53	
3.4.1 ROL E IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL ACOMPAÑANTE.....	55
4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS	61
4.1 COMPETENCIAS COMUNES DEL ENFERMERO ESPECIALISTA	61
A – RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, ÉTICA Y LEGAL.	61
B – MEJORÍA CONTÍNUA DE LA CALIDAD.	62
C – GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.	63
D – DESARROLLO DE LOS APRENDIZAJES PROFESIONALES.	63
4.2 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	64
COMPETENCIA 1	64
COMPETENCIA 2.....	65
COMPETENCIA 3.....	65
COMPETENCIA 4.....	66
COMPETENCIA 5.....	66
COMPETENCIA 6.....	66
COMPETENCIA 7.....	66
5. CONCLUSIONES.....	68

REFERENCIAS	70
<i>ANEXOS</i>	<i>74</i>
<i>ANEXO 1. HOJA OBSTÉTRICA. PARTOGRAMA FÍSICO</i>	<i>74</i>
<i>ANEXO 2: CONSULTAS DE BAJO RIESGO– ORIENTACIONES DGS.....</i>	<i>75</i>
<i>ANEXO3: PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN APLICADOS EN LOS CAMPOS CLÍNICOS.....</i>	<i>76</i>
<i>APÉNDICES</i>	<i>86</i>
<i>APÉNDICE A: PREPROYECTO. DISSERTAÇÃO/ ESTÁGIO</i>	<i>86</i>
<i>APÉNDICE B: HOJA OBSTÉTRICA CAMPO CLÍNICO 4. BLOQUE DE PARTOS 1 Y 2.....</i>	<i>87</i>
<i>APÉNDICE C: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. VIGILANCIA Y CUIDADOS A PARTURIENTAS SALUDABLES EN CAMPO CLÍNICO 1.</i>	<i>88</i>
<i>APÉNDICE D: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL CAMPO CLÍNICO 2.</i>	<i>89</i>
<i>APÉNDICE E: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS DURANTE EL CAMPO CLÍNICO 2.</i>	<i>96</i>
<i>APÉNDICE F: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. CONSULTA IVE CAMPO CLÍNICO 3.</i>	<i>100</i>
<i>APÉNDICE G: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. BLOQUE DE PARTOS 2 Y 3. CAMPOS CLÍNICOS 4 y 6.</i>	<i>101</i>
<i>APÉNDICE H: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. PUERPERIO. CAMPO CLÍNICO 5.</i>	<i>105</i>
<i>APÉNDICE I: ESTRATEGIAS DE REFLEXIONES TEMÁTICAS.</i>	<i>112</i>
<i>APÉNDICE J: TABLAS RESUMEN DE LA BÚSQUEDA BASE DE DATOS.....</i>	<i>115</i>
<i>APÉNDICE K: ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE CONOCIMIENTOS DE CASOS CLÍNICOS.....</i>	<i>122</i>
<i>APÉNDICE L: OTRAS ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS.....</i>	<i>128</i>
<i>APÉNDICE M: DATOS BRUTOS DEL OUTPUT DEL SPSS</i>	<i>133</i>

Índice de Tablas

TABLA 1 CAMPOS CLINICOS DEL 1º SEMESTRE-2º AÑO.....	16
TABLA 2 CAMPOS CLINICOS DEL 2º SEMESTRE-2º AÑO.....	16
TABLA 3 RECURSOS HUMANOS EN CAMPO CLÍNICO 1 - BLOQUE DE PARTOS	19
TABLA 4 RECURSOS HUMANOS EN CAMPO CLÍNICO 2. HOSPITALIZACIÓN GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA..	24
TABLA 5 RECURSOS HUMANOS EN CAMPO CLÍNICO 3. CONSULTAS EXTERNAS OBSTETRICIA	27
TABLA 6 CARACTERIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL ÁREA DE OBSTETRICIA- BLOQUE DE PARTOS 2-3	32
TABLA 7 RECURSOS HUMANOS EN EL ÁREA DE PUERPERIO. CAMPO CLÍNICO 5	36
TABLA 8 FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO CLÍNICO 4.....	58
TABLA 9 FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACOMPAÑAMIENTO FORMADO EN CAMPO CLÍNICO 4.....	58
TABLA 10 FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE ACOMPAÑAMIENTO ACTIVO EN CAMPO CLÍNICO 4.....	59
TABLA 11 FRECUENCIA Y PORCENTAJES DE SOPORTE EMOCIONAL EN POSTPARTO INMEDIATO EN CAMPO CLÍNICO 4	60

Índice de Figuras

FIGURA 1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA DE CAMPO CLÍNICO 1.....	17
FIGURA 2 REGISTRO DE PARTOS Y CESÁREAS. CAMPO CLÍNICO 1. BLOQUE DE PARTOS. AÑO 2021.	18
FIGURA 3 SITUACIÓN GEOGRÁFICA 2º CAMPO CLÍNICO	23
FIGURA 4 DIAGNÓSTICO DE HIPERGLICEMIA EN EMBARAZO Y SUBTIPOS BASADO EN LA PTOG (24-28 SEMANAS).....	26
FIGURA 5 SITUACIÓN GEOGRÁFICA CAMPO CLÍNICO 4,5 Y 6.	30
FIGURA 6 PELOTA DE MANÍ	31
FIGURA 7 PELOTA DE FITBALL	31
FIGURA 8 <i>LENTEJA DE PARTO</i>	31
FIGURA 9 IMPLANTACIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO TRANSDÉRMICO	43
FIGURA 10 IMPLANTACIÓN MÉTODO ANTICONCEPTIVO TRANSDÉRMICO	44
FIGURA 11 CONSULTA DE EMBARAZO Y PUERPERIO. CAMPO CLÍNICO II	46
FIGURA 12 EJEMPLO DE LA ESTRATEGIA PICO APLICADA A LA REVISIÓN TEMÁTICA	48
FIGURA 13 DESCRIPTORES DE DeCS Y MeSH.....	51
FIGURA 14 ECUACIÓN BOLEANA APLICADA EN LAS BASES DE DATOS.....	51
FIGURA 15 FICHERO COMPARTIDO DEL SOFTWARE ENDNOTE	52
FIGURA 16 VISTA DEL SOFTWARE RAYYAN CON LOS ARTICULOS IMPORTADOS	52
FIGURA 17 CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	53
FIGURA 18 HOJA OBSTÉTRICA Y PARTOGRAMA FÍSICO. BLOQUE DE PARTOS I. CAMPO CLÍNICO 1	74
FIGURA 19 PERIODICIDAD DE CONSULTAS DURANTE EL EMBARAZO DE BAJO RIESGO SEGÚN DGS	75
FIGURA 20 CONSULTA EDAD GESTACIONAL SEGÚN DGS EN CAMPO CLÍNICO 3.....	75
FIGURA 21 PROTOCOLO MEDICAMENTOSO IVE CLÍNICO 3	76
FIGURA 22 PROTOCOLO ASISTENCIA AL PARTO BAJO RIESGO 2019 EN CAMPOS CLÍNICOS 4 Y 6.....	77
FIGURA 23 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	78
FIGURA 24 TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	79
FIGURA 25 PROTOCOLO INSULÍNICO INTRAPARTO Y TRAS PARTO	80
FIGURA 26 PROTOCOLO ITP EN CAMPOS CLÍNICOS 4 Y 6.....	81
FIGURA 27 PROTOCOLO ITP.....	82
FIGURA 28 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIÓN DE PÉRDIDAS FETALES	83
FIGURA 29 PROTOCOLO DUELO PERINATAL 2020 EN CAMPOS CLÍNICOS 4 Y 6	84
FIGURA 30 PARTOGRAMA OMS TRADUCIDO AL ESPAÑOL 2022	85
FIGURA 31 PROPUESTA PRE-PROYECTO DE DESERTIZACIÓN.....	86
FIGURA 32 HOJA OBSTÉTRICA DEL PERIODO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS	87
FIGURA 33 VIGILANCIA Y CUIDADOS A PARTURIENTAS SALUDABLES EN CAMPO CLÍNICO 1	88
FIGURA 34 CURSO ONLINE OPTIMIZACIÓN DE POSICIONES MATERNO-FETALES.....	112
FIGURA 35 WEBINAR. ASINCLITISMO, CÓMO RESOLVERLO.	112
FIGURA 36 WEBINAR. BEBÉS EN POSTERIOR.	113
FIGURA 37 CURSO ONLINE ENCAJAMIENTO Y ROTACIÓN	113
FIGURA 38 CURSO ONLINE OPTIMIZACIÓN DE POSICIONES MATERNO-FETALES.....	113
FIGURA 39 TALLER ONLINE. RECURSOS PARA GESTIONAR EL DOLOR.....	114
FIGURA 40 CURSO ONLINE CARMEN VEGA. LACTANCIA MIXTA.....	114
FIGURA 41 ESTUDIOS CUALITATIVOS	116
FIGURA 42 ESTUDIOS DE MÉTODOS MIXTOS.	117
FIGURA 43 ESTUDIOS CUANTITATIVOS.	121
FIGURA 44 CAJA DUELO PERINATAL ASOCIACIÓN UMAMANITA. WWW.UMAMANITA.ES.....	125
FIGURA 45 AGRADECIMIENTO PUBLICADO EN REDES SOCIALES POR LA PUÉRPERA.....	126
FIGURA 46 TÉCNICA WALCHER. EN LA TÉCNICA MODIFICADA SE LE FACILITA A LA GESTANTE UN SOPORTE DEBAJO DE LOS PIES PARA EVITAR SU DESLIZAMIENTO.....	127
FIGURA 47 EXPULSIVO CON TÉCNICA “HAND OFF” DE C.R (SOBRINA). IMAGEN CEDIDA POR L.G. PARA MI RELATORIO CON CONSENTIMIENTO VERBAL.	128
FIGURA 48 INVERSIÓN	128
FIGURA 49 MANTEADA DE SACRO	129
FIGURA 50 MOXIBUSTIÓN	129
FIGURA 51 CONSULTA BIOMECÁNICA Y SUELO PÉLVICO. MASAJE PERINEAL.	130
FIGURA 52 LACTANCIA MATERNA. TÉCNICA DE JERINGUILLA.	130

FIGURA 53 ASESORÍA DE LACTANCIA MATERNA	131
FIGURA 54 IMPRESIÓN DE PLACENTA	132
FIGURA 55 PROCESO DE IMPRESIÓN DE PLACENTA	132

1. INTRODUCCIÓN

El Mestrado de Enfermería de Salud Materna y Obstétrica (MESMO) de la Universidad de Évora (UE), permite adquirir los conocimientos y competencias para brindar cuidados a la salud sexual y reproductiva a las mujeres y en sus diferentes etapas preventivas, de promoción, cuidados y recuperación de la salud. Incluye también el cuidado a la madre el diagnóstico, control y asistencia em el embarazo, parto y puerperio normal y cuidados para el recién nacido saludable hasta los 28 días de edad, considerándose simultáneamente a la figura paterna, hasta ahora menos visible, para favorecer el compromiso de construir la familia.

Este mestrado está registrado em la Dirección general de Enseñanza superior (i.e., R/A-Ef 1783/2011/AL03), siendo favorable para la Orden de los Enfermeiros (OE) (i.e., SAI-OE/2017/9022 e SAI-OE/2019/5981). A su vez es concordante con el Reglamento de las Competencias Comunes del Enfermero Especialista (CCEE)(i.e., Reg. nº 140/2019 de 6 de febrero) y con el Reglamento de las Competencias del EESMO (i.e., Reg. nº 391/2019 de 3 de mayo). A seguir: La formación teórica en MESMO, transcurre el 1º año, abarcando distintos contenidos y unidades curriculares (UC).

En el 2º año, de acuerdo con el plano de Estudios de la Unión Europea (i.e., Aviso n.º 15812/2019; DR 7/10/2019) coincidente con los contenidos de la nueva legislación del año 2021 (i.e., Aviso nº 3916/2021; diario de la República, 2ª serie, nº 43 de 3 marzo), transcurre una parte de la UC Estágio de Naturaleza Profesional con Relatorio Final (ENPRF).

Los dominios de las competencias comunes de los Enfermeros Especialistas son las siguientes:

A) Responsabilidad profesional, ética y legal; B) Mejoría continua de la calidad; C) Gestión de los cuidados; D) Desarrollo de los aprendizajes profesionales.

Consonante con las orientaciones del plano de Estudios de la Unión Europea, se desarrolla em el 2º año del MESMO la Unidad Curricular (UC) ENPRF. El ENPFR, está organizado em 60 ECTS. Se inició el 13/09/2021, finalizando en 30/06/2022, cumpliéndose 1040 horas curriculares clínicas. Los campos clínicos donde transcurren las experiencias son variados: A) Consultas externas; B) Hospitalización; C) Bloque de partos.

Los objetivos del ENPRF se dirigen a:

- 1) Cuidar a la mujer y pareja a insertarse en la familia y comunidad.
- 2) Demostrar una adquisición de conocimiento a una mejoría de cuidados,

considerando las vertientes teórico-prácticas y la práctica basada en la evidencia.

3) Defender a través de un Relatorio presentado en pruebas públicas la adquisición de sus competencias a lo largo del ENPRF.

Entre las Competencias del maestrado son:

✓ Saber evidenciar conocimientos en las vertientes de cuidados especializados y de investigación. Exhibiendo.

a. Capacidad de reflexión crítica sobre las prácticas

b. Fundamentación de las diferentes opciones con base en la teoría

c. Capacidad para utilizar la investigación y la evidencia científica.

d. Capacidad de comunicar conclusiones, conocimientos y razonamientos subyacentes, como especialistas y no especialistas de forma clara.

✓ Habilidades para desenvolver el aprendizaje a lo largo de la vida de forma fundamentalmente autónoma a favor del área EESMO.

Conforme la orientación pedagógica, se desarrolla una temática, que da el título al Proyecto y posterior Relatorio, sobre: el Trabajo de Parto: La actuación e importancia de la figura del acompañante, permitiendo el entrenamiento de conocimientos, de métodos, programas y de herramientas de investigación.

Se sugiere la importancia temática de la figura del acompañante en el trabajo de parto (TP). El objetivo de la exploración de la temática fue describir, desde la perspectiva de la parturienta la importancia de la presencia del compañero/a a nivel emocional, considerando la experiencia vivida. La figura del acompañante durante TP, designa a aquella persona ya sea familiar, amigo, *doula* o profesional sanitario que, sin intención de prestar cuidados técnicos, realiza una fundamental función de apoyo emocional a la mujer durante todo el trabajo de parto. Una revisión Cochrane constata que tener un acompañante activo mejora los resultados para la diada familiar (Bohren et al., 2017). La prevalencia del deseo de tener un acompañante en el parto es elevada, aunque es un tema marcado culturalmente. En Etiopía por ejemplo el 57,45% (52,6–62,2%) de las embarazadas desearían de tener acompañante. En este ejemplo las mujeres que planean el embarazo. En este ejemplo, las mujeres que planean su embarazo y las que no tengan problemas obstétricos anteriores y aquellas cuya primera asistencia prenatal ocurrió en el 2º trimestre, tienen mayor deseo ser acompañadas (Assfaw et al., 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende, en el marco de los estándares de calidad, que a cada mujer se le pueda ofrecer la opción u oportunidad de tener el acompañante de su elección

durante el trabajo de parto (WHO, 2016, 2018). Esta organización incluso aboga por que los acompañantes tengan roles y responsabilidades claramente designados (WHO, 2018). El tema es algo controvertido, particularmente en la fase de Pandemia, donde las restricciones fueron muchas, las condiciones logísticas no siempre las mejores, las peticiones de las parturientas y familiares por sus derechos, o la disponibilidad de los técnicos. Algunos estudios muestran que si bien en las restricciones de la pandemia, la ausencia del acompañante podría reducir el vínculo en la díada, se constató que en algunas unidades de salud, el esfuerzo de las parteras, aumentando la presencia con la parturienta, realizando ejercicios respiratorios, los masajes, entre otros, trajeron satisfacción con la atención (Eu & Chung, 2022). En otros estudios, los resultados no son tan favorables, mostrando que en mujeres sin apoyo continuo de la pareja, durante el trabajo de parto fue mayor, los recién nacidos (RN) presentaron un APGAR menor al 1er minuto (Mok et al., 2022). Ante la polémica, sugirió que era oportuno observar el fenómeno en los lugares donde se realizó la ENPRF.

El presente relatorio final resulta del desarrollo del pre-proyecto y tiene como objetivo: describir las experiencias clínicas en los campos prácticos que suportaran su adquisición de competencias. Las practicas se han realizado a través de un plan de movilidad internacional, suportado por el proceso desarrollado entre la Universidad de Évora y una institución hospitalaria en Sevilla. El término de Especialista en Enfermería de Salud Materna (EESMO), por razón de encuadramiento en el período en España, es por veces en algunas partes del texto, designado como “Matrona”.

Este relatorio se organiza en secciones conforme las orientaciones pedagógicas. Aplicando el acuerdo ortográfico de 2009, conforme circular nº 4 de 2011 de la Universidad de Évora. El documento está dirigido de acuerdo con la norma *American Psychological Association* (APA, 2020), adecuada a trabajos académicos.

2. CONTEXTO CLÍNICO DE PRÁCTICAS DE NATUREZA PROFESIONAL

En el contexto clínico, el ambiente clínico de aprendizaje transcurrió en ambiente hospitalario en tres hospitales diferentes y en diferentes servicios. La realización del ENPRF exigió la presentación de un proyecto (Apéndice A) enviado a los servicios Académicos (GN 22/11/2021),

Además de los objetivos curriculares formales, para la secuencia de campos prácticos se definen objetivos personales:

- Planificar los cuidados
- Favorecer un trato personalizado en el desarrollo de nuestras funciones
- Proporcionar una buena calidad asistencial en todo el proceso de atención
- Fomentar y reforzar la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria
- Contribuir en todas las actividades de promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad.
- Impulsar la educación sanitaria
- Proporcionar un acompañamiento integral de la matrona
- Estimular, siempre que sea posible la participación de los cuidados de la mujer y familia.
- Propiciar el pensamiento crítico y la actitud reflexiva.

2.1. CARACTERIZACIÓN DE CONTEXTO

El ENPRF ha transcurrido en diferentes campos clínicos: 1) Bloque de partos, 2) hospitalización ginecología, 3) hospitalización de embarazadas de riesgo y 4) consultas externas de ginecología.

Los campos clínicos frecuentados han sido desarrollados en diferentes instituciones y localidades. En el primer semestre han sido todas portuguesas. Se describen en Tabla 1.

Tabla 1 Campos Clínicos del 1º Semestre-2º Año

Periodo	Semanas	Horas	Campo Clínico
13/09/2021- 24/10/2021	6	168	Campo Clínico 1. Bloque de partos 1.
25/10/2021- 03/12/2021	6	168	Campo Clínico 2. Hospitalización obstétrica y ginecológica.
06/12/2021- 21/01/2022	6	168	Campo Clínico 3. Consultas externas.
Total	18	504	

En el segundo semestre, las instituciones eran todas españolas. Los campos clínicos del semestre par, o semestre dos, se presentan en la tabla 2.

Tabla 2 Campos Clínicos del 2º Semestre-2º Año

Periodo	Semanas	Horas	Campo Clínico
01/03/2022-19/04/2022	8	234	Campo Clínico 4. Bloque de partos 2.
20/04/2022-27/05/2022	6	199	Campo Clínico 5. Puerperio
30/05/2022-30/06/2022	4	175	Campo Clínico 6. Bloque de partos 3.
Total	18	608	

2.1.1. CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS. CAMPO CLÍNICO 1- BLOQUE DE PARTOS.

El desarrollo del Campo Clínico 1, trabaja bajo una alianza público-privada, atiende a la población de la Región de Salud de Lisboa y de Valle del Tejo (LVT). Inaugurado en 2010, el edificio de 45.863m² tiene una capacidad de 277 camas, 33 consultas, 6 salas de operaciones y 7 salas de parto. Ubicado en una localidad portuguesa bañada por una bahía arenosa del océano atlántico de aproximadamente 200.000 habitantes del distrito de Lisboa (figura 1).



Figura 1 Situación geográfica de Campo Clínico 1

Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Cascaes,+Portugal/@38.7224393,-9.3973137,12z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0xd1ec42e9c75e329:0xe91066897ab20318m2!3d38.6967571!4d-9.4207438?hl=es>

Esta unidad de salud asume que se trata de un proyecto innovador en el área de los cuidados. Además del fuerte principio de humanización por el que es regido, la estrecha y positiva relación con la comunidad y con los centros de salud son una de sus grandes ventajas, y permiten una articulación próxima entre los cuidados primarios y los cuidados hospitalarios.

En cuanto a movilidad de mujeres en el contexto obstétrico, se han realizado en el último año un número de partos anual de 2099 y un número total de cesáreas de 573. Representando las cesáreas el 27.3% de los nacimientos, como puede verse en la figura 2.

	Período	Região	Instituição	Localização Geográfica	Nº Total de Partos	Nº Cesarianas
1	Dezembro 2021	Região de Saúde do Algarve	Centro Hospitalar Universitário...	37.0238973, -7.9281554	3.499	1.017
2	Dezembro 2021	Região de Saúde do Centro	Centro Hospitalar Universitário	40.2804158, -7.4922407	481	224
3	Dezembro 2021	Região de Saúde do Centro	Centro Hospitalar Tondela-Vis...	40.516364, -8.0827433	1.690	471
4	Dezembro 2021	Região de Saúde do Centro	Unidade Local de Saúde da G...	40.5309916, -7.2734793	471	174
5	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7166948, 9.1371248	2.898	962
6	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar de Lisboa O...	38.708454, -9.216985	1.887	589
7	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, ...	38.5283754, -8.8818638	1.283	393
8	Dezembro 2021	Região de Saúde Norte	Centro Hospitalar Universitário...	41.1831056, -8.6010558	1.826	594
9	Dezembro 2021	Região de Saúde Norte	Centro Hospitalar Póvoa de V...	41.3628711, -8.7589945	1.470	527
10	Dezembro 2021	Região de Saúde do Alentejo	Unidade Local de Saúde do N...	39.3003425, -7.4263845	420	124
11	Dezembro 2021	Região de Saúde do Centro	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	39.7414812, -8.7982706	1.728	485
12	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar do Oeste, FPF	39.4054629, -9.1250493	1.266	382
13	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Universitário...	38.7500861, -9.1616116	2.249	576
14	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Hospital de Loures, PPP	38.821455, -9.176296	2.295	549
15	Dezembro 2021	Região de Saúde Norte	Centro Hospitalar Vila Nova d...	41.1094138, 8.5972617	1.428	451
16	Dezembro 2021	Região de Saúde Norte	Hospital da Senhora da Oliveir...	41.4387173, -8.3086907	1.733	576
17	Dezembro 2021	Região de Saúde do Alentejo	Hospital Espírito Santo de Év...	38.5684061, -7.9032848	1.000	422
18	Dezembro 2021	Região de Saúde do Centro	Centro Hospitalar e Universitár...	40.2191523, -8.4098211	4.249	1.142
19	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Barreiro/Mo...	38.6554005, -9.0592392	1.403	460
20	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Centro Hospitalar Médio Tejo, ...	38.770022, 8.2731122	1.411	216
21	Dezembro 2021	Região de Saúde LVT	Hospital de Cascais, PPP	38.729006, -9.418261	2.099	573

Partilhar Integrado Widget

<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/embed/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.tempo=2021>

Figura 2 Registro de partos y cesáreas. Campo Clínico 1. Bloque de partos. Año 2021.

Fuente: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>

El 27.3% sigue siendo elevado si tenemos en cuenta que la OMS recomienda entre el 10-15% de las mismas conforme la declaración de Fortaleza de 1985. De aquella declaración se llegó al consenso de reducir el número de cesáreas pues “no es justificable para ninguna región tener una tasa de cesáreas superior al 10-15%”(Betran et al., 2016).

2.1.1.1 Campo Clínico 1 - Caracterización de recursos materiales en el área de obstetricia - Bloque de Partos.

El Bloque de Partos, cuenta con 7 cuartos individuales de dilatación-parto con camas articuladas de última tecnología que se convierten en mesas de parto, capaces a adaptarse a la posición que desee la gestante. Cada habitación está equipada de un aseo con ducha. Además, cuenta con un monitor cardiotocográfico, una cuna térmica para realizar los primeros auxilios al recién nacido, y todo el material necesario que se pueda precisar durante el trabajo de parto y expulsivo.

En la pandemia, se abrió en la misma unidad un ala Covid con 3 cuartos individuales de las mismas características que los anteriores, destinado a aquellas gestantes COVID+ que acuden al hospital con trabajo de parto. Se reforzó de esta manera la seguridad del paciente.

En el periodo de las prácticas clínicas no hubo coincidencia con ninguna embarazada ingresada diagnosticada de COVID+.

2.1.1.2 Campo Clínico 1 - Caracterización de recursos humanos en el área de obstetricia - Bloque de Partos.

Profesionales y horarios.

Este servicio cuenta con dos EESMOs que asumen todas las tareas de supervisión del área de obstetricia y 20 EESMOs que prestan cuidados en el servicio. Cinco de ellos realizan 60 horas /semanales. Seis de ellos realizan 20 horas semanales y el personal restante 40 horas semanales. Siempre hay en el servicio para garantizar la calidad y calidez de cuidados tres EESMOs por turno. Enfermeros generalistas en plantilla son 10, estos profesionales son los encargados del postparto inmediato.

Auxiliares técnicos de enfermería son 15, siempre tres de mañana y tres de tarde.

La mesa de Colegio de la Especialidad de Enfermería de Salud Materna y Obstetricia (MCEESMO) define como dotaciones seguras (i.e., Parecer 21/2017 de 18/5/2017 del Colegio de Salud Materna):

- 1) En el 1º estadio de trabajo de parto el ratio debe ser de 1:2
- 2) En el 2º estadio de trabajo de parto el ratio deberá ser 1:1

Por otra parte, aunque está protocolizado tener cuatro ESSMOs y dos enfermeros generalistas por turno, debido a la falta de profesionales sanitarios a nivel nacional por motivo del aumento de la demanda desde el inicio de la pandemia, actualmente son tres EESMOs y tres enfermeros generalistas (tabla 3).

Tabla 3 Recursos humanos en Campo Clínico 1 - Bloque de Partos

Categoría	Enfermeros Especialistas/turno	Enfermeros Generalistas/turno
Urgencia obstétrica y ginecológica (admisión)	1	0
Bloque de partos	3	0
Puerperio inmediato		2
Total	4	2

Área de Urgencias

La enfermera especialista recibe a las pacientes desde urgencias, en el área de triaje dónde realiza la anamnesis, abre su historial clínico, realiza la exploración si es oportuno, se aplica monitorización cardiotocográfica fetal (RCTG) durante 20 min y en caso de que se

encuentre en trabajo de parto, signos- síntomas que presente la paciente o si se detecta alguna anomalía en el RCTG, se decide junto con el ginecólogo de guardia su ingreso. Previo ingreso hospitalario se realiza prueba de antígeno SARSCOV2 que procesa la propia enfermera especialista, para determinar si se ingresa por circuito COVID o circuito limpio.

Bloque de Partos

Una vez ingresada la mujer, se transmite la información a la especialista correspondiente y se presenta a la paciente el equipo de enfermería de Bloque de partos. La EESMO de Bloque de partos responsable de la paciente realiza la acogida e información de bienvenida al servicio (durante el período de prácticas clínicas no se facilitó ningún protocolo de acogida por escrito).

Comprueba de nuevo la anamnesis de la paciente, le facilita pijama y zapatillas del hospital y comienza a informarle sobre todas las actuaciones a realizar. Se aplica RCTG que se visualiza desde una pantalla centralizada en el mostrador de enfermería. Se instaura vía venosa periférica según protocolo y se comienza el acompañamiento.

Las exploraciones vaginales se realizan cada 4 horas aproximadamente siempre que no existan anomalías en el RCTG conforme la última recomendación de la OMS(WHO, 2018), como se puede ver en la recomendación nº 16, o en el caso de que la paciente esté con la epidural aplicada. En este caso cada vez que refiera dolor, antes de cada bolo de anestesia, se explora para valorar la proximidad del momento expulsivo, dicha información se traslada al anestesista que es quién decide qué anestesia aplicar en bolo. Las EESMO están formadas para administrar por pauta médica dichos bolos.

Al no haber en el servicio fitball disponibles, se anima a la gestante a realizar libertad de movimientos (WHO, 2016, 2018), con balanceo, movimientos circulares con la pelvis, cuclillas, paseos entre otros.

El rol de enfermería en el alivio del dolor durante el trabajo de parto es una parte importante de la asistencia. Se explica a las mujeres las diferentes vías de alivio del dolor, desde los más fisiológicos como masajes, duchas de agua templada, aromaterapia, musicoterapia... A los invasivos como la epidural. En este hospital se usa la walking-epidural, por lo que favorece en todo momento la libertad de movimientos y posturas de la gestante. Este método de analgesia permite la libertad de movimientos, siendo posible por la embarazada caminar por su propio pie (considerando en todo momento la seguridad en cuanto a prolapso de cordón entre otros) teniendo dilatación completa sin debilidad

motora (i.e., Score Bromage 1-2) para la sala donde se llevará a cabo el periodo expulsivo en caso que sea diferente de la sala de dilatación (Sharma et al., 2007).

Sistema de registros.

En este hospital al ser del ámbito público-privado, cuenta con un sistema de registro electrónico independiente al resto de hospitales y centros sanitarios del país. Se encuentra centralizado dentro del propio hospital. Los registros son realizados por el software Glint-Gestión hospitalaria.

En el servicio de bloque de partos, existe un partograma físico (Anexo 1) que se inicia una vez comenzada la fase activa, alcanzados los 4cm de dilatación de cuello uterino basado en el instrumento propuesto por la OMS "Partograma modificado" (Mathews et al., 2007; WHO, 2018), en el que se traslada la misma información escrita con anterioridad al ordenador. El partograma está descrito por los planos de Hodge (basado en las Escuelas Europeas de Medicina). Estos planos, son medidas imaginarias que dividen el estrecho superior de la pelvis del estrecho inferior en cuatro zonas, o cuatro "planos". Estas divisiones establecidas sirven para evaluar el descenso de la cabeza del bebé durante la fase expulsiva del parto. En esta institución aún no se aplica el "Labor Care Guide", último modelo recomendado por la OMS (WHO, 2020). El partograma modificado se inicia a los 4cm de cervicometría con unos gráficos que no prevé la fase latente (Mathews et al., 2007). En el modelo anterior el partograma es llamado "partograma compuesto", añadiendo la fase latente. Por otro lado, el Labor Care Guide, se inicia a los 5 cm de cervicometría (WHO, 2020) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en su Obstetric Care Consensus de Marzo 2014 (reafirmado en 2016) reconoce los 6 cm como el inicio de la fase activa.

La monitorización cardiotocográfica fetal (RCTG) de cada habitación está centralizada, de manera que se graba automáticamente en la historia clínica de cada paciente. En la misma gráfica se pueden añadir notas informativas para explicar cualquier procedimiento realizado ante cambios en el registro.

Método de trabajo y modelo de enfermería

El método de trabajo es aproximado al método *one-to-one*. Iniciado en Reino Unido en 1993. Es semejante al aplicado en Canadá por las parteras independientes con financiación pública. Este método, cada partera tiene sus "casos" y está integrada con un equipo de compañeras que las sustituye en los días de descanso (Page, 2003). En la institución donde se realizó este campo clínico I, las parteras atienden y realizan el

seguimiento a las mujeres, prestando cuidados integrales. Es una forma de proporcionar la seguridad a la embarazada pues cuenta con la asistencia de un profesional determinado, evitando así la prestación de cuidados por tarea. Este método de trabajo es valorizado por los estudiantes, conforme demuestra un estudio reciente (Kuliukas et al., 2020), pues reconocen el impacto importante en el aprendizaje dada la continuidad de cuidados al mismo tiempo que les proporciona un tiempo adecuado al proceso de integración de conocimiento. El modelo de enfermería aplicado en los cuidados está basado en la orientación teórica de Virginia Henderson. Este modelo refleja el paradigma de la integración que identifica las 14 necesidades básicas. Es un modelo que continúa aplicándose en el contexto de los cuidados maternos, por ejemplo en la educación prenatal (Waller-Wise, 2013). De hecho, en esta fase del proceso embarazo-puerperio y durante el TP, se concretan los contenidos para dar respuesta a las 14 necesidades básicas (Manola et al., 2020; Waller-Wise, 2013). El modelo de Virginia Henderson es inspirador y su gran aplicabilidad reside en las posibilidades de los diferentes contextos de cuidados (Bardaquim & Dias, 2019). En este campo clínico es el modelo de enfermería subyacente, pero sin embargo no queda registrado en ningún sistema ni formato físico ni virtual.

2.1.2 CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS. CAMPO CLÍNICO 2- HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA.

Se trata de una institución hospitalaria de grupo II (i.e., Portaria nº82/2014 de 10 de abril), de entidad colectiva de derecho público de naturaleza empresarial dotada de autonomía administrativa, financiera y patrimonial. Atiende actualmente a una población estimada aproximadamente de 350 mil habitantes, extendiéndose a toda la península de Setúbal (Figura3), concretamente en las áreas de especialidad de Neonatología y Neurocirugía. Tiene una capacidad de 545 camas, distribuidas en diversas especialidades y servicios de referencia que dan apoyo de forma habitual a otros hospitales. El Hospital cuenta actualmente con unos 2500 empleados.

En este hospital se desarrolló el rotatorio en hospitalización de obstetricia y ginecología y en Consultas externas (seguimiento de embarazo y de Interrupción voluntaria embarazo (IVE)).

En este servicio han nacido en el año de 2021 un total 2552 partos, con representación de 733 cesarianas (28.7%), como lo informa la documentación online del Servicio Nacional de Salud (SNS) localizado en <https://www.sns.gov.pt/transparencia/> . Estos números son

concordantes con el estudio anterior, que observando cinco maternidades del país, identifica una tasa elevada de cesáreas, entre mujeres nacionales e inmigrantes (Teixeira et al., 2013).

