

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relato de Práticas de Natureza Profissional
Nacer en Harmonía

Mirian Serantes Fernández



Viana do Castelo, mayo 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Relato de Práticas de Natureza Profissional **Nacer en Harmonía**

Mirian Serantes Fernández

Relato presentado a la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo para la obtención del Grado de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, respaldado por el Despacho N°345/2012 del DR, 2ª serie-N°8 del 11 de Enero de 2012.

Orientadora

Maria Augusta Moreno Delgado da Torre
Especialista en el Área Científica de Enfermería,
profesora adjunta en la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo



Viana do Castelo, mayo 2014

Fernández, M. S. (2014) - *Relato de Prácticas de Naturaleza Profesional: Nacer en Harmonía*. Viana do Castelo: Relatório final de Estágio de Natureza Profissional do Mestrado de Saúde Materna Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Trabajo expresamente elaborado como relato de prácticas original, para efecto de obtención del grado de Master en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia, presentándolo en la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo.

Descriptoros: PARTO RESPETADO, PARTO HUMANIZADO, RELACIONES INTERPESSONALES, PLAN DE PARTO.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que me han ayudado a dar cada paso durante esta formación, y que me han ayudado a conseguir este objetivo tan grande en la vida, que era mi sueño de ser enfermera especialista.

Un gran agradecimiento a todos los componente de la escuela de enfermería del Instituto Politécnico de Viana do Castelo, destacando al equipo que trabaja en la secretaría, a las enfermeras especialistas del Hospital del Salnés, que tanto me han enseñado, con delicadeza, paciencia y armonía. A ellas les debo mucho por tanto esfuerzo volcado en mi persona, y gracias a las Ginecólogas/os, por permitirme estar con ellos en cada consulta, cuando en el servicio de partos no había ninguna mujer.

Un agradecimiento a la profesora Augusta Delgado por pasar tantas horas buscando solución a mis pormenores en la escuela, y por tanta dedicación y delicadeza, a ella le dedico este trabajo por su esfuerzo.

Agradezco a las mujeres del área del Salnés que me han dejado aprender mucho junto a ellas, acompañándolas durante el proceso más bonito de sus vidas, y permitiéndome acoger a sus bebés con mis manos a su llegada al mundo.

*“Para cambiar el mundo,
antes hay que cambiar la forma de nacer”
Michel Odent.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	17
2. NATURALEZA PROFESIONAL EN FORMACIÓN CONTEXTUALIZACIÓN - ENCUADRAMIENTO CIENTIFICO DEL ESTAGIO	21
2.1- Del parto natural-respetado-humanizado al parto medicalizado- breve historia.....	23
2.2. – Parir en armonía, parto natural	24
2.2.1. -Dimensión emocional y psicológica	26
2.2.2.- Dimensión Biológica - Biomecánica y Fisiología	27
2.2.2.1 - Control y manejo del trabajo de parto.....	29
2.2.2.2 - Manejo del dolor	33
2.2.2.3 - Monitorización Fetal.....	34
2.2.2.4 - Libertad de movimiento y posturas corporales durante el trabajo de parto	36
2.3. Plan de parto e intervención de la EESMOG	38
2.4. Presupuestos teóricos en enfermería para la práctica de cuidados	43
3. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DE ESTAGIO	47
4. ACTIVIDADES DESENVUELTAS EN ESTAGIO	53
4.1- Prestación y gestión de cuidados especializados a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, así como realizar el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la mujer y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina.....	54
5. PARIR EN HARMONÍA CON PARTO NATURAL RESPETADO. UNA INTERVENCIÓN	61
5.1. Metodología de intervención.....	62
5.2. Relato de la experiencia de una pareja que ha elaborado su plan de parto para poder tener el nacimiento de su hijo en este hospital.	65
5.2.1. Integración del casal en la reunión grupal del plan de parto.....	66
5.2.2. Consulta individual sobre plan de parto del casal.....	67
5.2.3. Trabajo de parto y parto natural con su plan de parto respetado	68
6. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	73
7 – CONCLUSIONES	75
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

ANEXOS.....	XIV
ANEXO 1 - CIRCUITO DE PACIENTES EN EL CONTROL DE EMBARAZO	XVII
ANEXO 2 - CIRCUITO DE PACIENTES INGRESO.....	XXI
ANEXO 3 - PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.....	XXV
APÊNDICES	XXXIII
APÊNDICE 1 - PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO	XXXV
APÊNDICE 2 - PLAN DE CUIDADOS.....	XLIII

RESUMEN

Introducción: La prestación de cuidados a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, parto y recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina exige competencias del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia. Es necesario realizar unos cuidados con mayor calidez, más humanizados y permitiendo mayor autonomía a las mujeres.

