

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

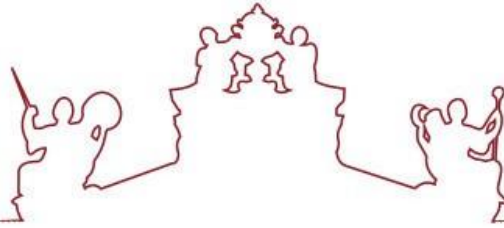
Relatório de Estágio

Consumo y exposición al humo del tabaco en el embarazo

Jose Alba Bainouni

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2023



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

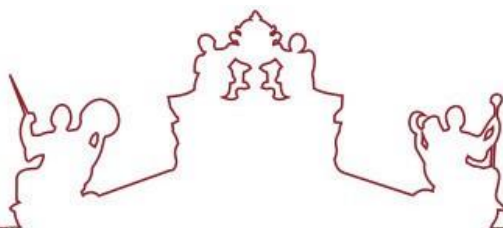
Relatório de Estágio

Consumo y exposición al humo del tabaco en el embarazo

Jose Alba Bainouni

Orientador(es) | Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2023



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

Presidente | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | A. Frias (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMIENTOS

Gracias de corazón, a mi tutora, la doctora María Da Luz, por su contribución, paciencia, motivación, dedicación, criterio, aliento y conocimiento científico que sin el cual no hubiera realizado este proyecto.

Gracias al profesorado y personal de la Universidad de São João de Deus de Évora por su acogimiento, oportunidad y ayuda, que en todo momento me he sentido como en casa.

Gracias a todas las personas de los diferentes hospitales y centro de salud donde he desarrollado ésta maravillosa experiencia y que con tanta amabilidad han contribuido a mi formación, especialmente a mi orientadora Dulce Caetano, que tantos y tan buenos consejos me transmitió, que tanto me enseñó con las más alta profesionalidad y humildad. A Eduarda Espernega por contribuir a la enseñanza, a la formación, a encontrar criterios a mitad de camino entre el profesional y la mujer. A Joaquín Morales Martos por trasmitirme parte de sus conocimientos, a su buena disposición, por instruirme en cada momento y ejercer de anfitrión con la Universidad de Évora para poder realizar las prácticas.

Gracias a mi familia que con tanto esfuerzo han participado en todo momento de manera altruista a consecución de objetivos.

A todos los compañeros del Máster de Salud Materna y Obstetricia, especialmente a mi compañera "Irmãa", Anabel Martín que tanto apoyo moral y espiritual me ha transmitido, que en cientos de kilómetros me ha acompañado, que tantas noches sin dormir hemos superado.

Gracias a Yolanda, Aitor y Leo por su cariño, apoyo, paciencia, capacidad y contribución para obtener la ilusión de iniciar esta senda.

Gracias a mi guía, Aslan, perro de aguas que me ha acompañado de manera sin igual a esta magnífica aventura que ha sido realizar la especialización en la Universidad de Évora y múltiples prácticas.

A todos mis sinceros agradecimientos.

RESUMEN

TITULO: Consumo y exposición al humo del tabaco en embarazo

El máster en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica de la Escuela Superior de Enfermería São João de Deus de la Universidad de Évora tiene como finalidad la adquisición de competencias específicas para el enfermero especialista. **Objetivo:** es contribuir a la mejora de la atención en el ámbito de la salud materno-obstétrica, para lo cual pretendemos prestar especial atención al tabaquismo en el embarazo, que ha sido un factor de riesgo tanto para la salud de la madre como del bebé, en este caso, un factor de riesgo evitable. **Metodología:** Se describe y analizan las experiencias durante las practicas profundizando en el consumo y exposición del humo del tabaco en las embarazas. **Resultados:** La adquisición de competencias fue satisfactoria a través de la exploración clínica y la búsqueda bibliográfica para desarrollar gran destreza y aportar a la embarazada a seguir el camino de la deshabituación tabáquica. **Conclusión:** La adquisición de competencias y su aplicación contribuye a obtener los resultados favorables para ofrecer una experiencia positiva a la embarazada, a su futuro bebe y la familia.

Descriptores (DeCS): Tabaquismo; Exposición Materna; Embarazada; Salud de la Mujer

ABSTRACT

TITLE: Consumption and exposure to tobacco smoke in pregnant women

The master's degree in Maternal Health Nursing and Obstetrics of the São João de Deus School of Nursing of the University of Évora aims to acquisitions of specific skills for specialist nurse. **Objective:** is to contribute to the improvement of care in the field of maternal and obstetric health, for which we intend to pay special attention to smoking in pregnancy, which has been a risk factor for both the health of the mother and the baby, in this case a preventable risk factor. **Methodology:** The experiences during the internship are described and analysed, focusing on the consumption and exposure to tobacco smoke in pregnant women. **Results:** The acquisition of competencies was satisfactory through clinical exploration and bibliographic search to develop great skills and help the pregnant woman to follow the path of smoking cessation. **Conclusion:** The acquisition of skills and their application contributes to obtaining favourable results in order to offer a positive experience to the pregnant woman, her future baby and the family.

Descriptors (DeSC): tobacco use disorder; Maternal Exposure; Pregnant Women; Women's Health.

RESUMO

TÍTULO: Consumo e exposição ao fumo do tabaco em mulheres grávidas

O mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora visa adquirir competências específicas para o enfermeiro especialista. **Objectivo:** é contribuir para a melhoria dos cuidados no domínio da saúde materna e obstétrica, aos quais pretendemos prestar especial atenção fumar na gravidez, o que tem sido um factor de risco tanto para a saúde da mãe como para o bebé, neste caso um factor de risco evitável. **Metodologia:** As experiências durante o estágio são descritas e analisadas, centrando-se no consumo e exposição ao fumo do tabaco em mulheres grávidas. **Resultados:** A aquisição de competências foi satisfatória através da exploração clínica e pesquisa bibliográfica para desenvolver grandes competências e ajudar a mulher grávida a seguir o caminho da cessação do tabagismo. **Conclusão:** A aquisição de competências e a sua aplicação contribui para a obtenção de resultados favoráveis a fim de oferecer uma experiência positiva à mulher grávida, ao seu futuro bebé e à família.

Descritores (DeCS): Tabagismo; Exposição Materna; Mulher Grávida; Saúde da Mulher.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. CONTEXTO CLÍNICO DE PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.....	5
2.1 Caracterización del contexto	5
2.1.1 Cuidados de salud en embarazadas patológicas. Centro Hospitalario.	8
2.1.2. Unidad de Lisboa. Caracterización de los Recursos Materiales del Área de Obstetricia.	9
2.1.3. Unidad de Lisboa. Funcionalidad para los Pacientes.	10
2.1.4. Unidad de cuidados hospitalarios en el Alentejo.....	11
2.1.5. Unidad de Cuidados Primarios	17
2.1.6. Unidades de cuidados en España.....	21
2.1.6.1. Cuidados de la mujer en Puerperio y Neonatología. Centro Hospitalario - España.	22
2.1.6.2 Cuidados de la mujer en Paritorio Centro Hospitalario- España	26
2.2. Metodología de las prácticas de naturaleza profesional	28
2.2.1. Abordaje Metodológica de las Prácticas Clínicas de Naturaleza Profesional. 28	
2.2.2. Estrategia de Búsqueda Bibliográfica para la Revisión Temática.....	29
2.2.3. Otras Contribuciones para el Desarrollo.....	30
3. CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA SALUD MATERNA Y OBSTÉTRICA	32
3.1. Conceptualización. Revisión temática	32
3.1.1. Metodología de Revisión.....	36
3.1.2 Análisis de los Resultados de la Revisión como Contribución al Desarrollo de la Temática.	38
3.2 Resultados empíricos de consumo y exposición del humo del tabaco en la embarazada.	42
<i>Figura 1. Antecedentes patológicos más frecuentes.....</i>	<i>43</i>
<i>Figura 2. Proveedor que supervisión el embarazo</i>	<i>44</i>
<i>Figura 3. Tipo de partos anteriores.</i>	<i>44</i>
<i>Figura 4. Paridad</i>	<i>44</i>
<i>Figura 5. Métodos contraceptivos utilizados</i>	<i>45</i>
<i>Figura 6. Número de embarazadas fumadoras.....</i>	<i>48</i>

<i>Figura 7. Parejas que fuman</i>	48
<i>Figura 8 número de cigarrillos diarios</i>	48
<i>Figura 9. Cual no puede pasar sin fumar</i>	49
<i>Figura 10. Número de intentos de dejar de fumar</i>	50
<i>Figura 11. Entorno que fuma</i>	50
<i>Figura 12 Requiere ayuda para dejar de fumar</i>	51
4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS.	53
4.1. Competencias comunes con el enfermero especialista.....	55
4.1.1 Responsabilidad Profesional Ética y legal:	55
4.1.2. Mejoría Continua de la Calidad:.....	56
4.1.3 Gestión de Cuidados	56
4.1.4 Desarrollo de Aprendizajes Profesionales:	57
4.2. Competencias específicas del enfermero especialista en salud materna y obstétrica.....	57
4.2.1. Competencia 1. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad en el ámbito del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.....	58
4.2.2. Competencia 2. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el periodo prenatal.....	59
4.2.3. Competencia 3. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad en el periodo de Trabajo de Parto.	61
4.2.4. Competencia 4. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el periodo postnatal.	63
4.2.5. Competencia 5. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el climaterio.....	64
4.2.6. Competencia 6. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad a convivir con la salud y la enfermedad ginecológica.....	65
4.2.7. Competencia 7. Cuidar a la mujer en edad fértil integrada en la comunidad.	66
5. CONSIDERACIONES FINALES	67
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

APÉNDICES	76
Apéndice A. Otros datos sobre la población diana	76
Apéndice B. Contextualización de un gran centro hospitalario portugués donde tuvo lugar una de las experiencias clínicas.....	77
Apéndice C. Esquema Prisma	78
ANEXOS	79
Anexo I. Propuesta de tesis de exposición y consumo de tabaco en la embarazada.	79
Anexo II. Registro del número de experiencias.....	84
Anexo III. Cronograma de asistencia pré-natal	85
Anexo IV. Comprobantico de formación online.....	86
Anexo V. Algunos componentes del tabaco.....	89
Anexo VI. Herramienta de evaluación del Índice de Bishop utilizada en la práctica .	90
Anexo VII. Datos sobre el consumo de tabaco en España.....	91
Anexo VIII. Datos de los partos en Paritorio Centro Hospitalario- España	92
Anexo IX. Modo de Panificación de la pesquisa	94

1. INTRODUCCIÓN

El máster en enfermería de salud materna y obstetricia de la escuela superior de enfermería São João de Deus de la Universidad de Évora, publicado en el Diario da República de Portugal, de 7 de octubre; anuncio N° 15812/2019 y registrado en la Dirección General de Enseñanza Superior, se presenta como una oferta formativa de 2º ciclo de esta institución de enseñanza superior. Su plan curricular integra la Estagio de Naturaleza Profesional con Relatorio Final (ENPRF) con una duración de 36 semanas y su objetivo es atender a la mujer integrada en la familia y la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional, integrada en la familia y la comunidad; durante el parto; durante el período postnatal incluyendo los cuidados del recién nacido, y postconcepción; durante el período climatérico; para vivenciar procesos de salud/enfermedad; atiende al grupo diana (mujeres en edad fértil) integradas en la comunidad; según el artículo 4 del Reglamento de la Orden de Enfermería N° 391/2019.

El ENPRF, con 60 créditos ECTS, tiene inicio el 14/09/2020 con fecha final 14/10/2022. Discurrió en varios campos clínicos, hospitalización de embarazadas, sala de partos, cuidados de salud primarios e internamiento de puérpera. De acuerdo con el plan de la Unidad curricular (UC), los objetivos a conseguir son los siguientes:

1. Cuidar a la mujer y pareja integrado en la familia y comunidad.
2. Demostrar una adquisición de conocimientos contundentes con una propuesta de mejoría de los cuidados, considerando las vertientes teórico-prácticas y la Práctica Basada en la Evidencia.
3. Defender a través del relatorio presentado en pruebas públicas su adquisición de competencias a lo largo de las Prácticas de Naturaleza Profesional (ENP).

Con el Relatorio presentado se pretende describir las actividades realizadas en los ámbitos de las prácticas y las habilidades específicas de la Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstetricia (EESMO), demostrando una adquisición de conocimientos teniendo como base el proyecto elaborado y las prácticas clínicas basadas en la evidencia; defender a través del Relatorio presentado en prueba pública el desempeño en las prácticas y la adquisición de competencias.

Se profundizó el tema relativo al tabaquismo en el periodo de embarazo y puerperio, para adquirir mayor competencia para resolver esta cuestión. Se considera

un tema importante porque fumar disminuye la inmunidad, aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, de muerte por tuberculosis, disminuye la fertilidad, y a la mujer que fuma durante el embarazo puede causar daños en el desarrollo fetal y agravar los riesgos de las complicaciones perinatales (Dirección General de la Salud (DGS),2017)

El uso de teorías como de John Bowlby lleva a pensar que toda mujer desea asumir la responsabilidad y procrear un hijo saludable y feliz; consecuencia en primera instancia para satisfacer deshábidos tóxicos como el consumo y exposición al humo del tabaco. Mantener hábitos saludables previo a la concepción, sino garantizan un bebe saludable, sí que aumentan las posibilidades de que no se produzcan alteraciones, durante el embarazo y vida del bebé. Se precisa, el apego y la voluntad dela madre a concebir un feto saludable, e embarazo es un buen momento para desarrollar estrategias útiles y eficaces para el abandono del hábito de fumar, presentando la información de qué acontecimientos pueden darse y qué riesgo existe si mantiene el hábito de fumar durante el embarazo.

Se sustenta nuestra práctica en un paradigma transcultural. Para Moura et al. (2005), la enfermería transcultural pretende proporcionar un servicio de atención significativo y eficaz para las personas, considerando sus valores culturales y en el contexto de salud-enfermedad.

El Relatorio está elaborado por secciones, iniciando con la introducción, seguido de la contextualización de los campos clínicos, las aportaciones a la asistencia de la enfermería y el análisis reflexiva de la movilización de competencias, consideraciones finales y referencias bibliográficas. Para mejores aclaraciones serán presentaos documentos en apéndices y anexos.

El presente trabajo está escrito de acuerdo con las normas *de American Psychological Association* (APA,2019).

2. CONTEXTO CLÍNICO DE PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL

Tras la adquisición de los conceptos teóricos necesarios durante el primer curso y habiendo superado todas las materias, se comienza la formación clínica con carácter asistencial, con un tutor para alcanzar las competencias específicas y adquirir autonomía suficiente en el desempeño que la especialidad requiere. Previamente, se prepara una propuesta de prácticas que se registra en la Universidad (Anexo I).

Todas las experiencias que tuvieron lugar durante las prácticas se registraron debidamente para cumplir los requisitos de la Directiva Europea (Anexo II).

2.1 Caracterización del contexto

El primer lugar de prácticas transcurre entre el catorce de septiembre y el veintidos de octubre de 2021 en la planta tercera del del edificio siete del Centro Hospitalario, hospital de referencia del país. Ingreso a las ocho horas y me entrevisto con la jefa de servicio, la enfermera especialista en salud materna y obstetricia, la cual me presenta a parte del servicio y personal que se encontraba en su jornada laboral. Acoge también alumnos de medicina y tiene carácter universitario.

Tanto el espacio y la distribución de la tercera planta es de manera temporal y a mitad de periodo de prácticas se realiza la mudanza de piso en la que participo activamente trasladando a las embarazadas a su nueva ubicación y los materiales y equipos que previamente habían traído.

Tras la presentación, se inicia una mesa redonda en sesión clínica donde a través de la aplicación Zoom, vía internet, nos reunimos con el personal médico y de enfermería y se repasan los casos clínicos tomando medidas terapéuticas y valorando las respuestas a las medidas anteriores. Se toman las pautas dictadas por medicina para que durante la jornada se puedan aplicar los cuidados de enfermería especialista y los tratamientos médicos.

La mañana comienza con la realización de los cambios en los tratamientos, posteriormente se procede a hacer los registros cardiotocográficos, y auscultación de frecuencia fetal, a todas las embarazadas internas según protocolo, por parte del **AEESMO** (Alumno Enfermería Especialista en Salud Materna y Obstetricia) de turno, y

toma de constantes vitales. Se aprovecha los minutos para hablar con las embarazadas sobre cómo se encuentran, cómo han pasado la noche, en ocasiones sus inquietudes y sus necesidades, en que le podemos ayudar, y en las preguntas sobre el consumo y exposición de humo de tabaco.

En el transcurso de la mañana la actividad va en aumento y se comienza a realizar visitas médicas, inducciones al parto ambulatorias mediante técnicas de maduración a través de sonda Foley o farmacológico, interrupción médica del embarazo, versión cefálica externa. La actividad se transforma en alta intensidad donde todos engranan para dar el mejor servicio a la mujer. El volumen de embarazadas tratadas diariamente es alto, tanto de manera ambulatoria y revisiones, como de carácter interno. Las salas se limpian activamente ya que los protocolos de limpiezas por causa del Covid-19 son muy específicos e intensas, el engranaje del personal de limpieza es muy bueno, aunque con tanto volumen, accedemos a realizar la limpieza de equipos no desechables y sillones para poder llegar a dar cobertura a más embarazadas durante más tiempo.

En el trascurso de los primeros días junto con la supervisora especialista de planta se acuerda, para un mejor y mayor aprovechamiento de las prácticas, que éstas se realicen siempre en el turno de mañana; cuestión que el alumno acepta con agrado ya que percibe de la misma manera la situación.

De esta manera el alumno queda expuesto a multitud de técnicas médicas y de AEESMO que en su mayoría salvo urgencias se realiza de forma programada durante la mañana. Las horas y días transcurren a una velocidad frenética, casi sin descanso durante la jornada y con el reconocimiento de los compañeros a los cuales se acompaña y se solicita que avisen para todas las intervenciones que se vayan a realizar, colaborando con ellos y los obstetras en sus intervenciones. Llegando y permitiendo que el alumno las realice y solo se presten a supervisar el material y la técnica (que cada día repasaba para no olvidar ningún punto hasta hacerse familiar).

Se insta a realizar las valoraciones iniciales y posteriores evaluaciones en los programas y aplicaciones informáticas (innovación de los registros) del hospital donde se realiza todos los registros de enfermería, bajo supervisión posterior de la Orientadora.

Pasadas unas semanas llega el momento de realizar el traslado de planta de todo el material al piso de arriba incluyen las pacientes embarazadas y todo el aparataje utilizado, incluso las taquillas. El traslado se realiza por la mañana con el personal que se encuentra de turno. El alumno tras la valoración y toma de constantes de las embarazadas, comienza el traslado al piso superior (cuarta planta) a través del ascensor de una en una aprovechando para saber de sus hábitos de fumadoras y anotando durante la espera los datos proporcionados, como también sus inquietudes personales (con motivo del COVID-19 no podían recibir visitas de sus familiares y consiguiente soledad) y patológicas; resolviendo dudas de EESMO que a veces con el ajeteo de la planta no te permite interactuar todo lo que quisieras.

Una vez instaladas y acomodadas todas las embarazadas llega el momento de trasladar las taquillas personales y materiales específicos. Dicho traslado lo realiza un Enfermero de planta con la ayuda, muy bien valorada, del estudiante.

En este punto de las prácticas se facilita y se economiza más el tiempo de respuesta y realización del RCTG (Registro CardioTocoGráfico), constantes vitales en el inicio del turno y valoración de las embarazadas ya que está informatizado directamente en un panel de control en la sala de enfermería y ya no se requiere de papel impreso. Tan solo las valoraciones se pasan al registro informático y queda grabado para que cualquier especialista pueda consultarlo desde cualquier computador que use la aplicación.

Respecto a la actividad sigue siendo alta y el personal cuenta con algunas camas más para realizar los cambios y las distribuciones de enfermerías. La actividad respecto a las IME (Interrupción Médica de Embarazos) en los momentos posteriores a la inducción, se permite con las restricciones debido al covid-19, a un acompañante entrar junto a la embarazada para que el apoyo sea mayor y la mujer se sienta más arropada en estos momentos de vulnerabilidad holística.

El producto de la interrupción que se expulsa por vía vaginal es llevado a la sala de enfermería para su procesamiento según protocolo de la unidad.

2.1.1 Cuidados de salud en embarazadas patológicas. Centro Hospitalario.

Es importante señalar que, dentro del llamado período perinatal, la enfermería obstétrica como especialidad ha incorporado la salud materna y el componente prenatal, profundizando el vínculo con el feto como paciente. Dentro de este contexto se han establecido procedimientos invasivos y no invasivos con la finalidad de detectar compromiso de la salud fetal, e intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del feto.

Desde el punto de vista de la probabilidad que tiene una mujer embarazada de tener un mal resultado obstétrico perinatal, los embarazos pueden ser o no de riesgo. Los embarazos tienden a evolucionar en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación. Aun así, se debe tener presente que el momento del parto puede presentar una complicación que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo. Los embarazos que se les detecta riesgos, dejados evolucionar en forma fisiológica (sin intervencionismo) presentan una posibilidad considerable de presentar malos resultados obstétricos perinatales, y por lo tanto necesitan personal cualificado para atender estas circunstancias y muchas veces tecnología compleja para su vigilancia y atención.

Existen algunas situaciones clínicas que determinan el riesgo, que detallamos a continuación:

- Feto-Ovulares: Prematuros, restricciones del crecimiento intrauterino, cromosomopatías, malformaciones, oligoamnios, polihidramnios, placenta previa, embarazo múltiple, sospecha de pérdida de bienestar fetal intraparto, presentación podálica, infecciones intrauterinas, etc.
- Preconcepcional: Enfermedades crónicas vinculadas a malos resultados obstétricos perinatales (anemia severa, trombofilias, diabetes, hipertensión arterial crónica, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.), cicatrices previas en útero, obesidad mórbida, o bajo peso materno, comorbilidades infecciosas (neumonías, pielonefritis, apendicitis, etc.) adolescente menor de 15 años, edad mayor de 35 años,
- Durante el embarazo: Estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, fiebre, hemorragia durante el embarazo, corioamnionitis o infección puerperal,

talla menor de 1,50 mts....

- Factores socioculturales y económicos: consumo problemático de drogas sociales o ilícitas (Vergara, 2009).

No se pretende agotar las posibilidades, estos ejemplos tienen la intención de brindar un esquema conceptual de las situaciones que pueden corresponder a un embarazo con factores de riesgo.

2.1.2. Unidad de Lisboa. Caracterización de los Recursos Materiales del Área de Obstetricia.

En esta unidad, la distribución de las técnicas se realiza en dos salas principalmente, dado que, como ya se ha comentado, la planta se ha de compartir hasta el final de las prácticas del alumno. Una sala, al principio del pasillo, destinada a control de RCTG (Registro CardioTocoGráfico) durante veinte minutos a cada dilatación mecánica tipo Foley, la cual dispone de un sillón articulado y un equipo de CTG sin conexión a ordenador central por lo que hay que controlar en múltiples ocasiones. Mientras tanto se cita a la siguiente paciente ambulatoria, bien para control, dilatación, IME, y se pasa a la sala de intervención que se encuentra al fondo del pasillo. Esta sala dispone de un de material desechable de uso obstetra y material para realizar las intervenciones más comunes, dispone también de un sillón articulado de obstetricia para asegurar las distintas posiciones de la embarazada, con un comando de pie; un ecógrafo ginecológico; un refrigerador donde se almacena las tiras de prostaglandinas (PROPES®); un foco articulado de luz amarilla; una mesa de trabajo para instrumental; un lavabo con accionamiento con el codo; un armario con material desechable y diferentes envases para catalogar los desechos según el material. Es cierto que el espacio era reducido y más si cabe cuando existe varios alumnos de diferentes categorías, pero el buen hacer y la buena voluntad de todos hacía que el espacio llegara a ser suficiente.