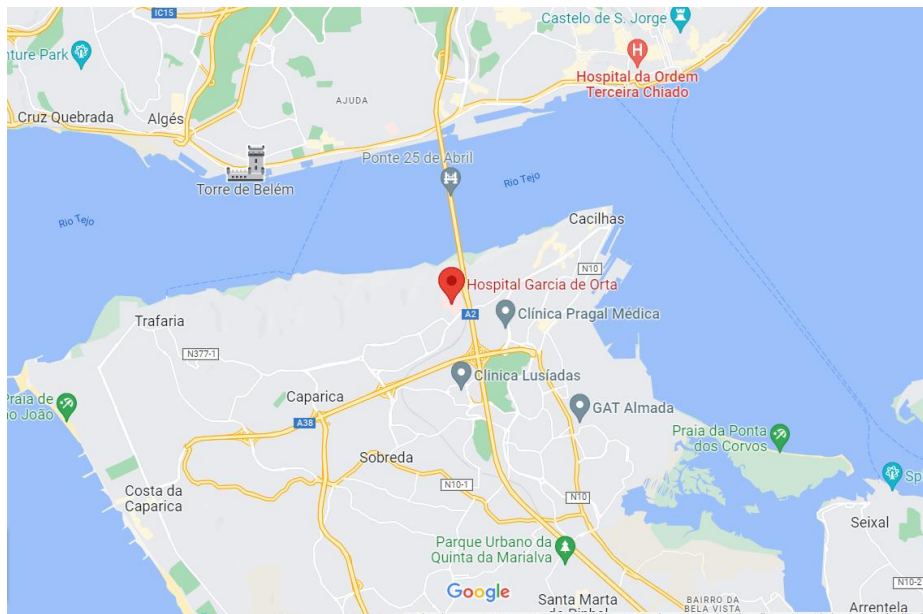


Figura 3 Situación geográfica 2º Campo Clínico

Fuente: <https://www.google.com/maps/place/Hospital+Garcia+de+Orta/@38.6759904,-9.2109493,12.83z/data=!4m5!3m4!1s0xd1934d98f360d55:0x9a8a1f77c05b7366!8m2!3d38.6738694!4d-9.1768601>

2.1.2.1 Campo clínico 2; Caracterización de recursos materiales en el área de hospitalización ginecológica y obstétrica.

La planta de ginecología y obstetricia está ubicada en la quinta planta del hospital. Se dividen en cuartos de patología ginecológica y patología obstétrica. Cuenta con 10 habitaciones dotadas con 3 camas cada una excepto en 4 de ellos que son más pequeños y sólo hay 2 camas. Son un total de 26 camas. Dos de las habitaciones tienen baño propio, el resto de las habitaciones tenían que ir a los baños localizados en mitad del servicio, uno para pacientes ginecológicos y otro para gestantes ingresadas.

Una habitación de las más alejadas es destinada para pacientes COVID+ o pendientes de PCR. Esta habitación está equipada con RCTG propio y todo el material necesario para atender a la gestante ingresada. Al igual que los EPIs que se encuentran justo en la puerta de la habitación.

Existen dos habitaciones reservadas para IVEs. Están alejadas de las habitaciones destinadas para las inducciones de trabajo de parto.

Las 3 primeras habitaciones están reservadas para ginecología (6 camas), en caso de no existir camas libres en estas habitaciones se ocupa la última habitación al final del pasillo,

el resto son usadas para obstetricia.

2.1.2.2 Campo clínico 2: Caracterización de recursos humanos en el área de hospitalización ginecológica y obstétrica.

Este servicio cuenta con 1 EESMO que asume todas las tareas de supervisión del área de Hospitalización de obstetricia. Un grupo de 16 EESMOs que prestan cuidados en el servicio, realizando 40 horas semanales.

Siempre hay en el servicio para garantizar la calidad y calidez de cuidados 2 EESMOs por turno (Ratio; 3:21) excepto en las noches que hay 1 EESMO por turno y se divide el número de pacientes de forma equitativa con la enfermera generalista. Ratio: 2:21 en el caso de que el servicio esté con las camas 100% ocupadas. No cumpliendo así con lo consensuado en la mesa de Colegio de la especialidad de enfermería de Salud Materna y obstetricia (MCEESMO) que define como dotaciones seguras (i.e., Parecer 21/2017 de 18/5/2017 del Colegio de Salud Materna de la OE).

Enfermeros generalistas en plantilla son 8, estos profesionales son los encargados del ala de ginecología. Auxiliares técnicos de enfermería son 10, siempre dos de mañana y dos de tarde.

Un resumen de los recursos humanos se encuentra en la tabla 4.

Tabla 4 Recursos humanos en Campo Clínico 2. Hospitalización ginecológica y Obstétrica

Categoría	ESMO/turno	Enfermeros generalistas/turno
Obstetricia	2	0
Hospitalización ginecología	0	1
Total	2	1

Método de trabajo de enfermería.

En hospitalización el método de trabajo enfermero está orientado bajo la influencia de la teórica Virginia Henderson, con el Modelo de la independencia. Se identificaba mediante entrevista a la paciente las 14 necesidades básicas que conforman los cuidados enfermeros (1. Respirar, 2. Comer, 3. Eliminación, 4. Moverse, 5. Descansar y dormir, 6. Vestirse adecuadamente, 7. Mantener la temperatura corporal, 8. Mantener la higiene y la integridad de la piel, 9. Conservar un entorno seguro, 10. Comunicarse, 11. Ejercer su religión, 12. Trabajar, 13. Ocio y 14. Aprender) y se reflejaba a través del sistema informático (Castledine, 1996; Manola et al., 2020)

Las necesidades básicas según Henderson son un requisito y pueden variar según la

patología y características del individuo, como la edad, el carácter, estado de ánimo.

Para Henderson la función de la enfermería es *“asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”*. Delimitó las funciones de la enfermería autónoma, la importancia de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de autoayuda. La necesidad que tienen los individuos de vivir según sus creencias y valores es parte de la teoría de Virginia Henderson (Fulton, 1987; Henderson & ICN, 1960; Nojima, 1979).

Obstetricia: Inducciones de trabajo de parto (ITP)

En la zona de obstetricia existen 2 habitaciones destinadas a inducciones de parto programadas, se inducen al día un máximo de 4 inducciones. Las inducciones son realizadas por los facultativos de obstetricia junto a las enfermeras especialistas. Se inducen según protocolo, como reflejo en el diagrama del con misoprostol 25mcgr o gel lo decide los facultativos tras realizar ellos mismos la valoración. Si se realiza con misoprostol cada 4 horas si no existen contraindicaciones vía oral. Si se realiza con gel, no se repite.

Tras el comienzo de la inducción se recomienda a la paciente mantenerse en reposo absoluto durante 2 horas. Transcurrido ese tiempo se realiza un RCTG y se valora, mientras no existan incidencias en la monitorización, ni dinámica uterina, se continúa con la inducción vía oral cada 4 horas, siempre tras la misma se mantiene en reposo absoluta 2 horas y se realiza monitorización para valorar cambios, excepto la primera administración, el resto las decide la enfermera especialista siguiendo protocolo.

Obstetricia: Hospitalización.

En el resto de las habitaciones destinadas a obstetricia se ingresan embarazadas de riesgo. Durante el rotatorio de prácticas clínicas de 6 semanas hubo pacientes ingresadas entre otras: 1) Diabetes gestacionales mal controladas, 2) Amenazadas de parto prematuro, 3) Pérdidas fetales, 4) Cólicos nefríticos en embarazadas, 5) Preeclampsias, 6) Eclampsias, como situaciones más frecuentes. La diabetes gestacional es un tema que tiene relevancia en los cuidados de salud en Portugal. Desde 1980 estos cuidados comenzaron a ser prestados por equipos multidisciplinares. Estudio realizado en Coimbra entre 1980-1992

muestra como las ganancias en salud fueron relevantes con una disminución de la mortalidad neonatal, macrosomía reducida del 55% al 20%, hipoglucemia de 28% para 5.6% (Carvalho, 1997). La unificación de cuidados a través de un consenso sobre la diabetes y el embarazo en 1996

(Araújo et al., 2022; Carvalho, 1997). Portugal en 2011 asumió las recomendaciones de la Asociación Internacional de Diabetes y embarazo grupos de estudio (IADPSG), estando publicadas en el Relatório de Consenso de Diabetes y embarazo (Araújo et al., 2022). Los conceptos de “Diabetes en el embarazo” y “Diabetes Gestacional” son diferentes siendo la OMS en el año 2013 la que distingue “Diabetes Gestacional” como un subtipo de hiperglucemia que es diagnosticada por primera vez en el embarazo. La Diabetes gestacional presenta valores de glucemias que son intermedios, es decir, estarán entre aquellos que son normales cuando la mujer está embarazada y al mismo tiempo valores límites para el diagnóstico de Diabetes en las personas en general (i.e., no embarazadas) (SPD, 2017).

La Figura 4, es extraída de la revista que publica el consenso e indica los valores que distinguen los dos conceptos.

Hora	Hiperglicemia na Gravidez		
	Normal	Diabetes Gestacional	Diabetes na Gravidez
Glicemia plasmática mg/dl (mmol/l)			
0	< 92 (5,1)	92 – 125 (5,1 – 6,9)	≥ 126 (7,0)
1	< 180 (10,0)	≥ 180 (10,0)	–
2	< 153 (8,5)	153 – 199 (8,3 – 10,9)	≥ 200 (11,0)

Figura 4 Diagnóstico de hiperglicemia en embarazo y subtipos basado en la PTOG (24-28 semanas)

De hecho, tal y como se identificó en las prácticas clínicas, es una de las patologías más frecuentes del embarazo. En la práctica clínica es aplicada como referencia para los casos de embarazadas con Diabetes gestacional La norma de la DGS, nº 2/2011 de 14/1/2011.

2.1.2.3 Campo clínico 3; Caracterización de recursos materiales en el área de consultas externas de obstetricia.

La institución hospitalaria donde se ubica el campo clínico 3 fue el primer hospital a obtener la acreditación como Amigo de los bebés, en 2005. Su área de cuidados se

extiende más allá territorio próximo. De hecho, es el servicio de referencia para el sur del país do País y de cuidados perinatales diferenciados, como informa la página eletronica de la institución (i.e., <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>).

El área de consultas externas de obstetricia está ubicada en la segunda planta del hospital. En él se encuentran 5 gabinetes de EESMO: 1 parto, 2 de seguimiento de embarazo, 1 de estimación de edad gestacional, 1 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Existen además 3 gabinetes en la que los obstetras valoran a las gestantes una vez hayan sido vistas por la EESMO.

La supervisora clínica es la responsable de la consulta de IVE, por lo que la mayoría del rotatorio en dicha consulta se desarrolló con este tipo de casos. El servicio cuenta con una última consulta para realizar amniocentesis. Durante el rotatorio en prácticas, la maestranda pudo estar en presente en tres amniocentesis. La IVE y la realización de técnicas invasivas, como, por ejemplo, la amniocentesis, la biopsia de las vellosidades y otras, exigen en Portugal la manifestación del consentimiento informado, firmado por la mujer. Es un trámite obligatorio, cumpliendo así con la norma DGS nº 15/2013, de 3/10/2013, actualizada el 4/11/2015.

2.1.2.4 Campo clínico 3; Caracterización de recursos humanos en el área de consultas externas de obstetricia

Este servicio cuenta con 1 EESMO que asume todas las tareas de supervisión del área de consultas de obstetricia. Ocho EESMOs prestan cuidados en el servicio: 40 horas semanales.

Siempre hay en el servicio para garantizar la calidad y calidez de cuidados cinco EESMOs en turno de mañana 08:00-16:30 aunque en muchas ocasiones hay tal demoran mucho más de ese horario por la alta demanda de pacientes.

Enfermeros generalistas en plantilla son 4, estos profesionales apoyan a los enfermeros especialistas o sirven de apoyo en consultas de obstetricia y procedimientos. Auxiliares técnicos de enfermería son 2, siempre en turno de mañana (tabla 5).

Tabla 5 Recursos humanos en Campo Clínico 3. Consultas externas Obstetricia

Categoría	ESMO/ turno - mañana	Generalistas/turno – mañana
Consultas de obstetricia	4	0
Interrupción voluntaria de embarazo	1	0
Consultas procedimientos (Amniocentesis)	0	1

Método de trabajo de enfermería

En este servicio el método de trabajo enfermero estaba orientado en la teórica Marjory Gordon, creadora de un modelo diagnóstico de enfermería conocido como patrones funcionales (Jones et al., 2010). Destacó once patrones funcionales (1. Percepción de la salud, 2. Nutrición y metabolismo, 3. Eliminación, 4. Actividad y ejercicio, 5. Sueño y descanso, 6. Cognición y percepción, 7. Autopercepción y autoconcepto, 8. Rol y relaciones, 9. Sexualidad y reproducción, 10. Tolerancia al estrés, 11. Valores y creencias). (“Functional Health Patterns” en: Nursing Theories. , 2018). Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico en el campo de la enfermería

Las consultas se organizan según lo determinado según el Programa Nacional para la vigilancia del embarazo de bajo riesgo (DGS, 2015). A continuación, se describen las distintas consultas que se programan durante todo el embarazo (Anexo2)

Consulta estimación Edad Gestacional: Se trata de la primera consulta de embarazo (DGS, 2015), donde se realiza la anamnesis de la embarazada y se le añade el episodio de embarazo a su historial clínico, se realiza educación para la salud sobre; hábitos de vida saludable durante la gestación, alimentación, vacunas recomendadas y se les explica las distintas consultas que tendrá marcadas durante su gestación. Se realiza la petición para conocer grupo sanguíneo en caso de que sea desconocido por la gestante: vacunas, etcétera.

La edad gestacional cronológica es definida a partir de la fecha de la última menstruación debe ser confirmada después con la ecografía del 1º Trimestre (11-13 semanas y 6 días) (DGS, 2015). En esta consulta se pesa y talla a la paciente, se toman las constantes vitales y se escucha con un ecógrafo Doppler el latido del bebé. En esta consulta si la gestante tiene problemas de salud crónicos se introduce en un programa especializado, con un seguimiento individualizado (Anexo3).

Consultas seguimiento embarazo: Se trata de 2 consultas, se realizan según el seguimiento de obstetricia, cada cita del obstetra genera una cita con la matrona, para que previa visita al especialista, la gestante se realice un Registro cardiotocográfico de 20min, se toman las constantes vitales y se pesan. Además, en estas consultas se resuelven dudas,

se realiza mucha educación para la salud sobre hábitos saludables, se detectan riesgos, etcétera. En ellas también se realiza la acogida o seguimiento de aquellas gestantes diagnosticadas en el embarazo con Diabetes gestacional o preeclampsia.

Consultas de parto: En ellas se citan a aquellas gestantes a partir de las 39 semanas de gestación. Se realiza RCTG, constantes vitales, peso. Se vuelve a citar de semana en semana hasta que se programa la inducción de parto, que es la enfermera especialista quién la programa y se lo explica a la paciente. En esta consulta se resuelven dudas sobre la ropa y enseres necesarios para el día del parto.

Consultas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): En estas consultas acuden aquellas pacientes de forma voluntaria que desean finalizar su gestación. Para ello tienen que acudir derivadas de su Centro de atención primaria, que previamente le han tenido que informar de que el aborto es un proceso medicamentoso, de sus riesgos y de las ayudas que ofrece el estado. Tiene que transcurrir entre dicha información y la cita de IVE mínimo 48 horas, siempre y cuando la edad gestacional lo permita. Para poder abortar la embarazada no puede tener una edad gestacional mayor a 10 semanas de gestación. Se realiza un protocolo medicamentoso según la edad gestacional de la paciente (Anexo4). Ese mismo día que se realiza la interrupción voluntaria se le informa de los distintos métodos anticonceptivos existentes en el mercado y según la anamnesis de la paciente, se le recomienda el más conveniente. En esta consulta se implantan los Dispositivo Intra-Uterino (DIU) siempre bajo supervisión médica y los métodos anticonceptivos transdérmicos.

Esta es una manera breve de plantear las actividades realizadas debajo de supervisión, durante las prácticas clínicas en la consulta. Todos estos procedimientos están basados en orientaciones de la DGS. Al mismo tiempo, siguen recomendaciones de instituciones con responsabilidades internacionales y que desde hace mucho tiempo están involucradas en la salud de la mujer-madre (Banta, 2003). De hecho, desde los años 50 la OMS se preocupa con la salud de la mujer, por su bienestar, dadas las implicaciones que tienen en la vida de los recién nacidos y de la familia (Bowlby, 1951; Bowlby & World Health, 1952).

2.1.3 CUIDADOS DE SALUD DIFERENCIADOS - CAMPOS CLÍNICOS 4, 5 y 6

La institución donde se desarrollaron los campos clínicos 4, 5 y 6 se encuentra en una ciudad del Sur de España (Figura 5). Es un hospital público-privado donde ofrece servicios de asistencia sanitaria centrando los esfuerzos en brindar a los pacientes una

atención de máxima calidad, tanto en el plano médico como personal. Cada paciente es único y, por lo tanto, debe recibir siempre una atención personalizada y diferenciada. Se trata de un hospital de 4 plantas, dos de ellas de hospitalización, una de quirófano, cuidados intensivos, neonatología y paritorio. Y la última planta de consultas externas. Suma un centenar de camas, entre 86 habitaciones individuales y las 14 suites que conforman su área de hospitalización. Para ello cuenta con 277 profesionales contratados por cuenta ajena, y un centenar por cuenta propia, especialistas con gran experiencia en diversas especialidades como ginecología, dermatología, urología, neurocirugía, cirugía vascular o pediatría entre otras. Se realizan anualmente unas 178.000 consultas, se atienden según los datos de 2021: 73.000 urgencias anuales, 16300 cirugías y 2600 nacimientos. En este hospital he realizado 2 rotatorios de prácticas en Bloque de partos: Uno de 4 semanas y otro de 8 semanas, asistiendo a 62 partos y acompañando un total de 1 26 entre partos eutócicos, cesáreas e instrumentados de; También he realizado 1 rotatorio en puerperio de 6 semanas: Realizado entre puerperio inmediato y la planta de hospitalización y consultas de asesoría en la lactancia en la planta de puerperio y hospitalización.

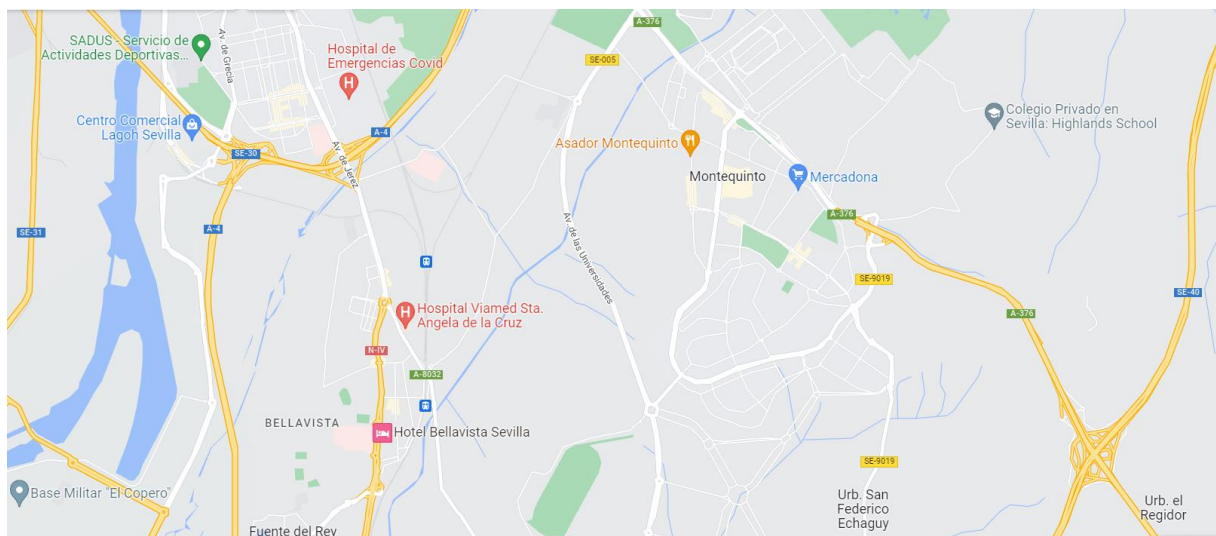


Figura 5 Situación geográfica Campo Clínico 4 ,5 y 6.

Fuente:<https://www.google.com/maps/place/Sevilla/@37.3753708,-5.9550582,12z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0xd126c1114be6291:0x34f018621cfe5648!8m2!3d37.3890924!4d-5.9844589>

2.1.3.1 Campo clínico 4; Caracterización de recursos materiales en el área de bloque de partos 2-3.

El servicio de paritorio y urgencias ginecológicas está ubicado en la planta -1 del hospital.

Cuenta con 6 habitaciones de dilatación-parto con camas articuladas de última tecnología que se convierten en mesas de parto, capaces a adaptarse a la posición que desee la gestante.

Cada habitación está equipada de un aseo con ducha. Además, cuenta con un monitor cardiotocográfico, una cuna térmica para realizar los primeros auxilios al recién nacido, y todo el material necesario que se pueda precisar durante el trabajo de parto y expulsivo. Además, cuentan con Pelota de fitball, pelota de maní (amendoím) y lenteja de parto(Lago et al., 2016), que favorecen según el estadio en el que se apliquen tanto la liberación del sacro, de la pelvis, apertura de los diferentes planos de la misma. Beneficiando el progreso y descenso del bebé por el canal óseo y blando del parto(Grenvik et al., 2021; Makvandi et al., 2015). En las figuras 6 hasta 8 están ejemplos de recursos utilizados en este campo clínico.



Figura 6 Pelota de maní



Figura 7 Pelota de Fitball



Figura 8 Lenteja de parto.

Para posibles gestantes COVID + está equipada la última habitación del servicio por estar completamente aislada de las restantes. Delante de la habitación se encuentra una mesa con los EPIs necesarios para entrar protegidos, la habitación cuenta con teléfono propio para comunicarnos con los compañeros del servicio. Por lo demás se trata de una habitación equipada igual que el resto.

En el periodo de las prácticas clínicas, no hube coincidencia, con admisión a ninguna embarazada COVID +. Por lo que fue posible comprobar personalmente la forma de proceder en dichos casos.

En el mismo servicio hay 2 habitaciones de monitores y una de exploración. En esas habitaciones acuden las pacientes derivadas de urgencias para la realización de RCTG o exploración ecográfica o vaginal. Todas las gestantes mayores/igual de 37 semanas de gestación las atienden las matronas y el resto ginecología de guardia que se encuentra

dentro del mismo servicio.

2.1.3.2 Campos clínicos 4 y 6; Caracterización de recursos humanos bloque de partos 2-3.

Profesionales y horarios.

Este servicio cuenta con una matrona que asume todas las tareas de supervisión del área de obstetricia. Hay 15 matronas que prestan cuidados en el servicio: Todos los profesionales se reparten las horas de forma equitativa a lo largo del mes, de forma que realizan 140 horas mensuales. Siempre hay en el servicio para garantizar la calidad y calidez de cuidados dos matronas por turno.

Enfermeros generalistas en plantilla son 10, estos profesionales son los encargados del postparto inmediato (tabla 6).

Tabla 6 Caracterización de Recursos Humanos en el área de Obstetricia- Bloque de Partos 2-3

Categoría	Matronas/turno	Generalistas/turno
Urgencia obstétrica y ginecológica (admisión)	1*	0
Bloque de partos	1	0
Puerperio inmediato	*	2
Total	2	2

* El enfermero especialista que está de turno en las urgencias obstétricas es el mismo que apoya en puerperio inmediato la lactancia materna.

Auxiliares técnicos de enfermería son 10, siempre uno de mañana y uno de tarde, encargadas del apoyo a enfermería especialista

Ginecólogos de guardia durante cada turno son 2, ellos son los responsables ante cualquier signo de alarma mientras las enfermeras especialistas están acompañando a las gestantes durante la dilatación o expulsivo.

Método de trabajo de enfermería

Área de Monitores y exploración. Las matronas en turno de paritorio son las mismas que reciben a las pacientes derivadas de urgencias ,las pacientes acuden ya triadas, los enfermeros de urgencias avisan a las enfermeras especialistas y transmiten por el sistema informático; anamnesis e historial clínico de la gestante que derivan para continuar en estudio.

La paciente procedente de urgencias llega al área de monitores y exploración acompañada del celador del servicio, se procede a la bienvenida al servicio y se presenta la enfermera

especialista responsable de la paciente.

Una vez comprobada la anamnesis, historial clínico y motivo de urgencias, se aplica monitorización cardiotocográfica fetal (RCTG) durante 20 minutos, en caso de que se encuentre en trabajo de parto, signos- síntomas que presente la paciente o si se detecta alguna anomalía en el RCTG, se decide junto con el ginecólogo de guardia su ingreso en hospitalización, en bloque de partos o alta a domicilio.

Previo ingreso hospitalario se realiza prueba de antígeno SARSCOV2 que se cursa de forma urgente a laboratorio, para determinar si se ingresa por circuito COVID o circuito limpio, habitual.

Bloque de Partos. Una vez ingresada, se transmite la información a la enfermera especialista correspondiente en el caso que no sea la misma que la recibe en el área de monitores y se presenta a la paciente el equipo de enfermería de Bloque de partos.

La enfermera especialista de Bloque de partos responsable de la paciente realiza el protocolo de acogida e información de bienvenida al servicio resolviendo todas las dudas que presente la gestante. Comprueba de nuevo la anamnesis de la paciente, le facilita pijama y zapatillas del hospital y comienza a informarle sobre todas las actuaciones a realizar.

Se aplica RCTG que se visualiza desde una pantalla centralizada en el mostrador de enfermería.

Se instaura vía venosa periférica según protocolo y se comienza el acompañamiento.

El trabajo de parto activo se inicia una vez comenzada la fase activa, alcanzados los 4 cm de dilatación de cuello uterino (cervicometria) basado en la recomendación de 2008 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y en el Guía Prático sobre la Atención al Parto Normal (SNS, 2010), que coincide con el de la OMS "Partograma modificado" (Mathews et al., 2007; WHO, 2018).

Las exploraciones vaginales se realizan cada 4 horas respetando la recomendación de la OMS(WHO, 2018), exactamente en la recomendación nº 16, siempre que no existan anomalías en el RCTG o la paciente refiera signos de alarma. La exploración vaginal para la evaluación del cuello es un proceso algo invasivo y poco tolerado.

Se le proporciona la fitball y se promociona la esferodinamia; método de trabajo físico suave que se realiza con pelotas inflables de distinto tamaño, que facilita el progreso de la dilatación en el trabajo de parto, además del alivio del dolor. Durante el embarazo también es fundamental para el trabajo de la higiene postural, propiocepción, trabajo muscular y estiramientos(Sanabria-Martinez et al., 2022).

Se aclara dudas y explica los beneficios del trabajo de parto en movimiento (MSC & OSM, 2012).

También se anima a realizar libertad de movimientos como balanceo, movimientos circulares con la pelvis, cuclillas, paseos...

En bloque de partos se actúa en función de los siguientes protocolos disponibles:

- Protocolo asistencia al parto bajo riesgo (Anexo 5).
- Protocolo. Tratamiento antibiótico en rotura prematura de membranas (RPM) (Anexo 6).
- En caso de desaceleraciones variables repetidas, meconio espeso o oligoamnios, se actúa en función del protocolo. Amnioinfusión intraparto (Anexo 7).
- En caso de gestantes en trabajo de parto con Diabetes gestacional insulino dependiente. Protocolo insulínico intraparto y tras parto. (Anexo 8).

Los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son los encargados de ayudar al anestésista en la preparación de los materiales necesarios para aplicar la epidural, así como para servir de apoyo a la gestante durante todo el procedimiento. Son las encargadas de reponer material, de preparar la mesa de parto durante el expulsivo, y acompañar a la matrona durante el mismo, en caso necesario también son las encargadas de avisar al pediatra de guardia, son fundamentales en el servicio. Durante el expulsivo a las matronas les acompaña por protocolo el ginecólogo de guardia o ginecólogo responsable de la paciente que actúan en caso de partos instrumentalizados.

Rol de enfermería en las Inducciones de Trabajo de Parto (ITP). Las inducciones de trabajo de parto están protocolizadas para que las enfermeras especialistas comiencen de manera autónoma una vez firmado el Consentimiento informado con su ginecólogo responsable.

Tras anamnesis, valoración de RCTG y exploración vaginal, se decide si inicia inducción con Prostaglandinas u oxitocina, en esta institución se siguen las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se adjunta en Anexo 9.

Rol de enfermería en el alivio del dolor durante el trabajo de parto. A las gestantes se les explica las diferentes vías de alivio del dolor: desde los más fisiológicos; masajes, duchas de agua templada, aromaterapia, musicoterapia... A los invasivos como la raquidural o epidural.

En este hospital no se usa la Walking-epidural, por lo que una vez aplicada la gestante debe permanecer en la cama, ya que la epidural se administra de forma continuada. En estos casos que la paciente debe permanecer en la cama para evitar posibles caídas se favorece la biomecánica postural.

En cada habitación hay disponibles fitball de diferentes formas, para aplicarlos en distintas posturas favoreciendo así la liberación de la pelvis, el progreso y descenso del bebé por el canal blando del parto.

Sistema de registros. En este hospital al ser del ámbito privado, cuenta con un sistema de registro electrónico independiente al resto de hospitales y centros sanitarios del país. Se encuentra centralizado dentro del propio hospital.

En el servicio de bloque de partos, no existe un partograma físico por lo que la información se encuentra en el sistema del ordenador y constantemente se actualiza la información en Observaciones. (Apéndice B).

La monitorización cardiotocográfica fetal (RCTG) de cada habitación está centralizada, de manera que se graba automáticamente en la historia clínica de cada paciente. En la misma gráfica se pueden añadir notas informativas para explicar cualquier procedimiento realizado ante cambios en el registro.

2.1.3.3 Campo clínico 5: Caracterización de recursos materiales en el área de puerperio.

Puerperio inmediato se encuentra en el mismo servicio de Bloque de partos en la planta - 1. Es una sala grande abierta separada en 7 boxes. Cada box cuenta con un monitor y todo el material necesario para realizar los cuidados específicos durante las dos primeras horas de postparto. También cuenta con una cuna térmica para estabilizar hemodinámicamente al recién nacido en caso necesario. Después de confirmar la estabilidad del recién nacido y de la madre durante el periodo de 2 horas, suben a hospitalización.

Hospitalización materno infantil se encuentra en la primera planta. Son dos pasillos con un total de 30 camas individuales. Desde la pandemia se habilitó un pasillo COVID en la 2º planta, también atendido por profesional especializado en el que cuenta con 10 camas.

2.1.3.4 Campo clínico 5: Caracterización de recursos humanos en el área de puerperio.

El equipo de trabajo de enfermería se plantea con los efectivos descritos en la tabla 7.

Tabla 7 Recursos humanos en el área de puerperio. Campo Clínico 5

Categoría	Matronas/turno	Generalistas/turno
Puerperio inmediato	1	2
Hospitalización puerperio	0	2
Consultas asesoría Lactancia materna, puerperio	1	0
Total	2	4

Método de trabajo enfermero.

Período de Greenberg & Puerperio inmediato

El método de trabajo, en esta fase, asentó en un equilibrio, entre a observación continua de la mujer y al mismo tiempo ofrecer intimidad emocional con su hijo y pareja. En esta fase, la mujer se encuentra en el período de Geenberg. No existiendo consenso entre los autores, es referida como el periodo hasta la 2º hora tras el parto o hasta la 1º hora después de la expulsión de la placenta. Es un período crítico y de riesgo para la mujer, ocurriendo en esta fase los fenómenos de taponamiento, trombo taponamiento y contracción uterina constituyendo la formación del Globo de seguridad de Pinard (Montenegro & Rezende, 2017).

Se recibe a la paciente tras finalizar el expulsivo y comprobar que se encuentra hemodinámicamente estable no precisando otros cuidados especializados. En esta fase se mantiene el método de trabajo *one-to-one*. Respetando el equilibrio entre la seguridad fisiológica de la mujer (p.e. peligro de hemorragia o si el Globo de Pinard no se produce)

y respetando los momentos de intimidad entre la madre y el RN. Se presentan las dos enfermeras generalistas dándole la bienvenida al servicio. Junto con los obstetras, ellas serán las profesionales responsables mientras que se encuentren en postparto inmediato. La diada puérpera- recién nacido se considera una unidad indivisible. Al RN se prestan cuidados que resumidamente incluyen los siguientes aspectos: Cartilla del Recién nacido (peso y talla), glucemias si es justificable. Se realizan cuidados inmediatos oftálmicos y antihemorrágicos, previo consentimiento informado de los tutores. Tras permanecer 2 horas en esta área y comprobar que ambos se encuentran fuera de peligro se trasladan a la planta de hospitalización.

Tras permanecer 2 horas en esta área y comprobar que tanto la paciente como el bebé están fuera de peligro se trasladan a planta de hospitalización. La estancia media es de 48 horas para partos vaginales y 96 horas para las cesáreas.

En hospitalización se atiende para resolver dudas del cuidado del bebé. Así como para controlar las molestias y la involución uterina.

Consulta puerperio.

En esta consulta previa cita programada se realiza asesoría en Lactancia materna. Lo primero que hace la enfermera especialista es escuchar el motivo de consulta para comenzar a abordarlo.

Se observa siempre la boca del bebé y la movilidad de la lengua para detectar una posible anquiloglosia, que, en caso necesario, se remite a la cartera de cirujanos disponibles para que realizar la frenectomía. Se valora también ambas mamas de la madre previo permiso, se valora el llenado de los mismos por si fuese necesario estimularlos más y la integridad del pezón, que en caso necesario se le recomienda y entrega unas gasas impregnadas que favorecen la cicatrización.

Una vez valorado el bebé y las mamas de la madre se comienza observando una toma de la paciente y su bebé, es cuando se corrige el agarre, se enseñan posturas que favorezcan el confort de ambos y consejos para asegurar una buena lactancia materna.

Además, se les proporcionan unas infografías ilustrativas para que recuerden todo lo aprendido en la consulta y lo puedan consultar en casa.

2.2 METODOLOGÍA DE PRÁCTICAS DE NATUREZA PROFESIONAL

Este apartado describe las metodologías que fueron aplicadas en el actual año escolar. La sección que se inicia describe las metodologías que fueron aplicadas.

Se dirigen al desarrollo y adquisición de competencias.