Objetivos: Desarrollar competencias del ejercicio profesional de enfermera especialista durante el ejercicio profesional y comprender la vivencia de la mujer ante su trabajo de parto, parto y posparto, actuando de forma activa, humanizando el parto de bajo riesgo; Desarrollar competencias promotoras de un nacimiento en armonía con respeto de las decisiones conscientes de una mujer sana/casal, con la realización de un plan de parto.

Metodología: Prácticas en contexto hospitalario con la prestación de cuidados a la mujer/conviviente significativo en trabajo de parto, sustentados en la teoría de enfermería de Peplau. Reflejados en 2 momentos; un primer momento de grupo con la entrega del plan de parto y nacimiento de acuerdo a los deseos de cada mujer/conviviente significativo; segundo momento y una consulta individual escuchando sus necesidades y deseos, dejándolo cubierto en su historia clínica.

Resultados: Realizadas 65 prestaciones de cuidados a embarazadas sanas y 20 embarazadas de riesgo, ejecutados 53 partos eutócicos y participación activa en 15 partos distócicos; realizadas 10 episiotomías y 10 episiorrafias; realizadas 75 consultas de enfermería; prestados cuidados a 63 puerperas/conviviente significativo, a 60 recién nacidos sanos y 5 de riesgo. Se ha elaborado una búsqueda científica donde se ha podido reflejar el resultado acerca de la importancia de respetar un proceso como es el parto, y permitiendo que la mujer se sienta más satisfecha por su participación activa frente al proceso.

Conclusión: cuidar a la mujer insertada en la familia requiere competencias técnico-científicas, cognitivas, relacionales éticas y socioculturales. Es necesario un cambio en los cuidados ofrecidos a la mujer embarazada/familia por parte de la enfermera especialista en Salud Materna, Obstétrica y Ginecológica relativamente a la participación de las mujeres/familias en el proceso de nacimiento.

Palabras claves: Parto respetado, parto humanizado, relaciones interpersonales, plan de parto.

ABSTRACT

Introduction: The provision of care to women inserted in the family and community during birth labor, birth and newborn adaptation to extrauterine life requires skills from specialist nurse in obstetrics and maternal health. More warm and humanized care is need and a greater autonomy for women should be allowed.

Objectives: To develop competencies from the professional exercise of specialist nurse during the professional exercise and understanding the experience of women before her birth labor, birth and postpartum, while acting in an active way, humanizing low-risk births; to develop skills promoting a birth in harmony with respect for the conscious decisions of a healthy woman with making a birth plan.

Methodology: Practices in the hospital with the provision of care to women / significant cohabiting, supported by the nursing theory of Peplau. Reflected on 2 times; initially in group, with the delivery of the plan for birth according to the desires of each woman / significant cohabitant; secondly, and an individual consultation to listen to their needs and desires, leaving her covered in his clinical history.

Result: Once carried 65 care provision to healthy pregnant women and 20 to pregnant women at risk, executed 53 eutocique births deliveries and active participation in 15 complicated births deliveries; carried out 10 episiotomies and 10 episiorrhaphies; 75 nursing visits made; postpartum care provided to 63 postpartum / significant cohabiting, to 60 healthy newborns and 5 in risk. It has been developed a scientific research in which the result could reflect the importance of respecting a process such as giving birth, and allowing women to feel more satisfied with their active participation to the process.

Conclusion: care for women inserted in the family requires technical-scientific, cognitive, relational, ethical and socio-cultural competences. It is required a change in the care provided to pregnant / women by the specialist nurse in maternal, obstetric and gynecologic relatively to the participation of women / families in the process of birth.

Keywords: respected childbirth, humanized birth, relationships, birth plan.

LISTA DE ABREVIATURAS y SIGLAS

HS - Hospital Do Salnés

CTG - Cardiotocográfica

RN – Recién Nacido

OMS - Organización Mundial de la Salud

TP - Trabajo de parto

CS - Centro de Salud

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

LM - Lactancia Materna

EESMO - Enfermero especialista en Salud Materna y Obstetricia

MS - Ministerio de Sanidad

AGAM - Asociación Gallega de Matronas

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologist

ACOG - The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

SOGC - The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá

SEGO - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

FIGO - Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

OE - Ordem dos Enfermeiros

ENP - Estagio Natureza Professional

APA - *American Pshychological Association*

ESMOG - Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ESS - Escola Superior de Saúde

IMC - Índice de Masa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estadística

FR - fuerza resistencia

FE - fuerza empuje

SNS - Sistema Nacional de Salud

Dr.-Doctor

1. INTRODUCCIÓN

El Estagio de Naturaleza Profesional está orientado para una intervención en el ámbito del ejercicio profesional en el área de la Enfermería especializada en Salud Materna, Obstétrica y Ginecológica (EESMOG) en contexto real, que faculte la transición profesional, en los dominios de la prestación de cuidados, de la formación, de la gestión y de la investigación.