Existen varias enfermerías distribuidas con un total de dieciocho camas y dos salas individuales para pacientes covid´19 o pacientes que aún no han realizado la prueba previamente a su ingreso. Las enfermerías cuentan con un equipo de RCTG para cada paciente, una toma de aspiración centralizada, una toma de oxígeno y una mesita por cada paciente por lo que se hace entender que estas enfermerías son amplias. Se

separan por cortinas correderas que hacen que la visibilidad y la intimidad sean algo más prudentes, si cabe.

Existen dos amplios baños distribuidos en los pasillos con varias duchas e inodoros que las pacientes tienen que compartir. Tiene una sala de medicación y una sala de intervención de enfermería para realizar técnicas. Una sala de sucio y desechos.

Dispone de una cocina con neveras para refrigerio para las embarazadas y un comedor para el personal de turno.

Los recursos humanos del Centro Hospitalario van a ser diferentes según los turnos, es decir; por las mañanas la actividad es mayor que en el turno de tarde y noche por lo tanto el grueso del personal y la actividad se desarrolla por la mañana. Diferenciamos entre los trabajadores de internamiento y los de consultas.

En internamiento se dispone de:

- Nº Enfermeros generalistas 6-1 por turno.
- Nº EESMO 10 -1 por turno (2-3 por la mañana).
- Nº auxiliares: 9 -1 por turno (3 de mañana).
- En consultas son 2 EESMO y 6 Obstetras.
- Aproximadamente 10000 consultas al año, en 3 consultas de enfermería (medicina materno fetal (embarazo de alto riesgo). Prenatal más de 37 semanas e IVG.

2.1.3. Unidad de Lisboa. Funcionalidad para los Pacientes.

Las primeras semanas de prácticas transcurren en unas habitaciones provisionales pero cuya funcionalidad, para los pacientes, se intenta que sea la más apropiada para su estancia y comodidad. Se intenta asegurar la intimidad de cada una de las embarazadas en tanto con los recursos materiales disponibles y espacio. Las mujeres se encuentran, como he dicho, en enfermería de a cuatro, con lo cual, son dos camas enfrentadas y dado que algunas de ellas llevan varias semanas ingresadas, la comunicación, el apoyo mutuo, la empatía y la compañía invitan a un ambiente cordial. Por condiciones de espacio y restricciones covid´19, las embarazadas no pueden tener

acompañantes salvo en escasas excepciones tales como la IME. Para mayor claridad se ha elaborado un texto (Apéndice B, contextualización del centro).

2.1.4. Unidad de cuidados hospitalarios en el Alentejo.

En un bonito hospital del Alentejo Bajo, se comenzaron las prácticas en el servicio de Obstetricia y ginecología. En un periodo de alta infección por Covid´19 trascurren 6 semanas de final de octubre hasta diciembre de 2021.

El servicio de Obstetricia consta de una sala de espera externa, una sala de admisión/urgencia, dos salas de partos, una sala de maternidad (con tres camas), una sala para embarazos patológicos (con dos camas), una sala polivalente (disponible para realizar pruebas diagnósticas, cardiotocografías, partos y otros), cinco salas (cuatro de ellas con tres camas y una con dos camas), un despacho médico, un despacho de registro de recién nacidos, una sala de desinfección, un aseo para usuario con tres divisiones, dos de ellas con ducha, un aseo para los empleados de la unidad, un mostrador administrativo, una despensa, un despacho de enfermería y un guardarropa para los empleados de la unidad servicio.

La sala de dilatación, la sala de partos y la sala de puerperio se llevaron a cabo en el Departamento de Obstetricia. Este servicio se encuentra en la quinta planta del edificio. En él se insertan cuatro departamentos: Urgencias de ginecología/obstetricia, sala de partos y puerperio, y ginecología.

En la sala de urgencias, se admite a cualquier paciente y se le dirige al lugar correspondiente, en función de las características observadas. La sala de partos si la embarazada ya está en la fase activa del parto, o la sala de maternidad si todavía está en la fase latente del parto. Tras el parto, las puérperas son trasladadas a las salas, junto con sus recién nacidos, donde permanecen juntos hasta el momento del alta. La duración del puerperio varía según el tipo de parto. Por término medio, la estancia en el hospital tras un parto vaginal es de 48 horas. En el caso de una cesárea, la estancia hospitalaria es de 72 horas.

Así, comienza el día 26 de octubre de 2021 en el turno de mañana y la presentación del servicio y de las personas que lo componen en ese momento por parte de la orientadora, se explica cómo funciona y quién compone el servicio y su dinámica

de trabajo diario. En este día se observa cómo funciona el engranaje de los profesionales, comenzando por el cambio de turno en presencia de todos los profesionales de enfermería y la jefa del servicio, todos toman sus notas y están atentos porque, aunque no se esté en la parte de puerperio ese día, en ocasiones se requiere apoyo y ayuda que hay que ofrecer a los compañeros que tienen más carga de trabajo de forma circunstancial. Existen varios elementos de anotación de novedades que son a nivel informático y con una cuartilla previamente definida para la anotación el papel a nivel individual donde en sucio se toman notas de los parámetros y elementos a tener en cuenta. Algunos compañeros utilizan diferentes colores y fluorescentes para destacar los apuntes y acto seguido se ponen a trabajar.

Unas fechas marcadas por restricciones importantes por todo el país de Portugal y con protocolos activos en cuanto a visitas de familiares y acceso restringido a centros sanitarios, en cuanto a los profesionales sometidos a diferentes cambios y protocolos de trabajo semanales se adaptan a las nuevas circunstancias y olas de contagio, a las nuevas normas y a la ejecución activa de éstas con mucha profesionalidad, evitando así la diseminación del virus y dar el mayor grado de atención y satisfacción a las embarazadas.

Las restricciones básicas limitaban el acceso a los familiares durante la dilatación hasta el momento del parto, momento en que el familiar accede hasta el final de éste, no sin antes presentar una PCR negativa. Tras el parto, en el puerperio la mujer permanece sola con mascarilla la mayor parte del tiempo y con su bebe, bajo la constante vigilancia y apoyo de enfermería. Los protocolos a lo largo de las prácticas se hacen más restrictivos y en el mes de diciembre, incluso comercios de la zona cierran sus puertas y los locales tiene la obligación de solicitar para su acceso el recién nacido carné de Vacunación covid'19.

Ante este escenario de finales de 2021, trascurren los acontecimientos y las prácticas del alumno con una orientadora que difícilmente se puede mejorar, una profesional de las más altas cualidades técnicas y humanas que forma parte de un elenco de compañeros y compañeras de todos los estamentos profesionales, todos ellos con un alto valor en su trabajo y dedicación en post de los acontecimientos de infectados que existen en el entorno; desde las limpiadoras, auxiliares, enfermeras.

El primer día, una mujer ingresa con trabajo de parto y protocolo Covid-19 activado. Se lleva a una sala especial preparada para tal efecto hasta tener el resultado de PCR negativa. Se realizan las técnicas necesarias e incluso, si fuese positiva, se realizaría el parto en esa sala. Esta sala se encuentra en una habitación contigua a las salas de parto y tiene todo lo necesario para ejecutar el parto y la valoración de la embarazada. Tras arrojar un análisis negativo se pasa a la sala de dilatación y se observa ginecológicamente a la embarazada determinando el nivel de dilatación y borramiento del cono del útero; y también la posición, situación, presentación y evaluación del registro cardiotocográfico (CTG). La maniobra de observación es realizada por el alumno y por la orientadora para determinar si la observación del alumno corresponde a su criterio de manera adecuada. En ocasiones es el doctor el que realiza la evaluación con el alumno, siendo las mediciones muy cercanas en cuanto a criterios, lo que inspira confianza en el alumno y relajación en las primeras observaciones, siempre aprendiendo de los criterios de los profesionales. Pasamos a la embarazada a la habitación donde existen tres camas con tres armarios pequeños con llaves y tres mesitas de hospital, cada una de ellas corresponde a una embarazada.

En esta enfermería de tres posibles embarazadas en periodo de dilatación pasiva o inicialmente activa están los aparatos de CTG correspondiente a cada una de ellas. Se registra el CTG reflejándolo en una pantalla en la sala de enfermería donde todos pueden ver y alertar si sonase alguna alarma que previamente se ha configurado en el aparato. Durante la dilatación, las idas y venidas para acompañar a las embarazadas son constantes, los periodos de tiempo en los que están solas son muy cortos y de eso ellas están encantadas. Se las invita en ocasiones, a pasear por el pasillo, sentarse en la bola de yoga y mover las caderas, tomar ducha de agua caliente para hacer su periodo de dilatación más confortable y productivo. Las embarazadas permanecen con una vía periférica permeable para poder así administrar la medicación prescrita por el obstetra que está de turno. Una vez llegado sobre los seis centímetros de dilatación cervical se procede a pasar a la sala de parto donde la dilatación se controla mediante observación manual, se toman constantes vitales y se coloca el CTG. Se vuelve a comprobar la permeabilidad de la vía, si fuera preciso anestesia epidural se avisaría al anestesista y se prepara el material para la colaboración con éste. Se registra todo en la aplicación

informática donde anotamos todas las actuaciones y medidas que arrojan nuestras técnicas.

En el periodo Covid´ 19 y por las normas dictadas por el Hospital, el acompañante no entra en la sala de partos hasta que la dilatación activa para presenciar el periodo expulsivo del bebe, con una prueba de antígeno negativo al menos 24 antes o en su caso se lo podrían proporcionar el hospital en las horas previas.

El nuevo bebé es inspeccionado de manera física (se observa minuciosamente desde las fontanelas y cráneo hasta los dedos de los pies sin saltarse ninguna parte o marca que presente el bebé) y respiratoria (APGAR) y es identificado con dos pulseras; una digital que se coloca en la muñeca derecha y otra escrita a mano de plástico en la mano izquierda. Se administra vitamina K, se mide y se pesa, se viste con ropa del hospital y se le entrega al padre que está presente durante estas acciones.

A la madre se le asiste por parte de la enfermera especialista hasta pasarla a la camilla y se lleva junto con su bebé a la sala de puerperio que se encuentra en el mismo pasillo del hospital en las últimas enfermerías.

Los cuidados del bebé son los establecidos por la DGS de Portugal y, en caso de infección por covid-19, emitió una orientación sobre los cuidados del recién nacido de acuerdo con los últimos hallazgos, en fecha 19 de mayo de 2021.

Allí comienza el puerperio inmediato, donde se da un aporte alimenticio a la mamá y se comienza de manera lo más precoz posible, el amamantamiento del bebé con ayuda también del AEESMO, que aporta un enorme valor y apoyo a la mujer postparto. Un vínculo de confianza que se ha elaborado desde su llegada al servicio de obstetricia. Se deja descansar con su hijo. Se observa los loquios y se le ayuda en todo lo posible para que su estancia sea lo más positiva posible y se convierta pese a estar sola y con alguna puérpera en la habitación, una maravillosa experiencia hasta su alta por parte del servicio y vaya con su familia.

Así, transcurren los días de prácticas en el servicio, entrando embarazadas y ayudando en esos momentos. Desde la perspectiva del AEESMO, se puede hacer que el momento más importante de la mujer sea respetuoso y humanizado, palabras muy comunes, pero hay que darle un significado propio y afinado ya que los procesos y

actuaciones desde el AEESMO no pueden ser iguales. Cada mujer tiene unos pensamientos, creencias, culturas, ideas y aprendizajes las cuales van a indicar y orientar al profesional a determinar qué es un parto humanizado y respetado.

Son múltiples las veces que el estudiante se coloca el equipo de seguridad y aislamiento para la toma de muestra intranasal para la detección del COV-SARS 19, la toma de muestra exige un arduo protocolo de aislamiento, traslado a laboratorio y procesamiento de la muestra. Durante estas horas, la embarazada permanece en la sala de partos covid´19. Si la muestra arroja un resultado negativo, se pasa a la habitación o a la sala de partos común. Si el resultado fuese positivo, no se cambiaría de sala y el parto se realizaría en la misma habitación de ingreso donde se tiene todo lo necesario. En una ocasión fue realizado el parto en la primera sala por positivo en Covid´19, y tenía que estar uniformado en primer lugar con el equipo de protección individual (EPI), gafas de seguridad y careta antisalpicaduras y, luego el equipamiento estéril de la bolsa de partos. El parto es preparado desde el principio hasta el final disminuyendo el número de entradas para evitar la contaminación y la economización de los equipos ya que cada vez que se sale de la habitación, el EPI y demás material de aislamiento es desechado, en los desechos oportunos, según protocolo hospitalario. El desvestir se debe realizar de una manera específica para evitar en la medida de lo posible el contacto con el exterior y así garantizar el aislamiento. En el suelo de la habitación existe una alfombra a modo de empapadora con producto desinfectante.

Para una experiencia de parto positiva, múltiples organismos internacionales y de los que se hace eco la OMS en sus directrices del año 2018, donde presenta sus evidencias y consideraciones coincidentes con la "Direção Geral de Saude de Portugal"(DGS).

La finalidad de esta directriz es mejorar la calidad de la atención esencial durante el parto con el objetivo último de mejorar los resultados maternos, fetales y neonatales. Este servicio incluye: cinco médicos especialistas, dos médicos internistas, ocho médicos externos a la institución, quince enfermeras especializadas, siete enfermeras generalistas, nueve auxiliares operativos y un auxiliar administrativo.

En cuanto a los turnos, en el turno de mañana suelen prestar atención cuatro enfermeras (dos especialistas, una para la sala de admisión/urgencia y otra para la sala

de partos, y dos generalistas para el puerperio). La constitución del turno de tarde es la misma que la del turno de mañana, a excepción del fin de semana que sólo tiene una enfermera en el puerperio. El turno de noche está compuesto por tres enfermeras (dos especialistas, una para la sala de admisión/urgencia y otra para la sala de partos, y una enfermera generalista para el puerperio). El servicio está dotado, en general, de todo el material indispensable para una correcta vigilancia del embarazo, el parto y el nacimiento. En el puerperio también hay varios materiales de apoyo a la lactancia, como el sacaleches eléctrico, los cojines de lactancia, entre otros. Según (OMS,2001), la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los seis meses.

La continua percepción por parte de los profesionales de las estructuras que la mujer necesita y quiere para que su parto y su proceso de ser madre sea lo más adaptado posible a su momento y situación , hace que cada día estemos más en la cresta de la especialización para que los llamados protocolos de actuación no condicionen los deseos de la persona que va a cambiar su vida por aportar a la civilización un nuevo miembro en las mejores condiciones y evolución posible; ya que, la futura madre ha estado tomando decisiones a lo largo del embarazo, y quizás antes, como dejar de fumar, para que su futuro bebé esté y se encuentre en un estado saludable y vigoroso para que pueda disfrutar de una vida de plenitud. Estos actos de amor propio que la mujer ha estado aportando para la salud de su bebé no es tan sólo en beneficio propio, sino que se traduce en una sociedad más consciente y saludable; puesto que la salud de nuestro entorno también como ciudadano nos compete y somos responsables. Todo está vinculado en nuestro entorno, nada es aislado y por tanto es responsabilidad de todos y cada uno de los ciudadanos de una sociedad. Desde el MESMO se debe de tener establecido que cualquier acto va a repercutir en la vida de la mujer, su bebé y su familia, y que desde este punto de vista no se debe protocolizar todos los actos; sino más bien personalizarlos a cada situación teniendo en cuenta la orientación que nos arroja la mayor evidencia científica. La charla previa, o en clases de preparación al parto, hace que la mujer pueda decidir cómo le gustaría que fuese el momento más trascendental de su vida, no por derecho teórico sino también por derecho divino y espiritual y tener en cuenta diferentes opciones y posibilidades para afrontar con el mayor rigor técnico, un proceso natural maternal. En ocasiones y cada día más instalados se encuentra este tipo de orientaciones a través del MESMO, y cada vez se trabaja más en aplicar los

deseos de las embarazadas al momento del parto y sobre todo y especialmente hago hincapié aquí, durante las visitas a la matrona en los centros de salud en las clases de preparación al parto, ya se habla del cada vez más conocido PLAN DE PARTOS.

2.1.5. Unidad de Cuidados Primarios

La Unidad Cuidados Primarios (UCSP) está abierta al público de ocho a veinte horas, todos los días del año, incluidos los fines de semana y los días festivos. En las zonas rurales, el horario de apertura depende del médico que trabaje allí.

En cuanto al equipo multidisciplinar, la UCSP está compuesta por 83 elementos: catorce médicos, siete internos, veinte enfermeros, once enfermeros de la UCC, quince administrativos, siete auxiliares operativos, un auxiliar administrativo, un gestor de enfermería, una matrona, un auxiliar médico y un gestor de enfermería. Personal administrativo, siete asistentes operativos, un nutricionista, dos trabajadores sociales, un higienista oral, un optometrista, un fisioterapeuta y tres psicólogos.

La sala consta de una camilla articulable, un aparato de CTG, aparatos de constantes vitales, un carro de materiales necesarios para la recogida de muestras biológicas, un armario donde almacena folletos y utensilios para adiestrar a la futura mamá, dos aparatos para pesar a adultos y bebé, y material administrativo para una correcta atención

El día 6 de diciembre de 2021 comienza las prácticas en UCSP con la enfermera especialista que pasa consulta en la primera planta del edificio. La sala de consulta consta de todo lo necesario para mantener unos estándares apropiados para la atención de las embarazadas en los tres trimestres de embarazo y para la valoración del bebé en sus primeras semanas de vida.

Los viernes se dedican a clases de educación para la salud materna con cursos interactivos, de manera online por restricciones de covid-19, se programan clases a través de correo electrónico y de manera voluntaria acceden a las clases y la formación se hace muy amena y agradable, ya que presenta temas muy actualizados e interesantes para las embarazadas donde el alumnado EESMO participa activamente, aportando conocimientos adquiridos durante el periodo teórico de la escuela que se repasan con asiduidad. Los cursos de preparación al parto y postparto van orientados a la

participación activa de las asistentes tratando de solventar todas las dudas, desde las más cotidianas hasta las más complejas. Se dá respuesta realizando una búsqueda bibliográfica con la mayor evidencia científica y las recomendaciones de DGS, siendo la más típica y de mayor relevancia en esos momentos, la conveniencia o no de la vacuna del Covid´19, en qué trimestre de la gestación, beneficios para la madre y el bebé, o si puede perjudicar de algún modo la salud. La DGS, a 7 de septiembre de 2021, ha determinado, a través de la norma 003/2021 en su punto número seis, la ausencia de riesgo para la salud en embarazadas y la lactancia materna aconsejando la vacunación.

Otras de las dudas más comunes cuando están cerca del momento del parto es el desconocimiento del proceso a realizar cuando comienza los pródromos de parto y en estas circunstancias especiales de pandemia como van a acudir ellas y sus familiares a las instalaciones hospitalarias. Habiendo realizado las practicas anteriores en los servicios hospitalarios en sala de partos y puerperio en el hospital de referencia de la zona donde deben acudir, se tiene capacidad y conocimiento suficiente para orientar cuales son las restricciones y como está distribuido el servicio para una mejor comodidad y disminución del estrés y miedo al desconocimiento que se viven en momentos de covid-19.

El asesoramiento reproductivo debe realizarse en el marco de la consulta prenatal, ya que es donde debe efectuarse la evaluación de los posibles riesgos tanto para la futura madre como para su descendencia. Los equipos de Atención Primaria (AP) asumen en su práctica habitual las labores de promoción y prevención de la salud, con independencia del seguimiento del embarazo o no, queda al alcance de cualquier profesional de AP la atención a la mujer y en general a su familia antes de la concepción de un hijo. Nuestra intención con este trabajo es favorecer la implantación de la consulta preconcepcional como una actividad preventiva añadida a las que ya se realizan de forma rutinaria en AP.

Se determina (con la anamnesis), se efectúa (determinaciones analíticas, rastreo infecciosos y vacunaciones), se discute (aspectos personales, motivacionales, personales psicológicos, etc.) y se recomienda los cuidados preconcepcionales para adecuar las necesidades de las posibles embarazadas. Las consultas preconcepcionales son imprescindibles en mujeres con enfermedades crónicas, pudiendo así realizar un

embarazo controlado y con menos consecuencias negativas, haciendo así un embarazo más cómodo.

La consulta ofrece de seis a ocho citas diarias dependiendo de trimestre de embarazo y las necesidades de la embarazada. A criterio, se da un tiempo adecuado para resolver las dudas de la embarazadas, comentar sus inquietudes personales, conyugales, sexuales, psicológicas, familiares, en términos de sentimientos... y en todas las dimensiones del ser humano femenino que en situación de embarazo están más aún amplificadas. Reciben un tiempo y un trato de cinco estrellas, no hay presión ni límites en el tiempo para que la embarazada pueda expandir sus dudas holísticamente de forma agradable para dar respuesta de manera científica y evidencial.

Dado el número de dudas y la amplitud de éstas, en ocasiones no se puede dar respuesta inmediata, instando para la próxima consulta poder resolver sus inquietudes. Estas dudas sirven, en los cursos de preparación al parto, para introducir conceptos y para ser analizados en conversación fluida con el resto de embarazadas.

De lunes a viernes las consultas comienzan a las nueve horas para las embarazadas y a las ocho horas para la enfermería, utilizando esa hora para la preparación de materiales y gestiones varias. En las consultas, dependiendo del trimestre en el que se encuentre, se realizan una serie de evaluaciones que describe la DGS y además RCTG o FCF (frecuencia cardiaca fetal) según edad gestacional, peso, talla, perímetro abdominal y altura del fondo de útero.

Los cursos de preparación al parto y a la paternidad hablan de más temas tales como:

- Lactancia materna, aprovechando videos didácticos y esquemas visuales que aportan de un vistazo gran información. Se hace hincapié en los beneficios maternos y del bebé. Métodos de extracción, conservación, cuidados de la mama y medidas a tener en cuenta, y desde un punto personalizado en circunstancias especiales e individuales se aconseja la mejor forma de realizar la lactancia materna.
- Cuidados en pródromos de parto, cuando acudir al hospital y desarrollo del trabajo de parto, se trabaja respiración y se aconseja sobre los cambios

posturales y medidas no farmacológicas de tratamiento del dolor en periodo de dilatación y parto. Uso de bla de pilates, baño de agua caliente, paseos, masajes.

- Cuidados del bebé, vacunación, el baño, uso y necesidad de aparatología y productos de venta para bebé, tales como cremas y productos farmacéuticos.
- Alimentación, nutrición y ejercicio físico prenatal y postparto saludable.
- Papel del marido y la familia en embarazo y parto.
- Control de los procesos de ansiedad y resolución.
- Control postparto y de bebe.
- Planificación familiar y contracepción puerperal.

Comenzamos a presentar el Plan de Parto como una herramienta para asegurar en la medida de lo posible los deseos de la embarazada durante el parto, así como sus preferencias y voluntades. Todo dentro de un concepto de naturalidad y si los acontecimientos transcurren dentro de la normalidad.

En estos años existen varias corrientes en cuanto a instaurar el Plan de Parto tanto a nivel institucional o personal como una herramienta firme o alterable, siendo ésta realizada previa al parto, desde los centros de salud y con la colaboración de la enfermera especialista que le indicará, dentro de las posibilidades del sistema público, qué es obligatorio y qué se puede solicitar. Una experiencia de parto positiva se define como aquella en la que se satisfacen o superan las necesidades, creencias y expectativas personales y socioculturales de la embarazada, permitiendo el nacimiento de un bebé sano en un entorno médica y psicológicamente seguro (WHO, 2018). La herramienta del Plan de Parto se presenta usualmente para evitar o disminuir otro concepto que está de actualidad denominado Violencia Obstétrica, el cual está en debate y con conceptualizaciones aún por definir y evaluar. A modo de curiosidad, en España se está debatiendo en el Congreso de los Diputados una ley sobre Violencia Obstétrica, teniendo que debatir y aun en 2022 no se ha definido ni concretado, aunque existe varios organismos no gubernamentales que están presionando para que se acelere la aprobación de carácter más urgente. En Portugal, la Ley 110/2019 del 9 de septiembre,

establece los deberes, derechos y principios aplicables a la atención de la embarazadas durante todo el proceso.