2.2.1. OBJETIVOS DE PRÁCTICAS DE NATURZA PROFISSIONAL

De acuerdo con el plano de estudios la expectativa se centra en la capacidad del alumno en:

1. Cuidar a la mujer/ pareja que forman parte de la familia y comunidad:
 - En el ámbito del planeamiento familiar y período preconcepcional.
 - En el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
 - En los varios estadios de trabajo de parto en la salud y desvío de la salud.
 - En el período puerperal en situación de salud y desvío de salud.
 - Durante el período postnatal.
2. Vivenciar procesos de salud y patología ginecológica.
3. Demostrar la responsabilidad ético-deontológica y empeño en mejoría de calidad, gestión de cuidados y desarrollo de aprendizajes profesionales.
4. Demostrar una adquisición de conocimientos conducente a una propuesta de mejoría de cuidados, considerando las vertientes teórico-prácticas y la práctica basada en la evidencia.
5. Defender a través de un Relatorio presentado en pruebas públicas, la adquisición de competencias a lo largo del ENPRF.

Saber evidenciar conocimientos, tanto en la vertiente clínica como en el abordaje de la investigación de los datos recogidos. De hecho, conforme el currículum escolar de la UC ENPRF de la Universidad de Évora, las competencias a lograr se rigen por las siguientes pautas:

- Saber evidenciar conocimientos en las vertientes de cuidados especializados y de investigación, demostrando:
 - Capacidad de reflexión crítica sobre las prácticas.
 - Fundamentación de las opciones con base de elecciones basadas en la teorización.
 - Capacidad para utilizar investigación y evidencia científica en la mejoría de prestación de cuidados.
 - Capacidad para comunicar conclusiones, conocimientos y raciocinios subyacentes, como especialistas y no especialistas de forma clara.
 - Habilidades para desarrollar aprendizaje a lo largo de la vida de modo fundamentalmente autónomo en el área de salud materna y obstétrica.
- Enfocados en estos objetivos y competencias curriculares, están las orientaciones de la Orden de los Enfermeros (i.e., Competencias Comunes de los Especialistas: Reglamento nº140/2019 del 6 de febrero; Competencias de los Especialistas en Salud Materna y

Obstétrica: Reglamento nº 391/2019).

2.2.2. ABORDAJE METODOLÓGICA DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE NATUREZA PROFESIONAL

Cada rotatorio de prácticas clínicas han sido supervisadas por orientadores clínicos con amplia experiencia. Se aplicaron diferentes estrategias de aprendizaje tales como:

- A) Observación de cuidados
- B) Prácticas clínicas.
- C) Reflexiones temáticas.
- D) Búsquedas bibliográficas para revisión temática.
- E) Estudios de casos y otras actividades desarrolladas durante las prácticas clínicas.

Durante todas las prácticas en cada rotatorio se organizaron reuniones de evaluación intermedia y final con la orientadora docente, conforme está protocolizado en la educación para EEESMO/Midwives (WHO, 2008, 2014).

2.2.2.1 Estrategias de observación en las prácticas clínicas.

El primer periodo de prácticas clínicas fue tutorizado en Bloque de partos desde el 13 de septiembre hasta el 24 de octubre de 2021.

Durante ese periodo fueron 18 partos por vía vaginal, 3 partos instrumentados y 2 cesáreas las acompañadas Apéndice C.

Los turnos se desarrollaron en bloque de partos y urgencias obstétricas desde donde se recibe a la paciente, se explora, se realiza la valoración inicial, la monitorización cardiotocográfica fetal durante 20 min y se determina junto al ginecólogo de guardia, en caso de que estuviera en trabajo de parto o si se detecta alguna anomalía en el Registro cardiotocográfico (RCTG) su ingreso.

Previo ingreso y debido a la pandemia, se realiza por norma una prueba de antígenos COVID y así determinar si se ingresa por circuito COVID o circuito no COVID (limpio). Garantizando de esta forma la salud del resto de pacientes ingresados.

Una vez ingresada, se le da la bienvenida e información precisa del servicio.

Se aplica la vía venosa periférica según protocolo y se comienza el acompañamiento 1:1 (Parecer 21/2017 de 18/5/2017 del Colegio de Salud Materna de la Ordem de los Enfermeiros., 2017).

El servicio no cuenta con fitball en la habitación para favorecer el periodo de dilatación por lo que se anima a la gestante a realizar libertad de movimientos, balanceo,

movimientos circulares con la pelvis, cuclillas, paseos...

También se les explica las diferentes vías de alivio del dolor: desde los más fisiológicos; masajes, duchas de agua templada, aromaterapia, musicoterapia... A los invasivos como la epidural.

En este hospital se usa la Walking Epidural, bajo la supervisión del anestesista las matronas pueden administrar bolos de anestesia cuando la gestante refiere dolor, previo a una exploración vaginal para valorar la proximidad del expulsivo.

Cada bolo tiene una duración entre dos horas y media o tres horas aproximadamente, durante ese periodo la gestante tiene libertad de movimientos.

- *Evolución durante del primer Campo Clínico. Bloque de Partos I.*

La mejora del desenvolvimiento en Monitorización cardiotocográfica, a detectar rápidamente anomalías del registro, así como a elegir y priorizar la forma de actuar en cada caso fue la gran evolución en este periodo.

En este periodo se iniciaron a realizar las exploraciones vaginales en pacientes, anteriormente habían sido todas practicadas en modelos anatómicos en la escuela.

Se reforzó lo aprendido en Sutura perineal y a mejorar la forma de suturar según el tipo de desgarro.

Se aprendió en este periodo la importancia que en este servicio prima la autonomía de la embarazada. La no intervención. Los partos se desarrollan de manera espontánea. Y en caso de no progreso de parto se realizaban múltiples intervenciones antes de acabar en la sala de operaciones para realizar una cesárea.

Hospitalización obstétrica.

Es un servicio en el que se ingresan múltiples gestaciones con patologías, agudas o crónicas.

Además, se realizaban junto con el obstetra las inducciones de trabajo de parto.

En este periodo me especialicé más en detectar cualquier anomalía en los registros cardiotocográficos.

- En este periodo se realizó por la maestranda 40 inducciones junto al obstetra. Ellos comienzan las inducciones y deciden con qué medicamento se realiza y las enfermeras especialistas continúan según los síntomas que refiere la embarazada y la calidad del Registro Cardiotocográfico.

Todo queda registrado en un documento protocolizado a papel y de manera informática.

Se registra en ese documento:

- Anamnesis (Edad gestacional, Índice obstétrico, REBA/RABA y características del líquido amniótico, cesáreas anteriores y motivo...),
- Motivo de inducción.
- Antecedentes obstétricos.
- Proceso de inducción. Se realiza según protocolo, existiendo 12 protocolos. Durante mi rotatorio sólo observé el protocolo 1 de rutina dónde se administraba Misoprostol ó Prepidil 0.5mg gel (Anexo 10).

En la misma planta de hospitalización obstétrica se ingresaban pacientes en proceso de aborto espontáneo.

Durante este periodo la maestranda atendió por primera vez a estas pacientes que iniciaban el proceso de duelo perinatal. No pude presenciar el expulsivo de ninguno de los abortos.

A ellas se les ofrece apoyo psicológico(Uceira-Rey et al., 2017).

Dos matronas de la unidad se están especializando en el duelo perinatal, para realizar un óptimo acompañamiento a estas pacientes. A la vez están intentando junto con la dirección del hospital trasladar a estas pacientes a otra planta de hospitalización especializada para ello, ofreciéndoles así una atención de mayor calidad e intimidad en su proceso, ya que en esta misma planta están ingresadas las inducciones de trabajo de parto.

De modo que la paciente que está atravesando un duelo prenatal, puede escuchar el Registro Cardiotocográfico de otra gestante que está en proceso de inducción o bien que está hospitalizada en el servicio por alguna patología, perjudicando así la gestión emocional del mismo.

A continuación, los motivos de ingreso más frecuentes durante el periodo de prácticas se adjuntan de forma detallada las actividades y cuidados de enfermería en el Apéndice D.

Hospitalización Ginecológica

En este mismo rotatorio la maestranda realizó también las prácticas clínicas en hospitalización ginecológica.

En esta especialidad se aprendieron otras formas de actuación o de tratamiento diferentes a España.

A continuación, están registradas en la tabla del Apéndice E se encuentran detalladas las distintas patologías observadas durante este periodo.

- Evolución durante 2º Campo Clínico.

Durante este período que abarca desde el 25 de octubre al 3 de diciembre de 2021 se aumentó la autonomía y seguridad de la maestranda para cuidar y acompañar a pacientes

como enfermera especialista, siempre bajo la supervisión de la tutora clínica asignada. Aprendiendo a detectar con mayor rapidez y precisión cualquier alteración de los registros cardiotocográficos, así como tomar la decisión de derivarlos a bloco de partos cuando presentaran dinámica uterina regular.

Consultas Externas de Obstetricia. Interrupción voluntaria embarazo (IVE)

La supervisora clínica de la maestranda es la responsable de esta consulta donde se desarrolló el campo clínico 3: IVE por lo que se realizó la mayor parte de las prácticas clínicas en esa consulta.

En esta consulta se conoció la legislación vigente en Portugal sobre el Aborto, que es diferente a España, tanto en el límite máximo de semanas de gestación para abortar como en la edad mínima para realizarlo sin consentimiento paterno/materno ni previo aviso a los mismo (tabla 8).

Tabla 8. Comparación de Ley del Aborto en España y Portugal.

Ley del Aborto	Edad mínima sin consentimiento paterno/materno	Semanas de gestación máximas.
España	18	14
Portugal.	16	10+4

En España tras la reforma de la ley del aborto que tuvo lugar en septiembre de 2015, las menores de 18 años, necesitan el consentimiento de sus progenitores o representantes legales para poder abortar. Esto significa que las menores deben ir acompañadas a la clínica con ellos y formalizar su voluntad de abortar junto con el consentimiento firmado por sus padres(Boletín Oficial del Estado [BOE]; Ley orgánica 11/2015, de 22 /9/2015). Si existe conflicto entre la menor y sus padres sobre el consentimiento firmado para que la menor pueda abortar, se deberá resolver judicialmente según determina el Código Civil. En Portugal, según la ley 16/2007, art 1º Interrupción del embarazo no es punible cuando es efectuado por médicos o sobre su dirección y es realizada en un establecimiento de salud oficial o bien oficialmente reconocido hasta las 10 semanas de gestación.

El EEESMO tiene competencias específicas legalmente definidas por la ley 09/2009 del 4 de marzo tal como detalla el reglamento 127/2011 de 18 de febrero para la realización de la consulta de Interrupción Voluntaria del Embarazo. (IVE). La edad mínima establecida como mayoría de edad legal para abortar está fijada en 16 años (i.e., lei nº

16/2007 de 17 abril).

Es habitual que asistan a consultas grupos de amigas para realizar las IVEs, muchas de ellas nos comentan que no se lo han informado a los padres y que no pretenden hacerlo. Sin embargo, en caso de mujer menor de 16 años y referir el deseo de interrumpir voluntariamente su embarazo, este proceso tendrá que ser conocido obligatoriamente por sus padres/ tutores, y dar su consentimiento firmado en el documento “Consentimiento libre e informado” (coforme artículo 4º de la Portaria nº.741-A/2007 de 21 de Junho) que se entregará en la consulta previa a la IVE

Las enfermeras especialistas realizamos educación para la salud sobre los riesgos del uso continuado de la píldora abortiva, así como de las diferentes enfermedades de transmisión sexual a las que se podían exponer tras mantener relaciones sexuales sin precaución

- *Evolución durante 3º Campo Clínico.*

Se adquirió la capacidad de realizar educación para la salud sobre métodos anticonceptivos en Portugal. La maestranda aprendió a realizar junto con la obstetra la implantación del dispositivo intrauterino (DIU) (figura 9).



Figura 9 Implantación método anticonceptivo transdérmico

La maestranda evolucionó a nivel profesional en habilidades comunicativas y en seleccionar junto con la paciente el método anticonceptivo más conveniente en cada caso. Aprendió a explicar mecanismos de acción y a implantar el método anticonceptivo transdérmico (figura 9 e figura 10).



La maestranda evolucionó a nivel profesional en habilidades comunicativas y en seleccionar junto con la paciente el método anticonceptivo más conveniente en cada caso.

Figura 10 Implantación método anticonceptivo transdérmico

La maestranda evolucionó a nivel profesional en habilidades comunicativas y en seleccionar junto con la paciente el método anticonceptivo más conveniente en cada caso. Aprendió a realizar junto con la obstetra la implantación del dispositivo intrauterino (DIU). Siempre bajo la supervisión de la supervisora clínica se ha conseguido llevar y organizar la consulta de forma autónoma. En el Apéndice F, se adjunta un estudio observacional de las gestantes atendidas por la maestranda que acudían a la consulta de IVE.

De este periodo destaco la importancia de la Educación Sanitaria centrada en salud sexual y reproductiva hacia los adolescentes. Ya que la mayoría de las usuarias desconocían los efectos y consecuencias que puede acarrear el uso continuado del aborto medicamentoso.

Nuestro reto era en cada consulta, elegir junto con la paciente, el dispositivo anticonceptivo más adecuado.

Bloque de Partos. Campo Clínico 4, Servicio Bloque de partos.

Durante los dos últimos rotatorios, la maestranda puso en práctica bajo la supervisión de mis orientadores clínicos, los diferentes ejercicios de biomecánica descritos en los anteriores cursos online citados y en los libros de texto, ante situaciones de no progreso de parto. Siendo efectivos y dando lugar a partos eutócicos, no instrumentados.

- *Evolución Campos clínico 4 Bloque de partos 2 y 3.*



Figura 11: Acompañamiento de Parto de cara deflexionada. Imagen cedida para el relatório

Durante estos campos clínicos la maestranda ha acompañado un total de 60 partos y junto a ginecólogos mediante partos instrumentados / cesáreas un total de 69 de éstos 27 son intervenciones en cesáreas se detallan en el Apéndice G.

En este tiempo ha evolucionado positivamente en el acompañamiento de la mujer en el proceso de parto, superando retos, Figura 11.

Ha instrumentado 3 cesáreas y acompañado en el recibimiento y reanimación en 24 cesáreas.

Ha adquirido mayor autonomía y seguridad en la toma de decisiones y de actuaciones como enfermera especialista. Ha aprendido a reconocer la estática fetal realizando las mínimas valoraciones posibles.

Ha puesto en práctica todo lo aprendido en biomecánica del parto, obteniendo resultados muy positivos de partos que habitualmente por la forma de presentación suelen ser instrumentados o terminan acabando en cesárea, y que, con la ayuda del tutor clínico, todo lo aprendido en los cursos y libros de apoyo, consiguiendo acompañarlos terminando en partos eutócicos.

También la maestranda se ha especializado en detectar la orientación del occipucio fetal para incentivar a la gestante a adoptar las posturas o movimientos que favorezcan la rotación y descenso del bebé.

*Servicio de Puerperio y evolución:

En este rotatorio ha servido como apoyo profesional el curso realizado en Lactancia materna y las infografías como base para la asesoría en lactancia materna a las púerperas y sus parejas (figura 12).

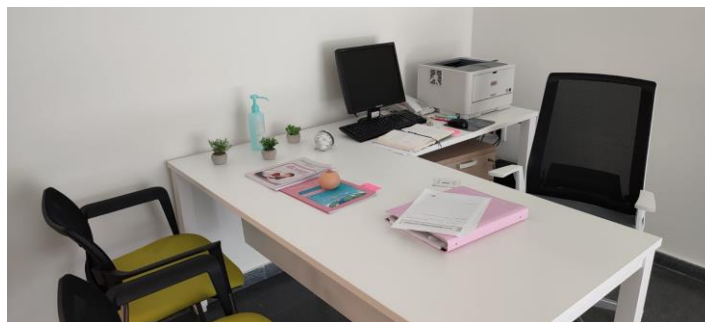


Figura 11 Consulta de embarazo y puerperio. Campo Clínico II

En el Apéndice H, se detallan los casos de púerperas atendidas, acompañadas y a los RN atendidos durante el Campo Clínico 5.

2.2.2.2. Estrategias de formación complementaria.

Par mejorar el desarrollo del conocimiento la maestranda ha realizado formación complementaria. Esto ha permitido resolver dudas, conocer nuevas corrientes de cuidados, desarrollar perspectivas con la menor medicalización. De esta formación complementaria, se destaca la asistencia a varios cursos que actualmente continúan realizándose y seminarios online que se describen de forma detallada en el Apéndice I:

- ❖ Curso 1: Optimización de posiciones materno-fetales. Curso online de Shiran Efrati. Febrero 2022.

Curso muy útil que aporta a las matronas herramientas para saber movilizar a las gestantes con conocimiento de anatomía y fisiología a posiciones maternas óptimas que favorezcan el descenso fetal durante el canal del parto.

- ❖ Curso 2: Asinclitismo. Cómo resolverlo. Webimar Shiran Efrati. Mayo 2022.

Curso muy útil para resolver situaciones reales habituales en bloque de partos; Gestantes que dilatan, pero el bebé se encuentra descendiendo de forma lenta y asimétrica. El curso facilita formas de actuación por parte de la matrona, para resolver ese asinclitismo favoreciendo el descenso y giro del bebé en el canal del parto, todas actuaciones fundamentadas con la última evidencia científica disponible.

- ❖ Curso 3: Bebés en posterior. Actuación enfermera especialista. Webinar. Shiran Efrati Mayo 2022
Webinar para facilitar a las matronas herramientas para poder actuar según la última evidencia disponible en bebés que se encuentran en situación posterior, tras valoración.
Facilita formas de detectarlo y movimientos que facilitan la rotación del bebé.

- ❖ Curso 4: Encajamiento y rotación. Curso online de Shiran Efrati. Junio 2022
Curso Online que fundamenta los movimientos cardinales que realiza el bebé durante el descenso en el canal del parto, así como el encajamiento, y el rol de la matrona , basado en la evidencia.

- ❖ Curso 5: Curso Online Sutura perineal. Helena Eyimi. Junio2022
Curso muy útil online para reforzar conocimientos sobre sutura perineal. Muestra también otras formas de realizar las suturas según qué complicación se presente.

- ❖ Curso 6: Taller online. Recursos para gestionar el dolor. Emilio Bastida. Agosto 2022.
Taller online dirigido a profesionales para ayudar a gestionar el dolor a gestantes durante trabajo de parto y expulsivo. Aporta recomendaciones y recursos variados sobre pautas de actuación como matrona.

- ❖ Curso 7: Lactualizate. Lactancia Mixta. Curso online de Carmen Vega. Agosto 2022
Curso online sobre lactancia mixta, pautas y consejos hacia los padres. Curso muy útil para las consultas de puerperio. Abarca cuestiones como: Preparar biberones de leche de inicio, así como recomendaciones sobre las tomas de lactancia materna.

2.2.2.3. Estrategias de búsqueda bibliográfica para revisión temática.

El título del actual Relatório, remite para un tema específico, que se desarrolla en la sección siguiente. Primero, se formuló la pregunta PICO, con los elementos que se presentan en la figura 12. Abajo con mayor detalle se presenta el camino realizado.

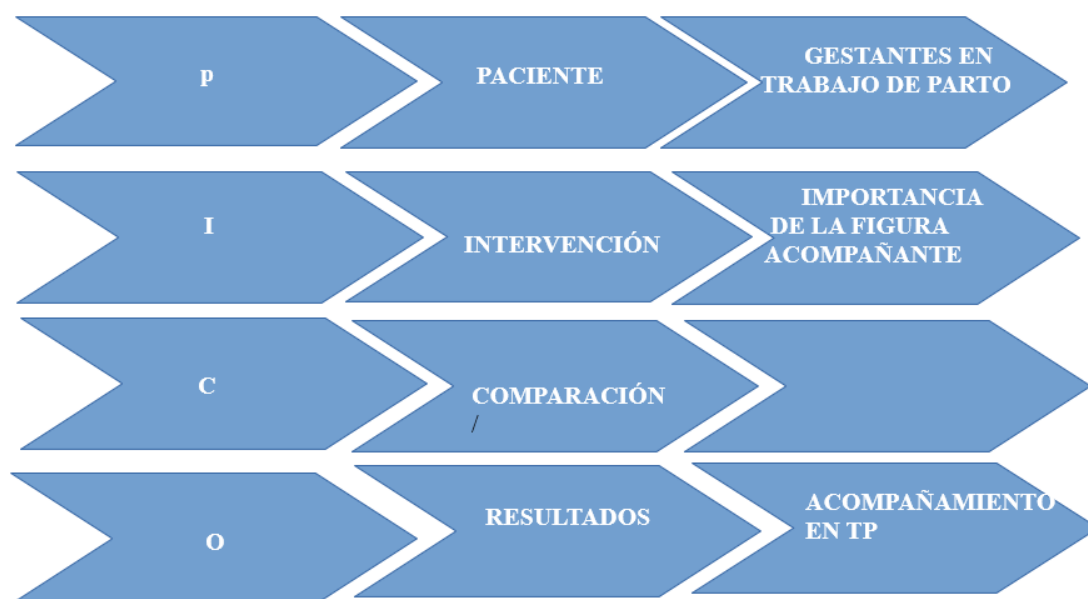


Figura 12 Ejemplo de la Estrategia PICO aplicada a la revisión temática

Para este trabajo, se ha realizado una revisión temática de la figura de la acompañante publicada entre los últimos cinco años, para que la información recogida sea la más actualizada posible.

Las búsquedas en bases de datos fueron una constante, ya que no solo para el tema del relatório, sino para toda la fundamentación de los cuidados fue muy necesaria. Hubo oportunidad de conocer algunos gestores de literatura que ayudan a almacenar, a seleccionar e a analizar los documentos seleccionados.

2.2.2.4. Estrategias de desarrollo de conocimientos de casos clínicos en los distintos campos clínicos.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas, la maestranda ha afrontado una serie de experiencias a nivel internacional, muy enriquecedoras y diversas para su formación como enfermera especialista. Entre ellas se describen en el Apéndice K los siguientes:

- Trabajo de parto de Víctima de mutilación genital.
- Hospitalización, depresión postparto.
- Paritorio. Feto cruz. (Anexo 11 y Anexo 12. Protocolos de actuación).
- Paritorio. Parto Velado y Natural
- No progreso de parto. Biomecánica postural.

Estas experiencias han sido aprovechadas para el desarrollo de conocimientos de la temática en cuestión.

2.2.2.5. Otras estrategias para el desarrollo de competencias.

Durante las prácticas clínicas la maestranda ha tenido la oportunidad de desarrollar profesionalmente en otras actividades no previstas.

En preparto, realizó talleres de biomecánica postural, masaje perineal, moxibustión, a las pacientes que lo solicitaban bajo la supervisión de mi orientador clínico (Calais-Germain & Paré, 2009).

*** Taller de biomecánica postural.**

El parto es un proceso hormonal y biomecánico.

Tras la puesta en práctica de lo aprendido en los talleres y cursos online la maestranda se encargaba bajo la supervisión del tutor clínico de la consulta de preparto.

A ellas acuden parejas que quieren formarse en biomecánica a las que se les explica detalladamente las siguientes premisas y pilares fundamentales que se presentan en la tabla 10.

Tabla 10. Premisas y Pilares fundamentales del parto

Premisas del parto	Pilares fundamentales del parto
1° Parto: Proceso hormonal	1° Pilar: Fluidez de hormonas naturales.
2° Canal blando del parto (músculos, ligamentos, fascia), determina la posición del bebé	2° Pilar: Posiciones maternas.
3° Canal óseo del parto: Determina si el bebé puede nacer vía vaginal con la posición adoptada por la gestante.	3° Pilar: Alineación

Una vez comprendidos, se comienza a enseñar técnicas para durante el embarazo y parto conocer todos los movimientos favorables según en la etapa del parto en la que se encuentre la gestante.

Se le enseña a la pareja: a) La importancia de un ambiente cálido y tranquilo para favorecer **la fluidez de hormonas.**

b) Movimientos de **canal óseo**, apertura de sus diámetros a través de las posiciones maternas.

c) **Alineación.** Si existen rigideces o asimetrías en el canal blando del parto se reduce el espacio para el descenso y rotación del bebé. La solución es aplicar técnicas para favorecer la alineación del canal blando del parto. Optimizando posturas fetales .

Las posiciones maternas y la movilidad de la pelvis durante la dilatación tiene sus beneficios como: reducción del tiempo de dilatación, reducción del porcentaje de cesáreas, menor alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, menor porcentaje de episiotomías...

La formación en biomecánica durante el embarazo y parto es muy importante para la gestante y su pareja. De igual modo, parece fundamental para el enfermero especialista estar formado en este ámbito. Se describen estas actividades que sirvieron a la maestranda al desarrollo de otras competencias en el Apéndice L.

3. CONTRIBUCIÓN PARA LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA.

Para el estudio del tema es necesario conocer lo que han publicado los distintos autores, sus ideas y sus distintas opiniones. Solo es posible a través de la búsqueda científica enriquecer el conocimiento.

Pregunta norteadora: “¿Cuál es el impacto de la presencia del acompañante durante el trabajo de parto?”.

Previamente, se hizo una búsqueda preliminar para identificar palabras y descriptores, en los *thesaurus* de la Biblioteca de las Ciencias de la Salud, los DeCS y los descriptores del *thesaurus* Medical Subject Headings (MeSH). La búsqueda inicial se reveló (figura 13).

Descriptor DeCs	Descriptor MeSH
Parto humanizado (DeCs1)	Humanizing Delivery (MeSH1)
Entorno del parto (DeCs2)	Birth Setting (MeSH2)
Paternidad (DeCs3)	Paternity (MeSH3)
Relaciones padre-hijo (DeCs4)	Father-Child Relations (MeSH4)

Figura 13 Descriptores de DeCS y MeSH

Se ha hecho, con apoyo de la orientadora, una búsqueda en distintas bases de datos (como Medline (PubMed), Academic Search Complete na Ebsco e a Web of Science.

Para ello, se han unido las distintas palabras claves con los operadores booleanos “AND”, “OR” y con el uso de paréntesis y comillas para formular las ecuaciones adaptadas a BD (figura 14).




Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros
 PubMed	(((("Culturally Competent Care"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Women's Health"[Mesh]) OR "Health Education"[Mesh]) AND (((("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR "Birth Setting"[Mesh]) OR "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR "Delivery Rooms"[Mesh])) AND (((("Fathers"[Mesh]) OR "Father-Child Relations"[Mesh]) OR "Paternity"[Mesh]) OR "Spouses"[Mesh]) OR "Interpersonal Relations"[Mesh])	Texto completo gratis. Últimos 5 años. Adultos > 19 años. Inglés, Portugués, Español.
 Web of Science	(birth companion OR continuous support OR companionship OR companionship during labor OR birth companionship) AND (childbirth OR birth OR labour OR birth outcomes OR labor obstetric) AND (husband OR parent OR father OR family OR partner support OR fathers' roles in childbirth) AND (Parturient OR Maternal satisfaction) AND (Culturally Competent Care OR respectful care OR Humanizing Delivery OR Women's Health OR Health Education) AND qualitative research	Texto completo gratis. Últimos 5 años. Adultos > 19 años. Inglés, Portugués, Español Obstetrics OR Healthcare policy OR Nursing
 Ebsco	(birth companion OR continuous support OR father OR family OR partner support) AND (labor or labour or birth or delivery)	Texto completo gratis. Últimos 5 años Adultos > 19 años Inglés, Portugués, Español
Total		209

Figura 14 Ecuación booleana aplicada en las bases de datos

Se ha utilizado el gestor de referencias bibliográficas (EndNote en su versión friendly; figura 15) y también un gestor de revisión de artículos/ documentos, Rayyan (Figura 16). El uso del software permitió el intercambio de información y las actividades necesarias junto con la orientadora. La figura 14 se muestra como testigo del manejo de EndNote.

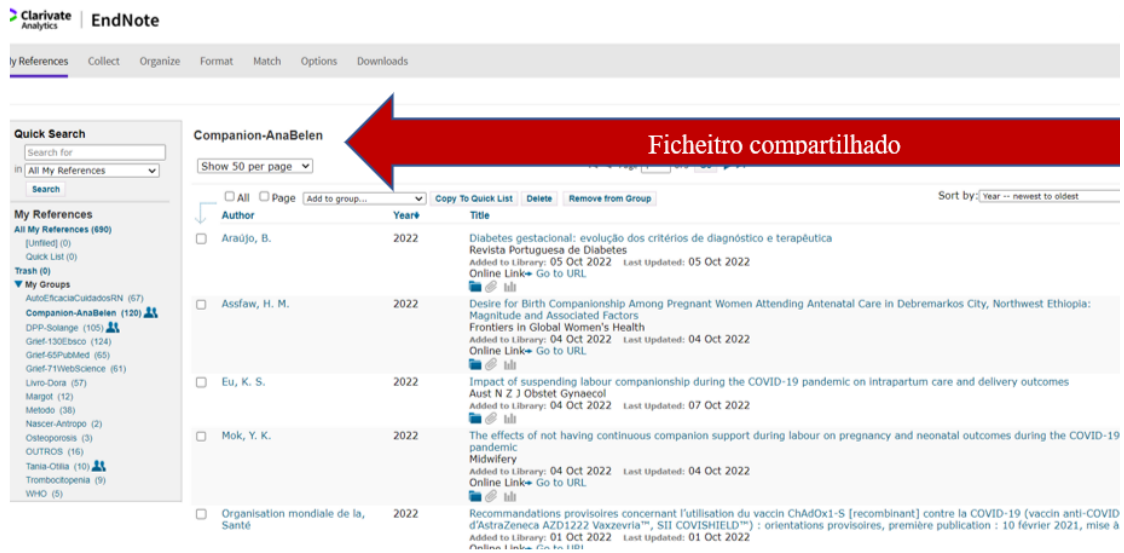


Figura 15 Fichero compartido del software EndNote

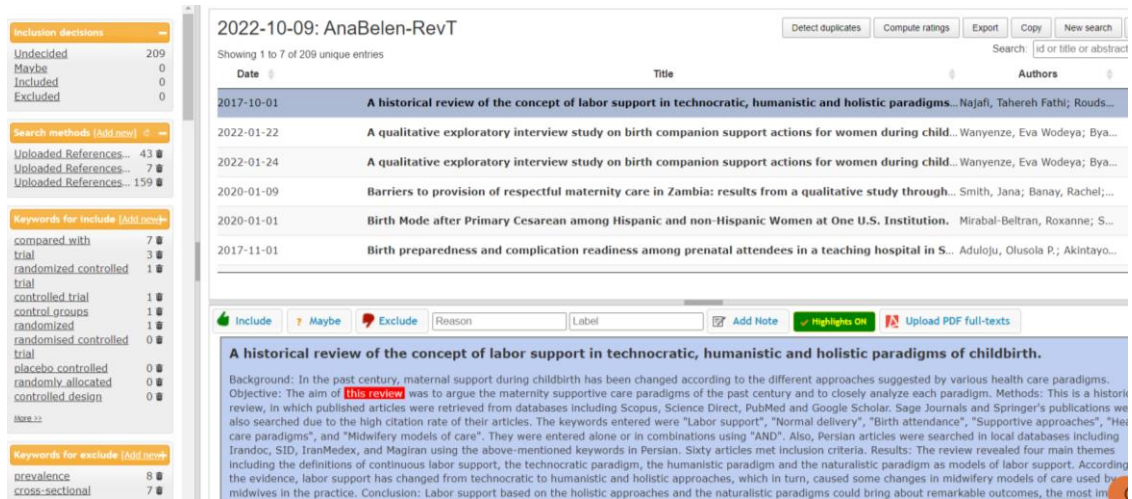


Figura 16 Vista del software Rayyan con los articulos importados

Los resultados de la búsqueda de forma más detallada, probando los pasos realizados se encuentra en el Apéndice J.

3.1 Criterios de inclusión

Se introdujeron en la revisión aquellos artículos realizados en los últimos 5 años (2017-2022) para que los resultados fueran lo más actualizados posible. Se seleccionaron los escritos en inglés, portugués y español.

3.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión artículos que no se podían acceder al texto completo, los que no eran gratuitos y aquellos que estaban repetidos. Además, aquellos que no respondieron a los objetivos planteados y que trataran sobre animales. (figura 17).

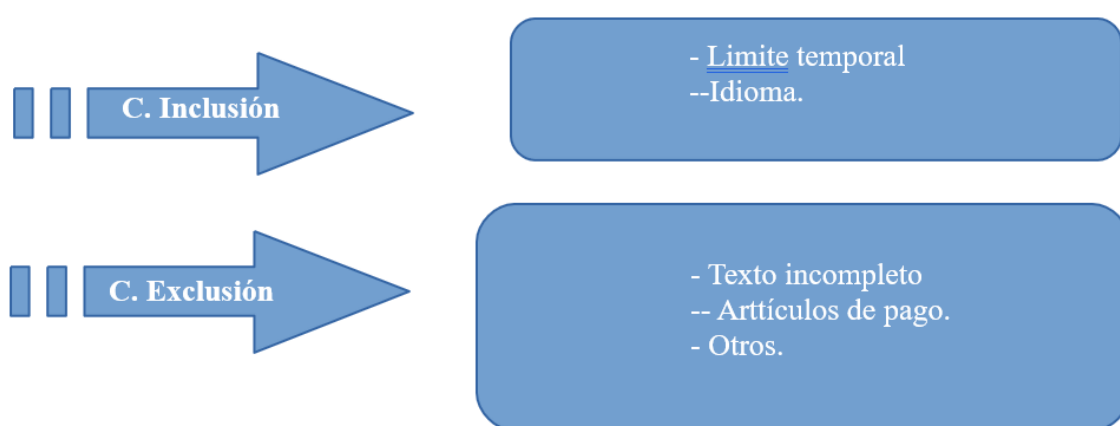


Figura 17 Criterios inclusión y exclusión

3.3 Selección de artículos

En el Apéndice L, se adjuntan las tablas 9, 10 y 11 mostrando los artículos seleccionados para la revisión con los aspectos más representativos de cada uno, también se puede observar que se han incluido en esta revisión artículos de una gran diversidad geográfica. Con este resumen, se consigue una visión sintetizada de los datos más relevantes.

3.4. RESULTADOS EMPÍRICOS SOBRE EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA EMBARAZADA.

El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto está previsto en la ley portuguesa desde hace aproximadamente 37 años, desde 1985. A través de la ley 14/1985, de 6 de julio en su artículo 1º es atribuido el derecho al acompañamiento, por la figura que la propia embarazada desee.

La presencia del acompañante de la mujer en el TP fue un asunto polémico en su momento, con resistencia de algunos profesionales hacia ese derecho de las mujeres.