Tiene como objetivo general el perfeccionamiento de diferentes metodologías de trabajo de forma integrada dando contributos para el desenvolvimiento del conocimiento en esta área de la enfermería, realizado los cuidados especializados como EESMOG en el servicio de Obstetricia del Hospital do Salnés (HS), de forma a contribuir para el desenvolvimiento personal y profesional así como para el *cambio/innovación de las prácticas clínicas y la calidad de las mismas*.

Se ha decidido titular este relato de estagio, como “Nacer en armonía”, puesto que existe un sentido de necesidad de un cambio en las actuaciones sanitarias, tanto durante el parto como en el puerperio, ya que es un objetivo en el que ya han comenzado a luchar en múltiples hospitales por parte de las EESMOG en los servicios pertinentes, y que poco a poco se va modificando en los hospitales y cada vez más mujeres requieren de cuidados menos intervencionistas, puesto que a pesar de que las nuevas tecnologías han disminuido la morbimortalidad en procesos con complicaciones, un embarazo de bajo riesgo debe tratarse como un proceso fisiológico y se deben respetar los tiempos que cada cuerpo necesita para parir, respetar que cada cuerpo y cada mujer son diferentes, por ello cada una necesita un tiempo diferente, y no se pueden estandarizar los cuidados.

Ha ayudado mucho a la formación la posibilidad de movilización internacional, donde ha permitido profundizar las competencias desenvueltas. Para el desenvolvimiento personal y profesional, así como *innovación de nuevas prácticas clínicas y para la calidad de las mismas*, he delineando una serie de objetivos:

- Desenvolver competencias para el ejercicio del EEESMO, preconizadas por la Orden dos Enfermeiros (OE), plasmadas en el Regulamento nº 127/2011 publicado en el Diário de la República, 2.^a série — N.º 35 del 18 Febrero de 2011 y, consecuentemente, cumplir los requisitos previstos en la Directiva nº 80/155/CEE de 21 de Enero modificada por la Directiva 2013/55/EU, de 20 de Noviembre en lo que concierne a la formación de “Partera” por la comunidad Europea.
- Desenvolver competencias promotoras de un nacimiento en armonía, con la realización de un plan de parto por la mujer/conviviente significativo durante el embarazo, pasando

por un parto donde el personal sanitario cuida, apoya y sobre todo acompaña a la mujer/familia a vivir el proceso con respeto.

Estos objetivos fueron construidos previamente al estagio, con base en las necesidades de la población albo y las necesidades personales. Por estas razones se ha decidido realizar el estagio en este hospital, puesto que es el único hospital a nivel Autonómico de la Comunidad Gallega que proporciona un embarazo, parto y puerperio respetado, donde la mujer/familia puede trazar su plan de parto constituyendo prácticas que generan un nacimiento en armonía, y que tienen por base las teóricas de las Relaciones Interpersonales de enfermería de Peplau (1990) y la teoría de cuidados transculturales de Lenninger (1978).

El relatorio es un escrito resultado de un proceso de aprendizaje que expresa el dominio de un tema correspondiente a un documento de estudio u obra de discusión. Es una síntesis y reconstrucción de la estancia formativa en el Hospital do Salnés, junto con una búsqueda bibliográfica acerca del parto normal, respetado y humanizado. Durante este relatorio se ha intentado expresar una necesidad, una actitud que ha despertado desde el comienzo de esta formación en la especialidad, y sustentado con evidencia científica ya existente.

Actualmente la información científica es más accesible que nunca, sin embargo el gran volumen de información requiere del uso de herramientas dirigidas al apoyo de la toma de decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras, y de profesionales con conocimientos actualizados. Por ello, la motivación para realizar el estagio en este hospital ha sido la teorización fisiológica, naturalista que en él se utiliza para los cuidados a una mujer durante toda su estancia hospitalaria, desde las consultas, hasta su ingreso por trabajo de parto y puerperio. Se convierte en un paradigma de cuidados más fisiológico, y menos mecanizado, menos intervencionista, enseña que un parto fisiológico, sin intervenir a no ser que sea estrictamente necesario, la evolución es mejor, hay menor índice de cesáreas, y mayor satisfacción por parte de las mujeres/familias (OMS, 1996).