En todos los cursos se insta y se solicita la presencia de la pareja para un mayor conocimiento del proceso y para establecer patrones saludables y coordinados de las parejas en los momentos de necesidad de la embarazada. Nosotros aportamos la parte masculina a la entrevista y curso haciendo más colaborativas a las parejas que asisten tanto a consultas como a cursos en línea. Se les hace participar involucrándolos con preguntas abiertas, sugiriendo un papel más activo y colaborador; hecho el cual, agradecen ser parte del proceso, opinando y preguntando sus dudas e intereses.

Otras de las funciones que se realiza en la consulta es la valoración del bebé, peso y en ocasiones vacunación. Los recursos disponibles están establecidos en una consulta de ESMO donde dispone de una profesional en turno de mañana de da cobertura a las embarazadas. Existe también un médico de referencia en turno de mañana. Con estos recursos, una gran profesionalidad e iniciativa se realizan las consultas.

Se determina en estas unidades, de forma sistemática, el riesgo a través de la entrevista con la embarazada tratando con una anamnesis profunda. Introducir las modificaciones convenientes para los cuidados diferenciados, si fuera preciso. (Anexo III, cronograma de asistencia prenatal)

Cabe destacar a las unidades coordinadoras funcionales que establecen los protocolos de referencia de las embarazadas de acuerdo con las realidades reales locales.

En las mujeres se debe evaluar su funcionalidad desde los déficits, las limitaciones y los facilitadores que le permiten llevar a buen fin su vida reproductiva y hasta el final de la vida pasando por la menopausia activa y segura, que garantice un cambio en positivo.

2.1.6. Unidades de cuidados en España

El día 1 de junio de 2022 comienzan las prácticas de puerperio y neonatología, en un hospital universitario que se encuentra entre dos mares, dos continentes, dos

países, dos culturas y dos religiones. Aumentando así las capacidades interculturales y raciales para un avance en apreciación de modelos de cuidados a la embarazada.

El periodo de formación transcurre en la planta de puerperio constituida por una plantilla que cubre todos los turnos, especialmente el de mañana que es más activo y requiere de refuerzos adicionales, quedando dos enfermeras y dos auxiliares en turno de mañana y uno en turno de tarde y noche. Para un mejor aprovechamiento de las prácticas se concreta hacerlas en el turno de mañana de lunes a viernes en horario de ocho a quince horas.

2.1.6.1. Cuidados de la mujer en Puerperio y Neonatología. Centro Hospitalario - España.

La mañana comienza con el pase de turno donde las compañeras de noche trasladan las novedades y los acontecimientos que se han producidos al turno de mañana. Posteriormente, se prepara la medicación y la toma de constantes vitales a todas las puérperas. También ingresos de ginecología, aunque en este relato solo vamos a nombrar a las puérperas. Se aprovecha el tiempo de contacto con la puérpera para apreciar cómo ha pasado la noche. En posteriores visitas se realizarán entrevistas sobre el consumo y exposición del humo del tabaco, lactancia materna e inquietudes que le puedan surgir sobre el postparto inmediato y tardío.

En las próximas asistencias se observan los loquios, las mamas, edemas, revisión de vías periféricas, se observa al bebé y se habla sobre la lactancia materna especialmente; siendo ésta la más demandada. Se concreta que a lo largo de la mañana tendremos un momento en el que se encuentre más cómoda y acompañado de su pareja para hablar, explicar y apoyar la lactancia y además se hablará de la forma de conservación de la leche materna según el periodo de su uso, apoyado por un crítico hospitalario que explica de manera amena y comprensible cómo llevarlo a cabo con toda seguridad.

Se continua con la revisión del obstetra para las puérperas patológicas donde tenemos distintas patologías inducidas por el embarazo tales como preclamsia, eclampsias, diabetes gestacional y otras patologías crónicas.

Después se realizan los baños a los bebés y visita de pediatría con el que se realiza la primera inspección del neonato. El reconocimiento que realiza el pediatra es muy

instructivo, ya que estos ofrecen una clase magistral “insitu” para el reconocimiento de todos los aspectos a tener en cuenta, desde las fontanelas hasta los pies pasando por la detección de los reflejos neonatales. Esta oportunidad se tuvo con distintos pediatras con ganas de instruir y aconsejar a través de sus conocimientos y experiencias prácticas de muchos años. No estando de acuerdo en el proceder de cuando se debe cortar el cordón umbilical, si de manera tardía o precoz, al primer minuto, al tercero o en el último latido, en este aspecto hay diferencias en las opiniones de los profesionales.

A nuestro entender la ligadura del cordón debería realizarse de manera tardía o cuando deje de latir el cordón ya que de esta manera conseguimos un buen volumen de nutrientes, hidratación y sangre.

Se realiza intervención de urgencia en puérpera con hemorragia uterina tras parto eutócico donde se interviene con el obstetra y para masajear el fondo del útero e inspeccionar la posibilidad de restos de placenta, mantener las constantes vitales en valores normales y un volumen de líquidos endovenosos apropiados. Intervención que se realiza con éxito y se continúa con la vigilancia de las próximas horas. Se realiza un curso online de hemorragias obstétricas para aumentar las capacidades y conocimiento en este tipo de eventualidades que, aunque no se dan con mucha asiduidad constituye uno de los casos graves de la puérpera.

Tras pasar las nuevas instrucciones obstetras, se comienza a realizar el apoyo de forma activa a las nuevas mamás para la lactancia materna, desafiando a los mitos detrás de la evidencia científica y los hallazgos de la madre naturaleza realiza para la supervivencia de las especies y su mantenimiento, haciendo entender las cualidades de la lactancia tanto para la madre como para el bebé en todos sus aspectos y a lo largo de su vida. La lactancia va a determinar a lo largo de la vida del bebe hasta su madurez; en aspectos emocionales y de salud, la manera que responde al apego a lo largo de su vida; que produce un buen impacto emocional, ya que a veces sólo se asume que es un acto único que se queda en la niñez o los primeros meses o años de vida. Un acto que impronta la vejez no debe ser tomado en ocasiones a la ligera y hay que realizar un esfuerzo para la instalación de la lactancia como alimento inmejorable y único. La paciencia, hacer sentir y hacer valer que la madre mantiene el control de la alimentación

y que los cambios en las mamas y en la leche materna va a constituir un aporte nutricional excelente para el bebé acorde a sus necesidades.

Atender a las posibles eventualidades que surgen en el día a día de las mamás y aportar soluciones hacen que se sientan más seguras de la lactancia. Eventualidades que se solucionan con un sacaleches y la forma y procesos de conservación de la leche materna empoderan más si cabe a la mujer que desea amamantar a su bebé exclusivamente con leche materna.

Se realiza presencia en consulta del suelo pélvico y talleres que se imparten en consultas y encuentra un hueco para atender los talleres. Situado en la planta baja del edificio principal, la consulta se realiza en una sala donde se tiene algún instrumento de aprendizaje para mantener la estabilidad y tonicidad del suelo, con dípticos con imágenes para una mejor visualización y entendimiento de este pilar fundamental en los que se basa la salud y bienestar de esta zona del cuerpo. Se muestran los ejercicios a realizar y diversos ejercitadores intravaginales y exteriores, se resuelven dudas y se buscan soluciones ajustadas a cada mujer.

Se colabora y realizan consultas de urodinamia, una prueba diagnóstica destinada para conocer si la función de detrusor de la vejiga urinaria y la uretra son efectivas para su función. Se analiza y se registra cómo se comporta la vejiga mientras se llena (llenado con suero) y se vacía (micción), y también si la uretra cierra de manera correcta en los momentos adecuados (por ejemplo, al toser o hacer esfuerzos) Estas mediciones son registradas en una aplicación informática donde muestra una evaluación que determina el tipo de pérdida de orina y en qué grado se encuentra.

La última semana se realizan las prácticas en sala de neonatología, donde se encuentran un total de ocho incubadoras distribuidas en una sala con aparatología de registro de constantes vitales, peso, iluminación específica, bombas y jeringas infusoras y material desechable, entre otros.

En planta de puerperio consta de nueve enfermeras y ocho auxiliares que cubren todos los turnos. El servicio de neonatología está cubierto por ocho enfermeras y cinco auxiliares de enfermería. El personal está constituido por dos enfermeros especialistas, un auxiliar y dos médicos especialistas en pediatría. Los neonatos son trasladados desde

planta y urgencias y en ocasiones de paritorios, hacia neonatología, cuando así lo requieren las circunstancias excepcionales a criterio médico.

Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia, así como el contacto emocional y espiritual de la mujer y bebé.

Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.

Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia) y además se administra durante la estancia piel con piel con la madre.

El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.

Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. Durante el puerperio inmediato, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina para el despiste de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura, frecuencia cardíaca y pulso durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.

2.1.6.2 Cuidados de la mujer en Paritorio Centro Hospitalario- España

La sala de partos consta de ocho paritorios, el más cercano a la entrada está disponible como primera observación y realización de Covid-19. En el mismo servicio se encuentran los quirófanos de ginecología que aún no son utilizados por diversos motivos. Desde los paritorios, se puede acceder a los quirófanos generales donde uno de ellos está destinado para las intervenciones ginecológicas y cesáreas, ya sean programadas o de urgencias. Se dispone de una sala de reanimación neonatológica donde se identifica al bebé y se le realiza la primera inspección neonatal. Los últimos registros de nacimientos muestran que en el año 2021 se produjeron partos (Anexo VIII).

El servicio dispone de una sala de ordenadores desde donde se controla los RCT y las alarmas, desde donde se realiza la anamnesis y la historia clínica. Una sala de estar para los profesionales y diversas salas para el material y medicación.

Se dispone de una pizarra de grandes dimensiones y se anota la información de cada mujer distribuidas por boxes, con datos tales como: nombre, índice obstétrico, grupo sanguíneo, edad, alergias, patologías, indicación obstétrica y cuidados realizados y pendientes.

Caracterización de los Recursos Humanos en Sala de Partos

El servicio está constituido por ocho ginecólogos y doce Enfermeros especialistas que realizan turnos de 24 horas, diez auxiliares con turnos de ocho horas y enfermeros que cubren algunos turnos dependiendo de la disponibilidad. En cada turno se dispone de dos enfermeros especialistas, una auxiliar, un ginecólogo y una enfermera en algunos turnos.

Cuidados de la mujer en la sala de partos. Centro hospitalario.

Los cuidados se prestan desde el acceso al servicio de sala de partos procedentes de planta o servicio de urgencias del hospital. El celador lo traslada de ambas procedencias, ya sean a título de valoración obstétrica en periodo de dilatación, urgencias o por agenda programada en el turno de mañana para inducción o Cesárea programadas. Son asistidas y valoradas por el personal de enfermería especialista dependiendo de la indicación obstétrica y distribuidas por los boxes de sala de partos o preparación para cesárea. A las embarazadas y acompañantes se les realiza el test de

covid'19 con test de antígeno (aunque la epidemia va decreciendo, gracias a la amplia vacunación, se mantienen los test).

Cabe destacar en el contexto cultural, que se asisten a una mayoría de mujeres de origen magrebí y religión musulmana que, aunque son residentes mantienen sus costumbres. El trato y los cuidados se realizan respetando sus costumbres y necesidades, ya que no todas precisan las mismas atenciones.

Las características más comunes son:

- Las mujeres de origen magrebí, en su mayoría no saben hablar el idioma castellano y se necesita un familiar o el marido para interactuar con ellas. Gracias a la alta profesionalidad de los componentes que aprenden el idioma más común en marruecos que es el "Dariya", somos capaces de comunicarnos. Cabe destacar que el alumno maneja el idioma, facilita enormemente la comunicación y aumenta así la confianza con la parturienta y su familiar que le acompaña que normalmente es el marido o la madre materna.

- Las mujeres magrebíes, en un alto porcentaje son multíparas, tienen varios hijos en su vida reproductiva. Son mujeres que no tienen actividad laboral fuera del ámbito de la familia, ya que la familia dispone de los cuidados de la mujer y los hijos y el padre mantiene la actividad laboral y económica de la familia.

- Las mujeres magrebíes no solicitan la anestesia epidural por motivos culturales, aunque sí asisten a la consulta de preanestesia y firman el consentimiento informado para tener la posibilidad de acudir al procedimiento, en última instancia.

- Las observaciones vaginales siempre se realizan con la presencia del familiar y con algún profesional del turno, ya que por su cultura eso le da más seguridad y genera menor conflicto cultural, disminuyendo así el estrés.

- Durante la dilación, parto y puerperio inmediato el acompañante realiza unos rezos o "SHURAS" (Shura (islam) Shura (árabe: شوری shūrā) es una palabra árabe que significa "consultar". El Corán y Mahoma alientan a los musulmanes a decidir sobre los problemas, consultando con aquellos que serán afectados la decisión a tomar (Valmiki,

B, 1995). Estos rezos son en ocasiones recitados con la ayuda, a modo de musicoterapia, por reproductores de sonido.

- La mujer magrebí en su totalidad solicita la lactancia materna exclusiva, tanto si es primeriza como múltipara. La lactancia materna es considerada por el Islam como un acto de amor entre la madre y el hijo. Además, se considera uno de los derechos más fundamentales de un niño en la ley islámica. Los juristas musulmanes han tratado ampliamente este tema, por ejemplo, Al-Mawardi (m. 1058 DC) escribió un tratado completo Kitab al-rada sobre el tema de la lactancia materna. (Soler, 2017). Tras el parto, el puerperio inmediato previo a ser trasladada a la enfermería, son atendidas y cuidadas en una sala de puerperio donde durante las dos primeras horas. Se ayuda con lactancia materna, se observan loquios y se atiende a las necesidades de la madre y su bebé. Durante mis prácticas presté cuidados a 352 mujeres de origen Magrebí en sala de partos, urgencias ginecológicas y obstétricas y puerperio.

2.2. Metodología de las prácticas de naturaleza profesional

En estas prácticas, se absorben conocimientos y experiencias que permiten adquirir y desarrollar competencias específicas en el área de la especialidad y competencias comunes a los enfermeros especialistas. Por otro lado, deben realizar varios experimentos para cumplir con la Directiva europea, transpuesta a la legislación portuguesa mediante la Ley N.º 9 /2009 de 4 marzo, con varias actualizaciones. Como anteriormente se ha referido cada estudiante elige un área temática en la que profundizará durante su experiencia práctica. Para ello utiliza instrumentos de la práctica clínica y disponibles en los campos clínicos donde realizan sus prácticas para obtener datos que permitan ampliar los conocimientos de la enfermería y contribuir a la mejora de la atención sanitaria materna y obstétrica. A lo largo de las prácticas, los alumnos recopilarán todas las actividades en una memoria, que se presentará para el debate en jurado público.

2.2.1. Abordaje Metodológica de las Prácticas Clínicas de Naturaleza Profesional.

Según el plan de estudios, del máster en enfermería maternal y obstétrica, se espera que el estudiante sea capaz de desarrollar las siguientes competencias.

Saber evidenciar los conocimientos en las vertientes de atención especializada y de investigación, exponer:

- a) Capacidad de reflexión crítica sobre la práctica.
- b) Razonamiento de opciones basado en la teorización.
- c) Capacidad para utilizar la investigación y las pruebas científicas.
- d) Capacidad de comunicar las conclusiones, los conocimientos y los razonamientos subyacente, tanto a los expertos como a los no expertos, de forma clara.

Habilidades para desarrollar el aprendizaje permanente en un fundamentalmente autónomo a favor del área de Salud Materna y Obstétrica

Para la adquisición de competencias se utilizaron diversas estrategias.

Estrategias de Observación del Entreno Clínico.

Hay que destacar la importancia de la observación como parte del método científico para llegar al diagnóstico en un proceso salud enfermedad y poder decidir la terapéutica adecuada, (López Palma, et al ,2019) sugiere que la observación es un proceso de descomposición-recomposición de informaciones obtenidas mediante la percepción y la experiencia, según los fines científicos establecidos y con la evidencia científica del momento, en los modos de observación contruidos. Se señala que es un proceso activo y organizado en el tiempo, en el cual se considera, un conjunto de fenómenos que pueden ser analizados, (López Palma, et al. 2019).

La observación es la primera etapa del método científico porque es de donde parte la obtención de información, tanto por lo que dice la embarazada como por lo que se puede observar mediante la inspección, (Díaz Sanjuán, Lidia 2010). Quiere decir que, no solo la información se vincula con la comunicación verbal, sino con formas no verbales como la inspección, y de esa forma se llega a recoger datos sobre lo que ya puede ser explícito o general o sobre aspectos más particulares o específicos.

2.2.2. Estrategia de Búsqueda Bibliográfica para la Revisión Temática.

Se realizó búsqueda bibliográfica en varias bases de datos. Para iniciar la búsqueda de la mejor y más eficaz información respecto a la pregunta que nos sugiere Describir los efectos nocivos del consumo y exposición del humo del tabaco en embarazadas y sus

hijos, que a través del método PICO ha desprendido en nuestra revisión. Realizamos la búsqueda en buscadores más importante en cuanto a ciencia médica se refiere:

Dado que las bases de datos contienen millones de registros bibliográficos es normal que cualquier búsqueda nos devuelva una gran cantidad de resultados. Para limitar estos podemos reemplazar los términos de búsqueda generales por otros más específicos.

También podemos agregar términos adicionales a nuestra búsqueda usando operadores que restringen la búsqueda (AND y NOT) y eliminando el uso de operadores que amplían la búsqueda (OR). También podemos reducir el resultado si evitamos hacer la búsqueda por texto libre y utilizamos términos del vocabulario controlado o limitando por campos de búsqueda.

2.2.3. Otras Contribuciones para el Desarrollo.

El EFNP se realizó bajo supervisión clínica y orientación por profesionales expertos en salud materna y con amplia experiencia con evaluaciones intermedias y finales en presencia del profesor de la escuela

A modo de definir la esencia de la enfermería y sus principales particularidades, el alumno recurrió a una teórica de la enfermería para sustentar su práctica durante ENPRF. Realizando una reflexión para su elección. Ida Jean Orlando en su teoría; satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo y sociales de Dorotea Orem; como cumplir las metas y el logro de Imogene King; reducir el estrés, mejorar la estabilidad y equilibrio de Betty Neuman; observando a la embarazada como un conjunto de sistemas interrelacionados para mantener el equilibrio de los estímulos de Calista Roy y la filosofía que entrelaza el conocimiento científico y la práctica del enfermero especialista de Jean Watson. Modelos y teóricas que se desarrollan para que el especialista tenga cuerpo de conocimiento suficiente y real para actuar sobre el consumo y exposición del humo del tabaco.

Debido a la oportunidad prevista de tener experiencias en dos países distintos, se escogió a Leininger, que por su teoría Transcultural permite la posibilidad de practicar los cuidados de enfermería de modo universal y culturalmente específico. Autores (Moura, 2005), Refieren que la enfermería Transcultural se centra en un conjunto de

interrelaciones de conceptos e hipótesis respetando los comportamientos, los valores, las creencias de los individuos y los grupos en la realización de cuidados.

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

3.1. Conceptualización. Revisión temática

En el contexto de prácticas del máster en enfermería de salud materna y obstetricia de la Universidad de Évora se llevó a cabo una revisión sobre un tema muy controvertido y que la sociedad y las mujeres en múltiples ocasiones tratan de reservar en su intimidad. Se trata de inhalar humo del tabaco y como la sociedad y el entorno más cercano tratan esos temas porque es un hábito que no todos entienden y que de una forma u otra es voluntario y existen formas de abandonar. Vamos a tratar de enfocar cómo la mujer acaba con un hábito que inicialmente era de uso masculino y asociado a una mayor masculinidad. Este proceso de cambio de uso de consumo hacia la mujer tiene múltiples factores y hay que conceptualizarlo en una industrialización, en la salida al mercado laboral de las mujeres y al cambio de normas y leyes que otorgan valores de igualdad entre hombres y mujeres. Concretaremos esa visión en un país y entorno conocido por nosotros, donde conocemos los aspectos de la sociedad y su evolución ya que está a sido vivida y tenemos los conocimientos oportunos al respecto.

En España a finales del siglo pasado existen grandes cambios Francisco Franco y la nueva organización de la democracia donde la mujer comienza a tener un papel representativo superior al anterior gobierno. Hecho muy importante es la aprobación de la Constitución Española de 1978 donde se aprueba y se establece que todos, hombres y mujeres, tenemos los mismo derechos y obligaciones ante la ley y la sociedad. Estas normas hacen que la mujer comience a tener las mismas oportunidades sino de forma sustancial, si legislativamente, y comienzan a incorporarse al mundo laboral y social que antes en ocasiones tenían limitada.

Comienza una industrialización del país y el éxodo hacia las ciudades donde la empleabilidad y las oportunidades se suceden durante los años 80, la entrada en la Unión Europea da un carácter internacionalización y posibilidad laboral, comienza una movida de ocio y diversión más clara y fundamentada en las posibilidades que dan las grandes urbes, la televisión está cada vez más presente en la vida cotidiana y con estos más canales y más publicidad sobre formas de vida y vida moderna, etc.

No es raro ver a la mujer moderna y socialmente activa fumar, de hecho, se transforma en un medio de sociabilización y liberación de la mujer al equiparar en vicios al género masculino. En la década de los años 90 y principios del cambio de siglo se muestra un incremento en el consumo de la mujer con datos alarmantes, aunque sin superar los niveles del género masculino (ver Anexo VII, datos sobre el consumo de tabaco en España)

En la primera década del siglo XXI comienzan a desarrollarse campañas en contra de la exposición y consumo del tabaco, ya que se asociaba el cáncer al consumo del tabaco, las compañías tabacalera privadas y públicas tenían unos altos beneficios, siendo la de mayor capital financiero y en mayores activos en bolsa nacional e internacional (Montes, 2006).

En esta década los efectos derivados del consumo de tabaco generan unas pérdidas económicas y humanas que sobrepasa la dimensión socialmente aceptada. Este hecho hace que se inicien campañas de salud, asociaciones no gubernamentales en contra de su consumo, documentales sobre el tabaco, programas que asocian el consumo de tabaco a multitud de patologías en ambos géneros y en los que le rodean. Dentro de las personas que afirman fumar a diario, la franja de edad donde predominan los hombres es entre los 35 y los 44. En el caso de las mujeres este intervalo es entre los 45 y los 54 (Anexo VII, datos sobre el consumo de tabaco en España).

En España, el gobierno modifica la normativa vigente y por Real Decreto genera una ley para erradicar el consumo la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, más conocida como nueva ley antitabaco, entró en vigor el 2 de enero de 2011, como modificación de la anterior ley antitabaco de 2006, y cuyas medidas de mayor repercusión social son la extensión de la prohibición de fumar a cualquier tipo espacio de uso colectivo, local abierto al público, que no esté al aire libre, con una única excepción otorgada a centros de internamiento penitenciario y psiquiátrico y en zonas y habitaciones delimitadas en centros residenciales de mayores, y especial atención a la medida de prohibición absoluta de venta de tabaco a menores de edad legal.

Y no se podría fumar en lugares públicos, ni escolares, ni universitarios ni en lugares públicos donde hubiera asistencia de menores, ni centros sanitarios u hospitales.

Los anuncios de las cajetillas anuncian imágenes de pacientes afectados con patologías graves derivadas del consumo de tabaco y estas imágenes con la más cruda realidad, imágenes y especialmente críticas con mujeres embarazadas y con leyendas que recuerdan a las futuras madres en riesgo grave para ella y su futuro bebé. Estas campañas obligan a las televisiones a mantener un número determinado de anuncios contra el tabaquismo y además los eventos deportivos no podrán ser sponsorizados por las tabacaleras. Se presenta algunos componentes del tabaco. (Anexo I)

Las tabacaleras se reinventan para mantener el consumo y su negocio, pero manteniéndose dentro de la normativa vigente con lo ven reducida su capacidad de venta con una gran quiebra de la Empresa Pública tabaco y timbre de España.