Por razones invocadas de falta de condiciones de servicio, invasión de la privacidad de otras parturientas, realización de procedimientos técnicos, entre otras, en algunas instituciones, el permiso para la presencia del acompañante se limitaba al horario diurno. En 2014, Ley n°15/2014 del 21 de marzo, en los artículos 17°, 18° y 19°, introducía aspectos clarificando las condiciones de acompañamiento, literalmente permitiendo la presencia de las 24 horas del acompañante y de limitaciones impuestas a las visitas de familiares de usuarios hospitalizados en otros servicios, siempre salvaguardando situaciones excepcionales.

En 2019 aparece la Ley 110/2019, de 9 de septiembre, que introduce el permiso para la presencia de la figura del acompañante en los partos por cesárea, subrayando la importancia de dicho seguimiento. Más recientemente, ya en fase de pandemia, la Dirección General de Salud emite la Orientación núm. 018/2020 del 30 de marzo de 2020, actualizado el 20 de mayo de 2021 - COVID-19: Embarazo y Parto, donde se aclara la protección utilizada por el acompañante y en el párrafo 6 se escribe textualmente: “Debe garantizarse, si la gestante así lo desea, la presencia de un acompañante en el control prenatal (consultas y ecografías), asistencia a Urgencias, hospitalización y seguimiento durante el parto”. Se consideran limitaciones en los casos en que se infecten mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Más recientemente, una organización denominada Inspección General de Actividades Sanitarias (IGAS) ha jugado un papel decisivo en la salvaguardia del derecho de las mujeres a tener un compañero. Así, en 2021, aparece un manual que, a través de una “Guía de inspección para verificar el cumplimiento del derecho a la asistencia de seguimiento en el embarazo”(IGAS, 2021)”, analiza el cumplimiento de las prerrogativas establecidas en la ley portuguesa.

En España en los años 50, los partos se producían en los domicilios de las parturientas, rodeadas del calor y el apoyo de los suyos y ayudadas por una matrona. El padre se mantenía fuera de la habitación donde sucedía el parto y al acabar era avisado. En los años sesenta la asistencia al parto se trasladó al hospital; la figura paterna también permanecía alejada de la mujer y ésta, además, dejó de estar acompañada por sus familiares durante todo el proceso.

Como consecuencia de todo ello, en 1966 se empezaron a publicar trabajos que señalaban la deshumanización del parto y la influencia positiva que tiene el acompañamiento

continuo sobre la evolución del parto. En 2012, el Ministerio de Sanidad y Consumo la publicó la “Estrategia de Atención al parto normal, en la que se reconocía el derecho de la embarazada a estar acompañada por la persona que ella eligiera durante el embarazo, el parto y el puerperio (MSC & OSM, 2012). No debemos perder de vista que se ha pasado de un modelo de pareja basado en la autoridad de los hombres y la dependencia de las mujeres a una relación de igualdad de derechos para ambos miembros de la pareja. Esto conlleva una transformación de las relaciones familiares. Antes, el bienestar de la familia recaía en la mujer. Actualmente, la sociedad reconoce el papel del padre durante la gestación, el nacimiento y la crianza de los hijos. Los cuidados de la pareja son esenciales para los hijos y están reconocidos como uno de los factores que refuerzan una infancia saludable. Al igual que las mujeres se están incorporando a la vida laboral y social, los hombres se van abriendo a nuevas posibilidades de protagonismo en la familia y en el hogar. Las nuevas formas de ser padre tienen su origen en la transformación de las mujeres. La paternidad actualmente representa un profundo cambio respecto a los modelos paternos de la familia de origen. El concepto de paternidad actual abandona el papel tradicional del padre ausente y reclama un modelo en el que los hijos adquieren un mayor protagonismo en la vida de los padres, como una necesidad de relación mutua y en consonancia y reciprocidad con la madre. Para que esto sea posible es imprescindible el acompañamiento por parte de la pareja desde el inicio de la gestación, el parto y el puerperio.

La presencia de un acompañante es un tema sobre el cual la OMS hace recomendaciones en publicaciones de 2014 y 2015, dando más sustancia al tema (WHO, 2014, 2015). En estas publicaciones, la OMS afirma que el acompañamiento continuado durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados del parto (WHO, 2014) y posteriormente también reconoce que la satisfacción de la mujer/parturienta/usuario del cuidado también crece (WHO, 2015).

El tema es actual, relevante, hecho que motivó a la estudiante de maestría a observarlo en las mujeres que atendió.

3.4.1 ROL E IMPORTANCIA DE LA FIGURA DEL ACOMPAÑANTE

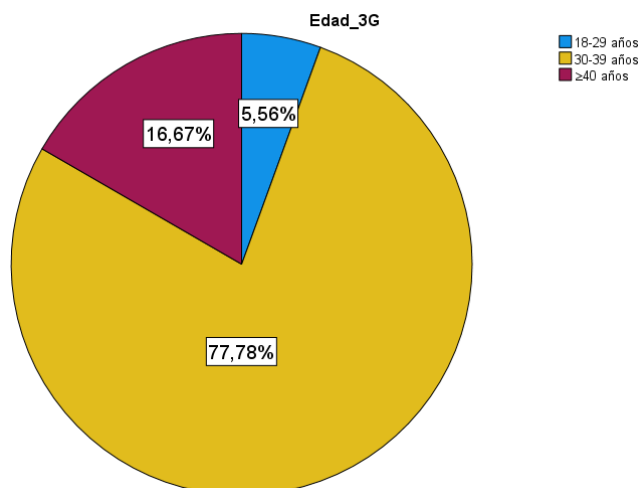
Los registros de observación se realizaron entre el 16 de septiembre de 2021 y el 29 de junio de 2022, periodo en el que la pandemia ya está instaurada y no observó ni en Portugal ni en España impedimentos a los acompañantes por parte de las instituciones sanitarias.

Caraterísticas de las pacientes

Fueron asistidas 144 mujeres, de los cuales 80 fueron partos eutócicos, el resto fueron cesáreas programadas y partos distocicos. 18 partos vía vaginal fueron asistidos en Portugal, en territorio español el resto.

Las mujeres tenían una media de edad entre 36.04 años (DP=3.91), con edad que varió entre los 24 y 45 años.

De acuerdo con los criterios de la tabla de Goodwin modificada, los grupos de edad tenían la siguiente representación (figura 18).



≤17 años = 0 casos

18-29 años = 8 casos

30-39 años = 112 casos

≥40 años = 24 casos

Figura18. Diagrama de sector. Intervalos de edades de gestantes acompañadas.

Durante todas las practicas clínicas los cuidados de la maestranda han estado orientados por la teoría de Ramona Mercer que aborda una teoría intermedia, centrándose en una dimensión que representa un modelo de cuidado y es por esto que escogió la **Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer** (Mercer, 1981, 2004).

Ramona Mercer, fue una enfermera que se dedicó al estudio e investigación sobre la salud materno infantil y la familia. Con su *teoría Adopción del Rol Maternal*, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar y social como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante un periodo de tiempo, en el cual la madre presenta una transformación dinámica y una evolución en su persona: se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de mismo igualmente.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal,

que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

2. El mesosistema interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño

3. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema.

Describe los estadios de la adquisición del rol maternal que comienzan en la gestación (Mercer, 1981, 1986, 2004).

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, **relación padre-madre** y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo.

Ya nombraba Ramona Mercer en su teoría en la década de los 60, la importancia de la relación padre-madre, y el apoyo emocional de éste para conseguir la adopción del rol maternal. Sin embargo, más de 60 años después se sigue observando poco interés o bien distanciamiento por desconocimiento de la pareja hacia la gestante en relación a los cuidados durante la gestación, siendo más notable en el trabajo de parto y expulsivo.

Se observó durante el desarrollo de prácticas curriculares en los campos clínicos 1, 4 y 6 distintas variables que se describen en SSPS de las que le daba mayor importancia a:

- *Acompañante Formado*; Detectar si el acompañante de la gestante se había formado durante la preparación al parto, o bien por su cuenta, o de otra manera no le producía interés la formación en este ámbito (Peláez & Gallego, 2014).
- *Acompañamiento activo*; Uno de los pilares fundamentales, si el acompañante proporcionaba a la gestante un apoyo activo, tanto de forma emocional como física (Trilleros-Gomez & Navarro, 2021)
- *Vínculo afectivo*; Entre el acompañante y la gestante. En un

porcentaje medianamente elevado respecto a la muestra total observada, se detectaba la carencia de ese vínculo con el riesgo de afectar a la creación del Rol maternal y paternal (Peláez & Gallego, 2014).

- Soporte emocional postparto inmediato: Durante el desarrollo de las practicas clínicas observaba en elevadas ocasiones que en el postparto inmediato muchas mujeres carecían de soporte emocional por sus acompañantes. Estos estaban centrados la mayoría de los casos en el uso del móvil, dejando de lado por un instante, quizás uno de los momentos más importantes. El inicio de la vida y por ende el comiendo de la maternidad y paternidad(Garzon, 2021)
- *Comentarios de las gestantes a la maestranda*
- *Observaciones de la maestranda hacia las gestantes.*

Lo primero que le llamó a la maestranda la atención fue que de las gestantes asistidas, había un 88,9% que se encontraban acompañadas y un 11% que se encontraban solas (tabla 8).

Tabla 8 Frecuencia y porcentajes de acompañamiento en Campo clínico 4

	Compañía	
	Frecuencia	Porcentaje
No	16	11,1
Si	128	88,9
Total	144	100,0

Eran situaciones en las que la maestranda se esforzaba aún más por realizar un acompañamiento humanizado, con el objetivo de reconfortarles sobre todo a nivel emocional de la “soledad” que podían sentir.

De ese 88.9% de acompañamiento por la pareja un 60.4% trasladaban la información de que no se habían formado durante la gestación de su pareja. Y tan solo un 28.5% se había formado y acudido a la preparación al parto con su pareja (tabla 9).

Tabla 9 Frecuencia y porcentajes de acompañamiento formado en Campo clínico 4

Acompañamiento formado

	Frecuencia	Porcentaje
SI	41	28,5
NO	87	60,4
Sin compañía	16	11,1
Total	144	100,0

Datos que se ven directamente relacionados con en el tipo de acompañamiento que realiza la pareja. Ya que del total de partos asistidos tan solo un 34.7% de las parejas realizaban un acompañamiento activo: Ayudaban a realizar cambios posturales a su pareja, animaban y apoyaban a realizar la esferodinamia, se sentaban al lado de ellas, para tener mayor contacto físico y visual. Eran estos acompañantes los que solían avisar a las enfermeras especialistas de cualquier petición que precisaba la gestante.

Es interesante que un elevado porcentaje que asciende a 54.2 % del total de los partos asistidos/ acompañados en este periodo, realizaban un acompañamiento pasivo; Estaban centrados en el teléfono móvil, constantemente saliendo de la habitación para ir a cafetería o fumar, se sentaban en una zona lejana respecto a su pareja, impidiendo contacto visual y físico, etc. Las pacientes se encontraban la mayoría de las veces de espaldas a los acompañantes, teniendo ellas mismas que avisar a las matronas de cualquier petición que precisasen (tabla10).

Tabla 10 Frecuencia y porcentajes de acompañamiento activo en Campo clínico 4

Acompañamiento activo		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	50	34,7
NO	78	54,2
Sin compañía	16	11,1
Total	144	100,0

Por otro lado, el soporte emocional y afectivo por parte del acompañante durante el postparto inmediato no se observa que sea directamente proporcional al acompañamiento activo o formado, pues en este caso es un 68.8 % los acompañantes que mostraban ese soporte emocional y afectivo hacia las puérperas que se encuentran en uno de los periodos más vulnerables a nivel emocional ya que tienen gestionar a nivel psíquico todo lo acontecido durante el trabajo de parto y expulsivo (tabla 11).

Tabla 11 Frecuencia y porcentajes de soporte emocional en postparto inmediato en Campo clínico 4

	Soporte emocional	
	Frecuencia	Porcentaje
SI	99	68,8
NO	31	21,5
Sin compañía	14	9,7
Total	144	100,0

La maestranda pudo estar presente y observar que solía estar relacionado los comentarios positivos de las mujeres con el acompañamiento activo, y un gran número de comentarios negativos directamente proporcionales a los acompañamientos pasivos y a la poca afectividad demostrada.

Podemos finalizar diciendo que el acompañamiento es una excelente herramienta para trabajar el vínculo desde el embarazo (visitas de seguimiento de embarazo y educación maternal).

Para los padres, acciones como mantenerlos informados y formados durante la educación maternal, hacerlos partícipes de los ejercicios y recomendaciones sanitarias durante el embarazo de su pareja, así como en el puerperio el contacto piel con piel, pueden ayudar mucho a conseguir un vínculo sólido.

Referente a la mujer, ayuda a mantener en equilibrio el estado emocional, aumenta su satisfacción y disminuye los índices de depresión postparto, así como el acompañamiento activo favorece un expulsivo eutócico.

Actualmente, los padres, desean implicarse más por sus hijos, algunos desde la gestación, aunque durante las prácticas clínicas se ha observado que la gran mayoría lo hacían de manera pasiva, un gran porcentaje por desinformación y un porcentaje menor por desinterés.

La pareja de la gestante también refiere los cambios físicos que se van produciendo en su pareja durante el embarazo, así como miedo y nerviosismo ante cada una de las pruebas que le realizan a su pareja durante el embarazo. Se siente un observador externo, sin poder hacer apenas nada para manejar o mejorar las distintas situaciones físicas y emocionales que manifiestan las gestantes durante el embarazo.

4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

A continuación, se describen en las siguientes secciones las competencias comunes del enfermero especialista y las generales.

4.1 COMPETENCIAS COMUNES DEL ENFERMERO ESPECIALISTA

Las competencias comunes, como su designación indica, están presentes en todas las áreas de formación especializada. Representan una consciencia común para todos los enfermeros, que después del grado, se organizan para un futuro profesional específico.

A – RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, ÉTICA Y LEGAL.

Competencia A1. Desarrollo de una práctica profesional, ética y legal en el área de especialidad, atendiendo de acuerdo con las normas legales y los principios éticos.

Actividades:

- Controlar las estrategias de resolución de problemas en obstetricia con el cliente.
- Soporte en la toma de decisiones en juicios basados en el conocimiento y experiencia. - Participa en la construcción de tomas de decisiones en equipo.

Reflexión: Actuando siempre con moralidad. He desarrollado mi práctica profesional estos dos años bajo la ética y legalidad de la especialidad siguiendo las normas del Código Deontológico enfermero (Código Deontológico, 1989). La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta.

Competencia A2: Garantiza la práctica de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.

Actividades:

- Desempeño el papel de consultor cuando los cuidados requieren un nivel de competencia correspondiente al área de especialidad.
- Recoger contributos para el análisis de tomas de decisión con fundamentos.

Reflexión: Durante las prácticas clínicas, he reflexionado sobre los diferentes procesos de tomas de decisión y he reconocido mis competencias en el área de mi especialidad, gracias a las sesiones clínicas en las instituciones donde he realizado las prácticas clínicas dónde se recordaban nuestras responsabilidades profesionales y áreas de mejora.

B – MEJORÍA CONTÍNUA DE LA CALIDAD.

Competencia B1: Garantiza un papel dinamizador en el desarrollo y soporte de las iniciativas estratégicas institucionales en el área de gobernanación clínica.

Actividades:

- Divulgar las experiencias evaluadas con éxito.
- Promover la incorporación de los conocimientos en el área de calidad en la prestación de cuidados.

Reflexión: Durante las prácticas clínicas tanto en asesoría a la lactancia como en biomecánica del embarazo y parto, he incorporado mis conocimientos aprendidos en los cursos de formación continuada.

Competencia B2: Desarrolla prácticas de calidad interviniendo y mejorando en prácticas de mejora continua.

Actividades:

Usar la evidencia científica y normas necesarias para la evaluación de la calidad. Utilizar indicadores e instrumentos adecuados para la evaluación de prácticas clínicas.

Reflexión: Desde que soy enfermera generalista actúo desde la calidad y calidez de cuidados, poniendo en práctica todo lo aprendido, de la misma manera que al asistir tanto a las sesiones clínicas, así como a las formaciones del servicio se desarrollan prácticas de mejora continua, identificando así las oportunidades de mejora y estableciendo prioridades de las mismas. Durante mis prácticas clínicas como enfermera especialista, he asistido a todas las sesiones clínicas que se han producido adquiriendo aquellas actuaciones a mejorar detectadas por otros profesionales.

Competencia B3: Garantiza un ambiente terapéutico y seguro

Actividades:

- Realizar una adecuada higiene de manos
- Realizar todas las actividades de enfermería especialista basadas en los cinco correctos: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, forma de administración correcta, hora correcta.
- Prevenir riesgos ambientales.

Reflexión: Al igual que durante mi experiencia como enfermera generalista, durante las prácticas clínicas he promocionado un clima relacional entre pacientes, clima relacional entre pacientes y profesionales, dinámica de funcionamiento-

terapias. Cooperando en la organización del trabajo de forma que se reduce la probabilidad de que suceda errores humanos. Por ejemplo cada vez que voy a administrar medicación pautada, lo realizo salvaguardando en todo momento la seguridad del paciente(Wright & Bonser, 2020)

C – GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.

Competencia C1: Generar los cuidados de enfermería optimizando la respuesta de su equipo en la articulación de su equipo de salud.

Actividades:

- Colaborar en las decisiones del equipo de salud.
- Orienta la decisión relativa a las tareas a delegar.
- Evaluación de la ejecución de las tareas delegadas

Reflexión: Durante mi formación como enfermera especialista en los distintos hospitales que me he formado siempre he tenido la intención de cooperar con todo el equipo sanitario, formando parte de un gran equipo multidisciplinario.

Competencia C2: Adapta el liderazgo y la gestión de recursos a las situaciones y al contexto, con el objetivo de garantizar la calidad de la atención

Actividades:

- Coordinación con el equipo de prestación de cuidados.
- Aplicación de la legislación, políticas y procedimientos de gestión de cuidados.

Reflexión: El gran objetivo de cada rotatorio ha sido la adaptación al contexto, cultura y junto con los recursos disponibles garantizar una atención de calidad y calidez. Utilizando los recursos de forma eficiente para promover la calidad de los cuidados.

D – DESARROLLO DE LOS APRENDIZAJES PROFESIONALES.

Competencia D1: Desarrolla el autoconocimiento y la asertividad.

Actividades:

- Realización de una actividad de formación continuada
- Utilizar adecuadamente las técnicas de resolución de conflictos.

Reflexión: Durante estos dos años me he formado y estudiado cursos de formación continuada para estar actualizada en la última evidencia disponible. Demostrando así la capacidad de autoconocimiento que es central en la práctica de enfermería reconociendo su interferencia en el establecimiento de relaciones terapéuticas y multiprofesionales.

Durante mis prácticas clínicas, así como durante mi trabajo diario como enfermera

generalista, se presentan distintas situaciones relacionadas con la salud, que generan a los pacientes elevado estrés en un ambiente desconocido para ellos, generando en muchas ocasiones una mala gestión de emociones y enfrentamientos con el personal sanitario.

En este punto, actúo realizando la escucha activa, resolución de conflictos y la asertividad.

Competencia D2: basa su práctica clínica especializada en la evidencia científica.

Actividades:

- Investiga y colabora en estudios de investigación.
- Identifica lagunas de conocimiento y oportunidades relevantes de investigación.

Reflexión:

los orígenes de la Práctica Basada en la Evidencia hay que situarlos en los años ochenta. Fue la universidad canadiense de McMaster quien acuñó la expresión de MBE para referirse a una estrategia de aprendizaje clínico cuyos impulsores la definen como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes”(Sackett et al., 1996).

He aplicado el modelo científico a la práctica asistencial de sus cuidados a través del PAE (Proceso de Atención de Enfermería), permitiendo prestar cuidados de forma racional, sistemática, continua, realista y sobre todo, basado en evidencias científicas.

La enfermería basada en la evidencia (EBE) (Youngblut & Brooten, 2001), es necesaria ya que nuestro trabajo empieza por formular de manera precisa una pregunta en base al problema del paciente, localizar las pruebas disponibles en la literatura, evaluar de forma crítica la validez y la utilidad de esas pruebas, aplicar las conclusiones de esa evaluación a la práctica clínica y evaluar los cambios producidos tras la intervención(Morales-Serrano & Morales-Serrano, 2007)

4.2 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA

Definidos en el Diario de la República, 2ª Serie, nº85, de 3 de mayo de 2019, concretamente en el Reglamento nº391/2019 y constituyen el contenido fundamental de la profesión.

COMPETENCIA 1

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el período preconcepcional.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y comunidad en el ámbito de la

planificación familiar y durante el período preconcepcional, estableciendo e implementando programas de intervención y educación en salud con el fin de promover familias saludables, embarazos planificados y experiencias positivas de sexualidad y paternidad.

- Ejemplo de actividades/Reflexión: He participado en el gabinete de salud sexual y reproductiva durante mis prácticas clínicas en Portugal (Campo Clínico 2), en la consulta de Interrupción Voluntaria al Embarazo, Identificando las necesidades en la educación para la salud de la pareja y las prácticas de riesgo en Salud sexual y reproductiva.

COMPETENCIA 2

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período prenatal.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período prenatal, con el fin de potenciar su salud, detectar y tratar precozmente las complicaciones, promoviendo el bienestar materno-fetal.

- Ejemplo de actividades/Reflexión: Durante mis prácticas clínicas he participado en las consultas de embarazo, realizando educación para la salud, consultas de biomecánica, masajes perineales, etc, anteriormente descritos en el Campo clínico 4. Todas estas actuaciones han sido orientadas al igual que mi práctica clínica según la Teoría de la Consecución del Rol maternal de Mercer(Mercer, 2004; Zambrano-Plata, 2006)

COMPETENCIA 3

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad durante el parto.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y comunidad durante el trabajo de 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.

- Ejemplo de actividades/Reflexión: Durante las prácticas clínicas, mi intención en todo momento era asegurar un ambiente seguro y cálido para la embarazada. Favoreciendo también la intimidad y promocionando un acompañamiento activo por parte de la pareja.

También he participado en la consulta de vigilancia puerperal del recién nacido, durante el primer mes de vida, fomentando la adaptación a la vida extrauterina (Campo clínico 4).

COMPETENCIA 4

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período posnatal.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período posnatal, en el sentido de potenciar la salud de la puérpera y del recién nacido, apoyando el proceso de transición y adaptación a la paternidad

- Ejemplo de actividades/Reflexión: He proporcionado asistencia y cuidados de enfermería y promocionado el acompañamiento de la pareja durante el trabajo de parto o cesáreas He prestado cuidados de enfermería a puérperas en período post-natal inmediato (Período de Greenberg)(Montenegro & Rezende, 2017).

COMPETENCIA 5

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período climatérico.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y comunidad durante el período climatérico, en el sentido de potenciar la salud, apoyando el proceso de transición y adaptación a la menopausia.

- Ejemplo de actividades/Reflexión: Como maestranda he realizado promoción de cuidados a la mujer que atraviesa por la adaptación a la menopausia(Yague-Nogue et al., 2021), promoviendo la salud de la mujer en el proceso de la transición a la menopausia.

COMPETENCIA 6

Cuidar de la mujer inserta en la familia y comunidad para vivir los procesos de salud/enfermedad ginecológica.

Descriptivo: Atiende a la mujer inserta en la familia y la comunidad para vivir procesos de salud/enfermedad ginecológicos con el fin de potenciar la salud

- Ejemplo de actividades/Reflexión: Informa y orienta a la mujer sobre salud ginecológica. Informa y orienta a la mujer sobre recursos de la comunidad en el ámbito de la salud ginecológica promoviendo la decisión elegida.

COMPETENCIA 7

Cuidar del grupo objetivo (mujeres en edad fértil) insertadas en la comunidad.

Descriptivo: Atiende al grupo objetivo promoviendo una atención de calidad, culturalmente sensible y congruente con las necesidades de la población.

- Ejemplo de actividades/Reflexión: Durante el desarrollo de las prácticas clínicas he priorizado las prácticas de salud tradicionales y contemporáneas, insistiendo en sus

riesgos y beneficios para la salud de las mujeres en edad fértil. Realizando también educación para la salud sexual y reproductiva, punto a destacar ya que teniendo en cuenta que las prácticas clínicas se han desarrollado en Portugal y España, primaba la cultura y creencias de la paciente.

5. CONCLUSIONES

El acompañante ideal para la mujer a lo largo de todo el proceso de embarazo y parto es la pareja, por la relación emocional que establece tanto con ella como con su propio hijo. Es por ello que los profesionales sanitarios tenemos un gran reto, fomentar la importancia del acompañamiento de la pareja desde la gestación, el parto y el posparto e incorporarlo a nuestra práctica diaria. Una forma de incorporarlo es teniendo que valorarlo en el partograma, En ninguna de las dos insituciones en las que se realizan las prácticas clínicas, se aplica el partograma recomendado por la OMS en el que tienen en cuenta el acompañamiento de la mujer. Es crucial tener este apartado en el partograma para que las enfermeras especialistas le den más importancia.

Uno de los puntos de mejora de los hospitales debe ser el grado de implicación del padre debe debido a los beneficios para la familia. Ese grado de implicación ocurre dándoles su lugar, escuchándolos y haciéndolos partícipes de las decisiones, ayudándolos como una parte más del proceso que son.

Por todo esto es fundamental incluirlos en los programas de educación maternal, visitas de embarazo y posparto, como participantes del proceso. Así como detectar aquellos acompañantes que bien por desinterés o por miedo, rehúsan el acompañar a sus parejas gestantes desde las primeras visitas de control del embarazo, para poder captarlos y realizar educación para la salud sobre la importancia y beneficios del acompañamiento durante todo el proceso.

Las competencias comunes se han desarrollado desde una perspectiva de organizar el conocimiento sobre gestión de cuidados y resolver problemas que iban aconteciendo en cada campo clínico actuando siempre desde la última evidencia científica disponible.

Las competencias específicas desarrolladas son la clave para el ejercicio particular del conocimiento. La OMS y la en España además la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) dan orientaciones basadas en la más actualizada evidencia científica que todas las matronas deben seguir por el beneficio del cuidado de las mujeres en las distintas etapas de su edad reproductiva.

A pesar de las limitaciones del relatorio esta formación es el primer paso para un futuro de conocimientos a desarrollar en un nivel académico mayor. Además de las competencias profesionales la maestranda tuvo la oportunidad de desarrollarse en otros campos basados en fuentes creíbles con base científica favoreciendo la investigación.

La implicación de la maestranda durante el mestrado como el interés mostrado en la formación complementaria de esta especialidad ha mejorado notablemente su identidad profesional como matrona.

REFERENCIAS

- APA. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. American Psychological Association.
- Araújo, B., Paiva, S., & Paiva, I. (2022). Diabetes gestacional: evolução dos critérios de diagnóstico e terapêutica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 17(2), 47-53.
- Assfaw, H. M., Abuhay, M., & Asratie, M. H. (2022). Desire for Birth Companionship Among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Debremarkos City, Northwest Ethiopia: Magnitude and Associated Factors [Original Research]. *Frontiers in Global Women's Health*, 3.
- Banta, D. (2003). *What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications?* World Health Organization.
- Bardaquim, V. A., & Dias, E. G. (2019). A realização de intercâmbio no doutorado em enfermagem: um relato de experiência. *Journal of Nursing Health*, 9(1).
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *Bjog*, 123(5), 667-670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bull World Health Organ*, 3(3), 355-533.
- Bowlby, J., & World Health, O. (1952). Maternal care and mental health : a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children / John Bowlby. In (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Calais-Germain, B., & Paré, N. (2009). *Parir en movimiento*. La liebre de marzo.
- Carvalho, M. (1997). Diabetes in pregnancy: state of the art in the Mediterranean countries, Portugal. *Ann Ist Super Sanita*, 33(3), 303-306.
- Castledine, G. (1996). Virginia Henderson's legacy. *Br J Nurs*, 5(8), 517. <https://doi.org/10.12968/bjon.1996.5.8.517>
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral de Saúde.
- Eu, K. S., & Chung, C. D. (2022). Impact of suspending labour companionship during the COVID-19 pandemic on intrapartum care and delivery outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 62(3), 413-419. <https://doi.org/10.1111/ajo.13490>
- Fulton, J. S. (1987). Virginia Henderson: theorist, prophet, poet. *ANS Adv Nurs Sci*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/00012272-198710000-00005>
- Garzon, L. (2021). Importancia del ajuste marital de la madre en la sintomatología ansio-depresiva en el posparto. *Psicosomatica y Psiquiatria*, 17.
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco Lcp, A., . . . Berghella, V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- Henderson, V., & ICN. (1960). *Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurses.
- IGAS. (2021). *Guião da Inspeção ao Cumprimento do Direito ao Acompanhamento na Assistência na Gravidez*. Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.
- Jones, D., Roy, C., & Avant, K. (2010). Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, named American Academy Living Legend. *Int J Nurs Terminol Classif*, 21(2), 80-81.

- <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01149.x>
- Kuliukas, L., Bradfield, Z., Costins, P., Duggan, R., Burns, V., Hauck, Y., & Lewis, L. (2020). Midwifery Students': Developing an understanding of being 'with woman', A Qualitative Study. *Midwifery*, *84*, 102658. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102658>
- Lago, A. M., Pan, L. M., Garate, M. O., & Bouza, E. T. (2016). La lenteja de parto: un recurso favorecedor de la movilidad pélvica. *ENE*, *10*.
- Makvandi, S., Latifnejad Roudsari, R., Sadeghi, R., & Karimi, L. (2015). Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*, *41*(11), 1679-1686. <https://doi.org/10.1111/jog.12802>
- Manola, C. C., Melo, E. B., Lau, Y. K., Bedin, L. P., Oliveira, M. V., Almeida, M. A., . . . Machado, P. S. (2020). Conhecer na perspectiva da puérpera a relevância do projeto de assistência ao parto baseada na Teoria de Virgínia Henderson. *Revista Nursing*, *23*(256), 4181-4186.
- Mathews, J. E., Rajaratnam, A., George, A., & Mathai, M. (2007). Comparison of two World Health Organization partographs. *Int J Gynaecol Obstet*, *96*(2), 147-150. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.08.016>
- Mercer, R. T. (1981). The nurse and maternal tasks of early postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs*, *6*(5), 341-345. <https://doi.org/10.1097/00005721-198109000-00012>
- Mercer, R. T. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behavior. *Res Nurs Health*, *9*(1), 25-33. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090106>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*, *36*(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mok, Y. K., Cheung, K. W., Wang, W., Li, R. H. W., Shek, N. W. M., & Yu Ng, E. H. (2022). The effects of not having continuous companion support during labour on pregnancy and neonatal outcomes during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, *108*, 103293. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103293>
- Montenegro, C., & Rezende, J. J. (2017). *Obstetricia Fundamental*. Guanabara Koogan.
- Morales-Serrano, A. D., & Morales-Serrano, N. L. (2007). Epistemología del proceso de enfermería. *Desarrollo Científico en Enfermería*, *15*(2).
- MSC, & OSM. (2012). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Nojima, Y. (1979). Nursing theory by Henderson. Virginia Henderson and the history of nursing theory. *Kango Tenbo*, *4*(10), 949-957.
- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *48*(2), 119-125. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00425-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00425-7)
- Peláez, H. R., & Gallego, I. R. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paterno-filial. *Revisión bibliográfica. Matronas Prof*, *15*(4), e1-e6.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj*, *312*(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sanabria-Martinez, E., Ortiz-Serrano, M., Chávez-Barríos, N., Gordon, G., Ventura-Cornejo, F., & Garcia-Melendez, Z. (2022). Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto. *Alerta - Revista científica del Instituto Nacional*

- de Salud*, 5(1), 57-63.
- Sharma, R. M., Setlur, R., Bhargava, A. K., & Vardhan, S. (2007). Walking Epidural : An Effective Method of Labour Pain Relief. *Med J Armed Forces India*, 63(1), 44-46. [https://doi.org/10.1016/s0377-1237\(07\)80107-9](https://doi.org/10.1016/s0377-1237(07)80107-9)
- SNS. (2010). *Guía de Práctica Clínica en el SNS sobre la Atención al Parto Normal*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- SPD. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional". Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38.
- Teixeira, C., Correia, S., Victora, C. G., & Barros, H. (2013). The Brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. *PLoS One*, 8(3), e60168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060168>
- Trilleros-Gomez, D., & Navarro, A. (2021). Acompañamiento en el parto: ¿capricho o necesidad? *Documentos de trabajo Areandina*(1). <https://doi.org/10.33132/26654644.1898>
- Uceira-Rey, S., Rodriguez-Blanco, M., Martín-Morales, M., & Rodriguez-Czaplicki, J. (2017). Donación de leche materna tras la muerte perinatal y la situación en España. *Muerte y Duelo Perinatal*(3), 20-25.
- Waller-Wise, R. (2013). Utilizing Henderson's nursing theory in childbirth education [Article]. *International Journal of Childbirth Education*, 28, 30+.
- WHO. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*. World Health Organization.
- WHO. (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*. World Health Organization.
- WHO. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization.
- WHO. (2018). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization Copyright © World Health Organization 2018.
- WHO. (2020). *WHO labour care guide: user's manual*. World Health Organization.
- Wright, K. M., & Bonser, M. (2020). The Essential Steps of Medication Administration Practices Project medication administration improvement practices among acute inpatients in a tertiary hospital: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement*, 18(4), 408-419. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000236>
- Yague-Nogue, M., Lasheras-Uriel, A., Redondo-Benito, N., Sanchez-Ortega, D., & Ruiz-Lorente, S. (2021). Proceso atención enfermería mujer durante la menopausia y climaterio. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(6).
- Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: why is it important? *AACN Clin Issues*, 12(4), 468-476. <https://doi.org/10.1097/00044067-200111000-00003>
- Zambrano-Plata, G. E. (2006). Fundamentos teóricos e prácticos del cuidados de la salud materna perinatal durante la etapa gestacional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3).

ANEXOS

Los anexos que se adjuntan se encuentran disponibles por la maestranda en su totalidad para su lectura completa.

ANEXO I. HOJA OBSTÉTRICA. PARTOGRAMA FÍSICO.