Es importante salientar una visión holística de la prestación de cuidados a través de la dinamización de los conocimientos cognitivos, técnicos y relacionales. El embarazo y el parto son etapas en la vida de las mujeres que dejan una huella sin precedentes, cuya experiencia se relaciona con el impacto de diversas situaciones que giran en torno a ello. Toda mujer tiene derecho a recibir atención de enfermería de calidad durante su trabajo de parto, con sentido humano y con respeto a su dignidad.

Humanizar, respetar y naturalizar el parto significa poner a la mujer que está pariendo en el centro y en el control de la situación y que sea ella y no el personal sanitario, quien tome las decisiones de lo que va a ocurrir. Significa dar atención con los procedimientos adecuados que

no comprometan la vida de la mujer y del niño, es visualizar holísticamente a la persona. Una mujer con información puede decidir perfectamente sobre su parto.

El relatorio se dividirá en cuatro partes, donde tendrá una primera parte relacionada con la contextualización de la formación, en defensa a la naturalidad y el respeto del parto normal, donde se describirá y se reflexionará sobre los presupuestos subyacentes al estagio, se defenderá el parto respetado, humanizado en situaciones de bajo riesgo, así como también lo defiende la Organización Mundial de la Salud justificado bajo la evidencia científica existente.

La segunda parte definida como caracterización del estagio, donde se explicará la localización y área de influencia, valores de la organización. Se describirán los objetivos de la propia institución con respecto al marco enfermero y también al marco legal. En cuanto a la infraestructura sanitaria relacionada a la actividad obstétrica se definen todos los recursos ofertados. Una breve descripción del personal multidisciplinar sanitario del servicio de partos permitirá una orientación simulada de la situación en la que se trabaja. Se mencionará el uso de una gran herramienta, denominada *via clínica*, para que los diferentes profesionales puedan unificar las atenciones, prestando unos cuidados de mayor excelencia por parte de todo el servicio.

Posteriormente en la tercera parte se abordarán las áreas de intervención dentro de la institución, como *paritorio- puerperio*, *consultas de urgencia obstétrica* y actividades desenvueltas en el estagio referentes al planeamiento, ejecución y evaluación de cuidados a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el trabajo de parto (TP) y al recién nacido, teniendo por base el proceso de enfermería (PE), las orientaciones de la Orden de los enfermeros (OE) y presupuestos teóricos que sustentan la práctica de cuidados de enfermería especializada.

Una cuarta parte dónde se expondrá una intervención real, la ejecución y evaluación de este tipo de actuaciones, poniendo de manifiesto todos y cada uno de los puntos que conlleva la defensa ante una atención humanizada desde el embarazo, pero sobre todo durante el trabajo de parto, parto y posparto.

2. NATURALEZA PROFESIONAL EN FORMACIÓN CONTEXTUALIZACIÓN - ENCUADRAMIENTO CIENTIFICO DEL ESTAGIO

El enfermero especialista en enfermería de salud materna, obstétrica y ginecológica asume en su ejercicio profesional intervenciones autónomas en todas las intervenciones de bajo riesgo, entendidas como aquellas en que están envueltas procesos fisiológicos y procesos de vida normales en el ciclo reproductivo de la mujer e intervenciones autónomas e interdependientes en todas las situaciones de medio y alto riesgo, entendidas como aquellas en que están envueltas procesos patológicos y procesos de vida disfuncional en el ciclo reproductivo de la mujer.

A partir de este diagnóstico de situación se elaboró un plan de acción definiendo los siguientes objetivos generales:

- Desarrollar las competencias a nivel de prestación de cuidados a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, efectuando el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina - teniendo por base las Competencias Específicas del EEESMOG, reflejadas en el Reglamento nº 127/2011, publicado en el Diario de la República, 2.ª serie — N.º 35 de 18 Febrero de 2011, por la OE e os requisitos previstos na Directiva nº 80/155/CEE de 21 Janeiro, alterada por la Directiva nº 89/594/CEE de 30 Octubre, alterada aún por la Directiva Ley nº 9/2009 de 4 Marzo, y por la Directiva 2013/55/EU, de 20 de Noviembre en lo que concierne a la formación de “Partera” por la Comunidad Europea.