Estas medidas tratan de controlar el consumo y evitar las enfermedades haciendo mayor hincapié en el uso de la mujer durante el embarazo. El cambio de visión provoca un cambio en la sociedad que si es conservadora abre un gran debate en que la mujer continúe fumando durante el embarazo, socialmente se les recrimina, se les intimidad desde los sectores más cercanos; familias y amigos y vecinos, y en los programas de televisión. Se muestran los efectos del tabaco en la mujer y su futuro bebé y se realizan estudios más realistas y concienzudos a nivel nacional para mostrar sus efectos y eludir su consumo (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, 2022)

Nacen los primeros grupos a nivel asistencia que usando técnicas de modificación de conductas tratan de producir en atención primaria una deshabituación del consumo, pero ninguno dedicado a la mujer embarazada específicamente. Dado nuestros días y que aún existe consumo de tabaco por parte de la embarazada y como caso específico debemos tratar de avanzar en su estudio y dar capacidad y empoderamiento a la mujer que excepcionalmente esta embarazadas y con los cambios específicos a todos los niveles que se producen fisiológicos (Rubin, 1984), Psicológicos y posteriormente lactancia materna dan una respuesta a sus necesidades y voluntades de manera precoz en la preconcepción o durante el embarazo. Los programas van dedicados en exclusiva a la población en general y en grupo de seis a diez usuarios de

programas a nivel público. Las asociaciones contra el cáncer tampoco tienen respuesta a las embarazadas.

De esta forma es responsabilidad del enfermero especialista en salud materna y obstétrica dar respuesta contundente, de forma organizada, consensuada, estable, uniforme, acreditada, continuada durante toda la vida incluyendo la menopausia, accesible, descentralizada, preventiva...etc. La aportación de estudios dedicados no solo a los efectos que produce el consumo de tabaco en la mujer y el bebé y sino en las particularidades de la mujer en su consumo a un nivel holístico y fundamentado en la mayor veracidad que éstas puedan aportar, ya que también existe el sesgo de culpabilidad y que en muchas ocasiones no permiten su profundidad. Tratar de verificar cuales son los factores en común que diferencian al resto de fumadores y realizar consultas de atención primaria con mayor enfoque en el consumo de sustancias y sin tratar de juzgar, procurar la búsqueda de la forma más efectiva para cada mujer. Es cierto que en este momento se debe de abrir un camino propio dentro de la especialidad para modificar los hábitos de fumar y que requiere formación por parte de los profesionales, interés en la administraciones públicas y aporte económico para llegar a buen puerto y conseguir un buen tratamiento. El tratamiento farmacológico está limitado en la embarazadas, con lo que las limitaciones se hacen aún más evidentes y necesarias de búsqueda de fórmulas individualizadas para contener el consumo en las mujeres embarazadas y a lo largo de toda su vida.

En este ámbito surge la motivación para comenzar una revisión temática sobre el consumo y exposición el humo del tabaco en las embarazadas, comenzando con una búsqueda en los mayores bases de datos para afrontar y analizar sobre este tema y así consensuar los datos con alta fiabilidad, describir y debatir la evolución o el "estado de la cuestión" en el tema.

Los datos son concluyentes a nivel universal, su alto nivel de efectos nocivos a nivel materno y fetal pueden llevar a consecuencias dramáticas que son sustancialmente evitables. Los estudios de revisión bibliográfica con metaanálisis revelan que existen investigaciones observacionales previas que revelan que el hecho de que las mujeres fumen durante el embarazo conlleva riesgos para el feto, como un mayor riesgo de mortinatalidad, bajo peso al nacer (BPN) y pequeño para la edad gestacional (PEG) en

comparación con los bebés nacidos de mujeres que no fuman durante el embarazo (Marufu, et al, 2015).

Los especialistas deben de tratar mantener una línea de investigación propia y clara al respecto y las campañas de deshabituación en la embarazada más intensas; tanto en asesorías, preparación al parto y en los congresos de salud materna y obstetricia.

3.1.1. Metodología de Revisión.

Tras la búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos de medicina, tratamos de verificar tras el método PICO una pregunta que dé respuesta a nuestras inquietudes profesionales.

Utiliza el método PICO utilizamos una pregunta abstracta y genérica para ir concretando. Identificamos los componentes y posteriormente clasificamos la pregunta con idoneidad, pertinencia y relevancia. Seleccionamos la pregunta, determinamos los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica con el objetivo de convertir una pregunta mal formulada en una pregunta bien formulada y optimizada para poder iniciar el trabajo así:

Describir los efectos nocivos del consumo y exposición del humo del tabaco en embarazadas.

Población. Mujeres embarazadas fumadoras e hijos expuestos Población. Madres expuestas al humo del tabaco.

Intervención. Describir los efectos nocivos.

Comparación. Embarazadas fumadoras y expuestas y no expuestas.

Conclusiones. Consecuencias, nivel de vida, patologías de la madre y del recién nacido

Al inicio estos buscadores daban como resultado multitud de artículos al respecto hasta encontrar un hilo de continua búsqueda de información veraz y adecuada a la orientación de la revisión que se trata. Los artículos son interminables por los que se decretan límites en las búsquedas para una mejor y mayor eficacia en las múltiples búsquedas, tratándose de:

- Usar artículos que describen los efectos del consumo y exposición del humo del tabaco en la embarazo.
- Restricción de los últimos cinco años, 2017/2022 ambos inclusive.
- En idiomas como el español, inglés y portugués.
- Y que estén el texto completo para su mejor y más adecuada revisión.

Usamos para definir aún más la búsqueda controladores boléanos (son «OR», «AND») y además **descriptores**

- Tabaquismo.
- Exposición Materna
- Embarazo
- Salud de la mujer.

Se utilizaron algunos criterios para la investigación bibliográfica (Anexo IX, modo de planificación de la pesquisa).

El PRISMA se presente en el (Apéndice C).

Se realiza búsqueda bibliográfica en buscadores: Google académico, Descriptores en ciencias de la salud (DeCS), NIH (National Library of Medicine), Biblioteca Virtual en Salud (bvs), Bireme y Scielo.

AUTORES y AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	RESULTADOS OBTENIDOS
Chinchilla Araya, T., & Durán Monge, M. D. P. (2019)	Efectos fetales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo	Revisión sistemática	Discutir la evidencia actual sobre los efectos en embarazadas fumadoras y sus hijos	El tabaquismo materno durante el embarazo provoca efectos deletéreos para el producto tanto a nivel prenatal como posnatal.
Cerda L., Jaime. (2017)	Cesación de tabaquismo en embarazo. Revista chilena de enfermedades respiratorias	Revisión Sistemática	Plantear las diferentes terapias de deshabituación tabáquica	Es necesario presentar las diferentes terapias con la mayor evidencia.

Gould, G., Havard, A., Lim, L. L., Smoking In Pregnancy Expert Group, & Kumar, R. (2020)	Exposición al tabaco, el humo ambiental del tabaco y la nicotina en el embarazo: una visión general pragmática de las revisiones de los resultados materno-infantiles, la efectividad de las intervenciones y las barreras y facilitadores para dejar de fumar	Revisión de revisiones	Recopilar las pruebas más recientes de revisiones sistemáticas sobre los resultados para la salud materna e infantil de la exposición al tabaco y la nicotina durante el embarazo.	Deben identificarse los obstáculos para dejar de fumar y tomar medidas para erradicarlos con el fin de reducir el tabaquismo entre las mujeres embarazadas.
Ji, X., Yue, H., Li, G. y Sang, N. (2021)	Lesiones pulmonares maternas inducidas por el tabaquismo en madres y descendientes a través de citoquinas inflamatorias	Estudio Experimental	Identificar las moléculas involucradas en las lesiones pulmonares de las madres con tabaquismo y descendencia	Las respuestas inflamatorias pueden desempeñar un papel importante en las lesiones pulmonares inducidas por el tabaquismo materno en madres e hijos mediante el cribado de genes diferenciales compartidos, sólo necesitamos detectar genes maternos para predecir lesiones pulmonares inducidas por el tabaquismo materno
Anderson, T. M., Lavista Ferres, J. M., Ren, S. Y., Moon, R. Y., Goldstein, R. D., Ramirez, J. M. & Mitchell, E. A. (2019).	Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death	Estudio de Coorte	Investigar los efectos del tabaquismo materno antes del embarazo, la reducción durante el embarazo y el tabaquismo durante el embarazo en las tasas de muerte súbita infantil.	Estos datos respaldan la necesidad de dejar de fumar antes del embarazo
Magalhães, Elma Izze da Silva et al. (2019)	Maternal smoking during pregnancy and offspring body mass index and overweight: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y metaanálisis	Asociación del tabaquismo materno durante el embarazo con el índice de masa corporal de los hijos durante la infancia, adolescencia y etapa adulta.	Los hijos de las madres que fumaron durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de sobrepeso

3.1.2 Análisis de los Resultados de la Revisión como Contribución al Desarrollo de la Temática.

Se releen todos los estudios en texto completo, en varios continentes y se desprende que la problemática del consumo de tabaco y su exposición es a nivel internacional, no existiendo lugares en la que no se exprese como un problema de salud pública. La situación de salud pública que nos encontramos en todos los países, industrializados y en menor proporción en los de vías de desarrollo son comunes a todas las mujeres expuestas. No existe dudas que el factor común o denominador son los tóxicos del humo del tabaco cuando este se consume o se expone.

La mujer que en menor proporción respecto al hombre tiene el hábito de fumador tiene más circunstancia de patología por el hecho de tener la virtud de crear la vida humana. Este factor de creación de la vida hace que los efectos que en principio pudiera afectar a la individualidad femenina se traslade a su prole con efectos nocivos y en algunos casos dramática, como ocurre en la muerte súbita del lactante.

Cabe destacar que no existe ningún estudio que ponga en dudas la capacidad del humo del tabaco en afectar la fisiología humana de manera grave y no existe ningún beneficio físico, psicológico ni social en su consumo, todos los efectos que produce un contaminante como el tabaco, son perjudiciales.

La composición del humo del tabaco y la cantidad de sustancias que intervienen en su combustión son innumerables y todas las conocidas son nocivas. Pregunta el cual, ¿Cómo una sola calada de un cigarrillo puede contener tantas sustancias perjudiciales? Difícil de entender, pero ciertas ya que múltiples laboratorios por espectrofotometría de gases concluyeron su composición.

Dado los numerosos componentes del humo del tabaco es fácil entender que tantas sustancias actúan a muchos niveles fisiológicos alterando su función y funcionalidad como en el caso que nos ocupa de las mujeres embarazadas y sus hijos.

Las alteraciones que produce cuando el feto está en desarrollo primario es el más consistente y preocupante. El tabaquismo materno tiene un impacto simétrico en el crecimiento fetal causando una reducción estimada del 5% en el peso relativo por cada paquete de cigarrillos fumados por día, mostrando una asociación dosis dependiente entre fumado prenatal y el índice de masa corporal total (Banderali ,2015).

Se sugieren distintas teorías por las cuales puede afectar a un crecimiento intrauterino reducido (CIR) (Abraham, 2017) entre las que destaca la alta concentración de carboxihemoglobina en la sangre que llega al feto, afectando así al crecimiento fetal (Francis et al, 2015). Otra explicación podría ser por disfunción mitocondrial debido a la inhibición de la COX mediada por monóxido de carbono del humo del tabaco intrauterino. Puede provocar sobre peso y obesidad en la niñez e infancia y éste puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2 del adulto. El estudio (Gutvirtz, 2019), se centró en las consecuencias a largo plazo y

encontró que la exposición prenatal al consumo de cigarrillos afecta la morbilidad neurológica de los hijos, encontrándose también en el mismo estudio que los niños de madres expuestas tenían más patologías relacionadas con el movimiento, con mayor riesgo de convulsiones febriles. Se encontró que el trastorno déficit de atención y los trastornos del movimiento eran más comunes en los niños hospitalizados de madres fumadoras, aunque los estudios no son concluyentes en este sentido, existe el riesgo según el metaanálisis (Chinchilla & Monge, 2019).

La nicotina es un teratógeno neuroconductual que altera el desarrollo cerebral, ya que la nicotina provoca anomalías en la proliferación y diferenciación de las células neurales, promueve la apoptosis y produce alteraciones en la función sináptica (Gutvirtz, 2019).

A nivel cardiovascular la exposición y consumos de humo del tabaco en la mujer gestante se ha asociado a una menor variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal en el registro cardiotocográfico. Se ha desarrollado también con unas cifras de tensión sistólica y diastólica mayor en la infancia, Incluso si la madre dejó de fumar meses antes del embarazo.

Tal y como relata (Huang, 2017), “a nivel pulmonar se ha observado un aumento en el volumen alveolar y una disminución del calibre de las paredes de la vía aérea”. “Existe crecimiento desproporcionado entre el parénquima pulmonar y las vías aéreas, esto se conoce como crecimiento disináptico pulmonar, siendo algunos de las sustancias tales como arsénico y cadmio. Lo que conlleva un número de mayor de ingresos y de intervenciones hospitalarias respiratorias en pediatría. (Balte, 2016),

Se ha observado que el tabaquismo por parte de la abuela materna, incluso cuando la madre no es tabaquista, afecta el desarrollo pulmonar fetal del nieto, debido a alteraciones en vías de metilación antes comentadas (McEvoy & Spindel, 2017). Efectos pulmonares del tabaquismo materno en el feto y el niño: efectos sobre el desarrollo pulmonar, las morbilidades respiratorias y la salud pulmonar de por vida. Revisiones respiratorias pediátricas (McEvoy & Spindel, 2017)

En cuanto al asma bronquial y sibilancias en la infancia es bien conocido la relación entre estas patologías y el consumo y exposición del humo del tabaco por parte

de la madre, siendo también mayor la respuesta inmunológica provocando un número mayor de alergias en el infante a través de un aumento de citoquinas reactiva a los procesos pulmonares durante la infancia (McEvoy, 2017).

Durante la lactancia, muchas de las sustancias como la nicotina pasan a la leche materna encontrando valores mucho mayores en la leche materna que a niveles séricos de la mujer fumadora (siendo dosis dependiente) lo que conlleva múltiples síntomas de irritabilidad en el lactante; por lo que la suspensión de la lactancia se suspende precozmente. Teniendo en cuenta la concienciación de la madre sobre la influencia del tabaquismo, ésta acelera su suspensión (Banderali et al., 2015).

Debido a que la nicotina es el agente causante de las múltiples patologías asociadas al tabaquismo, el consumo de cigarrillo electrónico, que tanto de moda está en los últimos años, es tan perjudicial como el consumo de humo del tabaco.

La irritabilidad del bebé a causa de hábito de fumar por parte de la madre produce privación del sueño con las consecuencias que esto conlleva, tales como déficit de memoria, crecimiento disminuido (la hormona del crecimiento pulsátil durante la etapa de sueño) (Banderali et al., 2015). Estos mismos autores, afirman que el enclave más trágico es la muerte súbita del lactante, en el que numerosos estudios indican una relación entre el consumo de tabaco de la gestante y muerte súbita del lactante. Esta asociación indica una prueba de Apgar al nacer inferior, en mujeres consumidoras de humo del tabaco.

Estudios demuestran que un consumo mayor de 10 cigarrillos/día en el embarazo se asocia con parto pretérmino, bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino reducido. (McEvoy et al., 2017).

Se realizó un estudio de cohorte que comparó el riesgo a largo plazo de neoplasias en la infancia entre niños hijos de madres fumadoras durante el embarazo versus hijos de madres no fumadoras durante esta misma etapa, se excluyó a pacientes con malformaciones congénitas y las gestaciones múltiples. Se concluyó que el tabaquismo materno en la gestación aumenta el riesgo de neoplasias benignas, pero no de neoplasias malignas (Kessous, Wainstock & Sheiner, 2019). Lo mismo estudio comparó a mujeres consumidoras de tabaco y no consumidoras y se concluyó que el

consumo en edad gestacional aumenta el riesgo de neoplasias benignas en el bebe, aunque no malignas.

3.2 Resultados empíricos de consumo y exposición del humo del tabaco en la embarazada.

Se trata de resolver de forma empírica los resultados obtenidos en cuanto a la experiencia que durante las prácticas clínica y experiencia profesional del Máster de Salud Materna y Obstetricia se ha conseguido.

Las practicas se han realizado en múltiples centros sanitarios en los que el cuidado de la mujer en un grado u otro ha sido satisfactorio y muy agradable. Los lugares donde se han desarrollado tienen amplias diferencias en cuanto a la estructura, competencias y forma de trabajo. Se han realizado cuidados a mujeres de diferentes regiones del mundo y culturas; tales como, Portugal, Senegal, Angola, Cabo Verde, Brasil, España, Marruecos, Mauritania, Argelia, Francia, Italia. Y dos religiones muy marcadas como son el cristianismo y el islam, ambas con sus peculiaridades en cuanto a sus comportamientos maternos y consideraciones particulares. La experiencia proporcionó mucha riqueza a mi desarrollo personal y profesional. Para Leininger & Farland (2002), la diversidad cultural de cuidados muestra la variación de cuidados significativos, patrones, valores y los símbolos de cuidados que son culturalmente provenientes de los hombres para su bienestar y perfeccionar una condición de modo de vida, y para hacer frente a el norte.

Las mujeres occidentales o de países desarrollados donde la religión cristiana es mayoritaria, se registra un mayor consumo y exposición al humo del tabaco en comparación con la religión islámica, donde la mujer está más limitada a la hora de tomar decisiones particulares o donde la mujer se limita al objetivo casi exclusivo del cuidado del hogar y de la prole. La limitación religiosa y cultural de la mujer islámica hace que tenga menor accesibilidad a productos de consumo, el cuidado casi exclusivo de la familia y la responsabilidad de que la descendencia sea sana, recae casi en exclusiva en ellas; es decir, si el bebé posee alguna patología post nacimiento, esta es responsabilidad de la madre y no del padre, ya que la madre no ha sido o no ha tenido hábitos saludables durante la gestación. Durante la aplicación del ENPRF, siempre hemos tenido en cuenta que la culturización establece patrones de comportamiento

muy diferentes en cuanto a cultura y religión, por lo tanto, tenemos dos bloques definidos, por una parte, la cultura occidental y país desarrollado europeo y por otro lado una región mayoritariamente musulmana donde parten de un país menos desarrollado en cuanto a servicios sanitarios y educación maternal, siendo esta recibida de madres a hijas.

En cuanto a las condiciones de salud y el consumo y la exposición al humo del tabaco, durante la ENPRF, el estudiante tuvo varias experiencias. Se prestaron cuidados a mujeres saludables y con patologías asociadas, de las cuales destacamos hipertensión arterial, diabetes mellitus, patología tiroides, hemorragias, placenta previa y restricción crecimiento fetal, como consta en la figura 1.

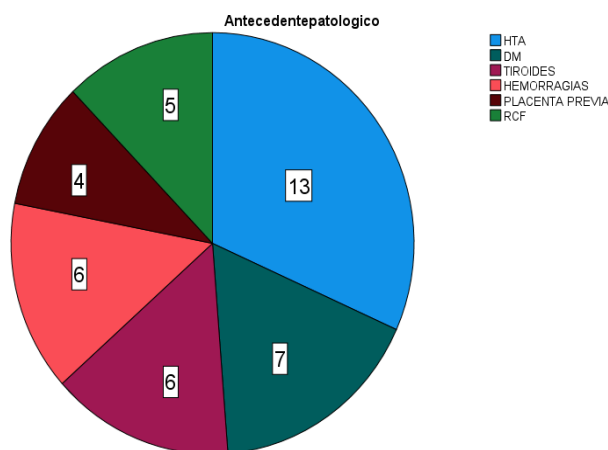


Figura 1. Antecedentes patológicos más frecuentes

Fue interesante detectar que 193 mujeres realizaran vigilancia del embarazo con el enfermero especialista. Figura 2.



Figura 2. Proveedor que supervisión el embarazo

La mayoría tuvieron experiencias en partos eutócicos anteriores. En esos partos anteriores se desprenden que la mayoría fueron partos eutócicos en contra de cesáreas e instrumentados. Figura 3

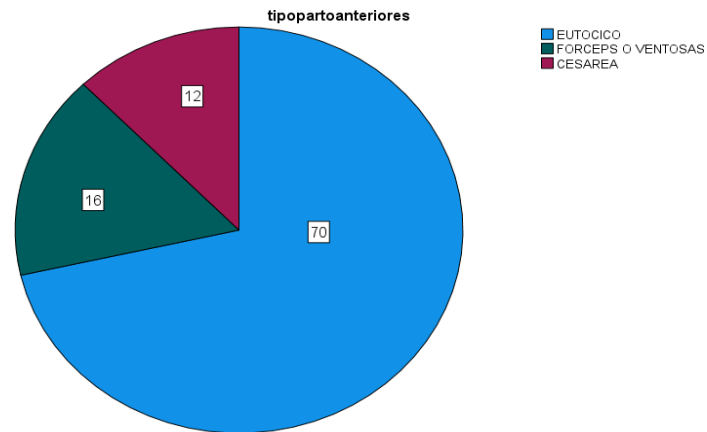


Figura 3. Tipo de partos anteriores.

Para la mayoría, era la primera experiencia de parto. Figura 4.

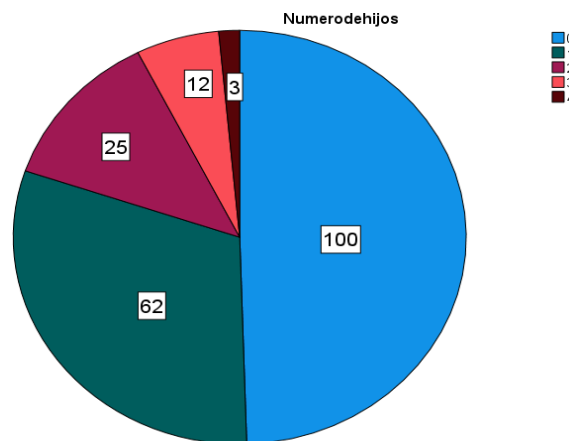


Figura 4. Paridad

Cuando se les pregunta por el método anticonceptivo que utilizan, se observa que la mayoría utiliza la píldora anticonceptiva. Figura 5.

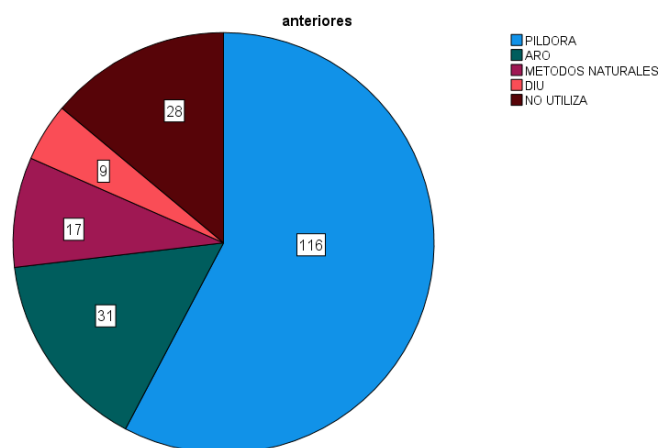


Figura 5. Métodos contraceptivos utilizados

En el ámbito del consumo y exposición del humo del tabaco en la mujer gestante es de suma importancia a nivel de salud materna social y comunitaria. La población conceptualiza desde hace años, la capacidad perjudicial del consumo del tabaco gracias a los estudios realizados, a las nuevas leyes dictadas en las últimas décadas que prohíben su consumo en lugares cerrados y públicos, a la concienciación de la población en general. Aunque el camino a su erradicación como hábito de consumo social y adictivo aún está lejos de lo deseado, se está realizando un gran trabajo por parte de las autoridades y su población, tanto en el respeto de no fumar próximo a la mujer embarazada como en una percepción perjudicial de ésta.

En ningún escrito de cualquier nivel de evidencia científica o mínimamente realista se tiene la duda de que el hábito de fumar, y sobre todo en la embarazada, es perjudicial y que no tiene ningún beneficio en ningún aspecto. Todos y cada uno de los estudios consultados resalta como muy perjudicial el consumo y exposición del humo del tabaco en la embarazada y sus consecuencias a medio y largo plazo e incluso transgeneracional como puede ser de abuelas a nietos, siendo de extrema importancia, porque este dato hace hincapié en que nuestros comportamientos actuales van a ser consecuencias para nuestra descendencia inmediata y futura.