Hospital
Cascais

Data: ____/____/____
 LO: ____ S ____ D ____
 IG: ____ Rh ____

Motivo do Internamento: _____
 AP / Complicações na Gravidez: _____

Alergias: _____

Contacto Pessoa Significativa : _____

Serologias	Data	Data	Data
Rubéola			
Toxoplasmose			
VDRL			
Ag HBs			
HIV			
HCV			
CMV			
Ex. Vaginal			

Grav. Anteriores	Data Mês/Ano	Tipo de Parto	Peso RN	Complicações
1	/ /			
2	/ /			
3	/ /			
4	/ /			

Última Ingestão de Alimentos: às ____ dia ____ / ____ / ____

À entrada: _____
 Cervicometria: _____
 Apresentação: _____ BCF: _____ Dinâmica: _____
 BAI/BAR: às ____ dia ____ / ____ / ____ LA: _____
 Sinata Vitais: _____

Prescrições:

Horas

Amo. Medge	Cervicometria	PCP																			
-4 (I)	8	220																			
-3	8	200																			
-2 (II)	7	180																			
-1	6	160																			
0 (III)	5	140																			
+1	4	120																			
+2	3	100																			
+3	2	80																			
+4(V)	1	60																			

Características de Coto

LA _____
 Dinâmica Uterina _____
 CTG _____
 Dur _____
 TA/FC _____
 Temperatura _____
 Glicemia/ Prescénria _____
 Líquidos Administrados _____
 Líquidos Eliminados _____
 Exames Complementares _____
 Anestesia _____

Assinatura _____
 NOTAS DE ENFERMAGEM: _____

Figura 18 Hoja obstétrica y parto grafia físico. Bloque de partos I. Campo clínico 1

ANEXO 2: CONSULTAS DE BAJO RIESGO– ORIENTACIONES DGS

Plan para el embarazo de bajo riesgo según el programa portugués (DGS, 2015). Campo clínico 3.

2.1.7 ESQUEMA E PERIODICIDADE DAS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

Na gravidez de baixo risco preconiza-se:

- Realizar a 1ª consulta, o mais precocemente possível e até às 12 semanas de gravidez (1ºT de gravidez);
- Realizar as consultas de vigilância pré-natal, após a 1ª consulta:
 - a cada 4-6 semanas até às 30 semanas;
 - a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
 - a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto.

Figura 19 Periodicidad de Consultas durante el embarazo de bajo riesgo según DGS

1º Consulta Cálculo Edad Gestacional según Programa Nacional para la vigilancia del embarazo de bajo riesgo(DGS, 2015) en Campo clínico 3.

Tabela 8 - Guia das consultas de Vigilância da Gravidez
1ª CONSULTA – Antes das 12 semanas

DETERMINAR/EFETUAR
<ul style="list-style-type: none">• Dados da consulta pré-concepcional;• Elementos da história clínica;• Avaliação de fatores de risco pré-natal;• Avaliação de fatores de risco social, tais como pobreza, imigração, desemprego, refugiados, condições habitacionais precárias;• Cálculo da IG e DPP;• Avaliação do bem-estar materno (peso e altura – antes da gravidez e atual / índice de massa corporal / pressão arterial (PA) / análise sumária à urina – bacteriúria e proteinúria / pesquisa de edemas / pesquisa de sinais de anemia (coloração da pele, das extremidades e da mucosa oral);• Avaliação da motivação e adaptação pessoal e familiar para o estado de gravidez (desejada/planeada/não aceite);• Exame físico e ginecológico (atenção à genitália externa para deteção de situações de mutilação genital feminina);• Rastreamento da violência nas relações de intimidade através de perguntas tipo, como: “Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar? Tem tido problemas de relacionamento com o seu companheiro? Sente-se segura na sua relação?”;• Preenchimento do BSG;• Avaliação do histórico vacinal.

Figura 20 Consulta edad gestacional según DGS en campo clínico 3

ANEXO3: PROTOCOLOS DE ACTUAÇÃO APLICADOS EN LOS CAMPOS CLÍNICOS

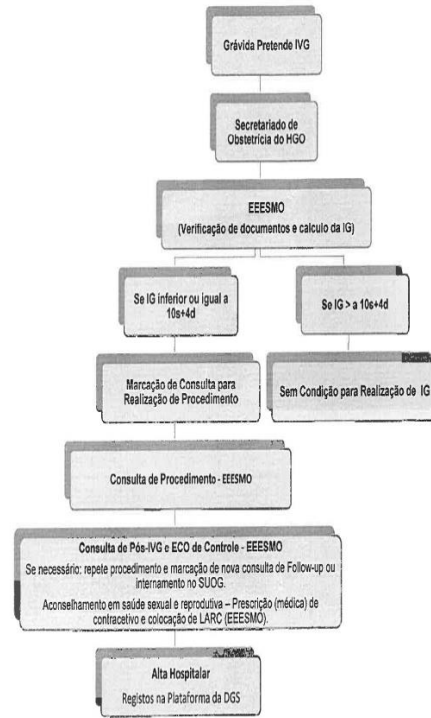
Protocolo medicamentoso IVE. Campo Clínico 3:

	NORMA DE PROCEDIMENTO Consulta de Gravidez Não Desejada [CÓDIGO DO SERVIÇO] – 3XXX	XXXX AN DON XXXX AN DUIN 00
---	--	-----------------------------------

APROVAÇÃO

FINALIDADE:	Uniformizar Procedimentos entre os Profissionais de Saúde
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros e Médicos do Serviço de Ginecologia/Obstetria do HGO, EPE
PALAVRAS-CHAVE:	Gravidez; Interrupção da Gravidez; Consulta de Gravidez Não Desejada.

Fluxograma da Interrupção Voluntária da Gravidez



HGO Med. 74/011	Autores	Alicides Pereira, Ganda Cêncio, Sara Palma, Sónia Nunes, Sónia Fonseca, Manuela Nascimento.	Data de Elaboração	2019.05.01
	Verificação SGCQCSO	[Identificar responsável pela verificação]	Data de Verificação	[insirir data]
	Aprovação	[Identificar responsável pela aprovação]	Data de Aprovação	[insirir data]
	Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	Data de Divulgação	[insirir data]
	Versão	[Indicar versão]	Data de Revisão	[insirir data]
	Norma de Procedimento	Consulta de Gravidez Não Desejada	Versão	Pág. 1 de 9

Este é um documento controlado. A versão eletrónica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre acessado a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais.

Norma de Procedimento	Consulta de Gravidez Não Desejada	Versão	Pág. 8 de 9
-----------------------	-----------------------------------	--------	-------------

Este é um documento controlado. A versão eletrónica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre acessado a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais.

Figura 21 Protocolo medicamentoso IVE Clínico 3

**PROTOCOLO DE LA
ASISTENCIA AL PARTO
EUTÓCICO DE BAJO RIESGO
EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO VIRGEN
MACARENA
(Actualización)**

Figura 22 Protocolo asistencia al parto bajo riesgo 2019 en Campos clínicos 4 y 6

Protocolo. Tratamiento antibiótico en rotura prematura de membranas (RPM) 2020 en Campos clínicos 4 y 6.

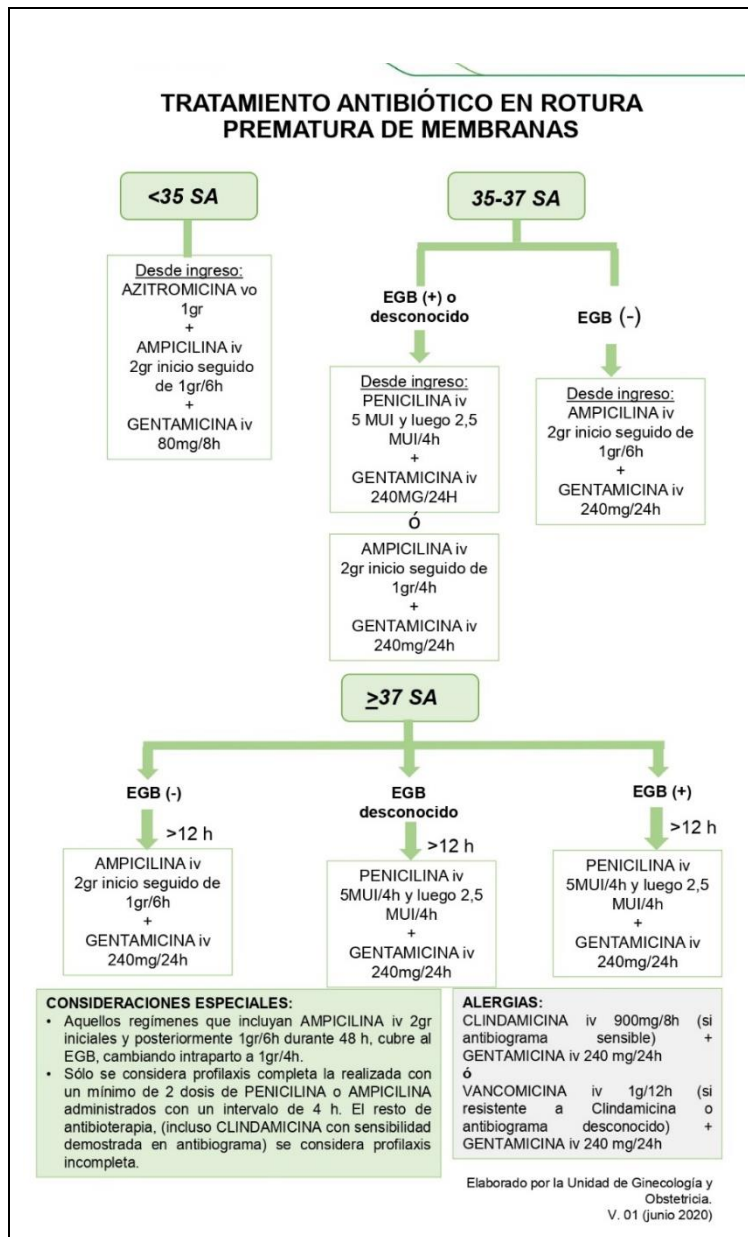


Figura 23 Tratamiento antibiótico en rotura prematura de membranas (RPM)

AMNIOINFUSIÓN TRANSCERVICAL INTRAPARTO

La amnioinfusión intraparto consiste en la introducción a través del cérvix, de una solución fisiológica estéril en el interior de la cavidad amniótica, con el objetivo de aumentar el volumen de líquido intrauterino o de diluir sustancias potencialmente patógenas presentes en él.

INDICACIONES

Las indicaciones de la amnioinfusión intraparto pueden ser terapéuticas o profilácticas.

- **Terapéuticas:** presencia de deceleraciones variables repetitivas
- **Profilácticas:**
 - Oligoamnios
 - Líquido amniótico con meconio espeso

El uso de la amnioinfusión junto con otras maniobras de reanimación intrauterina ha demostrado con nivel de evidencia sólida reducir el número de deceleraciones variables repetitivas, así como la tasa de cesáreas por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Algunos estudios también señalan una disminución en la incidencia de acidemia al nacimiento y mejores puntuaciones de Apgar.

En cuanto a su uso en partos complicados con líquido amniótico meconial la bibliografía muestra resultados variables. Según el último metaanálisis realizado por Hofmeyr en 2014 para la base Cochrane, el uso de la amnioinfusión por meconio no muestra beneficios significativos en centros hospitalarios con vigilancia perinatal estándar.

CONTRAINDICACIONES

Clásicamente se han establecido las siguientes:

Fetales:

- Signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal (contraindicación absoluta)
- Malformaciones congénitas
- Parto inminente
- Embarazo múltiple
- Presentación distinta a la cefálica

Placentarias: (todas suponen contraindicación absoluta)

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Sangrado genital de etiología no filiada

Unidad de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno-Fetal
Versión 01. (Julio 2022)
Página 1 de 4

Figura 24 Tratamiento antibiótico en rotura prematura de membranas (RPM)

Protocolo insulínico intraparto y tras parto 2020 en Campos clínicos 4 y 6.

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

PROTOCOLO INSULÍNICO INTRAPARTO

FECHA: _____

Nº PREPARTO _____

HORA	GLUCEMIA	INSULINA																			
8:00	mg/dl	ml/h	<p>PROTOCOLO:</p> <p>Suero Glucosado (SG) 10% (500ml)+10mEq de ClK en 4 horas 125ml/h.</p> <p>Suero Fisiológico (500ml)+50UI de insulina rápida 1UI/h=10ml/h.</p> <p>GLUCEMIA (mg/dl)</p> <table style="font-size: small; border: none;"> <tr><td><70</td><td>Sin Insulina</td><td></td></tr> <tr><td>70-100</td><td>1UI/h</td><td>10ml/h</td></tr> <tr><td>101-130</td><td>2UI/h</td><td>20ml/h</td></tr> <tr><td>131-160</td><td>3UI/h</td><td>30ml/h</td></tr> <tr><td>161-190</td><td>4UI/h</td><td>40ml/h</td></tr> <tr><td>>190</td><td>5UI/h</td><td>50ml/h</td></tr> </table> <p>TRAS EL PARTO</p> <p>Hasta reiniciar alimentación oral con buena tolerancia</p> <p>*Suero Glucosalino 500ml+ 8mEqClK c/6h -> 80ml/h (2000ml/24h)</p> <p>GLUCEMIAS C/6h + Insulina Regular s.c.</p> <p>140 - 180mg/dl ---> 4 u.i.</p> <p>181 - 240mg/dl ---> 8 u.i.</p> <p>241 - 300mg/dl ---> 12 u.i.</p> <p>> 301mg/dl ---> 15 u.i.</p> <p>*En caso de hipertensa sustituir S. Glucosalino por S. Glucosado 5%: 500ml + 8mEq ClK c/6h -> 80ml/h</p>	<70	Sin Insulina		70-100	1UI/h	10ml/h	101-130	2UI/h	20ml/h	131-160	3UI/h	30ml/h	161-190	4UI/h	40ml/h	>190	5UI/h	50ml/h
<70	Sin Insulina																				
70-100	1UI/h	10ml/h																			
101-130	2UI/h	20ml/h																			
131-160	3UI/h	30ml/h																			
161-190	4UI/h	40ml/h																			
>190	5UI/h	50ml/h																			
9:00	mg/dl	ml/h																			
10:00	mg/dl	ml/h																			
11:00	mg/dl	ml/h																			
12:00	mg/dl	ml/h																			
13:00	mg/dl	ml/h																			
14:00	mg/dl	ml/h																			
15:00	mg/dl	ml/h																			
16:00	mg/dl	ml/h																			
17:00	mg/dl	ml/h																			
18:00	mg/dl	ml/h																			
19:00	mg/dl	ml/h																			
20:00	mg/dl	ml/h																			
21:00	mg/dl	ml/h																			
22:00	mg/dl	ml/h																			
23:00	mg/dl	ml/h																			
0:00	mg/dl	ml/h																			
1:00	mg/dl	ml/h																			
2:00	mg/dl	ml/h																			
3:00	mg/dl	ml/h																			
4:00	mg/dl	ml/h																			
5:00	mg/dl	ml/h																			
6:00	mg/dl	ml/h																			
7:00	mg/dl	ml/h																			

MATRONA REFERENTE D1	Nombre y Apellidos:	Firma:
MATRONA REFERENTE D2	Nombre y Apellidos:	Firma:

Documento elaborado por la Unidad de Ginecología y Obstetricia
Versión 02/2020

Figura 25 Protocolo insulínico intraparto y tras parto

Prog Obstet Ginecol. 2015;58(1):54–64



PROGRESOS de
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

www.elsevier.es/pog



PROTOCOLOS SEGO

Inducción del parto (actualizado julio del 2013)



Induction of labour (updated July 2013)

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Introducción

No hay evidencia que considere la maduración cervical independientemente de la inducción del parto (IDP). Por lo tanto, cuando esté indicada, la maduración cervical se considerará parte de la IDP.

La maduración cervical es un conjunto de cambios bioquímicos y funcionales que ocurren en el tejido conectivo del cérvix, que comienzan en el primer trimestre de la gestación y progresan hasta el término, y cuyo resultado final se traduce en cambios del cérvix tales como reblandecimiento, acortamiento y dilatación.

La IDP es la iniciación del trabajo de parto mediante procedimientos médicos o mecánico antes del comienzo espontáneo del mismo, con el propósito de lograr el parto de la unidad fetoplacentaria.

Es uno de los procedimientos más frecuentes en Obstetricia, incrementándose su uso en todo el mundo de un 9,5% a un 23,2% entre 1990 y 2009. Las IDP en embarazos a término precoz (37-38 semanas) han pasado de un 2 a un 8%, en parte por el aumento de las indicaciones de la IDP por causas ajenas a criterios médicos¹.

La necesidad clínica para realizar una IDP se debe a diversas circunstancias en las que se piensa que el resultado del embarazo será mejor si se interrumpe artificialmente en lugar de dejarse a su evolución natural, lo que confiere a este procedimiento un carácter único en Medicina. Históricamente, se han buscado distintas formas de poner en marcha el proceso del parto, no siempre con éxito. A medida que nos hemos adentrado en el conocimiento acerca de los mecanismos del parto, se han introducido técnicas que reproducen el proceso natural y tienen más probabilidades de éxito.

Este procedimiento no solo tiene implicaciones médicas maternas y/o fetales, sino que afecta también a toda la estructura asistencial, puesto que implica una sobrecarga en las salas de parto con respecto a los partos de inicio espontáneo. Tradicionalmente, la inducción se lleva a cabo durante el día, cuando las salas de dilatación están a menudo ocupadas. La política de inducción, incluyendo indicaciones, métodos y cuidados que se ofrecen, necesita ser continuamente optimizada. La tasa de cesáreas de un hospital va a ser influida de forma importante por el protocolo de IDP, pudiendo incrementar los costes del proceso. Por último, pero no por ello menos importante, la IDP afecta a la vivencia del parto por parte de la mujer. El parto puede ser menos eficiente y más doloroso que el trabajo de parto espontáneo, requiriendo más intervencionismo, ya que se ha descrito en el Reino Unido que en partos inducidos menos de 2/3 de las mujeres daban a luz sin necesidad de intervención, con cerca del 15% de partos instrumentales y un 22% de cesáreas intraparto².

Este protocolo pretende actualizar todo el proceso de la IDP, desde la necesidad inicial de finalizar la gestación hasta el propio inicio del parto, pasando por la selección de las pacientes candidatas, los procedimientos válidos y no válidos para realizar una maduración cervical y la gestión del mismo proceso de IDP. Como necesariamente está imbricado con multitud de protocolos de la SEGO acerca de situaciones específicas del embarazo, remitiremos en dicho caso cada situación a su protocolo específico.

Indicaciones

Indicaciones médicas y obstétricas para finalizar la gestación mediante inducción del parto

La IDP está indicada cuando los riesgos maternos o fetales que se puedan dar al dejar el embarazo a su evolución natural son

Correo electrónico: sego@sego.es.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.002>
0304-5013/© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Figura 26 Protocolo ITP en campos clínicos 4 y 6

- Protocolo Inducción campo clínico 2:

Indução Trabalho de Parto – Serviço de Obstetria, HGO

Nome: _____
Processo: _____

Data de Internamento: _____
i. Gestacional: IO: _____ Apresentação: _____
BAI: Sim Não ILA _____

REBA/RABA dia ____ às ____ h Líquido: Claro LTM

CST anterior: Não Sim Data _____ Motivo: _____

MOTIVO INDUÇÃO:
1.1.Gestacional; 2.RPMT; 3.RPMT; 4.Oligoâmnios(LA<5cm); 5.Hidrâmnios; 6.Macrossomia (>90
7.RCIU; 8.Outra doença fetal; 9.Diabetes; 10.Hipertensão crónica; 11.HTA/Pré-Eclâmpsia;
12.HELLP; 13.Colestase; 14.D.renal; 15.Outra doença inaterna; 16.Motivo social; 17.Fas
latente TP prolongada; 18.Outra

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
1.Nenhum; 2.PPT; 3.HTA/PréEclâmpsia; 4.DiabetesGestacional; 5.1CST; 6.Cescorp/cir. uterina; 7.
Macrossomia; 8.RCIU/PIGtermo(<2500g); 9.FM; 10.DPPNI; 11.Hem. pós parto; 12.Flebotrombose;
13.Infertilidade; 14.Outro _____

OUTRA PATOLOGIA MATERNA OU FETAL: _____

INDUÇÃO:

Data	Hora	Prostaglandina Tipo Dose	Índice de Bishop				Protocolo
			Dilat	Apagam	Apres	Consist.	
		CTG: _____					Contrações: /10min
		CTG: _____					Contrações: /10min
		CTG: _____					Contrações: /10min
		CTG: _____					Contrações: /10min
		CTG: _____					Contrações: /10min
		CTG: _____					Contrações: /10min

Transferência para Bloco de Partos:

Toque:
Motivo: 1. TP 2. CTG não tranquilizador 3. LTM 4. Monit contínua 5. Outro

Taquisist.

Protocolos P1. Rotina P2. RPM P3. Tocólise S. F. P4. Taquic. Fetal
P5. CTG contínuo P6. HTA P7. CST anterior P8. Diabetes
P10. AB profilática P11. Anticoagulação P12. Petidina P13. Ocitocina

Indução Trabalho de Parto – Serviço de Obstetria, HGO

I. Bishop	Posição	Amolecimento	Dilatação	Apagamento	Apresentação
0	Posterior	Firme	0	0-30%	-3
1	Intermédio	Intermédio	1-2	40-50%	-2
2	Anterior	Mole	3-4	60-70%	-1/0
3			>5	>80%	+1

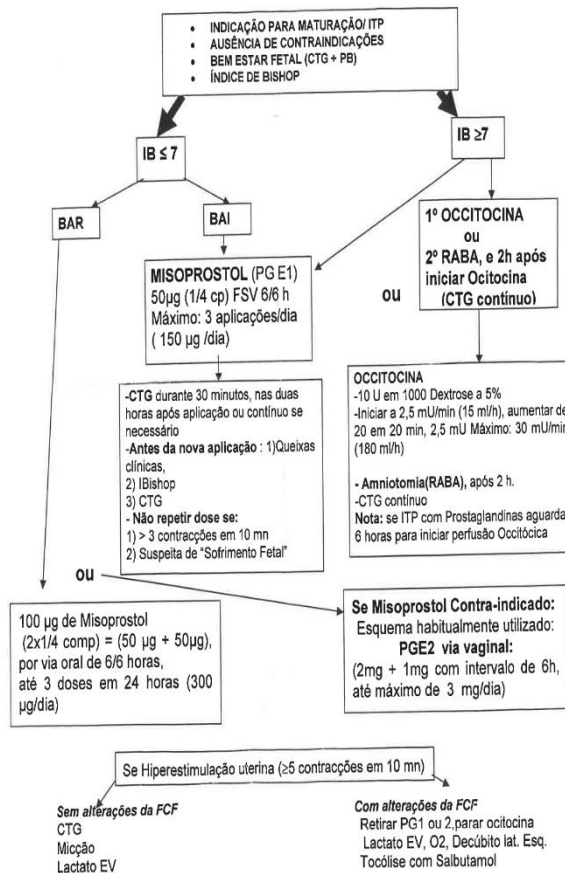


Figura 27 Protocolo ITP

- Protocolo de actuación ante situación de pérdidas fetales 2021 en Campos clínicos 4 y 6

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA SOLICITUD DE RESTOS FETALES

1. INTRODUCCIÓN

Ante la solicitud de restos fetales, es necesario estandarizar y homogeneizar la actuación de los profesionales del Hospital, de manera que la tramitación se produzca de forma coordinada y uniforme.

Desde la perspectiva técnico jurídica, resulta imprescindible dar debido cumplimiento a lo dispuesto tanto en lo establecido en la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, como en el Decreto 95/2001, de 3 de abril por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. Todo ello, en el contexto aportado por la sentencia del Tribunal Constitucional 11/2016, de 1 de febrero de 2016.

2. OBJETIVOS

- Satisfacer la seguridad jurídica del Hospital, garantizando el estricto cumplimiento de la legalidad en materia registral y de Policía Sanitaria Mortuoria.
- Favorecer que el derecho a la intimidad personal y familiar, reconocido en el art. 18.1 C.E., sea ejercido con las mayores garantías, con especial consideración al aspecto moral y emocional de los interesados.

3. TIPOS DE SOLICITUDES DE RESTOS FETALES

Los progenitores pueden solicitar los restos fetales en dos situaciones:

- 3.1. La retirada de los restos del hijo no nacido para la gestión del destino final de aquéllos.
- 3.2. La retirada de los restos del hijo no nacido para su inscripción en el legajo de criaturas abortivas, al objeto de expedición de licencia de enterramiento.

Figura 28 Protocolo de actuación ante situación de pérdidas fetales

- Protocolo Duelo perinatal 2020 en campos clínicos 4 y 6.

**PROTOCOLO DE DUELO PERINATAL HOSPITAL
UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA**



1. ÍNDICE

INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN (Pag.2)

DEFINICIONES (Pag.3)

OBJETIVOS (Pag.4)

ÁMBITO DE APLICACIÓN (Pag.4)

PROFESIONALES IMPLICADOS (Pag.4)

DESCRIPCIÓN (Pag.4)

7.1 Sospecha de muerte perinatal detectada en Atención Primaria (Pag.4)

7.2 Hospital: Urgencias Obstetricia- Ginecología (Pag.5)

7.3 Ingreso en parto (Pag.6)

7.3.1 Buenas prácticas durante la estancia en unidad de parto (Pag.6)

7.4 Parto (Pag.9)

7.4.1. Recibimiento en paritorio (Pag.9)

7.4.2. Atención durante el periodo expulsivo (Pag.9)

7.4.3. Presentación del recién nacido (Pag.10)

7.5 Postparto inmediato (Pag.11)

7.6 Hospitalización en planta (Pag.15)

7.7 Manejo de la lactancia en caso de pérdida perinatal (Pag.17)

7.7.1 Inhibición farmacológica (Pag.18)

7.7.2 Inhibir la lactancia paulatinamente y sin fármacos: inhibición fisiológica (Pag.18)

7.7.3 Donación de leche materna a banco del Hospital Virgen del Rocío (Pag.20)

7.7.4 Uso para otros hijos (Pag.20)

7.8 Atención Primaria tras alta hospitalaria (Pag.20)

7.8.1 Acogida de la matrona en AP (Pag.20)

7.8.2 1ª Visita. En la primera semana tras el alta hospitalaria (Pag.21)

7.8.3. 2ª Visita: a los 50-60 días tras la pérdida (Pag.22)

7.8.4. 3ª Visita: revisión en caso de sospecha de duelo disfuncional (Pag.23)

7.8.5 Consulta preconcepcional y consejo en caso de deseo de nuevo embarazo (Pag.23)

7.8.6 Otras situaciones en relación al duelo perinatal: interrupción voluntaria del embarazo (IVE) e interrupción legal del embarazo (ILE) (Pag.24)

Protocolo Duelo perinatal HUV
Elaborado por grupo de trabajo de Mejora de la Analgesia Obstétrica HUV
Versión 1, octubre 2020

Página 1 de 45

Anexo 6: Diagrama de flujos

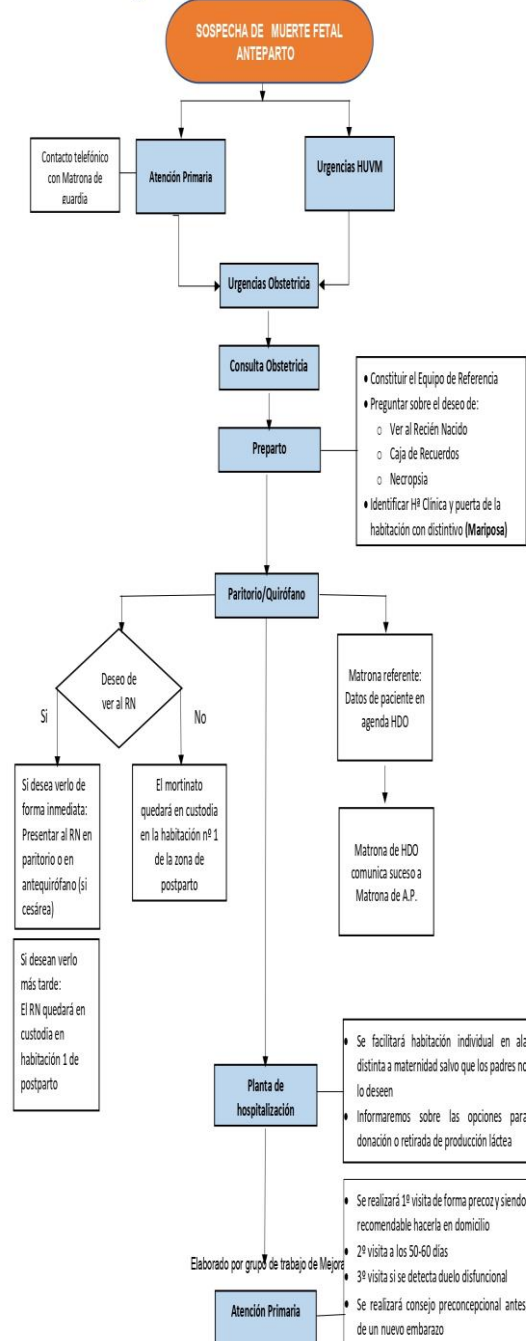


Figura 29 Protocolo Duelo perinatal 2020 en campos clínicos 4 y 6

- Partograma OMS 2022 Español.

	POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			NOMBRES Y APELLIDOS	da	mes	año	Nº DE HISTORIA CLÍNICA
	PARIDAD	TODAS	MULTÍPARAS	MULTÍPARAS		PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS				
	MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS				
		0.15	0.15	0.05	0.30	0.20				
VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10		0.25	0.25	0.10	0.35	0.35				
		0.35	0.40	0.25	0.40	0.50				
		1.00	0.55	0.35	1.00	1.05				
		1.15	1.25	1.05	1.30	1.25				
		2.10	2.30	2.30	3.15	2.30				

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

	Parto	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	-1	-2	-3	-4

PLANOS DE HODGEY		●
VARIEDAD DE POSICIÓN		○
DILATACIÓN CERVICAL		—
ROTURA ESPONTÁNEA MEMB.		(REM)
ROTURA ARTIFICIAL MEMB.		(RAM)
INTENSIDAD	LOCALIZACIÓN	
Fuerte	Suprapúbico	SP
Normal	Sacro	S
Debil		

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO

HORA REAL

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR	Localiz.	Intens.														

Figura 30 Partograma OMS traducido al español 2022

APÉNDICE B: HOJA OBSTÉTRICA CAMPO CLÍNICO 4. BLOQUE DE PARTOS 1 Y 2

Hospital: [REDACTED]

PARTOGRAMA/HOJA OBSTÉTRICA

APELLIDOS: [REDACTED] Episodio: [REDACTED]
 NOMBRE: [REDACTED] CAMA: 1191

INGRESO Motivo: Pródromos parto

Antecedentes AO: Anexectomía Dcha.
 No refiere AP ni Familiares.

Alergias NRAMC

Embarazo actual Fórmula Obstétrica: G 2 P 1 A C V 1 FUR 12/08/21 FPP 20/05/22 EG 39 0

SI Embarazo normal EGB Negativo HbsAg Negativo VHC Negativo VIH Negativo
 Embarazo patológico

TA	PULSO			Temperatura			Feto	Único
PUNTUACIÓN	0	1	2	3				
Dilatación	0	1-2	3-4				Presentación	Cefálica
Borramiento	0-30	40-50	60-70				Membranas	Integras
Consistencia	Dura	Media	Blanda				Amniorrexis	Artificial 12/05/22 12:40
Posición	Posterior	Media	Cerrado				Líquido	Claro
Altura Fetal	Ses	I	II					
TOTAL	0	RCTG	reactivo, buena variabilidad, FCFbasal +/-140lpm, no desacelerativo. DU irregular					

INICIO PARTO Espontáneo Estimulación Inducción

Obs/Medicación 10.00h Ingresa por RCTG no tranquilizador para estimulación.
 Acepta y firma CI.
 Se canaliza vía periférica y se inicia sueroterapia.

11H:Epidural s/I
 12:40 BEG, no refiere dolor, analgesia bien tolerada
 Valoración: Cx semicentrado, 3cm, B 80% grueso, CEFSESP-I. Amniorrexis fluye LA claro.
 RCTG: Reactivo, FCFbasal 140lpm, ritmo ondulatorio, con ascensos, buena variabilidad. DU regular

13:18 Valoración Cx centrado .5cm, B, blando, CEFSESP-I, fluye LA Claro.
 RCG: Reactivo, FCFbasal 140lpm, ritmo ondulatorio, con ascensos, buena variabilidad. DU regular
 Biomecánica postural.

13:40 RCG: Reactivo, FCFbasal 140lpm, ritmo ondulatorio, con ascensos, buena variabilidad. DU regular
 Vaciado vesical
 Valoración: D completa. CEFPII
 Se avisa a tocólogo.

Datos Parto Fecha 12/05/22 Hora 14:20 Tipo EUTOCICO

Epistomía SI

Anestesia/analgesia Epidural Desgarros D II Otros PERINEAL MLATERAL SUTURADO

Incidencias parto

Figura 32 Hoja Obstétrica del periodo de prácticas clínicas

APÉNDICE C: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. VIGILANCIA Y CUIDADOS A PARTURIENTAS SALUDABLES EN CAMPO CLÍNICO 1.

El primer periodo de prácticas clínicas fue tutorizado en Bloque de partos desde el 13 de septiembre hasta el 24 de octubre de 2021 tal y como se observa en la figura 3.

*Por protección de datos de las parturientas atendidas se han eliminado de la tabla datos referente a la fecha.