- Profundizar un área de conocimiento concreto que resulta una necesidad personal y profesional para una mayor calidad y calidez en la prestación de los cuidados especializados durante el trabajo de parto y parto pudiendo respetar las decisiones conscientes de una mujer sana/ conviviente significativo e informada.

Una vez se conocen y se definen los objetivos generales de estagio citados por la Orden de los Enfermeros, existe una gran motivación personal y profesional, que es la armonía del parto, ya que durante muchos años se ha estado medicalizando el parto, dado que las tecnologías avanzan en los hospitales, llegando a transformar el proceso del parto.

Se ha comenzado por utilizar las tecnologías para disminuir el riesgo de posibles complicaciones, transformando el proceso del parto en una situación de riesgo que necesita de gran vigilancia e intervención médica.

Se ha buscado una revisión de la literatura para poder profundizar el conocimiento existente en esta área, es importante sustentar teóricamente el interés de cambio en los profesionales sanitarios y en la sociedad, a la hora de respetar un proceso como es el parto. Por ello, ha surgido la necesidad personal y social de elaborar objetivos más específicos de acuerdo con los objetivos generales preconizados por la OE, en cuanto a mejorar la calidad y calidez de atención a la mujer, pareja y recién nacido durante el parto, nacimiento y puerperio en los servicios de Obstetricia de los hospitales.

- Promover una atención acorde con las necesidades intelectuales, sociales, culturales y emocionales de las mujeres y de sus familias, fomentando su protagonismo y la toma de decisiones responsables.
- Potenciar la consideración del parto como un proceso fisiológico por parte de aquellas parejas que están esperando un hijo.
- Aportar información adecuada y oportuna a la mujer y a su familia durante la gestación. Sensibilizar a las mujeres y a sus parejas sobre sus derechos en relación al parto y nacimiento, y concienciarles sobre su poder en la toma de decisiones responsables que serán respetadas, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar madre-hijo.
- Ofrecer cuidados basados en la mejor evidencia científica disponible en la actualidad, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2008), la Federación de Asociaciones de Matronas en España (FAME, 2008) y también por las reivindicaciones de distintas asociaciones de mujeres (Asociación “El parto es nuestro”).

La intervención fue dirigida básicamente hacia la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, es por ello que se ha escogido un lugar de estagio en España, un hospital que respeta mucho el proceso del parto, parto, posparto y los cuidados del recién nacido, permitiendo que sea la familia, con sus necesidades culturales, emocionales y personales la que decida sobre ciertos cuidados de la EESMO. Teniendo por base los presupuestos de la *Teoría de las relaciones Interpersonales* de Peplau (1997), donde es la enfermera especialista la que trabajará mucho la comunicación con cada casal sobre sus propias decisiones y ello se realizará junto a un plan de parto elaborado durante el embarazo. Para la calidad de estas prácticas de cuidados es importante desenvolver la capacidad de análisis crítico-reflexivo en la toma de decisiones, de ejecutar y de evaluar cuidados especializados atendiendo a los tres dominios preconizados por la OE, como son la responsabilidad profesional ética y legal, la gestión de la calidad de los cuidados y el desenvolvimiento del aprendizaje profesional.

2.1- Del parto natural-respetado-humanizado al parto medicalizado- breve historia

Según García (2008) el parto se ha desarrollado tradicionalmente en el ámbito familiar, un medio en el que la parturienta ha vivido su experiencia, personal e intransferible, en compañía de sus familiares más cercanos, madre y amigas, siendo asistida por una profesional, otra mujer, la partera o matrona, conocida y reconocida, tanto social como profesionalmente.

La asistencia al parto era de responsabilidad exclusivamente femenina, pues mayoritariamente las parteras realizaban esa práctica en el domicilio (Moura, 2007), mujeres apreciadas y valoradas en el campo afectivo y, en lo técnico-científico, capaces de resolver situaciones vitales comprometidas, en algún caso dramáticas, sin más ayuda que su experiencia, pericia y conocimiento.

El nacimiento es históricamente un evento natural, de carácter íntimo y privado, siendo una experiencia compartida entre las mujeres y sus familiares (Velho & Oliveira, 2010). Entendiéndose por parto natural, un parto sin manipulación médica que respete la intimidad y la experiencia de la mujer para que funcione su propia fisiología, con el tiempo, el ritmo y las peculiaridades que su cuerpo necesite.