La importancia de dejar constancia y reflejado las consecuencias de hábito de fumar es alta, no podemos desear una población gestacional y neonatal saludable, si no erradicamos de forma definitiva los contaminantes del uso del tabaco. Es por ello, por lo que, el camino actual no debe de orientarse hacia los factores que desencadena consumir tabaco, en las consecuencias, o en sus patologías, porque las múltiples investigaciones no dejan un ápice de duda de su perjudicialidad total y absoluta. Existe

evidencia científica y realidad suficiente para no cuestionar la relación entre fumar y sus patologías asociadas. En ámbito científico la relación está confirmada y la sociedad en su conjunto y en la era de la información donde cualquier estudio e información que se desee encontrar es accesible, inmediata y cercana hace que nadie cuestione que el hábito de fumar es perjudicial. Las autoridades nacionales en los 5 continentes y sobre todo en los países en los que presentan un servicio sanitario nacional, realizan campañas publicitarias y normas de obligado cumplimiento para eliminar este hábito. Los servicios de salud valoran el soporte económico que de esta práctica supone a las arcas del estado y poblacional con un resultado negativo y en ocasiones devastador para la economía nacional. Teniendo en cuenta que las asociaciones no gubernamentales y asociaciones de salud encuentran que los programas de deshabituación tabáquica son demandados, presentan cursos y técnicas para la eliminación de estos tóxicos. Las carteras de servicios de los servicios de salud nacionales y autonómicos desarrollan programas a la población en general y específicamente a la gestacional para su erradicación, los cuales no son muy demandados, bien por desconocimiento o por evitar el juicio social.

El juicio social y la vergüenza son dos datos muy controvertidos para la mujer embarazada en el momento de declarar al profesional especialista, el consumo y exposición al humo del tabaco. Existe una resistencia a declarar que consumen y aún más en el número de cigarrillos por día que consumen, pensando que al ser en algunos casos dosis dependientes que van a perjudicar más levemente a su feto. La visión de las mujeres embarazadas hacia el profesional especialista en salud materna debe ser como aliado, cómplice, ayudador, con reciprocidad y sincronía, observando sus fortalezas y sus debilidades para generar un cambio positivo y no juicioso de sus comportamientos. Conseguir estos niveles de cercanía y confianza derivados de la práctica clínica del especialista son objetivos y habilidades que debe adquirir y poner en práctica. Requiere tiempo, dedicación, conocimientos y habilidades sociales; componentes que podemos obtener con modelos y teorías de enfermería para su aplicación. El paradigma de enfermería respecto al consumo del tabaco como tóxico no existe dudas, el comportamiento del especialista debe seguir generando conocimientos y medidas para difundir y hacer que la embarazadas opten por comportamientos saludables a través de métodos de precontemplación en las primeras visitas y posteriores, siendo estas más específicas y asiduas fuera de las estrictas trimestrales. El hábito de fumar es de suma

importancia en la embarazada como para agregar más visitas y hacer terapias extraordinarias a las visitas obstétricas trimestrales, para adquirir una mejor relación con la embarazada como describe Ida Jean Orlando en su teoría. Sus ideas contribuyeron a despertar el interés por la relación enfermera-paciente y el papel de la enfermería profesional.

De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), (2022) fumar durante el embarazo puede provocar que los bebés nazcan demasiado pequeños o antes de tiempo (parto prematuro), ciertos defectos congénitos y mortinatos. La orientación de la enfermería especialista en salud materna y obstétrica debe ir encaminada a la práctica para el deshabito de fumar, ya que el apoyo del profesional y su preparación es la mejor herramienta para producir una vida saludable a la mujer a lo largo de su vida y no solo gestacional.

Durante las prácticas tuvimos la actitud de observar de manera veraz un conjunto de alteraciones y proporcionar a las mujeres información suficiente, empática, útil, descriptiva, específica y oportuna a las mujeres que con confianza estén dispuestas a declarar su hábito de fumar.

En los diferentes campos clínicos aprovechamos todas las posibilidades para profundizar en el tema del consumo y exposición del humo del tabaco en embarazadas y púerperas. Durante la entrevista de evaluación inicial aquellas cuestiones relativas a la historia obstétrica y ginecológica cuestionaba también los hábitos tabáquicos, número de cigarrillos, intentos para dejarlo, convivencia con personas fumadoras, si fuma en público y si intentó dejar de fumar o reducir el consumo durante el embarazo o puerperio.

En lo que respecta al número de mujeres que fuman se verificó que el 62,87% no fuman siendo el 37,13% de mujeres con hábitos tabáquicos conforme a la figura 6.

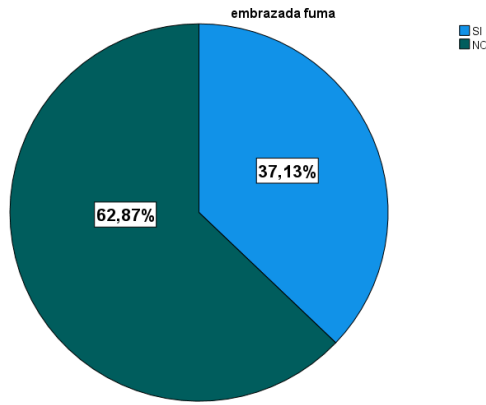


Figura 6. Número de embarazadas fumadoras

A lo respecta al consumo de tabaco por parte de las parejas, se verifica que el 59 % de los compañeros no fuman. Como representa la figura 7.

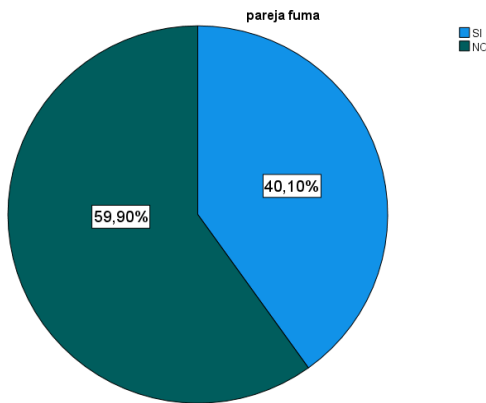


Figura 7. Parejas que fuman

Entendí que también sería pertinente saber el número de cigarrillos que cada mujer consumía verificando que este número varía entre 1 y 10 cigarrillos por día así el 18,92% de estas mujeres fumaban 7 cigarrillos por día. El 16.22% fumaban entre 4 e 5 cigarros diarios; El 13,52%, fumaban diez cigarros por día; El 2.70 % fumaba un cigarrillo diario, conforme la figura 8.

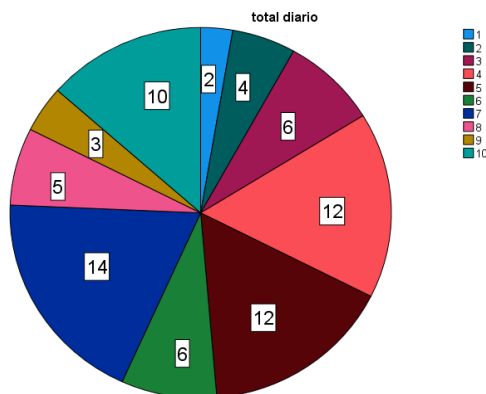


Figura 8 número de cigarrillos diarios

Cuestionadas sobre la hora del cigarrillo más necesario y del que no pueden dejar pasar, se verifica que el primero de la mañana es el preferido con un 52.70%, después de un periodo de sueño sin consumir tabaco, este se hace el más deseado junto con el después de comer con un valor del 33.78 %. Según se representa en la figura 9

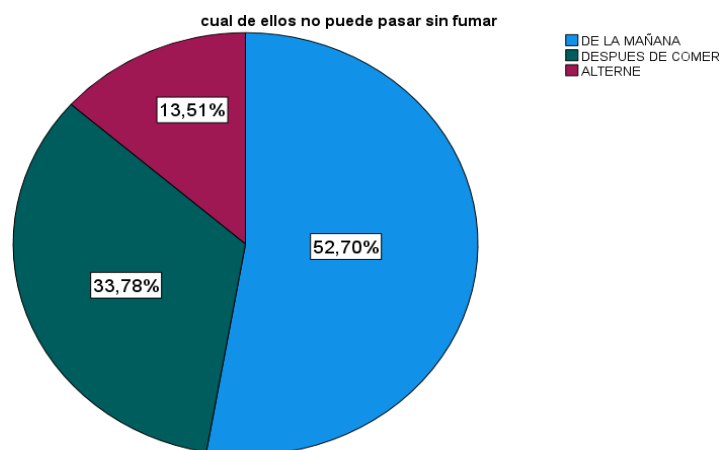


Figura 9. Cual no puede pasar sin fumar

Desde el punto de vista del número de intentos para abandonar el hábito de fumar, se desprende que la mayoría no ha intentado dejar de fumar con un valor de 70.27%; y mujeres que al menos lo han intentado una sola vez, está en torno al 18,92% de las mujeres embarazadas o puérperas; el resto han realizado algún intento más, sin resultados positivos. Las embarazadas mostraban gran interés en la posibilidad e idea de poder abandonar el hábito de fumar con ayuda específica comunicando los riesgos que conlleva fumar y los beneficios que pueden adquirir si lo dejan. La idea que dejar de fumar y que va a generar síndrome de abstinencia y dependencia se hacen resistentes a la hora de iniciar el proceso y hay que hacer entender que no es tan duro y que con ayuda los índices de éxitos son altos. Los síntomas van a depender de las ganas de esforzarse y de tener un comportamiento saludable partiendo de la premisa: “lo es fácil de hacer, es fácil de no hacer”. El primer acto involuntario a la hora de fumar es tener que generar una actuación de ir a comprar y mantener económicamente el vicio, realizar un entreno destinado a modificar este comportamiento, cuestión que se observa en la figura 10.

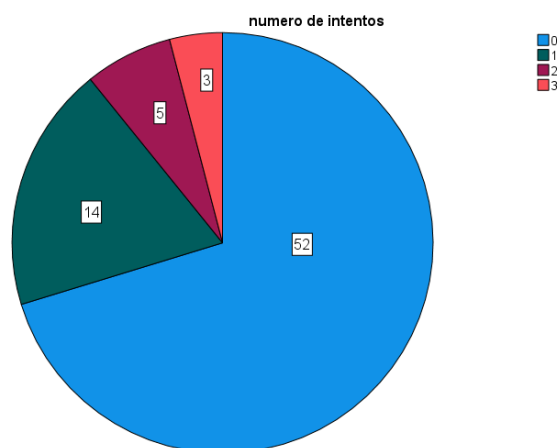


Figura 10. Número de intentos de dejar de fumar

El entorno familiar juega un papel importante en la vida de las mujeres embarazadas y puérperas, y desde este punto conocer si su entorno más cercano, ya sea familiar o amigos. Se cuestionan si el entorno de fuma o no fuma arrojando un valor de entorno que no fuma del 67.50% y un 32.50% de entorno que no fuma. Más de la mitad del entorno fuma, aunque no en presencia de éstas. Figura 11

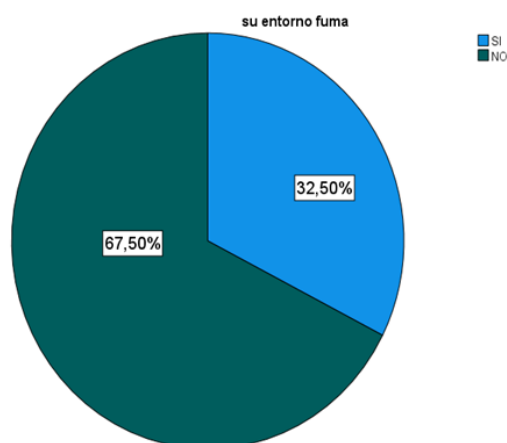


Figura 11. Entorno que fuma

En cuanto a la necesidad de haber solicitado ayuda para el propósito de abandonar el hábito de dejar de fumar, las mujeres responden que solo una pequeña parte la ha buscado en alguna ocasión, con un valor de 6.76%: el resto no la ha procurado, ya sea por desconocimiento o por falta de voluntad. Figura 12.

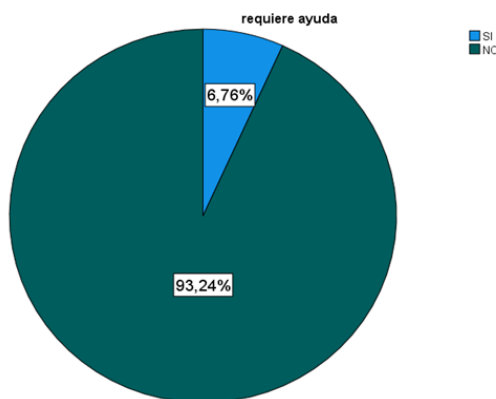


Figura 12 Requiere ayuda para dejar de fumar

Proporcionando las posibilidades y habilidades suficientes para comenzar o al menos situar en un plano precontemplativo el deseo de abandonar el tabaco, se informaba de las posibles terapias que existen y además la oferta pública que ofrece la administración en este aspecto. En los lugares donde he desarrollado las practicas he tratado de averiguar cuál es la oferta que proporciona la administración y ponerlos en contacto con estos servicios.

En esta búsqueda se pretendía evaluar las consecuencias a las que se expone la madre y el hijo, cuando no se abandona de manera radical, la exposición al humo del tabaco, que afecciones pueden tener y hasta dónde puede llegar a complicarla vida del futuro bebe. En los casos explorados, no se verifican complicaciones en el embarazo o puerperio debido al consumo de tabaco. La exploración del tema despertó aún más interés para desarrollar un nuevo proyecto de investigación para relacionar, verificar y comprender con el mayor rigor este fenómeno. Consideramos como una limitación la gran heterogeneidad de la población objetivo de los cuidados, marcada por aspectos culturales, religiosos y geográficos como anteriormente fue referido. En el (Apéndice A) figuran más datos sobre la población destinataria.

No conocen la lengua y precisan de un interlocutor.

Son multíparas.

No poseen actividad laboral ni independencia económica.

No quieren anestesia epidural por razones culturales.

Las observaciones vaginales se realizan siempre em presencia de un familiar.

Durante a dilatación, parto e puerpério inmediato, el acompañante realiza algunas oraciones o “SHURAS”.

100% desean lactancia, considerada por el islam como un acto de amor y uno de los derechos más fundamentales de la infancia según la ley islámica.

4. ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE EL PROCESO DE MOVILIZACIÓN DE COMPETENCIAS

Disfrutar de las prácticas clínicas durante el periodo formativo, dirige al alumno a la excelencia. Dar seguridad y establecer una línea abierta de comprensión, directa y amable de dirigirse al alumno y combinar aspectos emocionales proyectan en el ser humano altas capacidades de interacción y mejora el aprendizaje. Esto implica los siguientes aspectos: “las competencias no son en sí mismas conocimientos, habilidades o actitudes, aunque movilizan y orquestan tales recursos; la movilización ocurre en situación y cada situación es única; ejercitar la competencia supone operaciones mentales complejas, sostenidas por esquemas de pensamiento, que se adaptan a cada situación; las competencias profesionales se crean en formación, pero también a merced de la navegación cotidiana del practicante y de su enfrentamiento a una gama diversa de situaciones prototípicas”(Perrenoud, 2014)

La construcción de competencias profesionales requiere que el alumno anticipe su rol profesional específico. En esta misma perspectiva educativa se pronuncian en el contexto franco canadiense, quien destaca “que la situación genera la competencia”. Presentar una situación positiva, enérgica y con tiempo suficiente para mostrar los contenidos prácticos por parte del experto en enfermería obstétrica, produce una mayor adquisición de competencias prácticas y una evolución en los conocimientos adquiridos (Jonnaert et al, 2004).

El ámbito hospitalario y atención primaria comprenden escenarios para un aprendizaje adecuado y profesional para desarrollar las competencias del alumno de máster del curso de especialización en enfermería maternal y obstétrica en la atención prenatal, la identificación y tratamiento de las complicaciones, la atención segura e higiénica del parto, la atención puerperal y posnatal integral y la atención y vigilancia del recién nacido.

En el aspecto personal las competencias adquiridas junto a los profesionales de los centros donde he desarrollado mi experiencia han sido de un alto nivel humano, científico y técnico. Recibiendo en todo momento un apoyo en formación continuo y entrega. Adquiriendo los aprendizajes y experiencias de los que me hicieron sentir como

compañero y profesional, aportando seguridad en las técnicas apropiadas y resolviendo las dudas con gran voluntariedad.

Adquiriendo conocimientos en cuanto al interés sobre el consumo y exposición del humo del tabaco en la embarazada y haciendo que éstas sean accesibles y se sientan seguras para expresar con sinceridad cuanto se le cuestionaba, aportando una base sólida y eficaz al contenido para así aportar y ayudar a otras mujeres de su misma situación y a lograr unas mejoras en la deshabituación tabáquica. Plantear situación y buscar a través de atención primaria a los grupos de atención en deshabituación, y ponerlas en contacto y en situación para mejorar y aumentar las posibilidades de éxito en el proceso. Los procesos continuos de dejar de fumar establecen un contacto directo casi semanal con el grupo de atención primaria destinada y formada en cuestiones de deshabito.

El fumar durante el embarazo es el factor de riesgo modificable más importante para la salud del bebe y de la madre. En Portugal casi todas las mujeres embarazadas reciben asistencia y vigilancia médica y se traduce en múltiples oportunidades de apoyo y consejo, en el sentido de deshabituación tabáquica, por parte de los profesionales de salud. (DGS, 2015) En España el número de muertes anuales atribuibles al consumo de tabaco se sitúa en 50.000, más de un millón de jóvenes españoles entre 16 y 24 años fuma a diario y en España al inicio del embarazo, la proporción de mujeres fumadoras se estima en torno al 30%. La prevalencia en las mujeres embarazadas varía con la edad, las mujeres mayores de 30 años son las que menos fuman, en cambio las más fumadoras se encuentran en el rango de 15 a 24 años, abandonando este hábito durante el embarazo entre el 20-40% de las fumadoras. La evaluación se llevará a cabo con diferentes pruebas como son: Test de Richmond (Motivación para dejar de fumar) y Test de Fagerström (Dependencia física a la nicotina), además de los valores de nicotina en muestras de orina, que se les solicitará antes de llevar a cabo la intervención. (Ko, T. J., 2014).

4.1. Competencias comunes con el enfermero especialista

Durante el ENPRF, la prestación de cuidados, aumento las necesidades de reflexión y cuestionar sobre la salud de las mujeres inmigrantes que viven en una gran vulnerabilidad. La evolución de los flujos migratorios en Portugal lo transformó en un país más multicultural, caracterizado por múltiples singularidades sociodemográficas. (Ne Neves, Nogueira, Topa, & Silva, 2016),

En todos los contextos clínicos defendemos los principios de autonomía de la mujer en su experiencia de salud. El principio bioético de respeto a la autonomía corporal de las personas es pilar central de la ética biomédica y de la salud (Newnham & Kirkham, 2019).

Según el OE, 2019, Reglamento Nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª serie, nº 26, en su artículo 4, donde se insta a las competencias comunes con el enfermero especialista que a continuación desarrolla:

4.1.1 Responsabilidad Profesional Ética y legal:

El Artículo 5 del Reglamento 140/2019 establece las competencias de dominio de responsabilidad profesional, ético y legal; siendo estas:

- Desarrollo de la práctica profesional ética y legal en el área de la especialidad de acuerdo con las normas legales, los principios éticos y la deontología profesional.
- Garantiza prácticas de cuidados que respeten los derechos humanos y las responsabilidades profesionales.

Atendiendo a ello, siempre se ha prestado especial atención en el paciente o embarazada desde la toma de decisiones, tratando de respetar las creencias que a lo largo de la practicas se ha atendido a varias nacionalidades y culturas; sus costumbres, que han sido diferentes en cada región y sus peculiaridades; su religión, en cuando es atendido por el especialista de género masculino en caso de religión árabe. Se garantiza la confidencialidad del proceso y se asegura la información escrita y oral personal y profesional.

En este punto la transculturalidad ha sido un fuerte compromiso personal del AESMO para desarrollar un vínculo con los pacientes y embarazadas. Conocer la cultura a la cual vas a atender hace que la confianza y los valores éticos y morales se desarrollen en un ambiente sosegado y tranquilo, sin prejuicio y con alta capacidad de entendimiento.

4.1.2. Mejoría Continua de la Calidad:

- Garantiza un papel dinamizador de desarrollo y soporte de las iniciativas estratégicas institucionales en el área de la gobernación clínica.
- Desarrolla prácticas de calidad, realizando y colaborando en programas de mejoría continua.
- Garantiza un ambiente terapéutico y seguro.
- Teniendo en cuenta que la calidad asistencial es uno de los factores mas interesantes a la hora de valorar la atención percibida y recibida, se hace necesaria la aportación de continuas mejoras, incluyendo las mejoras técnicas e individualizando los procesos a los usuarios. Se lleva a cabo una proceso seguro y terapéutico, y el avance de estos con las aportaciones de la evidencia científica actual

4.1.3 Gestión de Cuidados

- Interviene en los cuidados de enfermería, optimizando la respuesta de su equipo y articulando el equipo de salud
- Adapta el liderazgo y la gestión de recursos a las situaciones y al contexto, garantizando la calidad de los cuidados.

Los grupos y equipos de trabajo con los que he tenido la suerte de coincidir me permitieron desarrollar mis conocimientos colaborando en la toma de decisiones y teniendo en cuenta la preparación teórica/practica, éstas eran oídas y tomadas aportando cuidados de calidad asistencial. Creándose un ambiente de cordialidad, compañerismo que inspira a una mejor calidad y bienestar en el equipo y en los pacientes y familia.

4.1.4 Desarrollo de Aprendizajes Profesionales:

- Desarrollo y autoconocimiento y asertividad.
- Basado en la práctica clínica especializada en evidencia científica.
- Gracias a los conocimientos teóricos de calidad recibidos en la universidad y a los adquiridos en la práctica clínica constantes se logra llevar a cabo aprendizajes a nivel personal, a comprender los comportamientos humanos y sociales, entendiendo y empatizando con usuarios y compañeros. Compañeros que revelaron experiencias profesionales y revelaron gran cantidad de conocimientos en la prestación de cuidados especializados, seguros y competentes.

Para ampliar mis conocimientos, se me pidió que participara en un curso de formación en línea sobre Hemorragia posparto - Pinzamiento del cordón umbilical (Anexo IV. Comprobantes de formación online).

4.2. Competencias específicas del enfermero especialista en salud materna y obstétrica

De acuerdo con el reglamento de las competencias de EESMO, y da competencia a la enfermería EESMOG cuidar a la mujer durante el periodo postnatal, de forma a promover la salud día a día, puérpera-recién nacido, y dar apoyo en el proceso de transición y adaptación a la parentalidad (OE, 2019).

Según el (OE, 2019b), Reglamento nº 391/2019 varias son las competencias específicas de enfermero especialista en enfermería de salud materna, obstétrica y ginecológica, entre ellas:

En consonancia con la teoría de la transculturalidad de Leininger, tratamos de respetar los aspectos culturales de la mujer en el seno de la familia y la comunidad en las distintas etapas del embarazo, el parto y el posparto. El ethnoenfermagem se utiliza para centrarse en el contexto cultural y el cuidado de la salud de una cultura específica, con sus peculiaridades, formas, patrones, comportamientos, expresiones y consideraciones en el proceso de salud y enfermedad (Silveira et al, 2009). Así, se desarrollaron varias actividades que condujeron a la adquisición de competencias.

4.2.1. Competencia 1. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad en el ámbito del planeamiento familiar y durante el periodo preconcepcional.