Nº	Local	Fecha	Edad	Índice Obstétrico	Edad Gestacional	Analgesia	CTG	Cervicometria	Admisión	Tutor
1	Pt-Cc	09.2021	32	1,0,0,2	40,0	SI	Sim	4cm		ESMO AR
2	Pt-Cc	09.2021	36	2,1,0,0	38,0	SI	Sim	4cm		ESMO AR
3	Pt-Cc	09.2021	34	1,0,0,0	38,0	SI	Sim	4cm		ESMO AR
4	Pt-Cc	09.2021	32	2,0,1,0	37,0	SI	Sim	10cm		ESMO AR
5	Pt-Cc	09.2021	26	1,0,0,0	38,3	SI	Sim	8cm		ESMO AR
6	Pt-Cc	09.2021	30	1,0,0,0	37,3	SI	Sim	6cm		ESMO AR
7	Pt-Cc	09.2021	31	3,1,1,0	39,0	SI	Sim	8cm		ESMO AR
8	Pt-Cc	09.2021	27	1,0,0,0	41,0	SI	Sim	3cm		ESMO AR
9	Pt-Cc	09.2021	36	2,0,0,1	40,0	SI	Sim	6cm		ESMO AR
10	Pt-Cc	09.2021	25	3,1,0,2	40,2	SI	Sim	8cm		ESMO AR
11	Pt-Cc	09.2021	29	2,1,0,0	40,5	SI	Sim	4cm		ESMO AR
12	Pt-Cc	09.2021	32	2,0,0,1	37,0	NO	Sim	6cm		ESMO AR
13	Pt-Cc	09.2021	31	1,0,0,0	38,0	SI	Sim	2cm		ESMO AR
14	Pt-Cc	09.2021	42	3,2,0,0	37,4	SI	Sim	6cm		ESMO AR
15	Pt-Cc	10.2021	39	4,3,0,0	39,0	NO	Sim	4cm		ESMO AR
16	Pt-Cc	10.2021	27	2,0,0,1	40,0	SI	Sim	8cm		ESMO AR
17	Pt-Cc	10.2021	25	1,0,0,0	39,3	SI	Sim	6cm		ESMO AR
18	Pt-Cc	10.2021	24	1,0,0,0	38,5	SI	Sim	3cm		ESMO AR

Figura 33 Vigilancia y cuidados a parturientas saludables en Campo Clínico 1

*APÉNDICE D: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.
PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS DURANTE EL CAMPO CLÍNICO 2.*

Hospitalización obstétrica

El campo clínico 2 los motivos de ingreso en hospitalización obstétrica fueron variados, pero los más frecuentes están registrados en la siguiente tabla.

Tabla 2. Patologías obstétricas atendidas durante el Campo Clínico 2

Patología	Nº Casos	%
RCTG no tranquilizador	3	3,45
Amenaza de parto prematuro gemelar	1	1,15
Colelitiasis gestacional	2	2,30
Diabetes gestacional	15	17,24
Inducción trabajo parto	40	45,98
Aborto tardío	2	2,30
RPM	9	10,34
Hipertensión inducida por la gestación	2	2,30
APPT	7	8,05
Pielonefritis	3	3,45
Hidramnios (ILA 30)	1	1,15
Drenaje de quiste de ovario	1	1,15
Trombosis venosa profunda.	1	1,15
Total	87	100,00

Los cuidados prestados a las pacientes ingresadas marcaban su interés por la diversidad. En la siguiente tabla se muestra las pacientes atendidas:

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
33	Hiperemésis gravídica con cetonuria. Gestación gemelar	AP: hipoacusia tras infección congénita con rubéola. AO: Cesárea 32sg por RPM	IG:7s+4d IO:0101 Constantes vitales. Vía venosa periférica	Vacunada Covid Neg 26/1.
43	Vigilancia por ICP patológico. HTA crónica no medicada Diabetes gestacional	AO: Cesárea en 2004 1Aborto ectópico Padre del bebé	IG:31s + 1 Día. IO:1011 GS: A+	No vacunada. Covid neg 21/10 e 25/10 repetir el 01/11. Transferida de Hospital VFX. Administradas Betas 15 y 16/09. Administrado Atosiban + sulfato de Mg.
31	Desaceleración FCF en admisión	AP: HTA crónica no medicada. Diabetes gestacional (metformina+ insulina). Obesidad, hipotiroidismo, urticaria crónica.	Vigilancia materno-fetal. ICP patológico. Ecografía 25/10. RCF (P-1.7) sin alteración de flujos	Vacunada. Covid neg 23/10
27	Amenaza de parto prematuro gemelar	AO: 1 PE 2016 IG:25+3 IO:1001 GS:0+	Constantes vitales. Vía venosa periférica obturada. Toco 2 veces /día Permiso para levantarse solo al WC Streptococo B NEG 22/10. 26/10 Ecografía fetal	No vacunada. Covid Neg 19/10. Betas administradas 19-20/10/2021 + Atosiban + Indometacina Resultado 21/10 Urocultivo con sonda vesical NEGATIVO
26	Colelitiasis gestacional	AO: PTE 2018 IG: 36+4 IO:1001 GS: AB+	Constantes vitales RCTG 2veces/día Ecografía fetal 27/10	Vacunada. Covid Neg 21/10 Resultados 25/10 Hb:12.8mg/dL + alteraciones en enzimas pancreáticas
36	Rotura prematura de membranas Líquido claro.	AP: Hipotiroidismo.Bypass gástrico en 2008. IG:31+6 IO:0000 GS:A-	Administrado Sulfato de magnesio en Bloque de Partos + Betas 18-19/10/2021 Eco 22/10 no realizada. Pendiente realizar 25/10 Urocultivo 29/10	No vacunada. Covid neg 18-19-23/10/2021 repetir 30/10/2021 Resultados 25/10: Hb:12.8mg/dL , PCR 0.10
31	RCTG no tranquilizador	PTE en 2018 IG:40+1 IO:1001 GS: B+	Stress test negativo. SBG Neg 27/09	No vacunada. Covid neg 26/10 Repetir 29/10/2022

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
31	Aborto tardío IG:20+5 Expulsó 12h20 del 25/10. MFetal masculino 630gr	IO:0020 AO: 1 GE, salpinguectomía izq 2020. 1AE 2021 AP: HPV. GS: 0+	Constantes vitales. Vía venosa periférica + antibioticos IV HTA crónica , si TA mayor a 140/90 mmHg realizar tira de TA.	No vacunada. Covid neg 20-24/10/2021 repetir el 31/10/2021 Resultados 24/10 Hb: 12.1mg/dL PCR:4.73
31	Aborto tardío pos protusión de BA en vagina	AO: Muerte fetal en 2016. 1 Cesárea en 2019 a las 39semanas por PPTP IG:22+5sg GS:0+	Constantes vitales. Vía venosa periférica. Interconsulta con psicología. 25/10 y 26/10 27/10 analítica	No vacunada. Covid neg 16-17-21/10/2021 Repetir 28/10. Resultados 24/10 Hb: 12.6mg/dL PCR 3.85 25/10 HB:10.6mg/dL PCR 6.06
32	IMG T18	Alérgica a AAS. AO: 4004 IG:13+6 GS:0+	25/10 Mifepristone 26/10 11:50 400mcg Mifepristone Paracetamol IV Expulsó a las 14:30 (26/10) Se realizó curetage uterino paracervical + sedación. Se realizó control ecográfico.	No vacunada . Covid neg 25/10 repetir 28/10 No come carne, intolerante a la lactosa
40	Inducción trabajo parto	AO: 1 cesárea en 2013 IG: 41sg IO1051 SBG neg 30/09	04/11 11:50 Inicia inducción con propress	No vacunada Covid negativo 03/11 repetir 06/11
32	Inducción trabajo parto	AO: 2PE 1 AE 1 IVG. IG:41sg IO:2022 SBG desconocido	04/11 Comienza inducción con Misoprostol 50mcg vaginal. Esquema oral 6-6horas	No vacunada. Covid neg 03/11 repetir 06/11
32	Inducción trabajo parto	IG:41sg IO:0000 Alérgica Paracetamol, ibuprofeno, Penicilina	04/11 11H: Comienza inducción con Misoprostol 50mcg sublingual Esquema oral 6/6horas	No vacunada. Covid neg03/11 repetir 06/11
21	Sospecha de pielonefritis	IG: 31+1 GS:0+ IO0000	Constantes vitales. Vía venosa periférica + antibioterapia IV	No vacunada. Covid neg 3/11 repetir 09/11 Resultados 3/11: Hb: 11.1mg/dL PCR:5.47 Urocultivo positivo.
33	RPM a las 11h el	IG:31sg	RCTG 1 vez/ turno	Vacunada Covid neg 01/11 Transferida de Hospital

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
	01/11/2021	IO:0000 GS:0+	Antibioterapia oral Leucocitos y PCR diarios. Ecografía 03/11 ok. LA reducido.	Administradas Betas 1-2/11/2021 Resultados: 03/11 Hb:11.2 mg/dL PCR:1.04 04/11 Leucos 21 PCR 0.34
39	REBA LC 04/11	IO: 0000 IG:39 GS:0+ AP: Epilepsia medicada	RCTG 1 vez / turno	Vacunada. Covid neg 05/11 repetir 09/11
34	ITP	IO:1001 IG:39+1 GS: 0+ Diabetes gestacional con metformina. SB Neg 08/10	RCTG 3 veces/turno.	Vacunada. Covid neg 05/11 repetir 09/11
27	ITP	IO:1001 IG:41+2 GS:A+ SBG + AP ITU persistente	05/11 10h55 50mcg misoprostol vaginal. Esquema oral 4/4h	vacunada covid neg 04/11 Repetir 07/11
28	ICP Patológico. Gemelar bicorial / biarnniótico	AO: 3 PTE. IO3003 IG:29+5 GS: 0-	RCTG 2 veces día Repetir flujos en 48H si todo ok puede irse de Alta con eco para el día 09/11	Vacunada. Covid neg 04/11 Resultados: 04/11 Hb:10.8mg/dL. Serologías negativas. Pendiente urocultivo
24	Hipertensión inducida por la gestación	AP: Asma, ERGE, obesidad. IO: 0000 IG:33+3 GS: A- Alergia a la naranja	Constantes vitales. RCTG 1 vez / día Análisis pendientes. Eco 06/11 Feto cefálico	No vacunada. Covid neg 05/11 Repetir 09/11 Betas 5-6/11 Administrado sulfato de magnesio 5-6/11 IG anti D 06/10
20	APPT	IO:0101 IG:31+6 GS:0+ cuello 18mm Feto cefálico ILA 8.5	Constantes vitales. Se puede levantar para el WC. RCTG 1 vez/ día Vía venosa periférica obstruida Cursada eco 3º trimestre. *Sospecha de pediculosis*	No vacunada. Covid neg 5/11 repetir 09/11. Transferida del Hospital de Évora. Gestación no vigilada. Betas 5-6/11 Atosiban 5-6/11 Cursado apoyo social

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
33	Coletiasis gestacional + ITP	IO:1001 IG:36+1 GS:AB+ SB +	06/11 11:40 Se comienza inducción con Propess. 07/11 10:30 retirado propess Stripping. 13:20 50mcg misoprostol oral. Esquema oral 4/4	Vacunada. Covid neg 03-06/11 repetir 09/11
27	ITP	IO:0000 IG:41+1 GS:A+	08/11 10:45 Se comienza inducción con prosting Gel . Consentimientos I. Firmados.	No vacunado. Covid negativo 06/11 repetir el 09/11
26	ITP	IO:3013 IG:41s GS: A+ SBG Neg 22/10 Alergia a salbutamol. AP: Asma, depresión con tratamiento. Fluoxetine.	08/11 Se comienza inducción 50mcg a las 10:40 Esquema oral 6/6horas	No vacunada covid negativo 06/11 repetir 09/11
28	APPT	IO: 1001 IG:33 GS: A+ AP: Vaginosis.	RCTG 2 veces /día Vía venosa periférica obturada. Análisis 10/11 Eco 10/11	Vacunada. Covid neg 07/11 Betas 7-8/11 Atosiban 07/11 Resultados: 08/11 Hb:7.5mg/dL (se administró Fe IV) 07/11 Urocultivo.+ exudado vaginal.
26	RPM 10H 08/11 Líquido claro	IO:0000 IG:38+6 GS:B+	1 vómito en el turno. SBG Neg 16/10	Vacunada. Covid negativo 08/11 repetir 11/11
43	RPMP 7H 08/11	IO: 0000 IG:40+6 GS:A+	Diabetes gestacional controlada con dieta. BMTayuno 83mg/dL Vía venosa periférica obturada	Vacunada. Covid negativo 08/11 repetir 11/11
20	Bradycardia fetal en eco 08/11	IO:0000 IG:34sg GS: B -	RCTG 3 veces/ día Vía venosa periférica obturada. SB desconocido.	Vacunada.Covid negativo 08/11 Betas 8-9/11 Atosiban admnistrado.
26	RCTG no tranquilizador	IO:0000 IG:39+1 GS:A+ Alérgica a penicilina	RCTG 2 por turno. Constantes vitales Plano de parto	No vacunada. Covid negativo 10/11 repetir 14/11.
31	Hipertensión inducida.	IO:2002	09/11	No vacunada. Covid neg 08/11. Repetir 11/11

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
	Cesárea 10/11 por presentación pélvica.	IG:41+2 SB Neg 03/11	11:20 Propess, RCTG no tranquilizador se retiró a las 21:50 23H 2 Puff de salbutamol. Vía venosa periférica	
32	APPT Cuello con 12mm	IG:34+1sg IO:1031 GS:A+ AP: Rinitis.	Constantes vitales. RCTG 1 vez/ día. Pendiente administrar 2º dosis de betametasona	Vino de angola hace 2 semanas aún sin visado en portugal.
31	Pielonefritis	IO:1001 IG: 13+4 GS: A+	Urocultivo + E.Coli + (17/11) Antibioterapia oral. Eco 19/11. Próxima exo 13/01/22 Ecodoppler 1 vez por turno.	Resultados: 17/11 PCR: 2.7 18/11 Hb: 11.3 Leucos 16.3 PCR 5.67 Serologías VDRL Negativo. 19/11 Función tiroidea.
31	Hemorragia tercer trimestre.	IO:0000 IG:32+3sg GS: A+ AP: Hipotiroidismo gestacional	Reposo absoluto. Vía venosa periférica. RCTG 3 veces/día. Medias de compresión. Pendiente Ecografía 23/11	Vacunada. Covid neg 17/11 Betas 17-18/11/2021 Placenta previa marginal con pequeño desprendimiento del borde inferior.
28	APPT	IO:0000 IG:35+2 GS:A+ AC: ORL hace 5 años.	Toco 1 vez por turnos o si quejas. Permiso para levantarse al wc. vía venosa periférica.	No vacunada. Covid neg 20/11 repetir 27/11 Atosiban administrado. Betas 18-19/2021
22	Hidramnios (ILA 30)	AO:1001 IG:35+2 GS:A+	RCTG 3 veces/día 22/11 Eco 24/11 Urocultivo.	No vacunada. Covid neg 20/11 repetir 24/11
26	Drenaje de quiste de ovario izquierdo por punción percutánea 1L	IO:0000 IG:33+1 GS:0+ AP: SOP, Crecimiento fetal retardado por quiste.	RCTG 2 veces/turno Ecografía 22/11 Presenta candidiasis vagianl- Inicia clortimazol crema + óvulos.	No vacunada. Covid Neg 12-16/11 repetir 23/11 Betas 11-12/11/2021. Bolus atosiban.
23	Trombosis venosa profunda ilio-femoral izquierda	IO: 2002 IG: 29+2 GS: A+ AP: Gestación no vigilada.	RCTG 1 vez/ turno. Medias de compresión. Derivada a la asistencia social.	No vacunada. Covid neg 13-17/11/2021 repetir 24/11 Origen rumano. Betas 17-18/11/2021

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS	OBSERVACIONES
32	APPT colo con 27mm	IO:0000 IG:32+5 sg GS: AB+ SB 22/11? Alergia a augmentine. AP: hipotiroidismo post-tiroidectomía. AC: Safenectomía bilateral	Reposo relativo. RCTG 1 al día. Administrado atosiban Betas 20-21/11/2021	Vacunada. Covid neg 20/11 Transferida del Hospital Santa maría.
27	RPM Oligoamnios	Diabetes gestacional. AP: rinitis alérgica.	Betas 22-23/11 Eco 23-24/ 11 Eco 22-26/11	No vacunada. Covid neg 19/11 Repite 23/11
32	RPM 1h50 de 22/11	IO:1021 IG:39+6 GS:A+ SB neg 11/10	RCTG por turno	Vacunada. Pendiente resultado AGcovid.

*APÉNDICE E: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.
PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS DURANTE EL CAMPO CLÍNICO 2.*

Hospitalización Ginecológica

En el mismo Campo Clínico 2 tuve la oportunidad de tener contacto con casos de ginecología. Hubo necesidad de estudiar y revisar algunos manuales de ginecología ya que eran muy diversas. Curiosamente en esta especialidad se aprendieron otras formas de actuación o de tratamiento diferentes a España.

A continuación, están registradas en la tabla las distintas patologías observadas durante este periodo.

Tabla 4. Patologías ginecológicas atendidas durante el campo clínico 2

Patología	Nº casos	%
mastectomía	8	21,05
Gestación ectópica	3	7,89
Laparoscopia/Salpinguectomía /Absceso vaginal.	5	13,16
Histerectomía vaginal	5	13,16
Linfadenectomía pélvica y paraaórtica	1	2,63
Tumor pélvico	5	13,16
Istmoplastia vaginal	2	5,26
Interrupción voluntaria gestación	4	10,53
Corrección de cistocele	4	10,53
Stents uretrales bilaterales/laparotomía exploradora.	1	2,63
Total	38	100

Las mujeres asistidas y los cuidados de enfermería realizados a las pacientes ingresadas en el área ginecológica, se detallan en la siguiente tabla:

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
72	mastectomía mama izquierda	AP: Sin antecedentes de interés	Constantes vitales. Marcación con arpón. Linfocitografía.	Vacunada con dos dosis . Covid negativo.03/11
50	cuadrantectomía mama derecha	AP: Sin antecedentes de interés AC: Amigdalectomía. IC auricular	Constantes vitales. Linfocitografía. Marcación con arpón.	Vacunada. Covid negativo 03/11
63	mastectomía bilateral	AP: Sin antecedentes de interés.	Constantes vitales. Linfocitografía. Marcación con arpón.	Vacunada 1 dosis 08/2021 . Covid negativo 03/11
27	Gestación ectópica derecha. Salpinguectomía derecha por laparoscopia	AP: Disminución auditiva por otitis de repetición en infancia. Usa prótesis auditiva bilateral. FIV. IO:0000 GS?	Constantes vitales. Vía venosa periférica-sueroterapia. Analgesia pautaada. Pendiente micción postoperatorio. Se puede levantar, dolor mal controlado. Hb:13mg/dL	Vacunada. Covid neg 03/11
28	Laparoscopia diagnóstica. Salpinguectomía bilateral+excisión de absceso vaginal.	AP: Ansiedad. AC: Laparoscopia por quistes ováricos y adherencias por endometriosis (2019)	Pendiente de subir de quirófano	No vacunada. Covid neg 03/11. Repetir 08/11. Intolerancia a la lactosa.
73	Laparotomía exploradora, éxeris parcial de trompa y anexo izquierdo	AP: Hipertensión, EPOC, Rinitis alérgica	Constantes vitales. Vía venosa periférica. Antibioterapia IV, Analgesia IV. Dieta ligera por vómitos. Diuresis espontánea post-operatorio. Pendiente análisis 05/11	Vacunada.Covid neg 29/10. Urocultivo 19/10 negativo. Biopsia abdominal pendiente. Analítica 03/11 Hb:10.3mg/dL PCR7.28
54	Histerectomía vaginal	AP: Ansiedad, con tratamiento domiciliario	Constantes vitales. Consentimientos informados firmados.	Vacunada. Covid neg 03/11
42	Éxeris de nódulo de mama derecha	AP: Sin antecedentes	Marcación con arpón. Consentimiento informado	No Vacunada. Covid neg 03/11 repetir covid 07/11
73	Linfadenectomía pélvica y paraaórtica	AP: Hipertensión medicada. Diabetes Mellitus TII, EPOC. Exfumadora. Anemia por vitamina B12. Ansiedad medicada. Gastrectomía total en 2008	Constantes vitales.Vía venosa periférica obturada.Diuresis espontánea post-operatoria. Analgesia IV	Vacunada. Covid Neg 31/10. Alergia a Contraste Iodado. 03/11 Hb: 9.4mg/ dL Administrado 2 Venofer IV.
50	Tumor pélvico	AP: Depresión. AC: Hemorroidectomía. Colocación de stens bilaterales ureterales 29/10	Constantes vitales, Pendiente citar para biopsia. Realizar analítica antes de biopsia.	Vacunada. Covid neg 07/11
48	Tumor Pélvico + Tromboembolismo pulmonar	AP: depresión, psoriasis. Nódulo de mama derecha en estudio. AC: Laparoscopia en 09/21 y 20/21	Fentanilo Transdérmico cada 72H (cambiar 11/11) Oxigenoterapia si Sat <95%. Pendiente de citas con urología, psicología y de la unidad del dolor. Precisa de analgesia de rescate. Reevaluada por anestesiista por flebitis en brazo izq.	Vacunada. Covid neg 06/11. Se realizó Realizó TAC ya visto por cardiología. Visto por dietista y Medicina Interna. Análisis 09/11 HB: 9.5mg /dL
38	Laparoscopia diagnóstica + quistectomía de ovario derecho	AP: útero miomatoso. Bocio en eutiroidismo . AC: Cesárea hace 18 meses, miomectomía en 2019	Constantes vitales, vía venosa periférica, analgesia intravenosa. Orina espontánea tras intervención	Vacunada. Covid neg 09/11. Paciente tranferida del Hospital de Setúbal.
58	Revisión local de cirugía previa en labio derecho. Quiste retirado en 15 días	AP: Asma. Quiste de retención infectado en labio derecho de 4cm. AC: 6 cirugías en brazo derecho. Éxeris de absceso en labio derecho de 4cm el 29/10/2021	Vía venosa periférica. Inicia tolerancia con líquidos. Revisión de herida quirúrgica. Constantes vitales	Vacunada . Covid neg 09/11

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
40	Istmoplastia vaginal	AP: Ansiedad, En tratamiento con Fluoxetina. Ac: Cirugía Miembro inferior izquierdo 2011 AC: Cesárea gemelar 2008.	Consentimientos informados firmados. Preanestesia realizada.	Vacunada. Covid neg 09/11. Paciente tranferida del Hospital de Setúbal.
79	Tumor pélvico	AP: Patología osteoarticular de columna, diverticulosis, hernia de hiato, hipertensión arterial. Síndrome vertiginoso. Alergia a Penicilina	Constantes vitales. Vía venosa periférica. Pendiente de citar para colonoscopia + endoscopia digestiva alta. Pendiente valoración por psicóloga + unidad del dolor + urología. Biopsia abdominal el 09/11. Vigilar apósito compresivo. Analgesia pautada.	Vacunada. Covid neg 05/11. Tac Tórax 08/11. Pendiente de Hemocultivo 06/11 y de urocultivo 07/11. Resultados analítica 08/11 Hb: 8.5mg/dL
34	Miomectomía vía laparoscopia.	AP: Infertilidad. Útero miomatoso. AC: Quiste sinovial izquierdo.	Constantes vitales. Vía venosa periférica. Realizadas pruebas cruzadas. Alérgica a la Canela.	Vacunada. Covid neg 09/11. Paciente tranferida del Hospital de Setúbal.
21	Interrupción voluntaria gestación 12 semanas + 1 día. Víctima violencia de género.	AP: Sin antecedentes.	4 comprimidos de misoprostol 13:50 el 11/11 GS:0+ Rh+	Vacunada Covid neg 10/11
25	Interrupción voluntaria embarazo 12semanas+3 días	AP: Sin antecedentes.	Inició su proceso el 27/10 Aborto Fallido. 15/11 2cp mifepristone 16/11: 15H30 4cp misoprostol . 20h 2 comp miso sublingual. Se ha realizado ecografía.	2º Intentos de aborto fallido. Continúa el feto con latido.
51	Corrección de cistocele y suspensión de cúpula vaginal 15/11	AP: Hipertensión no medicada, ansiedad, fibromialgia, bulimia, fumadora, hipoacusia. AC: Cirugía ovárica. Amigdalectomía. Esfácelo pierna. Cirugía gástrica por hernia vaginal con salpingectomía subtotal, corrección de cistocele y colocación de Sling TO (2016) Hemorroidectomía	Constantes vitales. Con enoxaparina a las 7h. Medicación habitual toma de forma autónoma. Cursado exudado vaginal + urocultivo + Rx de tórax. Si fiebre extraer 2 tandas de Hemocultivos.	Vacunada Covid neg13/11 . Alergia a cidreira. Hemoglobina post operatorio 12.4mg/dL, 16/11 HB:10.9md/dL PCR2.51
75	Corrección de cistocele y suspensión de cúpula vaginal Sling TO	AP: Diabetes TII, Hipertensión, Síndrome de ovario poliquístico. CIPAP NOCTURNO. AC: Cirugía de varices. Cirugía cataratas ojo dcho.	Constantes vitales. BMT. Analgesia pautada. Hb postoperatorio 11.9mg/dL	Vacunada Covid Neg 13/11
57	Corrección de cistocele Sling TO 15/11	AP:HTA, dislipidemia, ansiedad con ataques de pánico, depresión, hipotiroidismo, osteoporosis, Cancer de útero hizo quimioterapia. AC:Cesarea, apendicectomía, lobectomía. Tratamiento de aneurisma cerebral en 2019	Constantes vitales. Diuresis espontánea tras quirófano. Cefalea intensa Analgesia IV. Analítica hoy.	Vacunada. Covid Neg 16/11. Vista por Neurología . Análisis + angiotac craneo encefálico 16/11
24	Gestación ectópica izquierda. Laparoscopia diagnóstica + salpingectomía	AP: Bartolinitis de repetición	Constantes vitales. Vía venosa periférica. Ayunas desde las 24H. Consentimiento informado firmado.	No vacunada. Covid neg 16/11. Pruebas cruzadas realizadas 2 concentrados de hematies reservados.
39	Histeroscopia diagnóstica + revisión de istmocele el 11/11	AC: 2 cesáreas. Hernia diafragmática. Apendicectomía. Excisión de tejido mamario ectópico en axila. Abdominoplastia. Mamoplastia de aumento.3 cirugías en útero 2 laparoscópicas y 1 vaginal.		Vacunada. Covid neg 09/ 11
58	Mastectomía raical modificada	AP: Síndrome de Jogren. AC: Cesárea , Amidalectomía	Constantes vitales. Dos drenajes, Curas a diario.	No vacunada. Covid neg 17/11 Repetir 21/11
56	Quadrantectomía de mama izquierda	AP:Patología osteoarticular. Neuropatía periférica localizada en contexto de quadrantectomía	Constantes vitales, 1 drenaje. Curas a diario	Vacunada, Covid Neg 17/11

EDAD	DIAGNÓSTICO	ANTECEDENTES	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OBSERVACIONES
48	Colocación de stents uretrales bilaterales + laparotomía exploradora.	AP: depresión, psoriasis. Tromboembolismo pulmonar. AC: Laparoscopia en 09/2021 y 10/2021	Constantes vitales. Realizar curas a diario. Rx de abdomen. Parches de fentanilo transdérmico cada 72h (cambiar 20/11) Analítica sanguínea 21/11	Vacunada. Covid Neg 06/11 y 15/11. Resultados de Analítica 19/11: Hb:9.9mg/dL, PCR:29.01
71	Salpingo-oufrectomía izquierda laparoscópica	AP: Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia AC: Hemorroidectomía Alergia a Buscapam	Consentimientos informados firmados. Preparación para quirófano. Vía venosa periférica obturada.	Vacunada. Covid neg 10/11
79	Tumor pélvico	AP: Patología osteoarticular de columna, diverticulitis, hernia de hiato, hipertensión, síndrome vertiginoso	A la espera de marcación con arpón. Biopsia marcada con ecografía y Rx tórax. Análisis pendientes	Vacunada, covid neg 5/11 A la espera de resultado de hemocultivos 06/11 y urocultivo 07/11
63	Excisión de ganglio centinela bilateral. Cuadrantectomía bilateral	AP: Dislipidemia, AC: Slings TO 2018	Analgesia vía oral. 2 drenajes, 1 derecho 25cc seroso 1 izq 20 cc seroso.	Vacunada. Covid neg 03/11 Medias de compresión

APÉNDICE F: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. CONSULTA IVE CAMPO CLÍNICO 3.

Debido a la alta incidencia de gestantes menores de edad que acudían a consulta sin previo aviso de sus progenitores, realicé un pequeño estudio observacional de la incidencia de estas gestantes en este período de prácticas clínicas. Se encuentran los resultados en la figura 1.

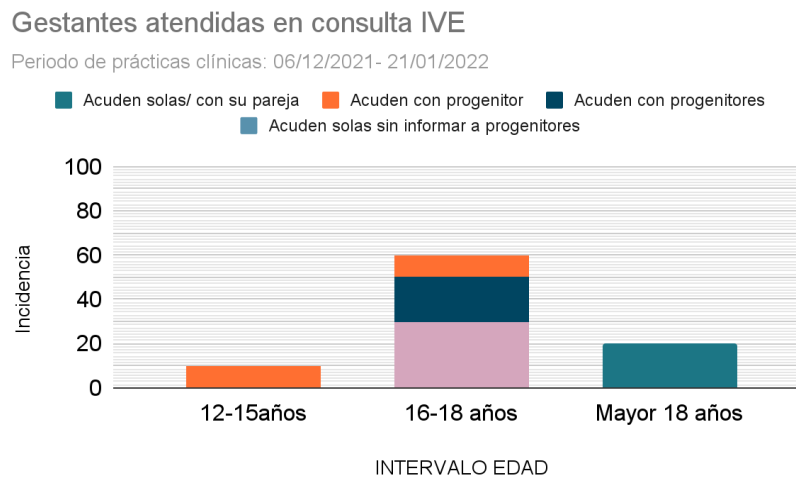


Figura 8. Representación de las gestantes en la consulta de IVE

Se puede observar que, de un total de 90 gestantes, 60 tenían una edad comprendida entre 16-18 años, de las cuales tan solo 10 venían acompañadas por su progenitor. El resto 50 venían con sus parejas en su mayoría menores de edad o solas. Las gestantes menores de 16 años fueron un total de 10 que acudieron todas acompañadas por su progenitor. Tan solo fueron 20 las usuarias que acudieron a consulta con 18 o más años.

APÉNDICE G: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. BLOQUE DE PARTOS 2 Y 3. CAMPOS CLÍNICOS 4 y 6.

En la siguiente tabla, se describe los partos asistidos y acompañados por la maestranda durante los campos clínicos 4 y 6.

**Datos específicos de la columna “Fecha” de la siguiente tabla han sido eliminados por protección de datos de las mujeres atendidas.*

Tabla 6. Partos asistidos y acompañados durante los campos clínicos 4 y 6.