A partir de la década de los 40, del siglo XX, ha sido intensificada la hospitalización del parto, que permitió la medicalización excesiva en la asistencia al trabajo de parto (TP) y parto, principalmente, para las gestantes de bajo riesgo, lo que ha contribuido en un aumento de procedimientos invasivos e intervencionistas, muchas veces de forma innecesaria y sin participación de la mujer y la familia (Lobo, 2010)

Cuando las atenciones comenzaron a ser en hospitales, se cambió el concepto del momento del parto, iniciándose una idea de patología, en el periodo de gestación y por supuesto del momento del nacimiento. Es así como el parto medicalizado, pasó a remplazar la fisiología natural de la mujer desvirtuando la experiencia del nacimiento, y generando riesgos innecesarios para la madre y el bebé.

Ante esta situación los equipos médicos junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegan al consenso de la importancia que tiene devolver el sentido de humanización, al parto que será determinante en la vida de las próximas generaciones.

La OMS (1985) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Una mujer embarazada no es una enferma. Sin embargo, la culminación de ese estado, el parto, se ha convertido en un acto muy medicalizado. En este sentido, en 1996 detalla una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas, que no están justificadas, sean realizadas de una forma sistemática,

es decir, a todas las mujeres, ya que entiende que suponen la medicalización de este proceso. Se indica que toda mujer como persona tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención.

Velho y Oliveira (2010) afirman que las recomendaciones de la OMS para el atendimento al parto normal estimulan la valorización de la fisiología del parto, el respeto de los derechos de la ciudadanía e incentivan una relación de armonía entre los avances tecnológicos y la calidad de las relaciones humanas.

El programa de parto natural hospitalizado se basa en conseguir ofrecer un parto con protocolos que eliminen en la máxima medida la instrumentalización médica y el intervencionismo pero que al mismo tiempo garantice la seguridad que debe ofrecer el entorno hospitalario. La utilización inadecuada de la tecnología y el uso rutinario de intervenciones altera el curso fisiológico del parto, en que una intervención condiciona a otra de manera sucesiva (Schneck & Riesco, 2006).

La OMS (1996) defiende que es la EESMOG la que desempeña el papel más adecuado y con el mejor costo-efectividad para prestar asistencia a la gestante y al parto normal, evaluando riesgos y reconociendo complicaciones.

Se sabe que no se puede olvidar que para el buen desenvolvimiento del trabajo de parto (TP), parto y posparto (PP), es necesario el bienestar físico y emocional de la mujer, por ello conocer lo que la mujer espera de los cuidados de salud, lo que encuentra, lo que considera importante y lo que siente, permite adecuar la asistencia proporcionada a las necesidades de la mujer, mejorando el nivel de satisfacción y la calidad de los cuidados prestados.

Odent (2006) Obstetra y Fundador de Primal Health Research señala que su interés por el nacimiento le llevo a estudiar la fisiología del parto durante muchos años. Ha escrito 11 libros y más de 50 artículos científicos, cuenta que comenzó a interesarse por la cesárea para acabar volviendo a lo más simple. Redescubrir lo fácil que puede ser un parto cuando no hay alrededor más que una madre experimentada y discreta, matrona y doula. Volver a lo que es simple, a lo que queda por redescubrir.

2.2. – Parir en armonía, parto natural

Según Bishop (2012), un parto respetado, humanizado es aquel en que madres y padres, con base en la información que reciben, pueden responsablemente elegir la forma en que quieren que sus hijos nazcan, cuentan con el apoyo de profesionales y centros asistenciales que consideran y resuelven sus necesidades individuales.

Odent (2008) señala que el parto es un acontecimiento instintivo, dirigido por nuestro cerebro mamífero primitivo (límbico) en el que la participación de nuestra mente racional (neocórtex) tiene un efecto contraproducente, ya que detiene el proceso del parto ante cualquier sensación de miedo, por lo tanto, es suficiente preguntar a una mujer su número de cartón de identidad, para alterar su estado de conciencia especial propio del parto e inhibir el proceso, ya que se activa su pensamiento racional. De la misma forma interfieren los ruidos, las luces, el frío, la incomodidad de mantener una postura, en circunstancias que las condiciones ideales de un parto no cambian mucho de las condiciones idóneas para dormir.

Algunos autores como Kitzinger (2012) postulan que el espacio correcto para dar a luz es el mismo que para hacer el amor. Es por esto que la tendencia es evitar lo que pueda provocar estrés, favoreciendo la producción de endorfinas que amortiguarán el dolor, recurriendo al cambio de postura, teniendo la libertad de dilatar y parir en la posición que ella estime conveniente: en cuclillas, de lado, colgada de alguien, de pie.