En el ámbito de la atención primaria en el centro de salud en el Alentejo portugués donde pude instruir y colaborar con la enfermera especialista tuve la gran oportunidad de realizar múltiples actuaciones, dado que el compromiso de la enfermera hizo que la entrega por parte de alumno fuera absoluta, aprendiendo ambos de nuestra experiencia y conocimientos profesionales. El hecho de haber discurrido las practicas hospitalarias en el hospital de referencia del centro de salud contribuyó a resolver las cuestiones de las embarazadas en cuanto a cómo iba a transcurrir el periodo del parto en el hospital con las medidas Covid-19. En el contexto de la pandemia vírica tuvimos que amoldar las actividades a las nuevas normas dictadas por la Dirección General de Salud y mostrar altas capacidades para la adaptación al nuevo modelo de interacción para que no se viese mermada la calidad asistencial.

Tales cuestiones animaron a la búsqueda de técnicas para una correcta asistencia, modificar las clases de preparación al parto y adaptar las visitas y horarios para evitar el contacto de las mujeres con el medio de pacientes del centro de salud. El éxito de las consultas fue de extraordinario recibimiento por parte de las mujeres.

Las consultas de preconcepción y planeamiento familiar destinadas a que la comprensión por parte de las mujeres fuera absoluta con un mensaje comprensible y adaptado a las necesidades culturales, personales y familiares de la mujer, contemplando también el poder adquisitivo para hacer frente en muchos casos el coste del medio anticonceptivo y la adherencia terapéutica de la mujer. Teniendo en cuenta sus hábitos diarios y tóxicos, explicándole siempre en mujeres fumadoras, la necesidad de dejar de fumar como hábito de salud necesario; donde se le explicaba las razones y los métodos, y las posibilidades que ofrecía la administración sanitaria. En este punto, investigamos cuales son los cursos que ofrece el centro de salud y realizo entrevista con enfermero de zona responsable para la deshabituación tabáquica.

La enfermera y el médico responsable se hacen eco de esta necesidad poniendo los medios necesarios para que la consulta de centro de salud de enfermería especialista en salud materna y obstetricia pueda tener contacto y priorizar a las mujeres en periodo preconcepcional y embarazadas. Este hecho que parece aislado abre el camino a tomar

conciencia en el periodo contemplativo para dejar de fumar y la posibilidad que este hecho se tome como rutinario en las consultas del enfermero especialista.

En el contexto de la planificación familiar y preconcepción se realizan múltiples actividades de asesoramiento integral y holístico de la mujer, tal como indica la Dirección General de Salud en Portugal, basándonos en este modelo; tenemos:

- Se realiza una anamnesis completa para valorar el riesgo de patologías reproductiva y minimizar los riesgos, como es la exposición y consumo del humo del tabaco donde se hace hincapié.
- Se consensua asuntos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos e informando de las posibilidades y recursos disponibles en materia de anticoncepción. Se resuelven las cuestiones de la vigilancia prenatal en un proceso continuo e integrado durante todo el proceso. Se determina, se efectúa, se discute recomienda y se programa los cuidados preconceptionales.
- Se aconseja en materia de protección en materia de infecciones sexuales y sus consecuencias, métodos de protección y sus riesgos. Se plantea cuestiones de alimentación.
- Se efectúan recomendaciones en caso de enfermedades crónicas y los riesgos que conllevan, el consumo de medicamentos y el riesgo de exposición a teratógenos como el humo el tabaco.
- Todo basado en la Circula Normativa Nº: 02/DSMIA DATA: 16/01/06 (DGS.pt)

4.2.2. Competencia 2. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el periodo prenatal.

- Las consultas de primer, segundo y tercer trimestre se efectúan según la dirección general de salud, con los controles de rastreo en cada trimestre y resolviendo las cuestiones de las embarazadas. (DGS.pt) Cabe destacar en este punto, el gran valor asistencial que aporta, ofreciendo el tiempo suficiente y adecuado de consulta a cada embarazada. Se explica en cada trimestre los procesos por el que la mujer va a pasar y los signos de alarma que deben tener en cuenta.
- Se realiza una consulta integral de manera holística, donde se resuelven problemas familiares y personales, cuestiones que generan confianza, sabiendo

escuchar y marcando los tiempos de silencio que permiten una mayor amplitud para entender y aconsejar en las inquietudes de las embarazada.

- La anamnesis para la detección de consumo de sustancias tóxicas como el tabaco se debe realizar para el cuidado obstétrico (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017) realizando un triaje adecuado para ofrecer un tratamiento oportuno. Detectando los embarazos de bajo riesgo e identificar, después de la evaluación clínica de acuerdo con la evaluación de bajo riesgo prenatal basada en la escala de Goodwin modificada, ningún factor de morbilidad materna, fetal y/o neonatal. (DGS; pt)
- Los objetivos de la consulta prenatal van orientados a:
 - Evaluar el bienestar fetal a través de la historia clínica y los datos de los exámenes complementarios de diagnóstico.
 - Detectar precozmente situaciones de desviación del normal curso del embarazo que puedan afectar a la evolución del embarazo o el bienestar materno /fetal, estableciendo su orientación.
 - Promover la educación para la salud y estilo de vida saludable, aconsejando y apoyando de forma psicosocial a lo largo de la vigilancia periódica del embarazo
 - Preparación del parto y la parentalidad.
 - Informar sobre los derechos y deberes de los padres.

Se informa del cada vez más aceptado y actualizado Plan de Partos, donde la mujer puede ejercer su derecho a decidir el parto y como quiere que transcurra dentro de las posibilidades obstétricas, considerando evitar la violencia obstétrica.

- Se establece consultas para embarazos mal controlados por causas externas al sistema sanitario, tales como extrajeras sin documentación y mujeres sin contacto con el sistema sanitario como ocurre con la raza gitana.
- En consultas de Interrupción de embarazo que se realizan en hospital de Lisboa se practican abortos (considerando abortos, la interrupción de la gestación antes de que el producto de la concepción haya alcanzado la viabilidad, entre la semana 22- 24, cualquiera que sea la causa (Sotto-Mayor, 2016).

En estas consultas se realizan interrupciones voluntarias de embarazo Ley 16/2007 del 17 de abril de Portugal.

La consulta comienza por una valoración por el EESMO dentro de los parámetros que obliga la ley hasta las 10 semanas de gestación a petición de la embarazada. La valoración conlleva una anamnesis y proporciona una información de calidad y veraz sobre que es una interrupción del embarazo, y sus formas, sus riesgos y se proporciona información de los métodos anticonceptivos más conveniente y personalizados a la mujer. Tras esta visita tienen un periodo de 72 horas (como periodo de reflexión pudiendo obtener apoyo psicológico o social durante este periodo) para ejercer su derecho a revocar el consentimiento firmado o continuar con el proceso. El proceso se realiza con el ginecólogo en continuidad al del ESMO y bajo control previo de ecográfico, se decide el mejor método farmacológico y se lleva a cabo. Se realiza a posteriori otra nueva consulta para ecografía abdominal y verificar que la interrupción ha sido completa y no permanecen anexos ovulares en el útero, con lo que se da por concluida la interrupción, aconsejando los métodos anticonceptivos más apropiado para el estilo de vida de la mujer.

Tuve también la oportunidad de colaborar de manera activa en versión cefálica externa en colabora activamente en una de ellas a solicitud del facultativo que la realizaba, esta técnica complicada tuve éxito gracias a las ayudas del AEESMO.

Cada día el alumno muestra más destreza y voluntad de realizar las técnicas y bajo valoración del EESMO realiza las dilataciones ambulatorias con prostaglandinas (Propess®) y las valoraciones de los CTG, signos y síntomas que se derivan de las patologías de las embarazadas a las que trata, tiene capacidad de observar datos fuera de la normalidad para transmitir la información a ESMO y obstetras y comienza a hacerse un hueco entre lo que considera compañeros, llegando a ser consultado en las reuniones por los datos obtenidos, en ambas reuniones de principio de turno y final de éste.

4.2.3. Competencia 3. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad en el periodo de Trabajo de Parto.

Según el (OE,2019), Reglamento de competencias específicas, el parto debe ser efectuado en un ambiente seguro en el sentido de promover la salud de la parturienta y el recién nacido, teniendo en cuenta la adaptación de la vida extrauterina.

Se realizó las prácticas en dos centros hospitalarios en diferentes países, el primer bloque se realizó en el Alentejo - Portugal y segundo bloque en España, a norte del continente africano.

El parto es un momento crítico para las embarazadas y bebés, siendo especial un acompañamiento cuidadoso durante todo el proceso de parto (Matsui et al., 2021). Se atiende a la mujer y familiar desde su llegada a la sala de partos hasta dos horas después del parto, realizando el puerperio inmediato. En la sala de partos y en época de pandemia por Covid-19 se seguían las recomendaciones de DGS que establecían unos protocolos para la seguridad profesionales que trabajan y las mujeres embarazadas. se registraron se le hacen los antígenos y las pruebas de PCR destinadas al realizar el cribado de estas. inicialmente se mantienen en la sala de Covid-19 hasta que los análisis arrojen un resultado de negativo es cuando las pasamos a las salas generales de parto, en caso de resultado positivo están permanecerán en la sala de parto con aislamiento en el cual se debe entrar con todas las medidas de aislamiento. tanto en una como otra los procedimientos generales son iguales. Se atiende tanto mujeres con inducciones programadas, como en trabajo de parto espontánea. Inicialmente se revisa la historia clínica se toma constantes vitales y se realiza un registro cardiotocografía. Para con esta información tomar las mejores decisiones basadas en la evidencia científica. Posteriormente si es necesario se les realiza un tacto vaginal para determinar el índice de Bishop. Para adquirir esta competencia utilizó los criterios descritos en el (Anexo III) El registro cardiotocográfico se le realiza durante todo el proceso de trabajo de parto hasta el final de este: en caso contrario, se estimula a la mujer a realizar ejercicios, movimientos, duchas de agua caliente, masajes por parte de la pareja posicionamientos y un largo etcétera para realizar un parto en movimiento.

Durante el proceso de dilatación la mujer puede optar por diferentes técnicas analgesia, tanto epidural, óxido nitroso, analgesia endovenosa, y métodos no farmacológicos; como pueden ser, estimulación eléctrica transcutánea, digitopresión, técnicas de relajamiento, musicoterapia y aromaterapia.

Durante el trabajo de parto y con las medidas Covid-19 se permite una acompañante que normalmente suele ser el padre del futuro bebé, y debe arrojar

también un resultado negativo en las pruebas de screening del virus, permaneciendo en todo momento con protección de bata, calzas y mascarilla.

El acompañamiento del EESMO se realiza desde el primer minuto hasta el puerperio inmediato de manera constante valorando los registros y tomando decisiones oportunas dependiendo de los acontecimientos. Las diversas patologías que se presentan en las mujeres son valoradas por el obstetra y el EESMO para activar los protocolos necesarios y resolver las incidencias que vayan surgiendo.

Patologías tales como, diabetes gestacional y pregestacional, hipertensas, preclamsia y eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, infecciones prenatales, infección intraamniótica, enfermedades renales, cardíacas, de tiroides, coagulopatías, anemias como las más comunes.

Se administra la medicación designada, se identifica las desviaciones de la normalidad, se rompe bolsa amniótica, se montan mesa de anestesia, y de partos y se trabaja acompañando a la mujer durante el proceso. Se realiza epirrafia si fuera necesario o en su defecto se sutura los posibles desgarros que se hayan producido valorando el grado de desgarro.

4.2.4. Competencia 4. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el periodo postnatal.

Según el reglamento de competencias específicas, se debe apoyar en el proceso de transición y adaptación a la parentalidad, con el fin de potenciar la salud de la púérpera y el recién nacido no solo en el medio hospitalario sino también en el domicilio.

Se realizaron competencias para promoción de la salud de la mujer y el recién nacido, diagnóstico precoz y prevención de complicaciones para la madre y recién nacido. Se prestaron los cuidados necesarios que pudiesen afectar al binomio. Promovemos en todas las situaciones de cuidados, el apego y el amamantamiento materno. Cuando la madre logra un apego con su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. El apego como vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos entes, por medio de interacción recíproca y busca la cercanía en momentos difíciles proporcionando seguridad, consuelo y protección. John Bowlby, lo describe la dinámica

de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Su principio más importante declara que un recién nacido necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal para que su desarrollo social y emocional se produzca con normalidad (Bowlby, 2014). En cuanto a relaciones humanas el mayor apego y más significativo se expresa en la relación materno filial. Este apego comienza en la fase preconcepcional, cuando la mujer desea ser madre y comienza en la mayoría de las ocasiones en el siglo XXI a realizar comportamientos destinados a la concepción del nuevo ser y al cuidado de éste antes de su nacimiento

Tras el periodo de expulsivo se coloca al recién nacido con la madre sobre su pecho realizando la piel con piel durante el periodo de puerperio inmediato y se le anima a dar alimentación materna. Se comprueban los loquios y se ofrece apoyo de adaptación al puerperio y se alerta de los síntomas y signos de alarma del puerperio y recién nacido, si fuera necesario se orienta a la mujer sobre la sexualidad y la contracepción en el postparto.

4.2.5. Competencia 5. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad durante el climaterio.

Según el Reglamento de competencias específico, en el sentido de promocionar la salud, apoyo, transición, y adaptación a la menopausia se derivan 3 competencias:

- Promueva la salud de la mujer apoyando el proceso de transición a la menopausia.
- Diagnostica precozmente y previene complicaciones para la salud de la mujer y periodo de climaterio.
- Proporciona cuidados a la mujer que vive los procesos de adaptación a la menopausia.

En lo que respecta a las competencias del EESMO, se orienta a la mujer en los cambios producidos en el cuerpo de la mujer a nivel físico y mental, se evalúan los programas y se consensua con la mujer aquellas medidas que más se adaptan a su forma de vida para proporcionar la mayor calidad de vida, dependiendo de las alteraciones que presente y su intensidad, proponiendo los recursos disponibles en el sistema nacional de salud.

Se intenta diagnosticar los síntomas y signos precozmente del climaterio, a nivel holístico, descartando síntomas propios de otras patologías, que se derivan a las especialidades oportunas, ya atender a aquellas que están en su área de actuación. Se determinan desviaciones de la sexualidad, soporte emocional y psicológico, en la mujer, así como su pareja. Evaluar el riesgo cardiovascular y eliminar los factores de riesgo.

Se proporciona cuidados e información a la mujer para lograr un equilibrio y adaptación como mantener una dieta equilibrada rica en calcio y nutrientes, evitando el sobrepeso y la obesidad, promoviendo y ajustado a su estilo de vida. Realizar actividad física moderada diaria. Tomar el sol 15 minutos diarios para un aporte de vitamina D adecuado. Evitar hábitos tóxicos como el tabaco, evaluar el posible riesgo de osteoporosis y en mujeres de alto riesgo medir la densidad mineral del hueso. Vivir la menopausia con vitalidad y optimismo. Mantener una actividad sexual satisfactoria y cuidar la calidad de vida para conseguir el bienestar de la mujer durante la menopausia

4.2.6. Competencia 6. Cuidar a la mujer dentro de la familia y la comunidad a convivir con la salud y la enfermedad ginecológica.

Según el Reglamento de competencias específico, en el sentido de cuidar a la mujer integrada en la familia y la comunidad a vivir los procesos de salud/ enfermedad ginecológica en sentido de potenciar la salud, se derivan 3 competencias:

- Promover la salud ginecológica de la mujer.
- Diagnosticar precozmente complicaciones relacionadas con afecciones del aparato genitourinario y/o de la mama-
- Proporcionar cuidados a la mujer con afecciones del aparato genitourinario y/o la mama para su adaptación a la nueva situación.

En este contexto, el EESMO evalúa, implementa y reconoce el rastreo de la mujer para promover la salud y, proporcionar e informar sobre la salud. Evaluar el riesgo de cáncer de mama y estimular el diagnóstico precoz mediante las campañas de mamografía. Evaluar, diagnosticar y tratar las afecciones genitourinarias que son de nuestra competencia como el suelo pélvico y urodinámica y tratamiento electroestimulador intravaginal, Cooperando con otros profesionales de las afecciones de aparato genitourinario. Cuidados postquirúrgicos de cirugías de mama y

genitourinarios. Apoyo emocional y psicológico y proporcionar información de los recursos y talleres que incluidos en la oferta pública.

4.2.7. Competencia 7. Cuidar a la mujer en edad fértil integrada en la comunidad.

Según el Reglamento de competencias específicos en sentido de cuidar a la mujer fértil promoviendo cuidados de calidad, culturalmente sensible y congruente con las necesidades de la población, se derivan 3 competencias:

- Promover la salud de la mujer fértil.
- Diagnosticar precozmente a la mujer fértil para prevenir las complicaciones en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Intervenir en la minimización de las causas de morbilidad materno fetal.

En este contexto el EESMO identifica las infraestructuras de salud de la comunidad en el ámbito de centro de salud y sus condiciones de acceso, informando a la mujer de cuáles son las formas de acceso y facilitando a través de otros profesionales para que de esta forma no se produzca barreras administrativas y una mejor calidad de asistencia.

Se identifican las causas directas e indirectas de morbilidad materno y neonatal utilizando el conocimiento epidemiológico y científico para proporcionar herramientas para el cese del consumo del tabaco y las necesidades a través de entrevista abierta, se diagnostica y monitoriza los cuidados necesarios, desarrollando estrategias para una mayor adherencia terapéutica en mujeres de difícil acceso a la administración sanitaria. Abogando por el cumplimiento de la legislación vigente en esta materia.

Siempre se evaluaba y valorizaba a la mujer fértil para proporcionar herramientas suficientes, con sus valores tradicionales y contemporáneas informando de los riesgos que produce el hábito de fumar en la mujer, feto y recién nacido. Se aplicó el programa de vacunación nacional haciendo referencia a la actual vacuna del covid-19 que promueve la DGS de Portugal y la vacuna VPH en periodo preconcepcional para reducir el riesgo de morbilidad en mujeres en edad fértil. Manteniendo altas dosis de cooperación con otros profesionales de la salud reproductiva y fértil de la mujer.

5. CONSIDERACIONES FINALES

La experiencia académica como estudiante del Máster de Enfermería de Salud Materna y Obstétrica, permitió un desarrollo personal y profesional con adquisición de competencias comunes y específicas del enfermero especialista en enfermería de salud materna y obstétrica. Los varios contextos de práctica permitieron cuidar a la mujer integrada en la familia y en la comunidad desde el periodo preconcepcional hasta el climaterio.

El estudiante procuro tener siempre una postura de aprendizaje atendiendo a los valores y creencias de la mujer y familia. La disposición definida por la enfermería Transcultural fué proporcionar un servicio de atención significativo y eficaz a las personas, de acuerdo con sus valores culturales y al concepto de salud/enfermedad (Moura et al. 2005).

SE opta por la Teoría de enfermería transcultural o teoría de la enfermería del cuidado cultural de Madelein Leininger, define como un subcampo aprendido o rama de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de culturas relacionadas con la enfermería y las prácticas, creencias y valores de cuidado de la salud y la enfermedad para proporcionar servicios de atención de enfermería significativos y eficaces a sus valores culturales y salud-enfermedad. contexto de enfermedad. Es la más holística de las teóricas de enfermería y usa el modelo del Sol Naciente donde permite a los enfermeros desarrollar pensamientos críticos y complejos sobre la práctica de enfermería. Estos pensamientos deben considerar e integrar las dimensiones de la estructura cultural y social en cada contexto específico, además de los aspectos biológicos y psicológicos del cuidado de enfermería.

El tema explorado reveló resultados interesantes, que motivó para la elaboración de una búsqueda más profunda en a corto plazo.

Desde el principio de los tiempos más remotos el ser humano ha sentido la necesidad de probar drogas que producen modificaciones del estado de ánimo, de pensamientos y emociones. Hasta nuestros tiempos donde en pleno siglo XXI donde la era de la información y el desarrollo científico se hace más evidente, tenemos por seguro que fumar tabaco no proporciona ningún beneficio a nivel de salud, siendo la primera

causa evitable de padecer enfermedad junto con la obesidad en la mujer. Partiendo de estas premisas se debe implementar más programas y más información en cuanto a las medidas farmacológicas y no farmacológicas que ofrecen los EESMO en materia de deshabituación, ya que se puede aportar una gran labor, en combinación con otros profesionales que están incluidos en los programas de salud de los centros que primaria ofrece. Tras una entrevista provechosa con los profesionales que trabajan en las consultas para dejar el tabaco, estas hacían hincapié en el número de mujeres embarazadas o púerperas que asistían a las charlas y a tratamiento era casi nula. Las barreras primordiales podrían ser, desconocimientos de la existencia de programas, la baja declaración de las embarazadas de consumo de tabaco (a veces por vergüenza o evitar prejuicios innecesarios y victimización secundaria en el mayor de los casos) o la no existencia de programas adaptados específicamente a la mujer en periodo preconcepcional y embarazo. Teniendo en cuenta el contacto necesario de la embarazada con el sistema de salud, en la primera consulta de EESMO al realizar la anamnesis orientar hacia hábitos tóxicos, dar la importancia necesaria y ofrecer específicamente herramientas desarrolladas exclusivamente a las mujeres en este periodo. Se idéntica el embarazo como un periodo de cambios y satisfacción personal, familiar y social como un buen momento para poner en marcha los procesos de cambios en la vida de la mujer y su preparación a la parentalidad.

La regla principal para enfocar el deshabito no es abandonar nada, solo se va a modificar un hábito, que va a proporcionar sólo y exclusivamente beneficios. No hay que mostrar ninguna pérdida de nada, no se pierde absolutamente nada, todo son beneficios y este nuevo hábito va a generar la modificación de otro que es incompatible. Realmente las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo sintieron un gran beneficio a nivel personal y familiar; existiendo padres que dejaron de fumar para mejorar la salud de su mujer e hijos. Sin dudas todos son beneficios a la hora de cambiar el hábito.

Nuestra mayor contribución a esta causa sería cambiar las palabras: “dejar y abandono” del vocabulario para ayudar a este fin; ya que psicológica y enérgicamente estas palabras están destinadas a algo negativo, nadie quiere perder ni en los entrenamientos. En nuestra opinión un cambio tan pequeño, podría proporcionar un gran paso para la sociedad en su conjunto, optando con AMPARAR, PROTEGER,

ADOPTAR, MEJORAR, SENTIR, DESARROLLAR, FAVORECER, GANAR O VENCER la batalla al tabaco o su hábito.

Del punto de vista del desarrollo personal y profesional he adquirido un nuevo paradigma en la prestación de cuidados a la mujer en el ámbito de la Salud Materna y Obstétrica para proporcionar y vencer el hábito de fumar junto a grupos multidisciplinarios y buscando asociaciones que ayuden de manera altruista a favorecer la salud de la embarazada y su bebé implementando una mayor calidad de vida en la comunidad. Estableciendo conciencia de que amparar un nuevo hábito es una conquista y aporte de salud que no es difícil de erradicar, que no tiene complicaciones, que es fácil, que no produce abstinencia y que requiere una dosis de motivación. Mejorar conlleva una alta dosis de autoestima y refuerzo positivo y aún más conociendo y enseñando que no va tener síndromes de abstinencia; que considero por nuestra experiencia personal y de entorno, una estrategia comercial para evitar cambiar el humo del tabaco por aire limpio y de salud.

Las prácticas clínicas de naturaleza profesional han sido necesarias para evaluar el contexto y contribuir a amparar mejoras en la calidad del embarazo y mantenimiento en el puerperio... Autores (Mbakaya et al., 2020), refieren que en el contexto clínico es fundamental para el aprendizaje, porque ayuda a los estudiantes a la integración entre la teoría y la práctica. Los conocimientos adquiridos y la destreza de encaminar a la mujer fumadora sentirse saludable, hacen que este proyecto tenga continuidad personal y en mi futuro profesional desarrollar mejores medidas encaminadas a producir un cambio en la salud materna y obstétrica.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, M., Alramadhan, S., Iniguez, C., Duijts, L., Jaddoe, V. W., Den Dekker, H. T. & Turner, S. (2017). PloS one, 12(2), e0170946.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee opinion no. Obstet Gynecol, 130(2), e81-e94. Disponible en <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

American Psychological Association. (2020). Publication manual American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.

Anderson, T. M., Lavista Ferres, J. M., Ren, S. Y., Moon, R. Y., Goldstein, R. D., Ramirez, J. M., & Mitchell, E. A. (2019). Tabagismo materno antes e durante a gravidez e o risco de morte súbita e inesperada no bebê. *Pediatrics*, 143(4), e20183325.

Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G et al. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med*; 13(1).

Becoña, E., & Vázquez, F. L. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista española de salud pública*, 74, 13-23.

Balte, P., Karmaus, W., Roberts, G., Kurukulaaratchy, R., Mitchell, F., & Arshad, H. (2016). Relación entre el peso al nacer, el tabaquismo materno durante el embarazo y la función pulmonar infantil y adolescente: un análisis de la vía. *Medicina respiratoria*, 121, 13-20.

Bowlby, J. (2014). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada. Ediciones Morata.

Campos-Asensio, C. (2018). Cómo elaborar una estrategia de búsqueda bibliográfica. *Enferm. intensiva (Ed. impr.)*, 182-186.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Don't Smoke. Obtenido el 08 de diciembre de 2022 e <http://www.cdc.gov/Features/PregnantDontSmoke/>

Chinchilla Araya, T., & Durán Monge, M. D. P. (2019). Efectos fetales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo. *Medicina Legal de Costa Rica*,36(2), 68-75.

De Brito, M. L., Nunes, M., Bernardi, J. R., Bosa, V. L., Goldani, M. Z., & da Silva, C. H. (2017). Somatic growth in the first six months of life of infants exposed to maternal smoking in pregnancy. *BMC pediatrics*,17(1), 1-9.

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2022). Tabaquismo, embarazo y bebés. Disponible en:

<https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-embarazo.html>

Davies, J. K., & Bledsoe, J. M. (2005). Prenatal alcohol and drug exposures in adoption. *Pediatric Clinics*,52(5), 1369-1393.

Direção-Geral da Saúde.(2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. DISPONÍBLE en

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22711/1/Programa%20Nacional%20para%20a%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20do%20Tabagismo%2017.pdf>

Direção Geral de Saúde. DGS. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.

Anderson, T. M., Lavista Ferres, J. M., Ren, S. Y., Moon, R. Y., Goldstein, R. D., Ramirez, J. M., & Mitchell, E. A. (2019). Maternal smoking before and during pregnancy and the risk of sudden unexpected infant death. *Pediatrics*, 143(4).

Francis, M. I. C., Gamboa, M. S., Navarro, L. M. M., & Nordet, S. P. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo materno y su relación con el peso al nacer. *Archivos del Hospital Universitario" General Calixto García"*, 3(2).

García, R. C. (2022). A propósito del Nuevo Plan Integral de Control del Tabaco. *Atencion Primaria*,54(2).

Gould, G. S., Havard, A., Lim, L. L., The Psanz Smoking In Pregnancy Expert Group, & Kumar, R. (2020). Exposure to tobacco, environmental tobacco smoke and nicotine in

pregnancy: a pragmatic overview of reviews of maternal and child outcomes, effectiveness of interventions and barriers and facilitators to quitting. *Int. J. Environ. Res. Public Health*,17(6), 2034

Gutvirtz, G., Wainstock, T., Landau, D., & Sheiner, E. (2019). Tabaquismo materno durante el embarazo y morbilidad neurológica a largo plazo de la descendencia. *Conductas adictivas*, 88, 86-91.

Huang, S. H., Weng, K. P., Huang, S. M., Liou, H. H., Wang, C. C., Ou, S. F., ... & Wu, M. T. (2017). Los efectos de la exposición materna al tabaquismo durante el embarazo en los resultados postnatales: un estudio transversal. *Revista de la Asociación Médica China*, 80(12), 796-802.

Ji, X., Yue, H., Li, G., & Sang, N. (2021). Maternal smoking-induced lung injuries in dams and offspring via inflammatory cytokines. *Environment International*,156, 106618.

Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., & Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études: compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696.

Kessous, R., Wainstock, T., Walfisch, A., & Sheiner, E. (2019). The risk for childhood malignancies in the offspring of mothers with previous gestational diabetes mellitus: a population-based cohort study. *European Journal of Cancer Prevention*,28(4), 377-381

Ko, T. J., Tsai, L. Y., Chu, L. C., Yeh, S. J., Leung, C., Chen, C. Y., ... & Hsieh, W. S. (2014). El tabaquismo de los padres durante el embarazo y su asociación con bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y descendencia de nacimiento prematuro: un estudio de cohorte de nacimiento. *Pediatría y Neonatología*, 55(1), 20-27.

Leininger, M., & McFarland, M. R. (1995). *Enfermería transcultural: conceptos, teorías, investigación y prácticas*. Nueva York: McGraw-Hill.

López Palma, Andrea Estefania, Benítez Hurtado, Ximena Gabriela, Leon Ron, María José, Maji Mozo, Pedro Jose, Dominguez Montoya, Daniel Roberto, & Baez Quiñónez, Domenica Fernanda. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*,21(2), e94. Epub 01 de agosto de 2019. Recuperado en 07 de

diciembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014&lng=es&tlng=es Magalhães, E. I. D. S., Sousa, B. A. D., Lima, N. P., & Horta, B. L. (2019). Tabagismo materno durante gravidez e índice de massa corporal e excesso de peso entre os filhos: uma revisão sistemática e metanálise. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(12).

Matsui, M., Saito, Y., Po, R. et al. (2021). Knowledge on intrapartum care practices among skilled birth attendants in Cambodia—a cross-sectional study. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01166-Z>

Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: a mixed-method study. *BMC Nursing*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>

Marzo-Castillejo, M., Bailón-Coello, E., Alonso, P., Marcos, B., Calaf, J., & Bonfill, X. (2005). Guía de práctica clínica sobre menopausia y posmenopausia: riesgos y beneficios del tratamiento hormonal (parte 3). *Aten. prim. (Barc., Ed. impr.)*, 272- 272.

Marufu, T.C.; Ahankari, A.; Coleman, T.; Lewis, S. (2015). Maternal smoking and the risk of still birth: Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 239.

McEvoy, C. T., & Spindel, E. R. (2017). Efectos pulmonares del tabaquismo materno en el feto y el niño: efectos sobre el desarrollo pulmonar, las morbilidades respiratorias y la salud pulmonar de por vida. *Revisiones respiratorias pediátricas*, 21, 27-33.

Mendiola, M. S., & Franco, A. I. M. (Eds.). (2018). *Informática biomédica*. Elsevier Health Sciences.

Montes, J., & Álvarez, M. L. (2006). Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gaceta Sanitaria*, 20, 59-62.

Moura, M., da Silva, R., Chalmico, L. & da Silva, L. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Esc Anna Nery R Enferm dez*; 9 (3): 434 - 40.

Neves, S., Nogueira, C., Topa, J., & Silva, E. (2016). Mulheres imigrantes em Portugal:

Uma análise de género. 33(4), 723-733. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400015>. Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics*, 26(7-8), 2147-2157. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>.

OE. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º140/2019. Diário da República n.º26/2019, Série II

OE. (2019b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019. Diário da República n.º85/2019, Série II

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. [consultado Dic 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf. Organización Panamericana de la Salud; (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.:. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Perrenoud, P. (2004). Diez nuevas competencias para enseñar: invitación al viaje (Vol. 196). Graó.

Ruiz, J. S., López, E. G., Tijeras, C. A., & Gadea, J. E. (2005). Consulta preconcepcional en atención primaria. *Semergen-Medicina de Familia*, 31(9), 413-417.

Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. *AJN The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480.

Silveira, R. S. D., Martins, C. R., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2009). Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 442-446.

Soler, E. (2017). Bancos de leche, parentesco de leche e Islam. Restricciones alimentarias entre la población infantil en Barcelona. *Dilemata*, (25), 109-119.)

Soneji, S., & Beltrán-Sánchez, H. (2019). Associação de Tabagismo Materno e Cessaçã do Tabagismo com Nascimento Prematuro. *Rede JAMA aberta*, 2(4), e192514.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2514>.

Lee, J. (2021). *Deceptive majority: Hinduism, untouchability, and underground religion*. Cambridge University Press.

Weisani, Y.; Jenabi, E.; Delpisheh, A.; Khazaei, S. (2019). Effect of prenatal smoking cessation interventions on birth weight: Meta-analysis. *J. Matern. -Fetal Neonatal Med.*,32, 332–338.

Vergara, F., Santamaría, J., Mora, E., Caballero, A., Sáez, G., & Díaz, J. (2009). *Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.

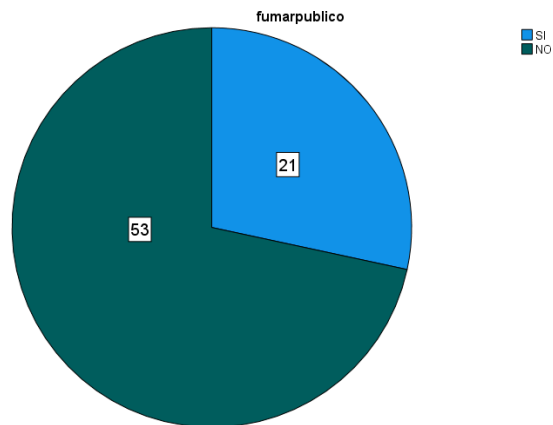
WHO (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponible em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

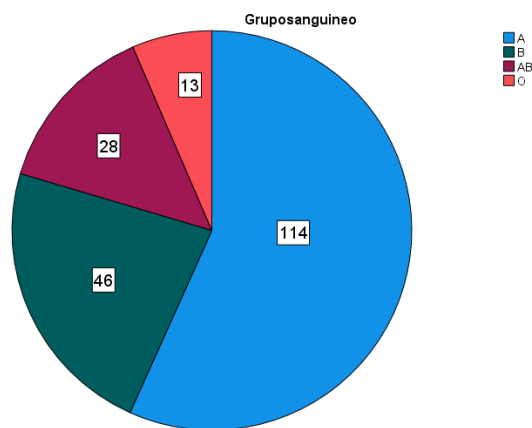
APÉNDICES

Apéndice A. Otros datos sobre la población diana

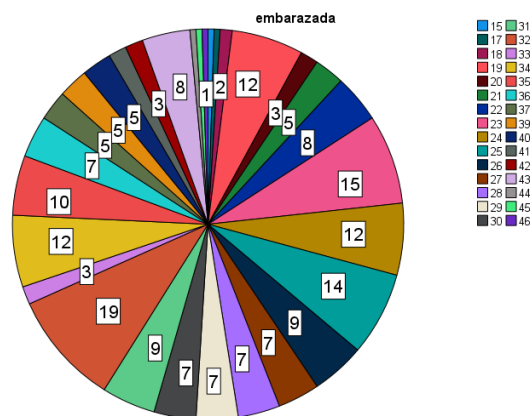
Mujeres que fuman en publico



Distribución de los grupos sanguíneos



Edad de las embarazadas



Apéndice B. Contextualización de un gran centro hospitalario portugués donde tuvo lugar una de las experiencias clínicas

La historia del Hospital al sur de Portugal se remonta a 1934, cuando se aprobó el Decreto-Ley de creación de la comisión gestora de los nuevos edificios universitarios, presidida por el profesor Francisco Gentil. Esta comisión se encargaría de los edificios que albergarían los hospitales docentes, tanto en Lisboa como en Oporto. El entonces Hospital Clínico de Lisboa fue diseñado por el alemán Hermann Distel en 1938 y su construcción se inició en 1940, en Campo Grande. La obra se terminó en 1953 y fue considerada en su momento uno de los mayores logros del Estado portugués hasta entonces.

Durante las obras, se publicó un decreto ley (en 1952) que integró todos los hospitales del entonces Ministerio del Interior, lo que hizo que el inicial Hospital Escuela de Lisboa, bajo la tutela exclusiva del Ministerio de Educación, se convirtiera en el Hospital, bajo la tutela de dos ministerios diferentes (Ministerio del Interior y Ministerio de Educación). La inauguración solemne del edificio tuvo lugar el 27 de abril de 1953, y en octubre del mismo año se abrió el nuevo curso académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa en las nuevas instalaciones del hospital. En 1968 comenzó, en los terrenos del Hospital de Santa María, la construcción de los edificios de la escuela de enfermería, financiada por la Fundación Calouste Gulbenkian. Las obras se terminaron en 1972, y la entonces Escuela de Enfermería del Hospital se trasladó a los nuevos edificios, pasando a denominarse al mismo tiempo Escuela de Enfermería Calouste Gulbenkian, actualmente conocida como Escuela de Enfermería de Lisboa.

En 2004 se inauguró el edificio Egas Moniz, también en el recinto del hospital, para albergar la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa y el Instituto de Medicina Molecular.

También en 2004, el decreto-ley número 206/2004, de 19 de agosto, restituyó la designación del Hospital Universitario. El 29 de noviembre de ese año fue nombrado miembro honorario de la Orden del Mérito.

En enero de 2007, se convirtió en una Entidad Pública Empresarial (EPE) y se puso en marcha el Plan Estratégico 2006-2008, que tenía como objetivo la recualificación global del Hospital.

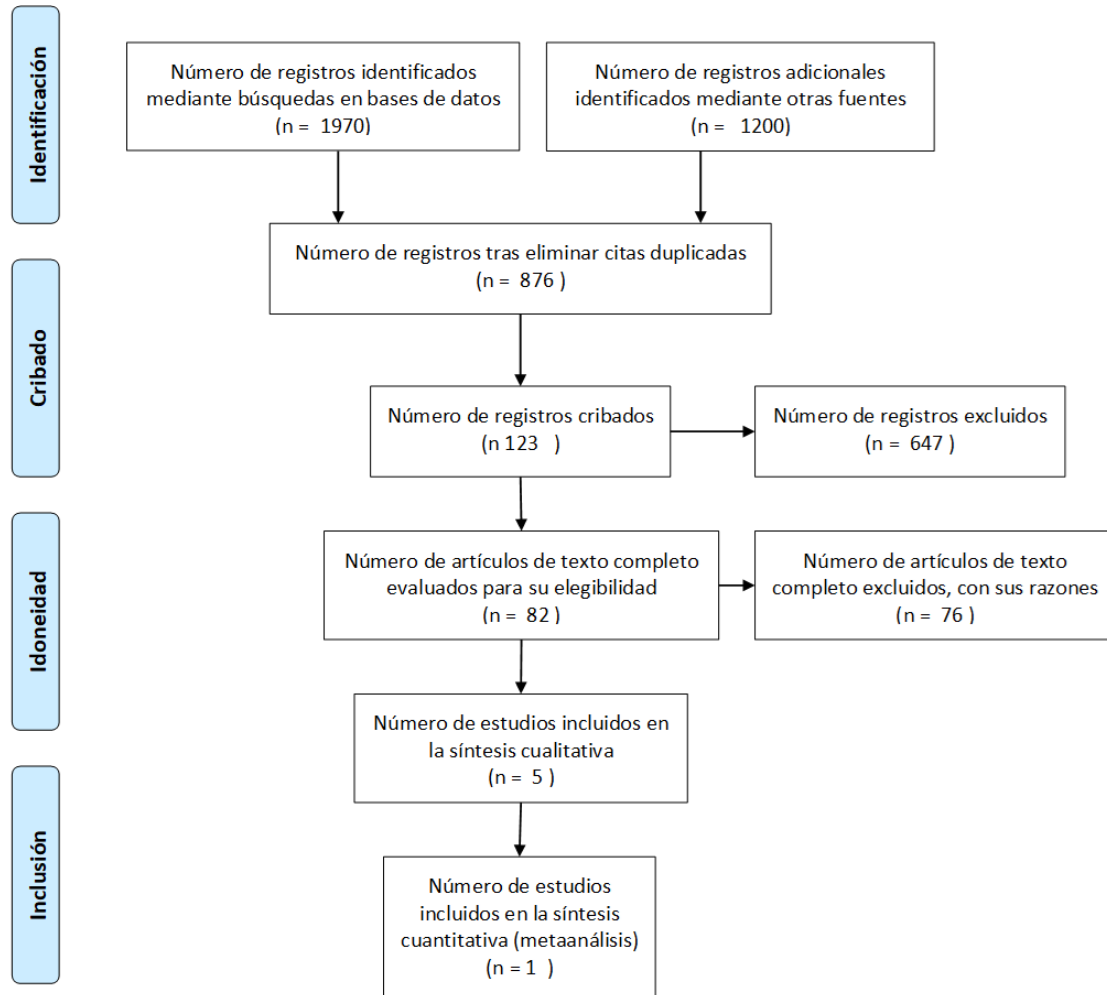
El 9 de octubre de 2007 se presentó el proyecto del nuevo edificio Sur, denominado Edificio Cid dos Santos, que albergará quirófanos, cuidados intensivos, cirugía ambulatoria y también un área dedicada a las neurociencias y otra a la atención materno-infantil. Desde el 27 de diciembre de 2007, el Hospital Santa María forma parte, junto con el Hospital Pulido Valente, del Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE (CHLN).

El 14 de abril de 2009 se inauguró la Farmacia junto al Servicio Central de Urgencias, con venta directa al público. Esta es la tercera farmacia hospitalaria que se abre en el país.

Apéndice C. Esquema Prisma




PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española)



ANEXOS

Anexo I. Propuesta de tesis de exposición y consumo de tabaco en la embarazada.

 <p><small>Serviços Académicos</small></p>	<p>Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado</p> <p>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</p>	<p>MODELO T-005</p> <p>Ano Letivo: <u>2021</u> / <u>2022</u></p>
<p>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</p> <p><i>(A ser emitido apenas em DesDOC)</i></p>		
<p>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</p> <p><i>(A ser emitido apenas em DesDOC)</i></p>		
<p>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</p> <p>Nome Completo: <u>Jose Alba Bainouni</u></p> <p>Número: <u>m47039</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado</p> <p>Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u></p> <p>Especialidade/Plano Alternativo: _____</p>		
<p>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</p> <p>Telef.: <u>0034647094851</u> E-mail: <u>jbainouni@gmail.com</u> <u>m47039@alunos.uevora.pt</u></p>		
<p>5. PROPOSTA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso</p> <p><input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto</p> <p><small>Neste caso, assinale os quadros deste formulário em que propõe alterações (há de ser preenchido os respectivos quadros)</small></p> <p><input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.</p>		
<p>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i></p>		
<p>7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i></p> <p><small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small></p> <p><input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes)</p> <p><small>ÁREA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small></p> <p><input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto</p>		<p>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</p> <p><input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p>
<p>9. TÍTULO DO TRABALHO</p> <p>Título (na língua de redação): <u>Consumo y exposición al humo del tabaco en el embarazo y puerperio.</u></p> <p>Título em Inglês: <u>Tobacco use and exposure to tobacco smoke in pregnancy and the postpartum period.</u></p>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Da Luz Ferreira Barros</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem Sao Joao de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>08257980 -223</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>917127477</u> E-mail: <u>mlb@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0002-5620-0162</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <input type="button" value="▼"/>	
<small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgees.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>humo, tabaco, embarazo, puerperio, saúd</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Tabaquismo en el embarazo y el puerperio.</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a este impresso)	
<u>Anexado en fichero.</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade I&D de acolhimento (deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipe de Investigação em que diretamente se encontra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, aceito o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 5 deste impresso) de qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos da Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias após a entrega da T/D/E/TP.</p>

13. RESUM0, PLANO E CRONOGRAMA

El máster en enfermería de salud materna y obstetricia de la escuela superior de enfermería São João de Deus de la Universidad de Évora, publicado en el Diário da República de Portugal, de 7 de octubre; anuncio nº 15812/2019 y registrado en la Dirección General de Enseñanza Superior, se presenta como una oferta formativa de 2º ciclo de esta institución de enseñanza superior. Su plan curricular integra la Práctica de Carácter Profesional con Relatorio Final (ENPRF) con una duración de 36 semanas y su objetivo es atender a la mujer integrada en la familia y la comunidad en el ámbito de la planificación familiar y durante el periodo preconcepcional, integrada en la familia y la comunidad; durante el parto; durante el período postnatal incluyendo los cuidados del recién nacido, y postconcepción; durante el período climatérico; para vivenciar procesos de salud/enfermedad; atiende al grupo diana (mujeres en edad fértil) integradas en la comunidad; según el artículo 4 del Reglamento de la Orden de Enfermería Nº 391/2019. Y demostrar una adquisición de conocimientos a una propuesta en el proyecto, teniendo en cuenta las prácticas basadas en la evidencia; defender a través de un Relatorio presentado en la prueba pública, su desempeño en las prácticas de carácter profesional, lo que permite describir las actividades realizadas en los ámbitos de las prácticas y las habilidades específicas de la Enfermera Especialista en Salud Materna y Obstetricia (EESMO). Pretendemos contribuir para

El consumo de tabaco durante el embarazo es perjudicial para la mujer gestante y para el feto, con efectos que se extienden a lo largo de la infancia e incluso adolescencia. Cuando una mujer embarazada fuma, diferentes sustancias presentes en el tabaco atraviesan la barrera placentaria y aumentan, entre otros, el riesgo de preeclampsia, de aborto o de parto pretérmino; además, aumentan el riesgo de bajo peso al nacer, del síndrome de muerte súbita del lactante o el de enfermedades respiratorias como el asma (Santiago-Pérez, Pérez- Ríos, Pintos, & Hervada, 2019).

Fumar es actualmente la principal causa de complicaciones evitables en el embarazo, para la madre, para el feto y el recién nacido. Dejar de fumar antes del embarazo o en las primeras semanas después de la concepción permite reducir estas complicaciones. En Portugal la prevalencia sobre el consumo en mujeres en edad fértil por grupo etario es de 25,1 % en mujeres entre 25 a 34 años; del 22,5% en el grupo de 26 a 44 años (Nunes, Conceição, Pestana, Baptista, & Bonito, 2013).

En Portugal casi todas las mujeres embarazadas reciben asistencia y vigilancia médica y se traduce en múltiples oportunidades de apoyo y consejo, en el sentido de deshabitación tabáquica, por parte de los profesionales de salud. (DGS, 2015)

Por otro lado, es importante tener estrategias para evitar las recaídas después del parto, para aumentar el número de mujeres fumadoras que dejan de fumar antes de la mediana edad, lo que se traduce en la reducción del riesgo de que aparezcan enfermedades crónicas incapacitantes y de muerte prematura. Elimina también la exposición de los niños al humo ambiental del tabaco en el ambiente familiares, un ejemplo de comportamiento de la madre, lo que disminuirá la probabilidad de que éstas comiencen a fumar en la adolescencia.

El consumo del tabaco durante el embarazo es más frecuente cuando está asociado a variables sociodemográficas (bajo nivel de escolaridad y/o elevados niveles de escolaridad, bajos niveles socioeconómicos y cohabitación con fumadores); demuestran los estudios existentes una asociación entre los síntomas depresivos prenatales y/o durante el embarazo y la dependencia a la nicotina. (André, Maria Clara et al. 2015)

A pesar de la importancia de éste factor de riesgo, no existen datos nacionales representativos de comportamiento de cara al consumo de tabaco en mujeres embarazadas portuguesas, ni una proporción aconsejada y apoyada para dejar de fumar por los profesionales de salud.

Se justifica el interés en el tabaquismo y los procedimientos que se usan para eliminar el tabaquismo preconcepcional, durante el embarazo y el mantenimiento postconcepcional de la deshabitación. A pesar de que más de la mitad de las mujeres dejan de fumar durante el embarazo, la prevalencia es del 12% (Santiago-Pérez et al. 2019).

Pretendemos tratar de verificar el comportamiento de las mujeres embarazadas en cuanto a este hábito durante todo el proceso de prácticas y en sus distintos bloques e intervenir de modo que se promueva dejar el hábito de fumar.

Nuestro objetivo es contribuir a la mejora de la atención en el ámbito de la salud materno-obstétrica, para lo cual pretendemos prestar especial atención al t

abaquismo en el embarazo, que ha sido un factor de riesgo tanto para la salud de la madre como del bebé, en este caso, un factor de riesgo evitable (de Oliveira Lemes et al, 2017) . En este contexto, las instituciones sanitarias nacionales, como la Dirección General de Sanidad, y las internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2103), se han pronunciado enérgicamente contra el tabaquismo y a favor de los espacios sin humo. Encontramos múltiples estudios que muestran la relación directa entre el tabaquismo y la sintomatología en los bebés y sus madres.