Nº	Local	Fecha	Edad	Índice Obstétrico	Edad Gestacional	Analgesia	CTG	Cervicometría Admisión	Tutor
19	Esp-BP	03.2022	35	1,0,0,0	38,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	7CM	Matron MS
20	Esp-BP	03.2022	32	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
21	Esp-BP	03.2022	30	2,1,0,0	37,3	NO	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
22	Esp-BP	03.2022	38	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS
23	Esp-BP	03.2022	39	1,0,0,0	40,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
24	Esp-BP	03.2022	35	2,0,0,1	40,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
25	Esp-BP	03.2022	37	3,2,0,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
26	Esp-BP	03.2022	33	1,0,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
27	Esp-BP	03.2022	29	1,0,0,0	40,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDOS	Matron MS
28	Esp-BP	03.2022	34	1,0,0,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
29	Esp-BP	03.2022	32	1,0,0,0	41,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
30	Esp-BP	03.2022	35	1,0,0,0	38,1	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
31	Esp-BP	03.2022	33	2,1,0,0	38,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
32	Esp-BP	03.2022	39	1,0,0,0	40,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
33	Esp-BP	03.2022	42	1,0,0,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
34	Esp-BP	03.2022	35	2,1,0,0	41,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
35	Esp-BP	03.2022	36	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
36	Esp-BP	03.2022	41	3,0,1,1	40,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
37	Esp-BP	03.2022	40	3,0,2,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
38	Esp-BP	03.2022	45	1,0,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA GEMELAR PROGRAMADA	Matron MS
39	Esp-BP	03.2022	37	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	7CM	Matron MS
40	Esp-BP	03.2022	40	2,0,0,2	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
41	Esp-BP	03.2022	37	2,1,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
42	Esp-BP	03.2022	32	2,1,0,0	35,1	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
43	Esp-BP	03.2022	38	1,0,0,0	40,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
44	Esp-BP	03.2022	42	2,0,2,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
45	Esp-BP	03.2022	36	2,1,0,0	37,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
46	Esp-BP	03.2022	35	1,0,0,0	37,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
47	Esp-BP	03.2022	34	1,0,0,0	41,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
48	Esp-BP	03.2022	37	2,1,0,0	40,5	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	9CM	Matron MS
49	Esp-BP	03.2022	37	1,0,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
50	Esp-BP	03.2022	36	2,1,0,0	40,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
51	Esp-BP	03.2022	39	1,0,0,0	37,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
52	Esp-BP	03.2022	36	2,0,1,0	36,3	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS

53	Esp-BP	03.2022	34	1,0,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
54	Esp-BP	03.2022	32	2,1,0,0	36,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
55	Esp-BP	03.2022	38	4,2,0,0	40,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
56	Esp-BP	03.2022	38	1,0,0,0	39,4	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
57	Esp-BP	03.2022	36	1,0,0,0	37,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
58	Esp-BP	03.2022	35	3,2,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRMAADA	Matron MS
59	Esp-BP	03.2022	35	1,0,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA GEMELAR PROGRAMADA	Matron MS
60	Esp-BP	03.2022	37	2,1,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
61	Esp-BP	04.2022	37	1,0,0,0	38,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
62	Esp-BP	04.2022	33	2,1,0,0	36,5	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
63	Esp-BP	04.2022	40	5,0,3,1	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
64	Esp-BP	04.2022	35	2,1,0,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3 CM	Matron MS
65	Esp-BP	04.2022	33	2,1,0,0	40,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
66	Esp-BP	04.2022	37	6,1,0,0	40,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
67	Esp-BP	04.2022	31	1,0,0,0	37,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
68	Esp-BP	04.2022	35	1,0,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
69	Esp-BP	04.2022	38	2,1,0,0	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
70	Esp-BP	04.2022	33	3,0,0,2	36,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
71	Esp-BP	04.2022	35	1,0,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
72	Esp-BP	04.2022	37	1,0,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
73	Esp-BP	04.2022	38	2,1,0,0	37,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
74	Esp-BP	04.2022	36	4,0,3,0	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
75	Esp-BP	04.2022	37	1,0,0,0	36,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
76	Esp-BP	04.2022	38	3,0,2,0	35,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
77	Esp-BP	04.2022	35	1,0,0,0	37,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS AMPLIOS	Matron MS
78	Esp-BP	04.2022	35	2,1,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
79	Esp-BP	04.2022	33	4,3,0,0	41,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
80	Esp-BP	04.2022	37	1,0,0,0	38,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
81	Esp-BP	04.2022	35	1,0,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
82	Esp-BP	04.2022	33	2,0,0,1	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
83	Esp-BP	04.2022	33	3,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
84	Esp-BP	04.2022	35	4,0,0,3	40,4	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
85	Esp-BP	04.2022	33	1,0,0,0	38,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
86	Esp-BP	04.2022	35	2,1,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
87	Esp-BP	04.2022	37	2,0,1,0	39,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
88	Esp-BP	04.2022	36	3,0,2,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
89	Esp-BP	04.2022	36	3,2,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
90	Esp-BP	05.2022	37	1,0,0,0	41,0	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	CESÁREA URGENTE	Matron MS
91	Esp-BP	05.2022	35	1,0,0,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
92	Esp-BP	05.2022	33	2,1,0,0	36,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
93	Esp-BP	05.2022	35	3,2,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
94	Esp-BP	05.2022	31	1,0,0,0	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS

95	Esp-BP	05.2022	41	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS
96	Esp-BP	05.2022	33	2,1,0,0	38,3	RAQUIDURAL	TRANQUILIZADOR	10CM	Matron MS
97	Esp-BP	05.2022	34	3,0,2,0	39,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
98	Esp-BP	05.2022	40	2,0,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
99	Esp-BP	05.2022	38	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS
100	Esp-BP	05.2022	41	1,0,0,0	37,6	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	CESÁREA URGENTE	Matron MS
101	Esp-BP	05.2022	40	1,0,0,0	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
102	Esp-BP	05.2022	37	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
103	Esp-BP	05.2022	39	3,1,0,1	39,5	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
104	Esp-BP	05.2022	42	1,0,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
105	Esp-BP	05.2022	38	1,0,0,0	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A UN DEDO	Matron MS
106	Esp-BP	05.2022	35	1,0,0,0	39,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
107	Esp-BP	05.2022	37	2,0,0,1	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2 DEDOS	Matron MS
108	Esp-BP	05.2022	36	2,0,1,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
109	Esp-BP	05.2022	40	1,0,0,0	37,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
110	Esp-BP	05.2022	39	3,0,0,2	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS
111	Esp-BP	05.2022	37	3,2,0,0	35,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
112	Esp-BP	05.2022	43	1,0,0,0	39,4	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
113	Esp-BP	05.2022	41	1,0,0,0	39,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
114	Esp-BP	06.2022	37	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
115	Esp-BP	06.2022	35	1,0,0,0	38,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
116	Esp-BP	06.2022	39	3,0,0,2	39,0	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	SUBPERMEABLE	Matron MS
117	Esp-BP	06.2022	37	4,0,3,0	41,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
118	Esp-BP	06.2022	35	1,0,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
119	Esp-BP	06.2022	45	1,0,0,0	40,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	2DEDOS AMPLIOS	Matron MS
120	Esp-BP	06.2022	37	2,0,1,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
121	Esp-BP	06.2022	38	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESAREA PROGRAMADA	Matron MS
122	Esp-BP	06.2022	37	2,1,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
123	Esp-BP	06.2022	39	2,1,0,0	38,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
124	Esp-BP	06.2022	40	4,2,0,1	41,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
125	Esp-BP	06.2022	37	1,0,0,0	38,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
126	Esp-BP	06.2022	31	1,0,0,0	39,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
127	Esp-BP	06.2022	42	1,0,0,0	38,5	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
128	Esp-BP	06.2022	36	2,0,0,1	37,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 2DEDOS	Matron MS
129	Esp-BP	06.2022	39	2,1,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
130	Esp-BP	06.2022	38	4,3,0,0	40,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	PERMEABLE A 1 DEDO	Matron MS
131	Esp-BP	06.2022	41	1,0,0,0	41,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESAREA PROGRAMADA	Matron MS
132	Esp-BP	06.2022	43	1,0,0,0	39,0	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	4CM	Matron MS
133	Esp-BP	06.2022	37	2,0,1,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS
134	Esp-BP	06.2022	42	1,0,0,0	39,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESAREA PROGRAMADA	Matron MS
135	Esp-BP	06.2022	44	1,0,0,0	38,1	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	7CM	Matron MS
136	Esp-BP	06.2022	39	2,0,1,0	37,2	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
137	Esp-BP	06.2022	35	2,1,0,0	38,3	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS

138	Esp-BP	06.2022	34	2,1,0,0	37,6	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	8CM	Matron MS
139	Esp-BP	06.2022	33	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
140	Esp-BP	06.2022	39	3,0,0,2	36,0	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	CESÁREA URGENTE	Matron MS
141	Esp-BP	06.2022	41	1,0,0,0	38,0	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	CESÁREA PROGRAMADA	Matron MS
142	Esp-BP	06.2022	39	2,0,1,0	38,4	EPIDURAL	TRANQUILIZADOR	5CM	Matron MS
143	Esp-BP	06.2022	38	2,1,0,0	37,3	NO	TRANQUILIZADOR	3CM	Matron MS
144	Esp-BP	06.2022	35	2,1,0,0	36,4	EPIDURAL	NO TRANQUILIZADOR	6CM	Matron MS

APÉNDICE H: ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS. PUERPERIO. CAMPO CLÍNICO 5.

En la siguiente tabla se detallan los casos de púerperas atendidas durante el Campo Clínico 5.

Durante el campo clínico 5 también se atendieron a las púerperas que fueron acompañadas y/o asistidas por la maestranda. Sumando un total de 101 púerperas atendidas sin factores de riesgo, 22 púerperas de riesgo Se representan en la siguiente Tabla 7 y en la Figura 9 que representa los acompañados durante el Campo Clínico 4.

**Los datos de la columna “Fecha” de la siguiente tabla han sido eliminados por protección de datos de las mujeres atendidas.*

Nº	Local	Fecha	Edad	Índice Obstétrico	Edad Gestacional	Tipo de parto	Situación en Postparto	Supervisor
1	Esp-Puerp		38	2,0,1,0	36+2	Cesárea	Embarazo de riesgo Diabetes gestacional	Matron MS
2	Esp-Puerp		31	2,0,0,1	38	Distócico	Embarazo de riesgo Preclampsia	Matron MS
3	Esp- Puerp		37	1,0,0,0	39	Cesárea	Embarazo de riesgo RPM + Fiebre	Matron MS
4	Esp-Puerp		10	3,2,0,2	37	Eutócico	Sin incidencias. Evolución favorable.	Matron MS
5	Esp- Puerp		39	1,0,0,0	36	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
6	Esp-Puerp		34	2,0,0,1	39+3	Eutócico	Diabetes Gestacional.	Matron MS
7	Esp-Puerp		40	2,0,0,1	40	Cesárea progra/	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
8	Esp-Puerp		39	3,0,2,0	41	Distócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
9	Esp-Puerp		35	2,0,0,1	41+1	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
10	Esp-Puerp		42	1,0,0,0	41+5	Distócico	Hipotensión en puerperio inmediato. Resuelto. Evolución favorable.	Matron MS
11	Esp-Puerp		40	2,1,0,1	38	Eutócico	Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
12	Esp-Puerp		39	1,0,0,0	39+3	Distócico	HTA crónica mal controlada. Involución uterina favorable.	Matron MS
13	Esp-Puerp		37	1,0,0,0	38+3	Distócico	Dolor mal controlado loquios. Involución uterina favorable.	Matron MS
14	Esp-Puerp		39	2,0,1,0	39	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
15	Esp-Puerp		30	1,0,0,0	37	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
16	Esp-Puerp		35	2,0,0,1	36+5	Distócico	Dolor mal controlado en sutura perineal. Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
17	Esp-Puerp		36	3,0,0,2	38	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
18	Esp-Puerp		37	2,0,0,1	38+1	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
19	Esp-Puerp		39	1,0,0,0	39+3	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
20	Esp-Puerp		41	3,0,0,2	37+2	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
21	Esp-Puerp		40	2,0,0,1	39	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
22	Esp-Puerp		39	1,0,0,0	35	Distócico	HTA mal controlada. Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
23	Esp-Puerp		42	2,0,0,2	40	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
24	Esp-Puerp		39	2,0,1,0	41+2	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS

25	Esp-Puerp		40	2,1,0,1	40	Distócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
26	Esp-Puerp		38	2,0,0,1	41+1	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
27	Esp-Puerp		39	3,0,1,1	39	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
28	Esp-Puerp		37	5,0,4,0	38+5	Distócico	Dolor mal controlado sutura perineal.. Involución uterina Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
29	Esp-Puerp		36	2,0,0,1	37+5	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
30	Esp-Puerp		35	2,0,1,0	37	Eutócico	HTA mal controlada ,Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
31	Esp-Puerp		33	2,1,0,1	36+5	Eutócico	Eclampsia Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
32	Esp-Puerp		37	3,1,0,2	37+5	Cesárea progra/	Evolución No favorable. Atonía uterina. UCI	Matron MS
33	Esp-Puerp		38	1,0,0,0	38+3	Distócico	Dolor mal controlado sutura perineal. Involución uterina favorable.	Matron MS
34	Esp-Puerp		31	3,1,1,1	38	Distócico	Evolución Favorable. Sin incidencias maternas.. RN Riesgo.	Matron MS
35	Esp-Puerp		35	2,0,0,1	37	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
36	Esp-Puerp		37	1,0,0,0	36+3	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
37	Esp-Puerp		38	3,1,1,1	34	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
38	Esp-Puerp		41	2,0,0,1	37+3	Distócico	Evolución Favorable. Sin incidencias. RN Riesgo.	Matron MS
39	Esp-Puerp		42	1,0,0,0	38+3	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
40	Esp-Puerp		44	1,0,0,0	39	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
41	Esp-Puerp		38	2,1,0,1	40+2	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
42	Esp-Puerp		45	3,1,1,1	41+5	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
43	Esp-Puerp		41	2,0,0,1	40	Eutócico	Involución uterina Favorable. Dolor mal controlado.	Matron MS
44	Esp-Puerp		39	1,0,0,0	41+5	Eutócico	Enfermedad Materna genética rara. Evolución Favorable. Sin incidencias.	Matron MS
45	Esp-Puerp		40	2,1,0,1	36+6	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
46	Esp-Puerp		43	1,0,0,0	37+5	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
47	Esp-Puerp		34	1,0,0,0	38+1	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS
48	Esp-Puerp		36	2,0,1,0	39	Distócico	Dolor mal controlado. Involución uterina favorable.	Matron MS
49	Esp-Puerp		38	1,0,0,0	37+5	Distócico	Diabetes gestacional mal controlada. Evolución favorable. Sin incidencias.	Matron MS
50	Esp-Puerp		31	1,0,0,0	38+3	Eutócico	Dolor sutura perineal mal tolerado. Involución uterina favorable.	Matron MS
51	Esp-Puerp		30	1,0,1,0	36+5	Distócico	Loquios abundantes, reevaluación. (masaje uterino). Involución uterina favorable	Matron MS
52	Esp-Puerp		37	3,0,0,2	37+1	Distócico	Obesidad Grado III Evolución favorable. Sin incidencias.	Matron MS
53	Esp-Puerp		41	1,0,0,0	40	Eutócico	Sin incidencias. Evolución Favorable.	Matron MS

En la tabla 8 se describen los recién nacidos atendidos y las observaciones detectadas por la maestranda durante el campo clínico 5. Durante el campo clínico 4 también se atendieron a las púerperas que fueron acompañadas por la maestranda. Siendo un total de 113 recién nacidos normales y 10 recién nacidos de riesgo.

**Los datos de la columna “Fecha” de la siguiente tabla han sido eliminados por protección de datos de las mujeres atendidas.*

Nº	Local	Fecha	Edad Gestacional	Observaciones	Supervisor
1	Esp-Puerp		36+2	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
2	Esp-Puerp		38	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
3	Esp-Puerp		39	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
4	Esp-Puerp		37	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
5	Esp-Puerp		36	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
6	Esp-Puerp		39+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
7	Esp-Puerp		40	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
8	Esp-Puerp		41	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
9	Esp-Puerp		41+1	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
10	Esp-Puerp		41+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
11	Esp-Puerp		38	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
12	Esp-Puerp		39+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
13	Esp-Puerp		38+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
14	Esp-Puerp		39	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
15	Esp-Puerp		37	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS

16	Esp-Puerp		36+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
17	Esp-Puerp		38	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel. Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
18	Esp-Puerp		38+1	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
19	Esp-Puerp		39+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
20	Esp-Puerp		37+2	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
21	Esp-Puerp		39	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
22	Esp-Puerp		35	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
23	Esp-Puerp		40	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
24	Esp-Puerp		41+2	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
25	Esp-Puerp		40	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
26	Esp-Puerp		41+1	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
27	Esp-Puerp		39	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
28	Esp-Puerp		38+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
29	Esp-Puerp		37+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
30	Esp-Puerp		37	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
31	Esp-Puerp		36+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
32	Esp-Puerp		37+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
33	Esp-Puerp		38+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
34	Esp-Puerp		38	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
35	Esp-Puerp		37	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS

36	Esp-Puerp		36+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
37	Esp-Puerp		34	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
38	Esp-Puerp		37+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
39	Esp-Puerp		38+3	Bradycardia fetal, que se soluciona de manera espontánea. Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
40	Esp-Puerp		39	Hipoglucemia corregida con Biberón. Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
41	Esp-Puerp		40+2	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
42	Esp-Puerp		41+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
43	Esp-Puerp		40	Profilaxis ocular antibiótica Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
44	Esp-Puerp		41+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
45	Esp-Puerp		36+6	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
46	Esp-Puerp		37+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
47	Esp-Puerp		38+1	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
48	Esp-Puerp		39	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
49	Esp-Puerp		37+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
50	Esp-Puerp		38+3	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
51	Esp-Puerp		36+5	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel Desea Lactancia artificial, Asesorio.	Matron MS
52	Esp-Puerp		37+1	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS
53	Esp-Puerp		40	Profilaxis ocular antibiótica. Vitamina K. Profilaxis antihemolítica. Buen estado general. Piel con piel . Asesorio Lactancia Materna	Matron MS

Registro de puérperas atendidas em Campo clínico 4 y 5.

uo évora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
 SÃO PAULO DE CEUS

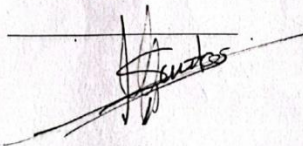
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Plano de Registo - Puérperas
 Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
 Ano 2º Semestre 2º
 Ano Letivo 2021 / 2022

Nome do Aluno Ana Bela Martim Góes Nº 101785

Data	Puerperas normais	Puerperas de risco	RN normal	RN de risco	Observações
20/04	2	3	5		DG / Percebeira, PPA
25/04	2	1	3		DG
26/04	3		3		
28/04	2	1	3		HTA
02/05	1		1		
09/05	3		3		
10/05	3	1	4		HTA
12/05	2		2		
16/05	4		4		
19/05	1		1		
23/05	2	2	4		HTA / edema
24/05	5		4	2	Beberdo Fetal
25/05	5		3		ENaterua
26/05	5	1	6		DG / desidrat (cordão)
29/05	3	2	4	1	
30/05	4	2	6		S fetal / DG
31/05	3		3		
21/06	3	1	3		① Feb (na) (Morte Fetal) APP (305)
08/06	2	2	3	2	DG / HTA
07/06	2	2	3	2	S fetal (Tapi cordão)
09/06	2	2	3		① Feb (na) (Morte Fetal) APP (150)
15/06			3		
16/06			6		
20/06		1	4	2	APP (3658)
21/06			5		
23/06		2	2	2	S fetal
27/06			4		
28/06		0	3		
29/06		1	3		obstetrical
30/06			4	1	
TOTAIS	101	22	115	10	

Bloco FETOS

Rubrica do Supervisor



Escaneado con CamScanner

APÉNDICE I: ESTRATEGIAS DE REFLEXIONES TEMÁTICAS.

*Actualmente todos los cursos que se detallan a continuación están en curso, es por ello que no están finalizados.

- ❖ Curso 1: Optimización de posiciones materno-fetales. Curso online de Shiran Efrati. Febrero 2022



Figura 34 Curso Online Optimización de posiciones materno-fetales

- ❖ Curso 2: Asinclitismo. Cómo resolverlo. Webinar Shiran Efrati. Mayo 2022.



Figura 35 Webinar. Asinclitismo, cómo resolverlo.

- ❖ Curso 3: Bebés en posterior. Actuación enfermera especialista. Webinar. Shiran Efrati Mayo 2022.



Figura 36 Webinar: *Bebés en posterior*.

- ❖ Curso 4: Encajamiento y rotación. Curso online de Shiran Efrati. Junio 2022



Figura 37 Curso online *Encajamiento y Rotación*

- ❖ Curso 5: Curso Online Sutura perineal. Helena Eyimi. Junio 2022

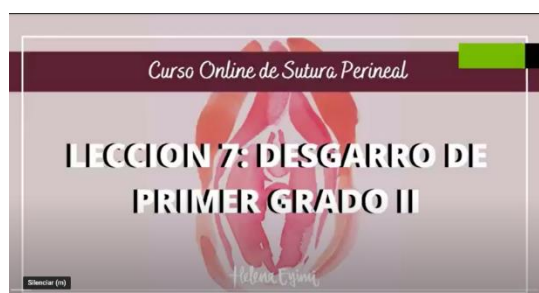


Figura 38 Curso online *optimización de posiciones materno-fetales*

- ❖ Curso 6: Taller online. Recursos para gestionar el dolor. Emilio Bastida. Agosto 2022



Figura 39 Taller online. Recursos para gestionar el dolor.

- ❖ Curso 7.Lactualizate. Lactancia Mixta. Curso online de Carmen Vega. Agosto 2022



Figura 40 Curso online Carmen Vega. Lactancia Mixta

APÉNDICE J: TABLAS RESUMEN DE LA BÚSQUEDA BASE DE DATOS.

Análisis de los estudios.

Los artículos se incluyen si se trata de un informe original, que incluya desde la perspectiva de la mujer y/o su acompañante, la percepción de las características del acompañante en el parto. El concepto de "compañero en TP" se refiere a "cualquier persona elegida por la mujer para brindarle apoyo continuo durante el parto". Puede ser alguien de la familia o red social de la mujer, como su cónyuge / pareja, un amigo o pariente, un miembro de la comunidad (como comunidad femenina líder, profesional de la salud o partera tradicional) o doula (una mujer con capacitación especializada en apoyo de la EP, pero que no forma parte del plan profesional de la unidad de salud) (WHO, 2018).

Autor/año	Objetivo	Diseño	Método	População	Área geográfica	Tema identificado	Conclusões
Lwanga et al, 2017	Evaluar al acompañante durante el TP Percepción y experiencias de ♂ durante el embarazo y el parto	Exploratoria descriptiva	Entrevistas Muestra de conveniencia	16 ACP presentes en el TP	África Uganda	Sentimientos acerca de ver THE, responsabilidades durante el parto, experiencias positivas y experiencias negativas sobre el parto. Están ♂ dispuestos a participar en el TP y deben ser alentados, ya que muchos son tomadores de decisiones en la familia. La admisión de hombres en BP mejora la unión familiar. Las mujeres se sentían amadas y valoradas. Hombres reportaron conexión con sus parejas y recién nacidos	Presencia de ♂ asociado con una mayor percepción de vínculo con y ♀. Presenta y promueve un TP suave y exitoso. Los hospitales deben trabajar en medidas que fomenten la implicación ♂
Wanyenze et al, 2022	Explorar acciones para apoyar la ACP de las mujeres durante el TP	descriptivo exploratorio	Entrevistas Nota de no participante	10 ♀ en TP Muestra de conveniencia	África Uganda	Temas: 1) "Acciones de apoyo para una buena experiencia de parto", 2) "Acciones de apoyo que dificultan el afrontamiento del parto", 3) "Necesidades y expectativas del cuidado de la mujer". Tema 1: las acciones de apoyo para una buena experiencia: presencia emocional, motivación, dieta, actividades de mensajería, masaje corporal para aliviar el dolor, asistencia en la deambulacion y coaching. Tema 2: Las acciones que obstaculizan: El puchero / miedo a la PCA y la atención irrespetuosa en forma de necesidades no reconocidas y la hostilidad de la PCA se informaron como obstaculizando la confrontación. Tema 3: las mujeres quieren una comunicación reflexiva, confianza, para que los ACP se anticipen a sus necesidades y reconozcan las fases no perceptivas del TP para permitirles centrarse en sí mismas	La ACP los apoyó ♀ en gan medida emocionalmente y satisfizo las necesidades físicas. Las acciones de apoyo son valoradas por ♀. La presencia de PCA en TP es beneficiosa cuando las necesidades individuales de ♀ se consideran. Se necesita más orientación para que los PCA de entrega mejoren su papel y mitíguen las deficiencias en TP
Kashaija Et al, 2020	Explorar las experiencias	descriptivo	Entrevistas	9 ACP - maridos	Tanzania	Demostrar cuidado, amor y afecto, adoptar el estilo de vida moderno, observar los derechos de las mujeres y	Los entornos de salud en los países de bajos ingresos deben

Autor/año	Objetivo	Diseño	Método	População	Área geográfica	Tema identificado	Conclusões
	y percepciones de apoyo de las personas ♂ durante el embarazo y la EP			Muestra de conveniencia Edad: 24-63 años		enfrentar dificultades socioeconómicas. Quienes ♂ apoyan a sus acompañantes durante el embarazo y el parto se consideran hombres modernos, porque en casa asumen tareas más allá de sus tareas habituales para permitir a sus esposas el tiempo suficiente para descansar durante el embarazo. La precaria infraestructura vial dificulta el transporte a la unidad de salud, especialmente cuando el THE es inminente. También la infraestructura del barrio no es favorable para acomodar a los maridos cuando acompañan a sus esposas al establecimiento de salud.	acomodar a aquellos durante la ♂ rutina de atención prenatal y la EP para obtener resultados positivos. Es importante educar a los hombres sobre la importancia de la participación activa en los servicios de salud reproductiva e infantil.
Ndirima et al, 2018	Percepción de ♀ rural sobre buena asistencia al TP para comprender los aspectos consideran importantes	Descriptivo	Entrevistas 6 a 10 semanas posparto Guión de la entrevista	20♀	Ruanda Contexto del centro juvenil [sitio neutral] y en casa	Las mujeres coincidieron en la necesidad de un trato respetuoso en áreas de suficiente privacidad y tenían diferentes preferencias con respecto al sexo de la partera o la presencia del esposo durante el parto. Women hace un gran esfuerzo para dar a luz en una unidad de salud y por lo tanto esperan ser atendidas de manera profesional y segura. Estas expectativas pueden satisfacerse a nivel personal, pero a veces se ven contrarrestadas por deficiencias estructurales y escasez de personal.	Las expectativas, sugerencias y necesidades de los proveedores pueden aumentar la conciencia de los proveedores sobre las prioridades de las mujeres durante THE y servir como guía para los servicios de ♀ salud aumenten la calidad, aceptabilidad y aceptación
Etheridge et al, 2017	Investigar cómo ♂ manejan las experiencias de TP; impacto en sus vidas; opiniones sobre reducir sufrimiento.	Descriptivo	Entrevistas telefónicas semiestructuradas Escala de impacto de eventos	11 ACP	Reino Unido	El parto fue "una montaña rusa de emociones" por la velocidad y la imprevisibilidad de los acontecimientos. Describieron ♂ el miedo a la muerte, reflejando la angustia de la pareja; tratando de 'hacer un seguimiento' y viendo impotente cómo se desarrollaba una catástrofe. Os ♂ se sintió abandonado por el equipo por falta de información. Los ♂S estaban angustiados, preocupados por los eventos del nacimiento, pero tendían a sentir que sus respuestas eran injustificadas y trataban de lidiar con la evasión. Describieron la necesidad de apoyo, pero la renuencia a recibirlo.	Pueden ♂ experimentar angustia extrema como resultado del parto, que se ve exacerbada por aspectos de la atención de maternidad actual. Los servicios deben ser conscientes de los impactos de la crianza de los hijos en la EP y responder a las respuestas emocionales de los padres y las madres.

Figura 41 Estudios cualitativos

Autor/ano	Objetivo	Desenho	Medidas	População	Area geografica	Tema identificado	Resumo
Chaote et al 2021	Describir la viabilidad de la presencia de un acompañante y su relación con la mejora de la calidad asistencial Proyecto piloto	Quantitativo	Grupo focal Entrevistas estructuradas y semiestructuradas Estadísticas de servicio	♀ em TP	Tanzania	El 80% de los que estaban ♀ en los sitios de intervención tenían un compañero (comodidad y permanencia). La mayoría de ellos estaban muy satisfechos ♀ con tener PCA (96-99%), reportando una mejora en la experiencia de PT. Los profesionales encontraron útil el PCA porque ayudaron en la carga de trabajo, alertaron cambios en la condición de la mujer y apoyo emocional. Los proveedores en los lugares de intervención eran propensos a: responder a la ayuda solicitada por ♀, en interacción amistosa, saludar con respeto y ofrecer consuelo. ♀ en los sitios de intervención se mostraron "muy satisfechos" con el servicio recibido, el personal amable y alentador	PcA fue factible y bien aceptado por los profesionales y ♀. La introducción de PCA mejoró el exp de TP y el entorno de atención: mejor respuesta / ayuda, amabilidad, a gusto, respeto por . ♀ Más ♀ con TP en los lugares de intervención se conformaron con el servicio, amabilidad de los que animaron
Etheridge et al, 2017	Explorar las experiencias de los padres que consideraron el parto traumático..	Descriptivo	Entrevistas telefónicas semiestructuradas Escala de impacto de eventos	11 ACP Idade M=36.36 años	Reino Unido	El parto fue experimentado como "una montaña rusa de emociones" por la velocidad y la imprevisibilidad de los acontecimientos. Los hombres describieron el miedo a la muerte, reflejando la angustia de la pareja; tratando de "mantener el control" y observando impotente para que se desarrolle una catástrofe. Los padres se sintieron abandonados por el personal por falta de información. Más tarde, los hombres estaban angustiados y preocupados por los eventos del nacimiento, pero tendían a sentir que sus respuestas eran injustificadas y trataban de lidiar con la evasión. Los hombres describieron la necesidad de apoyo, pero la renuencia a recibirlo..	Los padres pueden experimentar angustia extrema como resultado del parto, que se ve exacerbada por aspectos de la atención de maternidad actual. Los servicios de maternidad deben ser conscientes de los posibles impactos de la asistencia de los padres al parto y responder a las respuestas emocionales de los padres y las madres.

Figura 42 Estudios de métodos mixtos.

Autor Ano	Objetivo	Desenho	Medidas	População	País Contexto	Tema identificado	Conclusão
Vischer, 2020	Evaluar la condición de los padres que acompañan a la EP	Longitudinal Muestra: conveniencia	1ª Vez: Cuestionario de padres FQ (motivación; valor de la presencia; emociones; inquietudes) 2ª vez: a los 6 meses: escala de impacto de eventos (IES-R)	1º T: 318ACP (FQ) 2º T: 226 ACP	Alemania *1ºT: Hospital *2ºT: casa	La presencia de padres en la EP es beneficiosa para los suyos (79,8%), la madre (85,5%), el NB (58,8%) y la triada (73,6%). X La submuestra residual no identifica el propósito en su presencia. Alrededor del 23% tenía sentimientos de impotencia, el 14,8% de carga con situación. el 36,5% y el 94% tenían miedo de estar presentes; alrededor del 9% traumatizado por ver en ♀ TP. X 2ª vez: sin síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT).	La presencia en THE: tenía emociones positivas y negativas. Predominan los positivos, pero arrastran sentimientos negativos. Se deben considerar las necesidades paternas.
Dynes et al, 2019	Identificar los factores de clientes y proveedores asociados con el trabajo de parto y el acompañante	Transverso Muestra: conveniencia	Acompañante en trabajo de parto y acompañante en el momento del nacimiento [No accesible]	935♀ 12% con acompañante	Tanzania *6 hospitales, *25 ctro salud *30 dispensarios	Mayor probabilidad de tener un acompañante si el proveedor: trabaja más de 55 horas/semana, se siente muy satisfecho con la profesión, si es atendido + 10 partos y permite la entrada de acompañante. Menos posibilidades de acompañante si el proveedor tiene supervisor en el sitio. Mayor probabilidad si informaron complicaciones del parto y tuvieron un compañero de parto.	Profesionales: tutores o tomadores de decisiones qt la presencia de acompañante; el ambiente de trabajo influye en el permiso del acompañante; Las instalaciones con escasez de personal y alta carga de trabajo pueden responder a las intervenciones destinadas a aumentar la aceptación del equipo acompañante en el TP
Galle et al, 2019	Explore la experiencia de las mujeres en TP escenarios en la región de Maputo	Transverso Muestra: conveniencia	Questionario por entrevista	572 ♀	Moçambique	Muy pocos socios participaron en los nacimientos; pero la mayoría de las mujeres (73-80%) estaban a favor de involucrar a su pareja como acompañante.	Se debe explorar el permiso de las parejas masculinas como acompañantes; las mujeres quieren la presencia de parejas
Tunkara-Bah et al, 2021	Medición de los efectos de la educación prenatal en la participación	Experimental Casi	Cuestionario por entrevista ¹	300 ACP	Gambia *Clinica Pré-natal	La educación administrada al grupo de intervención (IG) aumentó el conocimiento sobre la preparación para el parto (PPP). Los participantes del IG tuvieron una puntuación media más alta en la participación que el grupo	Educación a los PCA sobre la atención de la salud materna puede mejorar el nivel de participación en las APP.

¹ [12884_2021_3605_MOESM1_ESM.docx](#)

Autor Ano	Objetivo	Desenho	Medidas	População	País Contexto	Tema identificado	Conclusão
	del cónyuge en la preparación para el parto					de control (GC). Los IG ACP tenían cuatro veces más probabilidades de prepararse para el PT de las esposas.	
Tadesse et al, 2018	Evaluar el nivel de preparación de los esposos para las complicaciones en la EP (BPCR) ♦ y los factores asociados ♦Preparación para el parto y preparación para complicaciones (BPCR)	Muestra aleatoria	Entrevista por Questionario *Búsqueda adaptada del "Cuestionario de maternidad segura"	608 ACP Edad 20-50 años	Etiópia	Pobre participación en bpCR del 45% de los esposos. No identificaron el transporte (40%), no acompañaron a las esposas durante la atención prenatal (49%), no identificaron a las parteras calificadas (59%), no identificaron una unidad de salud para el parto (26%), no ahorraron dinero para emergencias (30%). Conocimiento de condiciones de emergencia 42%, no realizó un plan posparto 75%. Los esposos que conocían el lugar del parto, aquellos que discutieron con las esposas sobre la preparación para el parto tenían más probabilidades de participar en BPCR	La participación de los esposos en bpCR fue pobre en el área de estudio. El nivel de participación en relación con la selección del proveedor de servicios y la unidad de salud, la planificación financiera y el transporte para el parto y la identificación de los donantes de sangre necesita atención para lograr una mejor participación del esposo en BPCR
Gultie et al, 2021	Evaluar el nivel de participación del esposo en la preparación para el parto (PPP) y la preparación para las complicaciones	Transverso Aleatorización	Entrevista por Questionario	421 ACP	Etiopia	Involucrados en PPP y BPCR (30,2%). Los participantes con al menos la escuela secundaria, al menos 4 consultas prenatales, residían a más de 5 km de la unidad de salud, participaron en PPP y BPCR.	El mayor nivel educativo del esposo, la alta frecuencia de atención prenatal y la larga distancia a la unidad de salud se asocian con la participación de los esposos. Abogar por una mayor frecuencia de atención prenatal más educación es importante para aumentar la participación de
Eu et al, 2022	Evaluar el impacto de la restricción de la presencia de un acompañante en la atención del parto y en los resultados	Comparativo Muestra de conveniencia [experimento natural]	Datos en proceso clínico	651 ♀ Grupo sin acompañante Grupo 491 ♀ con acompañante	Hong-Kong	Los resultados fisiológicos maternos y neonatales no fueron diferentes. Los recién nacidos en el grupo solo tenían más probabilidades de tener contacto piel con piel retrasado más allá de los 60 minutos después del parto. Ninguno de estos bebés fue amamantado exclusivamente en el momento del alta.	La presencia de un compañero puede estimular el inicio del contacto piel con piel, lo que mejora la unión. Las familias que ya han sido afectadas por restricciones previas con respecto a pueden estar seguras de que los resultados fisiológicos en el hijo diferente. Las intervenciones que

Autor Ano	Objetivo	Desenho	Medidas	População	País Contexto	Tema identificado	Conclusão
	maternos y neonatales						estimulan la participación de la compañera (ex resp, masajes) no se vieron affected, porque las parteras tuvieron un papel más importante en el apoyo a las mujeres.
Paulos	Describir la prevalencia de la participación de los socios acp en la preparación de la entrega (PPP) y la preparación para la respuesta de derivación de emergencia (BPCR) ♦ ♦Preparación para el parto y preparación para complicaciones (BPCR)	Transverso Muestra aleatoria con desglose proporcional	Entrevista por Questionario *Búsqueda adaptada del "Cuestionario de maternidad segura"	233 ♀ acompañantes de mujeres que ingresaron al hospital por razones urgentes El 80,5% asistió a PPP Medios = ♀ 31,9 años	Etiopia	La prevalencia de afectación masculina ACP en el parto y la RCC fue del 30,9%. Distancia a la unidad de salud, vigilancia prenatal, experiencia de complicaciones obstétricas, muestran asociación con la participación de PCA en PPP y BPCR	La participación de los países ACP fue baja. La atención prenatal y la experiencia de complicaciones obstétricas fueron determinantes de la participación de ACP en la preparación para las complicaciones. Los profesionales de la salud deben involucrar a los PCO para asistir a la clínica de NPC en cada etapa y organizar conferencias especiales de atención prenatal que puedan crear conciencia y practicar sobre la preparación y el plan del problema.
Monguilhott et al 2018	Analizar si la presencia del acompañante favorece la aplicación de buenas prácticas en el atención al parto en el sur de Brasil.	Transverso Muestra estratificada por institución, de una población de 23940 habitantes en 191 municipios	Entrevista por cuestionario y registros de procesos clínicos	2070 ♀ Puerpers Edad 20-34 años (67,8%)	Brasil Datos recogidos en el hospital	La mayoría de las mujeres tuvieron un acompañante durante la 1ª etapa tp (51,7%), pero solo el 39,4% se mantuvo en la 2ª etapa o el 34,8% en la cesárea. Menos de la mitad de las mujeres tenían acceso a las mejores prácticas, mientras que las mujeres no recomendadas seguían teniendo lugar. La presencia de un acompañante se asoció con un mayor aporte de líquidos y alimentos, prescripción dietética, uso de no farmacológicos para el alivio del dolor, amniotomía, analgesia epidural o espinal,	Varias intervenciones innecesarias, sin acceso a buenas prácticas. La presencia del acompañante se asocia con prácticas beneficiosas y la reducción de intervenciones, aunque otras tienen un impacto.