La escritora Gutman (2013) que ha tratado en distintas ocasiones el tema del parto fisiológico, destaca esa importancia de la intimidad en el proceso. Para ella, los partos deben producirse en un lugar femenino y acogedor y estar asistidos por la matrona.

Paradójicamente parto natural no representa una vuelta al pasado, sino que es recuperar la confianza en la propia naturaleza. Tampoco significa que se renunciará a los avances tecnológicos, sino que se le adjudica el lugar que le corresponde.

Cuando se habla de parto natural en muchos sitios se encienden las alarmas y hay gente que piensa que sus defensores quieren “retroceder” ante los avances de la ciencia y la tecnología. Nada más lejos de la realidad. Simplemente, existe el convencimiento, porque la evidencia científica y los estudios de vanguardia, así lo demuestran, de que la tecnología hay que usarla sólo cuando hace falta. Por eso, tal vez tendríamos que empezar este apartado desmitificando lo que se entiende por parto natural.

Según la FAME (2006) *parto normal* es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo. Un *parto natural o respetado* es ante todo un parto normal en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias; el que no se aplican protocolos rutinarios por sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé.

Cechin (2002) refleja en su artículo sobre el rescate del parto natural que a pesar de los avances tecnológicos, retomar las raíces culturales para humanizar el proceso de la gestación y del parto, es una propuesta alternativa al modelo que se está siguiendo actualmente. La interferencia de la tecnología médica sobre el parto está asociada al poder económico que se apodera del cuerpo, preconizando que el nacimiento seguro es aquel que ocurre en el medio hospitalario previsto con altas tecnologías.

Por esa razón, un parto natural, respetado, no tiene que ver con la opción de parto elegida (domicilio, hospital, en el agua, en casa de partos) sino que se refiere a *dejar parir a la madre* sin dirigir, sin meter prisas, sin maniobras invasivas, sin fármacos innecesarios, sea cual sea el escenario escogido. En un ambiente íntimo, con libertad de movimientos, brindando a la madre la posibilidad de escoger entre diferentes métodos alternativos para atenuar el dolor si lo hubiese, cuidando el primer contacto entre madre e hijo; sin separaciones inútiles, facilitando la lactancia materna y el estar piel con piel. El contacto inmediato piel con piel entre madre e hijo, continuando así la estrecha relación que ambos han sostenido durante el periodo de la gestación, es de gran importancia, ya que es vital e insustituible (OMS, 1996)

En la práctica diaria hay una demanda general de hacer el parto menos medicalizado, menos intervencionista si no es necesario, es decir, respetar un poco más los tiempos, las posturas, esto es bastante general, y es bastante asumible por parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). Según se menciona en la vía clínica del HS el *programa de parto natural hospitalizado* se basa en conseguir ofrecer un parto con protocolos que eliminen en la máxima medida la instrumentalización médica y el intervencionismo pero que al mismo tiempo garantice la seguridad que debe ofrecer el entorno hospitalario. Muchos países europeos, basándose en las necesidades de la mujer en el momento de parir han trasladado la atención al parto fuera del hospital, llevándola a casas de parto o a domicilios particulares.

2.2.1. - Dimensión emocional y psicológica

Siguiendo las recomendaciones de la OMS (1996) se empezó a considerar la posibilidad de aplicar una atención más integral y holística en la secuencia reproductiva. Se ve a la mujer gestante como persona y se tienen en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales (Brusco, 1998) y se valoran aspectos tales como el estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto. (Behruzzi, Hatem, Fraser, Goulet, Ii & Misago, 2010)

El parto y el nacimiento son momentos en que la EESMOG puede desempeñar una actuación determinante a través del apoyo emocional y la capacidad de comunicación, lo que

favorece la interacción efectiva entre la parturienta y el enfermero (Lopes, 2009). Phaneuf (2001) considera como capacidades de comunicación, el contacto visual, la expresión facial, la entonación de la voz, la postura y la distancia o la proximidad. A través de una adecuada comunicación terapéutica, normalmente es posible generar autoestima, confort, confianza, resultando en seguridad y satisfacción en el proceso del parto (Lopes, 2009).

Según Odent (2009) la primera misión del dolor gira en torno a la necesidad de que la mujer sepa que el parto ha comenzado, de forma que pueda retirarse a un lugar seguro mientras se desarrolla el proceso. La necesidad de un lugar seguro es crucial para el bienestar tanto de la madre como del niño, ya que ambos están inmovilizados y son vulnerables cuando acontece e inmediatamente después.