Es importante verificar la información que tienen las mujeres embarazadas sobre las consecuencias del tabaquismo y la presencia en lugares con humo, y los beneficios de dejar de fumar, para obtener una vez los resultados más favorables, basados en la mejor evidencia científica, proporcionar una experiencia positiva a la mujer, a su bebé y a su familia, así como aprovechar esta oportunidad para que la mujer y su entorno dejen de fumar.

P
L
A
N
O

La definición de los objetivos y actividades tiene la base en el reglamento n.º 140/2019 del 6 de febrero referente a las competencias comunes del especialista y el reglamento n.º 391/2019, del 3 de Mayo específicas del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.

CAMPO CLÍNICO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
---------------	-----------	-------------

CONSUMO Y EXPOSICIÓN DEL HUMO DEL TABACO EN EL EMBARAZO

Cuidados de salud Primarios	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida a la mujer integrada en el ámbito del plan familiar y durante el periodo preconcepcional. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la salud de la mujer en el periodo preconcepcional. - Providenciar cuidados a la mujer durante el periodo prenatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce las competencias en el área de la especialidad - Promueve cuidados a la mujer con disfunciones sexuales, problemas de infertilidad e infecciones de transmisión sexual - Diagnostica y monitoriza el embarazo. - Informar y orientar sobre los estilos de vida saludables en el embarazo. - Promueve el plan de parto aconsejando y apoyando a la mujer en su decisión. - Consulta a todas las mujeres embarazadas sobre el consumo de tabaco (pasado y presente) y la exposición al humo de tabaco ambiental, al principio del embarazo y en todas las visitas prenatales posteriores.. - Promueve la deshabituación tabáquica siempre que lo justifique, abordando las 5 As de DGS: Abordar, Aconsejar, Evaluar, Apoyar (5 Rs motivacional: relevancia, riesgo, recompensa, resistencia y repetición) y Acompañar. - Cuida del grupo objetivo promoviendo cuidados de calidad culturalmente sensibles y congruentes con las necesidades de la población. - Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas de preparación completa para el parto y la parentalidad. - Desarrolla el autoconocimiento.
Servicios de Embarazos Patológicos	<p>- Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar a la mujer integrada en la familia y en la comunidad durante el periodo prenatal, para detectar y tratar precozmente las complicaciones. <p>- Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la salud de la mujer en el periodo prenatal y en la situación de aborto. - Promover el bienestar materno -fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la decisión en el ámbito de la salud prenatal, facultando información a la embarazada sobre los recursos disponibles en la comunidad. - Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud en el embarazo. - Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa intervenciones a la mujer con patología y/o concomitante en el embarazo. - Informa y orienta a la mujer sobre la sexualidad y la contracepción en el periodo postparto.
Sala de Partos	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida a la mujer integrada en la familia y en la comunidad durante el trabajo de parto, efectuando el parto en ambiente seguro, con el sentido de mejorar la salud de la parturienta y del recién nacido y su adaptación a su vida extrauterina. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar a la mujer integrada en la comunidad durante el trabajo de partos. - Dispone cuidados a la mujer con patologías asociadas y concomitantes con el embarazo y en el trabajo de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actúa de acuerdo con el plan de parto garantizando la calidad de las intervenciones y riesgo controlado. - Garantiza un ambiente seguro durante el trabajo de parto. - Concibe, planea, implementa y evalúa intervenciones de promoción de confort y bienestar en la mujer y convivientes significativos. - Concibe, planea, implementa y evalúa intervenciones de promoción del vínculo madre/padre/recién nacido y familiares significativos. - Coopera con otros profesionales en el tratamiento en el recién nacido con alteraciones morfológicas y funcionales. - Asegura y evalúa de forma inmediata del recién nacido implementando medidas para la adaptación de la vida extrauterina. - Concibe, planea, implementa y evalúa medidas de soporte emocional y psicológico a la parturienta, a la mujer en el trabajo de parto, incluyendo familiares significativos.
Puerperio	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar a la mujer integrada en la familia y en la comunidad en el periodo postnatal. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promueve la salud de la mujer y el recién nacido en el periodo postnatal. - Dispensar cuidados en las situaciones que puedan afectar negativamente a la salud de la mujer y del recién nacido en el periodo postnatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informa y orienta sobre los recursos disponibles en la comunidad para responder a las necesidades de la puérpera y el recién nacido, promoviendo la decisión de dejar de fumar - Informar y orientar sobre el crecimiento, signos y síntomas de alarma en el recién nacido. - Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de promoción de la salud mental en la vivencia del puerperio, potenciando la parentalidad responsable. - Promueve la deshabituación tabáquica siempre que lo justifique, abordando las 5 As de DGS: Abordar, Aconsejar, Evaluar, Apoyar (5 Rs motivacional: relevancia, riesgo, recompensa, resistencia y repetición) y Acompañar.

CONSUMO Y EXPOSICIÓN DEL HUMO DEL TABACO EN EL EMBARAZO

Ginecología	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquirir competencias específicas durante la prestación de cuidados especializados en Enfermería de Salud Materna e Obstétrica, a la mujer integrada en la familia y en la comunidad, a vivenciar procesos de salud/enfermedad ginecológica y en el climaterio. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la salud ginecológica en la mujer - Diagnosticar precozmente y prevenir complicaciones relacionadas que afecten al aparato genitourinario y/o a la mama. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concibe, planea, coordina, supervisa, implementa y evalúa programas, proyectos e intervenciones de rastreo para promover la salud ginecológica. - Informa y orienta a la mujer sobre la salud ginecológica. - Diagnostica y monitoriza afectaciones del aparato genitourinario y/o a la mama, referenciando las situaciones en su área de actuación. - Coopera con otros profesionales en el diagnóstico de las afecciones del aparato genitourinario y/o la mama. - Informa y orienta a la mujer en el tratamiento de la afección del aparato genitourinario y/o la mama.
Cuidados de salud primarios y los cuidados diferenciados	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuir a la deshabituación tabáquica en la mujer durante el periodo preconcepcional, durante el embarazo y el puerperio. <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover la acción de aconsejar a la mujer para aumentar la motivación en la deshabituación tabáquica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquiere conocimientos, con base a la teoría, a la práctica la evidencia científica sobre la deshabituación tabáquica en el embarazo y en el periodo postparto, realizando búsqueda bibliográfica. - Refleja sobre la experiencia clínica y elabora reflexiones y relato de las experiencias. - Adquiere competencias para la mejora de la asistencia en enfermería de salud materna y obstétrica a través de los datos recogidos y presentados en el Relatorio Final.

MESES DEL AÑO	Septiembre 2021	Octubre 2021	Noviembre 2021	Diciembre 2021	Enero 2022	Febrero 2022	Marzo 2022	Abril 2022	Mayo 2022	Junio 2022	Octubre 2022
Revisión de la Literatura.											
Elección del tema: Deshabituación tabáquica en el embarazo y el puerperio.											
Elaboración del proyecto.											
Entrega Proyecto de Prácticas.											
Desarrollo de las actividades para la adquisición de competencias de Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.											
Redacción del Relatorio.											
Entrega del Relatorio.											

REFERENCIA

- André, C., Cândido, A., Santiago, C., & Cruz, O. (2014). Consumo de tabaco na mulher grávida: Revisão sistemática da literatura. In *V Congresso Internaonal d'ASPESM*.
- de Oliveira Lemes, E., Fátima, G. G., Santos, G. C. B., & da Costa, J. B. (2017). Análise do programa nacional de controle do tabagismo do ministério da saúde. *Uniciências*, 21(2), 86-92.
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2015.
- Nunes, E., Dias, C. M., Conceição, C., Pestana, E., Baptista, I., & Bonito, J. (2013). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016.
- OMS. Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo – Versión reducida. OMS, Ginebra, 2014. Regulamento n.º 127/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológico. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Regulamento das Competências Comun do Enfermeiro Especialista.
- Santiago-Pérez, M. I., Pérez-Ríos, M., Malvar Pintos, A., & Hervada Vidal, X. (2019). Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 93.
- World Health Organization. (2013). WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organization.

Anexo II. Registro del número de experiencias



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Letivo 2021 /2022

Nome do Aluno José Alba Bainouni Nº M47039

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	553
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente • Partos eutócicos (40) 42 • Participação activa em partos pélvicos • Participação activa em partos gemelares • Participação activa noutros partos 26 • Episiotomia 5 • Episiorrafia / perineorrafia 15	
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40) • Gravidez 122 • Trabalho de parto 29 • Puerpério 52	
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	119
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	143
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	78
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	189

Rubrica Professor

Anexo III. Cronograma de asistencia pré-natal

Vigilância Pré Natal

CRONOGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL			
MÉTODO	1ª CONSULTA / 1ºT	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
História clínica	Sim	Actualizar em cada consulta	
Identificação do risco	Sim	Actualizar em cada consulta	
Ações informativas	Sim	Actualizar em cada consulta	
Exploração geral	Sim		
Exploração genital	Sim		Sim - após 34-35 s
Exploração mamária	Sim		
Altura	Sim		
Peso		Em cada consulta	
Pressão arterial		Em cada consulta	
Multistix/ proteinúria, glicosúria		Em cada consulta	
Edema		Em cada consulta	
Altura do fundo útero		Em cada consulta	
Auscultação fetal		Em cada consulta	
Movimentos fetais		Em cada consulta, após 20ª semana	
Estática fetal			Em cada consulta, >28ª s
Grupo ABO Rh	Sim		
Coombs indirecto*	Sim	Sim (24 e 28 s)	Sim (32 e 36 s)
Hemograma	Sim	Sim	Sim
Glicémia	Sim	Sim	Sim
Rastreio da diabetes		Sim (24 - 28 s)	
Uricémia	Sim	Sim	Sim
Creatininémia	Sim	Sim	Sim
Sumária urina e urocultura	Sim	Sim	Sim
S. Toxoplasmose	Sim	Sim**	Sim**
S. Rubéola	Sim		
VDRL	Sim	Sim	Sim
Ag HBs	Sim		Sim
Ac HIV I e II	Sim		Sim
Colpocitologia***	Sim		
Cultura ex. vaginal	Sim	Sim (26-29 s)	
Ecografia	Sim (8-12 s)	Sim (18-22 s)	Sim (32-36 s)
* Se a mãe é Rh negativa e pai Rh positivo			
** Se não imune à toxoplasmose			
*** Se não tiver realizado no ano anterior à gestação			

Anexo IV. Comprobantico de formación online



06/02/22 09:12PM

Fecha de emisión

Plataforma Online de Matronería y Obstetricia Helena Eyimi Ltd.

Certificado de finalización

Jose Alba Bainouni

Ha invertido 12 Horas de estudio para completar exitosamente el
**Curso Online de Hemorragia Posparto+
Prolapso de cordón**

Para las profesiones: Matronería, Obstetricia y enfermería.

Helena López Paredes

CEO Helena Eyimi Ltd.

Helena Eyimi
HELENAEYIMI.COM



INDICE DE HEMORRAGIA POSPARTO

INTRODUCCIÓN- BIENVENIDA AL CURSO

- PRESENTACIÓN DINAMICA
- REUNION EN DIRECTO (Q&A)

LECCIÓN 1:

- DEFINICIÓN
- INCIDENCIA
- FACTORES DE RIESGO O PREDISPONENTES
- CAUSAS
- ¿SE PUEDE PREVENIR?
- TEST

LECCIÓN 2:

- SIGNOS Y SÍNTOMAS
- TEST

LECCIÓN 3:

- MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO
 - MANEJO INMEDIATO
 - TRATAR LA CAUSA
 - PEDIR AYUDA
 - ESTABLECER LA CAUSA DEL SANGRADO
 - COMENZAR LA RESUCITACIÓN
- TEST

LECCIÓN 4:

- VIGILANCIA, COMUNICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
- TEST

ESCENARIO/ CASO CLINICO

TEST FINAL

ANEXOS: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

REFERENCIAS ACTUALIZADAS

AUDIOS Y PODCASTS

Helena Eyimi

HELENAEYIMI.COM



INDICE DE PROLAPSO DE CORDÓN

INTRODUCCIÓN- BIENVENIDA AL CURSO

- PRESENTACIÓN DINAMICA

LECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN

- OBJETIVOS DEL CURSO
- DEFINICIONES
- FACTORES DE RIESGO
- PREVENCIÓN
- COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES

LECCIÓN 2: MANEJO DE UN PROLAPSO DE CORDÓN

- DIAGNOSTICO
- PEDIR AYUDA
- LIBERAR PRESIÓN DEL CORDÓN
 - CAMBIO DE POSICIÓN MATERNA
 - ELEVACIÓN DE LA PRESENTACIÓN
 - LLENADO DE LA VEJIGA
- PLAN DE NACIMIENTO/PARTO
 - TRASLADO
 - VALORACION DEL PARTO

LECCIÓN 3: VIGILANCIA Y VALORACIÓN EN EL POSTPARTO INMEDIATO

- CUIDADOS MATERNOS Y DEL BEBÉ
- COMUNICACIÓN ESCRITA; DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO

ESCENARIO/ CASO CLINICO

TEST FINAL

ANEXOS: INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

REFERENCIAS ACTUALIZADAS

AUDIOS Y PODCASTS

Anexo V. Algunos componentes del tabaco



Anexo VI. Herramienta de evaluación del Índice de Bishop utilizada en la práctica

Avaliação Cervical para Indução do Trabalho de Parto					
Parâmetros		Pontuação			
		0	1	2	3
Altura da Apresentação (cm) Plano De Lee		-3	-2	-1, 0	≥+1
Colo	Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	≥5
	Apagamento %	0-30	40-50	60-70	≥80
	Consistência cérvix	Firme	Media	Mole	-
	Posição cérvix	Posterior	Media	Anterior	-

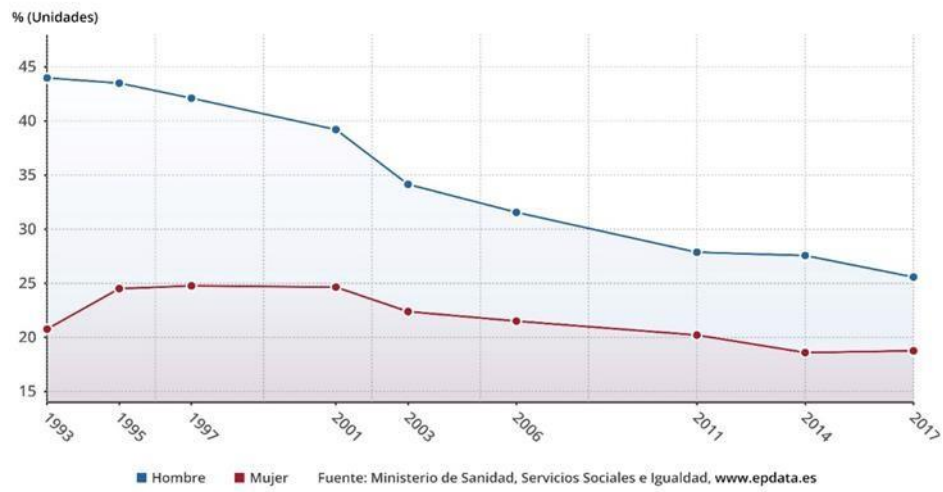
Índice de Bishop: Max 13 pontos
 Bishop ≤6: Cervix desfavorável; Bishop >6: indução [ocitocina]; Bishop ≥8: Cervix favorável



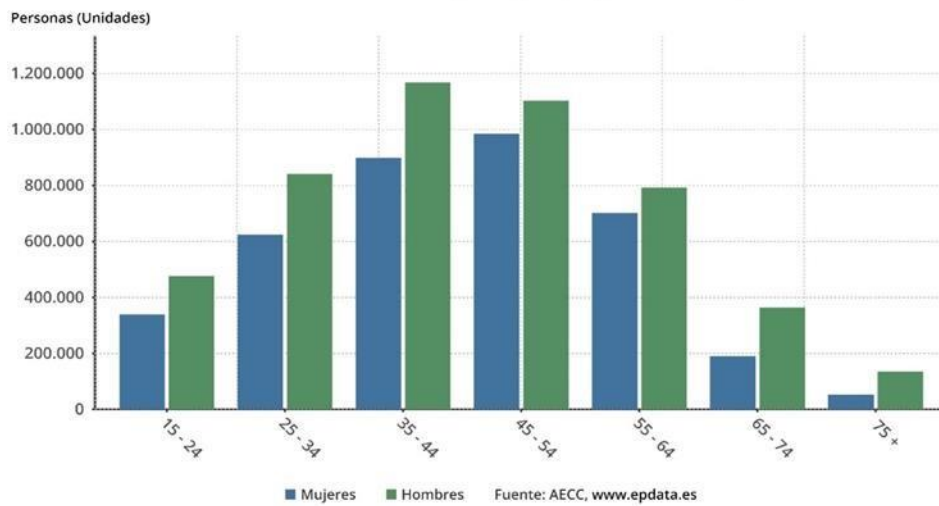
Estado do colo: Fator preditivo da probabilidade de sucesso da indução do parto
Índice de Bishop: Melhor avaliação do colo para predizer probabilidade da indução resultar em parto vaginal

Anexo VII. Datos sobre el consumo de tabaco en España

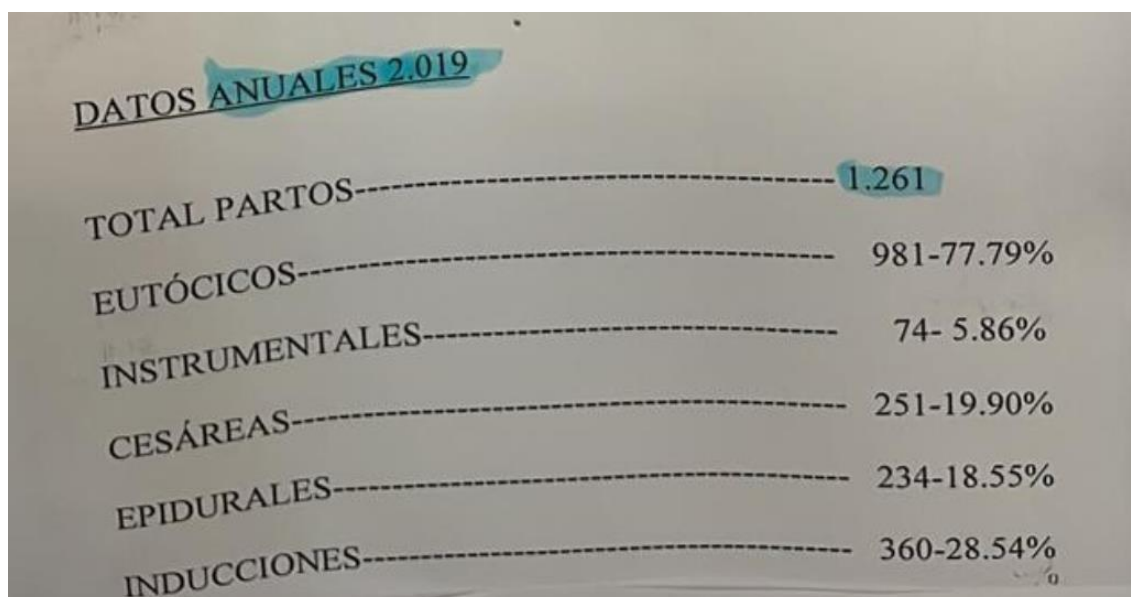
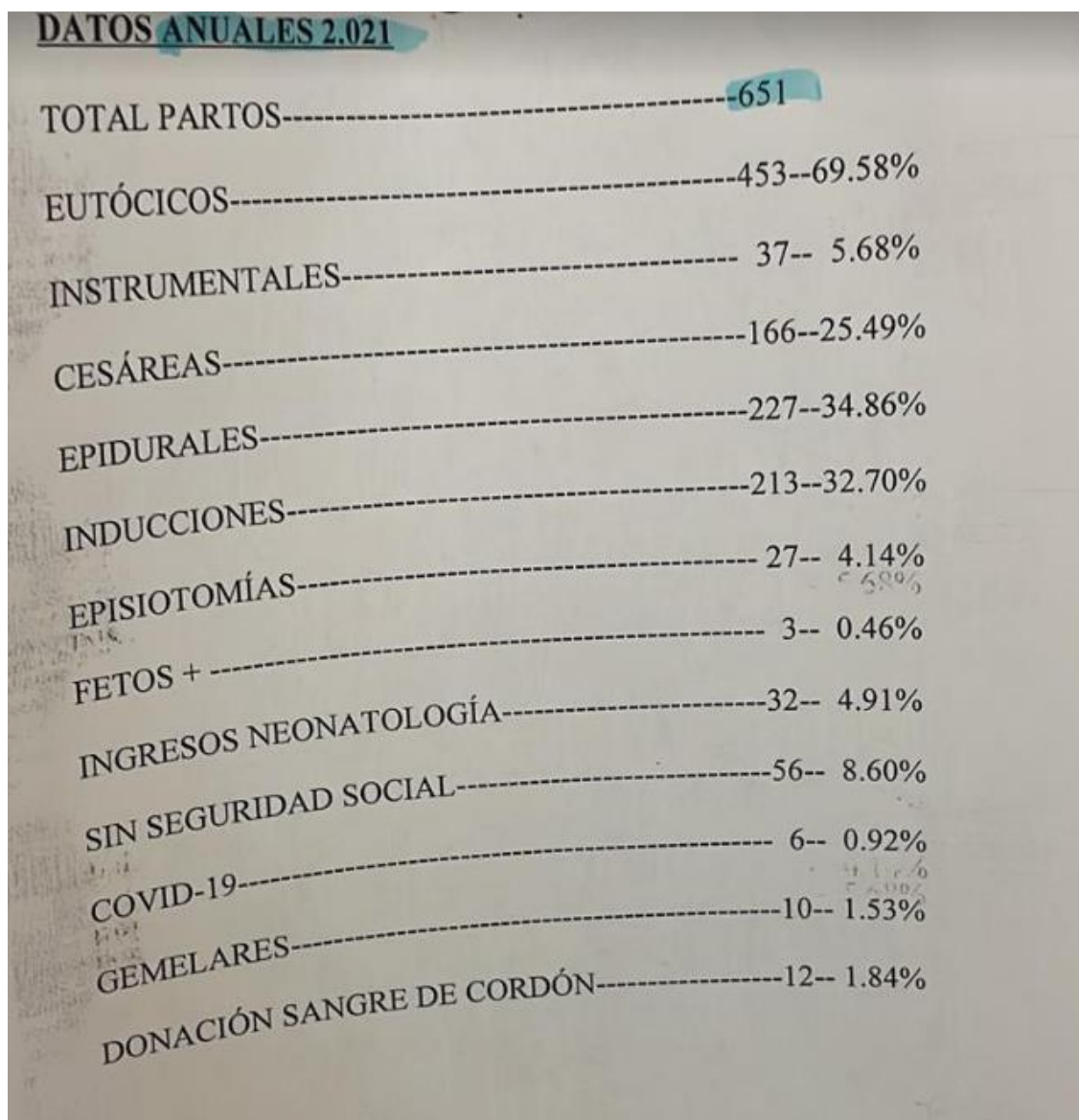
Porcentaje de fumadores habituales, por sexos



Fumadores a diario en España por grupos de edad y sexo



Anexo VIII. Datos de los partos en Paritorio Centro Hospitalario- España



DATOS ANUALES 2.020

TOTAL PARTOS	856
EUTÓCICOS	619--72.31%
INSTRUMENTALES	54-- 6.30%
CESÁREAS	183--21.37%
EPIDURALES	266--31.07%
INDUCCIONES	276--32.24%
EPISIOTOMÍAS	48-- 5.60%
FETOS +	4-- 0.46%
INGRESOS NEONATOLOGÍA	36-- 4.20%
SIN SEGURIDAD SOCIAL	161--18.80%
COVID-19	10-- 1.16%
GEMELARES	9-- 1.05%

Anexo IX. Modo de Panificación de la pesquisa