Autor Ano	Objetivo	Desenho	Medidas	População	País Contexto	Tema identificado	Conclusão
						posición sin litotomía en el parto, permanencia en la misma habitación durante las 4 etapas de PT, contacto piel con piel, cesárea, reducción del uso de la maniobra de Kristeller, tricotomía y enema.	
Tessema et al, 2021	Evaluar la asociación entre la participación de los ACP y el uso del parto institucional y los factores que influyen en la participación de los ACP en el parto institucional.	Transversal	Entrevista por Questionario	477 ACP	Etiopia	181 (37,9%) esposos/parejas participaron en el parto institucional para el nacimiento de su hijo. La participación de parejas masculinas en el parto institucional se asoció fuertemente con un aumento de las posibilidades de ♀ tener un parto hospitalario. La educación, el conocimiento sobre la salud materna, la actitud favorable hacia el parto institucional y la ausencia de miedo al apoyo se asociaron ♀ positivamente con la participación del parto institucional de ACPno.	La participación de los países ACP en el TP fue insuficiente. Existe un impacto beneficioso de la participación de los países ACP en la salud materna a través de un mejor uso del parto institucional. Las intervenciones de salud materna deben dirigirse a los ACA consumidores de servicios de salud materna, y deben mejorarse las políticas de salud y gubernamentales que aíslan o desalientan a los hombres a participar activamente en la salud materna.
Timur Taşhan et al, 2018	Revisar las opiniones de las mujeres turcas y sus cónyuges sobre el apoyo matrimonial durante el parto	Muestra secuencial transversal hasta alcanzar el tamaño esperado	Questionario Para ACP y ♀	170 parejas [340 personas]	Turquía Mujeres posparto en el hospital por nacimiento del 1er hijo	El 67,6% del ♀ PCA y el 71,8% estuvieron a favor del apoyo acp durante el TP. Las mujeres con experiencias negativas de parto requirieron apoyo social durante el THE y requirieron más apoyo conyugal, pero no pudieron recibir este apoyo de los profesionales de la salud.El riesgo de requerir manutención conyugal durante el parto fue 9,4 veces mayor en las mujeres que requirieron apoyo social durante el parto	Este estudio mostró que los cónyuges de las mujeres querían ser incluidos en el proceso de parto más de lo que las mujeres querían, y las mujeres que no podían recibir el apoyo necesario necesitaban más apoyo conyugal

Figura 43 Estudios cuantitativos.

APÉNDICE K: ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE CONOCIMIENTOS DE CASOS CLÍNICOS.

1) **23/09/2021 Bloque de Partos. Trabajo de parto de Víctima de mutilación genital:** S.M de 27 años de edad, nos dio consentimiento verbal para compartir su historia. Ha sido víctima de mutilación genital cuando tenía 4 años de edad, realizado por sus familiares con la negativa de su madre, que estuvo semanas escondiéndola en su casa.

Según UNICEF la mutilación genital femenina (MGF) afecta a más de 200 millones de niñas y mujeres en 30 países de África, Oriente Medio y Asia. Para los profesionales de la salud es una realidad desconocida enfrentarse a éstas costumbres culturales diferentes, ocasionando incomprensión e incertidumbre en las prácticas de abordaje tanto para las mujeres como para los profesionales repercutiendo en la calidad de los cuidados de enfermería. El papel de la enfermería en la MGF es fundamental tanto en la prevención y detección de niñas en riesgo como la actuación y cuidados de las complicaciones asociadas. (Cano-Miranda, 2017)

Nos contó que ella no recordaba nada de lo sucedido ya que se lo realizaron cuando era muy pequeña, nos relató el rechazo experimentado durante toda su vida a las relaciones sexuales debido al dolor que le produce, así como cualquier exploración o procedimiento ginecológico. Durante el trabajo de parto quiso evitar cualquier tipo de exploración vaginal, por lo que en su caso en particular se redujeron a un total de 3, las que fueron estrictamente necesarias para valorar el progreso y descenso del bebé.

Realicé el acompañamiento en el trabajo de parto y expulsivo siempre supervisada por mi orientadora, fue un expulsivo lento, en el que la gestante marcaba los tiempos y nosotras como profesionales nos centramos en animarla y intentar desviar el foco de atención depositado sobre el miedo al desgarro debido a la mutilación.

Finalmente nació a las 4:13 un bebé sano, mujer con 3070gr. APGAR 10-10-10. En la zona perineal se observó y se suturó un desgarro Grado I en labio izquierdo y Grado II en periteneo. La puérpera estuvo sin acompañamiento durante todo el proceso, también se encontraba viviendo sola en Portugal. Intenté obtener más información que quisiera compartir de su caso, a lo que ella me transmitió que no le apetecía recordar momentos negativos de su vida, por lo que detectamos gran riesgo de presentar en un futuro próximo, “Depresión postparto”, por lo que se le facilitó apoyo psicológico. La depresión postparto es un problema relevante como patología mental pero no investigada antes, durante y después de la gestación. Tomando en cuenta que, si el problema persiste, podrían producirse grandes conflictos familiares, afectación en la relación madre-hijo, alteración en el desarrollo psicomotor del recién nacido,

complicaciones maternas como intentos suicidas, agresión física, entre otras.

Debido a que las consecuencias de la depresión postparto tienen gran influencia personal, social y médica, se hace necesario establecer una precisa detección de los factores de riesgo y su relación con dicha patología, a través del control prenatal, con un manejo multidisciplinario de asociación con la psicología, psiquiatría y la psicoterapia.

(Meléndez, 2017)

2) **Hospitalización; Depresión postparto** .C.L 33 años de edad, nos dio consentimiento verbal para compartir su historia. Puerpera que trabaja como asistente de Marketing.

Antecedentes personales: Asma controlada. Sesiones de psicoterapia hace 3 años por cambios de humor, sin antecedentes psiquiátricos de interés.

Índice obstétrico (IO) 10001 Embarazo y parto sin incidencias.

Pareja estable, siete años juntos compartiendo casa 2 años. La pareja relata frases como:

“ desde que fue para casa no durmió nada” ,“ ...”Hace 7 días que no duerme...estaba agresiva con las personas, ofendió a varias...”, “...andaba por la casa desnuda con visitas... tenía poco cuidado del bebé...”,”... lo destapaba y abría la ventana...” ,“...no daba suficiente leche al bebé porque le dolía o porque tenía otras cosas que hacer, sin embargo no dejaba que nadie lo alimentase a parte de ella” “... oía voces, bebés llorando, andaba frenética de una lado para otro”.

Tras 1 semana de dar a luz comenzó a sentir sentimientos negativos hacia su bebé. Acudió a urgencias ante el miedo de provocarle algún daño desde donde se decidió

su ingreso, en ese momento se encontraba inquieta, verborrea y con un discurso desorganizado, con algunas asociaciones por consonancia, ideas deliroides/delirantes mal estructuradas.

Se realiza analítica de sangre, imágenes de cráneo, todo dentro de la normalidad.

Ella describe que desde que dio a luz a su bebé no duerme, El origen de su trauma lo enfoca en la hospitalización de puerperio donde es ingresada en una habitación con 3 camas, a su vez había tres recién nacidos en la habitación. Las dos noches que pasó en ese servicio los recién nacidos de la habitación no pararon de llorar. Entró en pánico al no saber si iba a ser capaz de atender a su hija recién nacida si se pusiese a llorar tal y como lo hacían los dos bebés de la habitación.

Nos cuenta que ha sido su primera gestación, un embarazo muy deseado. Sin embargo, tras dar a luz sintió a los pocos días un “rechazo total” a su bebé.

Durante el ingreso ella pretende seguir con la lactancia materna. Por lo que se trajo su sacaleches.

El contacto con la pareja desde que está ingresada es correcto, aunque el refiere que a pesar de observarse mejoría con la medicación pautada, aún no se comporta como habitualmente. “...

aún está diciendo cosas sin lógica, por ejemplo ahora dice que quiere dejar el trabajo para ser modelo de instagram”.

El a pesar del apoyo familiar cree que no existe posibilidad de contención en domicilio. El bebé está con él y sus padres, alimentado con leche de fórmula.

Tras ser valorada por psiquiatría, describe que la paciente presenta inquietud psicomotora, dificultada para mantenerse sentada. Normalmente orientada, atención dispersa. Humor eufórico, lloro fácil. Contacto no totalmente sintónico, Discurso fluente y organizado. No se observan ideas delirantes o deliroides en el momento de la valoración. No se apura ideas suicidas o auto- heterolesivas. Diagnóstico tras valoración Psiquiátrica (Medina-Serdán, 2013) Estuvo ingresada durante un mes en el servicio de hospitalización ginecológica por no existir camas libres en psiquiatría.

Allí recibía la visita diaria de su bebé y de su marido una vez al día, siempre bajo supervisión. La paciente empapeló la habitación con frases que reflejaban sus sentimientos y emociones. Así cómo ordenó fotos por orden cronológico hasta el día en el que ella señalaba el inicio del proceso. A pesar de darnos consentimiento verbal para publicar imágenes para el relatorio, (ella misma las publicaba en un perfil de Instagram para contar su historia), no lo consideramos éticamente correcto.

3)Paritorio: Feto cruz.02/06/2021 Gestante de 35 años 2001 de 18 semanas de gestación acude al hospital por urgencias por no notar movimientos del bebé, Tras ponerle el RCTG en la sala de monitores no conseguimos captar latido fetal. Avisamos al tocólogo de guardia que realiza ecografía inmediatamente y transmite la noticia de que el bebé ha dejado de tener latido. Le explica a la paciente el proceso a seguir de inducción del parto. Ella entiende y acepta. Se procede al ingreso y a la inducción de parto con prostaglandina según pauta del obstetra. A las 4 horas, asistí al expulsivo.

Fue un momento sobre acogedor, y el más difícil de toda la residencia como enfermera especialista, la paciente estuvo abrazada a mi durante todo el expulsivo y alumbramiento. Después del mismo ella me transmitió el no deseo de ver al feto, por lo que se entregó a anatomía patológica por protocolo (Anexo7). Me quedé con la paciente en la habitación acompañándola en silencio, escuchándola y ofreciéndole los apoyos disponibles en la zona. El acompañante no quiso estar durante todo el proceso.

Existe en la unidad un protocolo al que se acoge casi la totalidad de centros sanitarios de la localidad (Anexo8), para actuar en estas situaciones.

Realizamos y entregamos la caja del duelo de la Asociación sin ánimo de lucro para la muerte perinatal y neonatal. Disponible en el Hospital.



La caja de recuerdo (figura 14) puede ser muy útil para la elaboración del duelo cuando ha pasado el momento agudo y hospitalario. Cosiste en una caja donde se pueden guardar los objetos que hayan estado en relación con el mortinato. Se le ofrecerá y explicará a los padres en el parto, lo hará la matrona de referencia será la encargada de su elaboración junto con la Técnico en cuidados auxiliares de enfermería de referencia.

Figura 44 Caja duelo perinatal Asociación Umamanita. www.umamanita.es

Las cajas y objetos que se pueden depositar en ella se encuentran en el almacén de papelería de la unidad de obstetricia y ginecología.

Dentro de la caja de recuerdos podemos poner:

- Pinza de cordón.
- Gorro y ropas que hayan vestido al bebé.
- Sábanas y manta en la que lo hayamos presentado.
- Huella del pie.
- Tarjeta identificativa con los datos del nacimiento y pulsera identificativa.
- Mechón de pelo.
- Si hay disponibilidad; el personal de parto realiza tarjetas decoradas y recuerdos tejidos, ambos a mano. Estos pueden ir dentro de la caja, cada uno es diferente, dando así singularidad al proceso único que esa familia está viviendo.

Se adjunta en Anexos 11 y 12 Protocolos de actuación en estas situaciones clínicas.

4)Paritorio: Parto velado y natural. 01/03/2022 Fue la primera experiencia de parto natural y velado que pudo acompañar la maestranda siendo la residente referente (siempre bajo la supervisión del tutor clínico) de la embarazada.

Nacer con la bolsa amniótica íntegra o intacta, sin romper, con el bebé rodeado de líquido amniótico -tal y como estuvo en el útero materno- es extremadamente raro. Ocurre en 1 de cada 80.000 nacimientos. Es lo que se llama parto velado.

Llegó al hospital a las 14H acompañada de su hermana, que es doula y me transmitió su deseo de parir acompañada por ella y de una forma natural minimizando las intervenciones.

Realicé una valoración inicial: Cérvix permeable a 4cm, Borrado, de consistencia blanda, centrado, Cefálico, Sobre estrecho superior. Bolsa íntegra.

Le recomendé diferentes ejercicios para favorecer la dilatación y el progreso de parto.



Para ayudar a la gestión de dolor, le informamos de todas las opciones disponibles, como ella deseaba un parto sin intervenciones le transmitimos las formas fisiológicas con posturas y con presión para aliviar el dolor. Usamos también música y aromaterapia para ayudar a la gestión del dolor.

A las 16H nació un bebé velado sano, mujer. APGAR 10-10-10.

La parturienta separó las membranas para poder coger a su bebé y ponérselo en el pecho. Fue una experiencia increíble.

Figura 45 Agradecimiento publicado en redes sociales por la puérpera

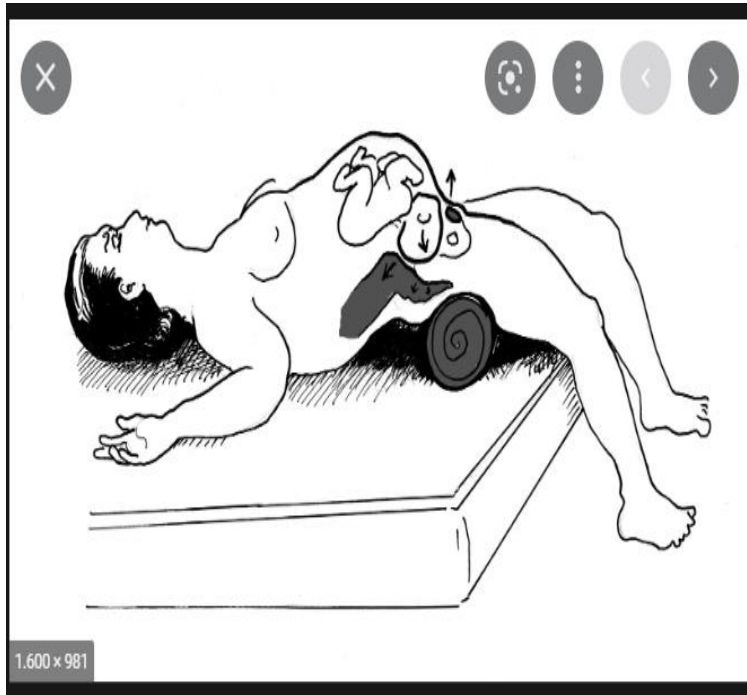
5) No progreso Parto: Biomecánica Postural. L.G 35a familiar de la maestranda indirecto, ingresó el domingo 18/06/2022 a las 10H en trabajo de parto, ingresó con un cuello con 4 cm de dilatación, de consistencia blanda, borrado un 60%, sobre estrecho superior. REBA. Tras cuatro horas sin modificar el cuello uterino le informan que por no progreso de parto se realizará una cesárea en las horas posteriores. Hablé con mi supervisor clínico y le solicité acompañar este parto de mi familiar y de intentar poner en práctica como en los demás la biomecánica postural, tras la confirmación de él, le informé a las compañeras especialistas y comencé el acompañamiento.

→ **14:00H.** L.G se encontraba con la epidural, la analgesia la toleraba bien, no refería dolor y estaba acostada en la cama ya que con la epidural en este centro no se permite levantarse de la misma, las constantes estaban dentro de la normalidad.

El registro cardiotocográfico era reactivo y tranquilizador.

L.G. había realizado gran parte de la preparación al parto conmigo y tenía bastante conocimiento sobre posiciones maternas y alineación.

Lo primero que realizamos fue una relajación del suelo pélvico hacia los dos lados, continuamos realizando una relajación del ligamento ancho y estiramiento del psoas. Una vez realizado y como tras la palpación se observaba que el bebé continuaba sobre estrecho superior, así que realizamos la técnica de walcher modificada, todos los movimientos bien tolerados por L.G que conocía ya las distintas posturas.



Lo primero que realizamos fue una relajación del suelo pélvico hacia los dos lados, continuamos realizando una relajación del ligamento ancho y estiramiento del psoas. Una vez realizado y como tras la palpación se observaba que el bebé continuaba sobre estrecho superior, así que realizamos la técnica de walcher (figura 16) modificada, todos los movimientos bien tolerados por L.G que conocía ya las distintas posturas.

Figura 46 Técnica Walcher. En la técnica modificada se le facilita a la gestante un soporte debajo de los pies para evitar su deslizamiento

→ **16:30H.** L.G se encontraba con un Cérvix con 8 cm, de consistencia blanda, borrado, centrado, con un reborde anterior, sobre estrecho superior. Fluía líquido amniótico claro. Cefálico p-II. Occipucio iliaca izquierda transversa.

Realizamos por último la contranutación bilateral en decúbito lateral izquierdo.

→ **18:30H.** LG se encontraba con un cervix en dilatación completa, borrado 100%, cefálico p-II, fluía líquido amniótico claro. Occipucio iliaca izquierda posterior. Se dejó tiempo suficiente para que continuara descendiendo.



Finalmente a las 20:00 horas L.G manifestó el deseo de pujar. Eligió la postura que se encontraba más cómoda. Decúbito lateral izquierdo. A las 20:09 nació. C.R , mujer de 2900gr, sana, APGAR: 10-10-10. Valoración periné de L.G tras parto: íntegro.

Figura 47 Expulsivo con técnica “Hand off” de C.R (Sobrina). Imagen cedida por L.G. para mi relatorio con consentimiento verbal.

APÉNDICE L: OTRAS ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS

A continuación, se adjuntan figuras de técnicas realizadas en consulta de un caso de un bebé de nalgas que finalmente tras 3 sesiones en consulta más los ejercicios aconsejados a la paciente en su domicilio, el bebé se giró, adoptando la posición de cefálica y evitando la versión cefálica externa y/o una futura cesárea por encontrarse en posición.



Figura 48 Inversión

Son interesantes mecanismos para favorecer el cambio de posición del feto.



Figura 49 Manteada de sacro



Figura 50 Moxibustión

La Medicina Tradicional China es una ciencia milenaria que contempla la utilización de la moxibustión para rotar las presentaciones anómalas y favorecer un parto vaginal cefálico. La técnica consiste en estimular mediante la aplicación de calor, un punto de acupuntura llamado 67V, (BL67) que se encuentra en el ángulo ungueal del quinto dedo del pie (figura 20).

Para la estimulación con calor se utiliza la combustión del llamado “puro de moxa”, de ahí el nombre de la técnica de moxibustión, que está formado por la planta seca de Artemisa. La necesidad de evaluaciones exhaustivas sobre la eficacia y la seguridad se hace necesaria para poder incluirlas como técnicas aceptables y que puedan ser ofrecidas a mujeres embarazadas como opción para el giro fetal cuando se produce una presentación no vértice o presentación de nalgas del feto



El masaje Perineal, se realiza para aumentar la flexibilidad de los músculos del periné y favoreciendo un aumento en la irrigación sanguínea de la zona, disminuyendo la incidencia de desgarros (figura 21).

Figura 51 Consulta Biomecánica y suelo pélvico. Masaje perineal.

En el rotatorio clínico de Puerperio:

La maestranda realizó junto a su tutor clínico la consulta de lactancia: Asesoría de lactancia materna a la puerpera y su pareja. Valoración de las mamas de la madre, evaluación de la integridad del pezón. Detectar anquiloglosias y derivación al especialista para frenectomías



Figura 52 Lactancia Materna. Técnica de Jeringuilla.



Mejoría en posturas para favorecer la Lactancia materna y el vaciado de las mamas. Tips para mejorar el agarre. Consejos sobre cómo aumentar la producción, conservación de la leche extraída, beneficios de esta, etc.

Figura 53 Asesoría de Lactancia Materna.

*** Puesta de pendientes a Recién Nacidos.**

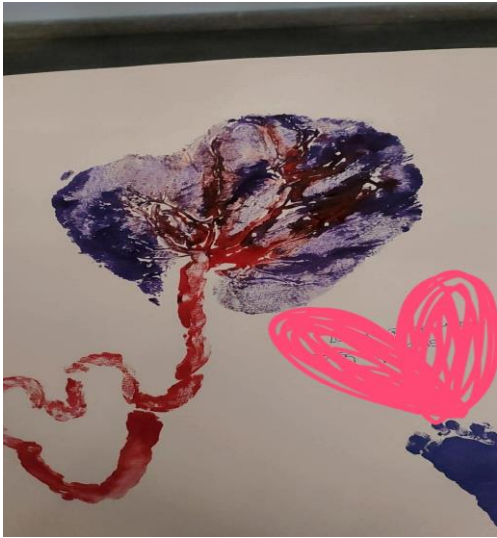


Durante el rotatorio en puerperio se realizaba la puesta de pendientes a los recién nacidos que los padres nos lo solicitaban.

Se intentaban realizar todos de la manera menos invasiva posible,

Durante la lactancia, favoreciendo así el efecto “analgésico” que se transmite a través de la lactancia

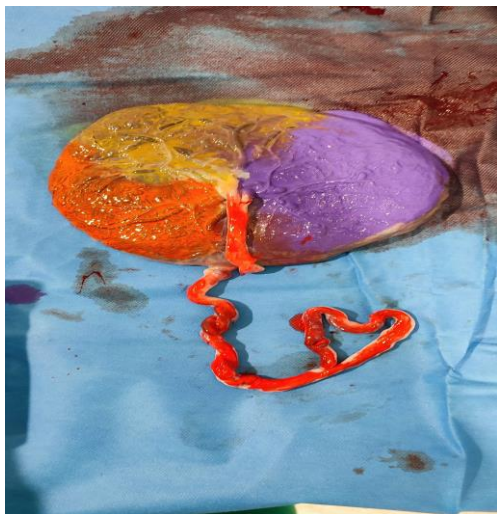
* Impresión de placentas



Es un servicio que se ofrece a aquellos padres que quieren tener un recuerdo para toda la vida de la placenta de sus bebés.

Se realiza con acuarela al agua, no alérgena para bebés.

Figura 54 Impresión de Placenta



Para ello disponemos de cartulinas tamaño A3. Se pinta la placenta de los colores que ellos deseen y luego se pinta la planta del pié del Bebé.

Para terminar se escribe el nombre del bebé, la hora del nacimiento y el peso.

Figura 55 Proceso de impresión de placenta

APÉNDICE M: DATOS BRUTOS DEL OUTPUT DEL SPSS

GESTANTE – DIA						
		Frequency	Percent	Valid Percent		Cumulative Percent
Valid	16.09.2021	2	1,4	1,4		1,4
	17.09.2021	2	1,4	1,4		2,8
	21.09.2021	2	1,4	1,4		4,2
	22.09.2021	1	,7	,7		4,9
	23.09.2021	3	2,1	2,1		6,9
	24.09.2021	1	,7	,7		7,6
	27.09.2021	1	,7	,7		8,3
	28.09.2021	2	1,4	1,4		9,7
	03.10.2021	1	,7	,7		10,4
	15.10.2021	1	,7	,7		11,1
	16.10.2021	1	,7	,7		11,8
	20.10.2021	1	,7	,7		12,5
	01.03.2022	3	2,1	2,1		14,6
	02.03.2022	4	2,8	2,8		17,4
	03.03.2022	3	2,1	2,1		19,4
	07.03.2022	3	2,1	2,1		21,5
	08.03.2022	6	4,2	4,2		25,7
	09.03.2022	1	,7	,7		26,4
	14.03.2022	4	2,8	2,8		29,2
	15.03.2022	3	2,1	2,1		31,3
	21.03.2022	3	2,1	2,1		33,3
	24.03.2022	2	1,4	1,4		34,7
	25.03.2022	2	1,4	1,4		36,1
	26.03.2022	3	2,1	2,1		38,2
	29.03.2022	3	2,1	2,1		40,3
	31.03.2022	2	1,4	1,4		41,7
	01.04.2022	3	2,1	2,1		43,8
	05.04.2022	3	2,1	2,1		45,8
	06.04.2022	4	2,8	2,8		48,6
	08.04.2022	4	2,8	2,8		51,4
	18.04.2022	2	1,4	1,4		52,8
	19.04.2022	3	2,1	2,1		54,9
	20.04.2022	5	3,5	3,5		58,3
	25.04.2022	2	1,4	1,4		59,7
	28.04.2022	3	2,1	2,1		61,8
	03.05.2022	1	,7	,7		62,5
	09.05.2022	3	2,1	2,1		64,6
	10.05.2022	4	2,8	2,8		67,4
	12.05.2022	2	1,4	1,4		68,8
	16.05.2022	4	2,8	2,8		71,5
	19.05.2022	1	,7	,7		72,2
	23.05.2022	4	2,8	2,8		75,0
	25.05.2022	3	2,1	2,1		77,1
	30.05.2022	2	1,4	1,4		78,5
	02.06.2022	4	2,8	2,8		81,3
	06.06.2022	4	2,8	2,8		84,0
	09.06.2022	3	2,1	2,1		86,1
	15.06.2022	6	4,2	4,2		90,3
	20.06.2022	3	2,1	2,1		92,4
	21.06.2022	1	,7	,7		93,1
	22.06.2022	2	1,4	1,4		94,4
	23.06.2022	2	1,4	1,4		95,8
	27.06.2022	2	1,4	1,4		97,2
	28.06.2022	1	,7	,7		97,9
	29.06.2022	3	2,1	2,1		100,0

Total		144	100,0	100,0	
Z Pais					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portugal	18	12,5	12,5	12,5
	Espanha	126	87,5	87,5	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

EDAD					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24	1	,7	,7	,7
	25	2	1,4	1,4	2,1
	26	1	,7	,7	2,8
	27	2	1,4	1,4	4,2
	29	2	1,4	1,4	5,6
	30	2	1,4	1,4	6,9
	31	5	3,5	3,5	10,4
	32	7	4,9	4,9	15,3
	33	12	8,3	8,3	23,6
	34	6	4,2	4,2	27,8
	35	22	15,3	15,3	43,1
	36	11	7,6	7,6	50,7
	36	1	,7	,7	51,4
	37	22	15,3	15,3	66,7
	38	11	7,6	7,6	74,3
	38	1	,7	,7	75,0
	39	12	8,3	8,3	83,3
	40	7	4,9	4,9	88,2
	41	6	4,2	4,2	92,4
	42	6	4,2	4,2	96,5
	43	2	1,4	1,4	97,9
	44	1	,7	,7	98,6
	45	2	1,4	1,4	100,0
Total		144	100,0	100,0	

SEMANASGESTACIÓN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35,0	1	,7	,7	,7
	35,1	1	,7	,7	1,4
	35,6	1	,7	,7	2,1
	36,0	1	,7	,7	2,8
	36,3	2	1,4	1,4	4,2
	36,4	1	,7	,7	4,9
	36,5	4	2,8	2,8	7,6
	37,0	9	6,3	6,3	13,9
	37,1	2	1,4	1,4	15,3
	37,2	2	1,4	1,4	16,7
	37,3	7	4,9	4,9	21,5
	37,4	1	,7	,7	22,2
	37,5	1	,7	,7	22,9
	37,6	2	1,4	1,4	24,3
	38,0	13	9,0	9,0	33,3
	38,1	3	2,1	2,1	35,4
	38,2	1	,7	,7	36,1
	38,3	8	5,6	5,6	41,7
	38,4	1	,7	,7	42,4
	38,5	4	2,8	2,8	45,1
	38,6	4	2,8	2,8	47,9

39,0	17	11,8	11,8	59,7
39,2	1	,7	,7	60,4
39,3	3	2,1	2,1	62,5
39,4	2	1,4	1,4	63,9
39,5	3	2,1	2,1	66,0
40,0	19	13,2	13,2	79,2
40,1	3	2,1	2,1	81,3
40,2	1	,7	,7	81,9
40,3	4	2,8	2,8	84,7
40,4	1	,7	,7	85,4
40,5	5	3,5	3,5	88,9
40,6	1	,7	,7	89,6
41,0	9	6,3	6,3	95,8
41,2	2	1,4	1,4	97,2
41,3	3	2,1	2,1	99,3
41,6	1	,7	,7	100,0
Total	144	100,0	100,0	

GESTACIONES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	64	44,4	44,4	44,4
	2	51	35,4	35,4	79,9
	3	19	13,2	13,2	93,1
	4	8	5,6	5,6	98,6
	5	1	,7	,7	99,3
	6	1	,7	,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

PARTOS ANTERIORES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	95	66,0	66,0	66,0
	1	38	26,4	26,4	92,4
	2	8	5,6	5,6	97,9
	3	3	2,1	2,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_Partos Anteriores

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	95	66,0	66,0	66,0
	Sim	49	34,0	34,0	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

CESÁREAS ANTERIORES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	126	87,5	87,5	87,5
	1	10	6,9	6,9	94,4
	2	5	3,5	3,5	97,9
	3	3	2,1	2,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_Cesara Anterior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	120	83,3	83,3	83,3
	Sim	24	16,7	16,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

ABORTOSPREVIOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	124	86,1	86,1	86,1
	1	11	7,6	7,6	93,8
	2	7	4,9	4,9	98,6
	3	1	,7	,7	99,3
	4	1	,7	,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z AbortoPrevio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	124	86,1	86,1	86,1
	Sim	20	13,9	13,9	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

IndiceObstetrico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,0,0,0	63	43,8	43,8	43,8
	1,0,0,2	1	,7	,7	44,4
	2,0,0,0	1	,7	,7	45,1
	2,0,0,1	7	4,9	4,9	50,0
	2,0,0,2	1	,7	,7	50,7
	2,0,1,0	8	5,6	5,6	56,3
	2,0,2,0	1	,7	,7	56,9
	2,1,0,0	33	22,9	22,9	79,9
	3,0,0,2	4	2,8	2,8	82,6
	3,0,1,1	1	,7	,7	83,3
	3,0,2,0	4	2,8	2,8	86,1
	3,1,0,0	1	,7	,7	86,8
	3,1,0,1	1	,7	,7	87,5
	3,1,0,2	1	,7	,7	88,2
	3,1,1,0	1	,7	,7	88,9
	3,2,0,0	6	4,2	4,2	93,1
	4,0,0,3	1	,7	,7	93,8
	4,0,3,0	2	1,4	1,4	95,1
	4,2,0,0	1	,7	,7	95,8
	4,2,0,1	1	,7	,7	96,5
	4,3,0,0	3	2,1	2,1	98,6
	5,0,3,1	1	,7	,7	99,3
	6,1,0,0	1	,7	,7	100,0
Total	144	100,0	100,0		

Z Primigesta Multigesta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primigesta	63	43,8	43,8	43,8
	Multigesta	81	56,3	56,3	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

EMBARAZOPLANEADO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	117	81,3	81,3	81,3
	NO	27	18,8	18,8	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_EmbarazoPlaneado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No Planejado	27	18,8	18,8	18,8
	Planejado	117	81,3	81,3	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

GESTACIÓN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SIN RIESGOS	99	68,8	68,8	68,8
	De riesgo	45	31,3	31,3	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_RiesgoEmbarazo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Emb Sin Riesgo	99	68,8	68,8	68,8
	Emb Con Riesgo	45	31,3	31,3	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

ANALGESIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	140	97,2	97,2	97,2
	NO	4	2,8	2,8	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z Analgesia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	4	2,8	2,8	2,8
	Sí	140	97,2	97,2	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

ACOMPAÑADA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DILATACIÓN Y EXPULSIVO	87	60,4	60,4	60,4
	DILATACIÓN	36	25,0	25,0	85,4
	EXPULSIVO	5	3,5	3,5	88,9
	NO	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_Comp_Dilatacion

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	21	14,6	14,6	14,6
	Sí	123	85,4	85,4	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Z_Comp_Expulsivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	52	36,1	36,1	36,1
	Si	92	63,9	63,9	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

X_Compañía

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	16	11,1	11,1	11,1
	Si	128	88,9	88,9	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

PARENTESCO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MARIDO	118	81,9	81,9	81,9
	PAREJAMUJER	2	1,4	1,4	83,3
	MADRE	6	4,2	4,2	87,5
	AMIGA	2	1,4	1,4	88,9
	Sin compañía	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Parentesco_Qual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Marido	120	83,3	83,3	83,3
	Otro	8	5,6	5,6	88,9
	Sin compañía	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

ACOMPANANTEFORMADO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	41	28,5	28,5	28,5
	NO	87	60,4	60,4	88,9
	Sin compañía	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

ACOMPANAMIENTOACTIVO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	50	34,7	34,7	34,7
	NO	78	54,2	54,2	88,9
	Sin compañía	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

VINCULOAFECTIVO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	91	63,2	63,2	63,2
	NO	37	25,7	25,7	88,9
	Sin compañía	16	11,1	11,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

SOPORTE EMOCIONAL POSTPARTO INMEDIATO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SI	99	68,8	68,8	68,8
	NO	31	21,5	21,5	90,3
	Sin compañía	14	9,7	9,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

EXPULSIVO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EUTÓCICO	79	54,9	54,9	54,9
	DISTÓCICO	65	45,1	45,1	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Edad 3G

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-29 años	8	5,6	5,6	5,6
	30-39 años	112	77,8	77,8	83,3
	≥40 años	24	16,7	16,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

Semanas G G

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤39 Sem	92	63,9	63,9	63,9
	40 Sem	31	21,5	21,5	85,4
	41 Sem	20	13,9	13,9	99,3
	≥ 42 Sem	1	,7	,7	100,0
	Total	144	100,0	100,0	