La parturienta es una persona sana e introducirla en un proceso de medicalización excesiva le da todos los problemas asociados a los procesos médicos. El parto, en principio, es un proceso fisiológico normal para el que la especie humana está preparada; por eso no es admisible medicalizar cuando no hace falta.

Esta nueva visión implica cambios sustanciales en la manera de diseñar y operar los espacios de salud, lo cual es el eje central de esta propuesta de estudio. Muchos paradigmas requieren una actualización a la luz de los nuevos principios de calidad relacional, los planteamientos de la medicina basada en evidencias, las oportunidades que abren las medicinas complementarias, alternativas y tradicionales, y las investigaciones científicas.

2.2.2. - Dimensión Biológica - Biomecánica y Fisiología

Biomecánica

Según Fernández (2014) la biomecánica es la rama de la mecánica que estudia el movimiento en el ser humano. La mecánica - y, por tanto, también la biomecánica- está sujeta a la Primera ley de Newton donde un cuerpo se pone en movimiento cuando es empujado, arrastrado o sometido a una fuerza. El parto, la salida del feto del vientre materno, es un movimiento, sometido, como todo movimiento, a las leyes de la física, a las leyes de la biomecánica.

Fernández (2014) explica claramente que las fuerzas de empuje (FE) proceden, en la primera fase del parto (periodo de dilatación), de la contracción uterina. En la fase final del parto (periodo de expulsión), de la contracción uterina y de la prensa abdominal con el empuje, donde las fuerzas de resistencia (FR), procedentes del conducto pélvico, se oponen a las de empuje. Las fuerzas de resistencia están sujetas a las características físicas (tamaño, forma,

elasticidad) del feto y del canal del parto. El fin primordial de la biomecánica del parto es *estudiar técnicas y posturas encaminadas a potenciar las fuerzas de empuje sobre el feto y a disminuir las fuerzas de resistencia que opone el canal del parto*. En cuanto a las fuerzas de resistencia (FR) que opone el canal del parto, se encuentra como órgano diana, la pelvis, quien juega un gran papel durante el TP y como fuerza de resistencia para la salida del bebé. Es por ello que existe innumerable bibliografía que refleja la importancia de los movimientos durante el TP para ayudar a la pelvis en movimiento según las posturas que vaya adoptando la mujer durante el transcurso.

La gran maleabilidad de los huesos del cráneo que permiten que éste se deforme, junto con un movimiento de los huesos que componen la pelvis a nivel articular provocando una modificación en su forma, permite el paso de la cabeza del bebé en el momento del parto. En el momento del parto, gracias a la presencia de hormonas que provocan que los ligamentos sean más laxos, la pelvis se mueve, y este movimiento es mayor cuando la mujer tiene libertad de movimientos, y más precisamente en determinadas posturas que se deben adoptar en las piernas y en la columna vertebral que se le irán proponiendo a la mujer en cada momento durante el TP. Existen determinados movimientos en las diferentes fases del parto que facilitan el mismo. Con lo cual existen claras evidencias de que la pelvis se transforma en el momento del parto, que puede utilizarse esta capacidad de transformación y que determina dos movimientos favorecen dicha transformación (Calais- Germain & Vives, 2010).

Fisiología

La neurofisiología actual está dominada por la concepción de una fisiología cerebral disociada, el cerebro humano es el resultado de la asociación de un cerebro primitivo “filogenéticamente” antiguo y de un cerebro reciente. Así cada cerebro tiene sus funciones propias, su memoria y su propia química. Esquemáticamente podríamos asimilar el cerebro antiguo al sistema “hipotálamo-límbico”, siendo éste el que nos permite vivir y sobrevivir. Por el contrario el saber del cerebro filogenéticamente reciente, del “cerebro superior”, tiene por origen los datos aportados por los órganos de los sentidos. Este cerebro nuevo, nos informa de nuestra pertenencia a un mundo temporo-espacial; es él también, quien nos informa acerca de la noción de los límites, tanto en el espacio como en el tiempo, como por ejemplo el nacimiento (Odent, 2008). Refiere aún, que el saber de este cerebro es siempre fluctuante: no tiene ningún carácter de universalidad, está en función del lugar y del medio cultural. Aparece en primer lugar como un ordenador, capaz de recibir gran masa de información y poder tratarla posteriormente. Está a priori, al servicio del cerebro que mantiene la dinámica de la supervivencia.

Por ello, la enfermera especialista que atiende a la mujer, intentará, en la medida de lo posible, que la dilatación y el parto/nacimiento discurran en el mismo espacio físico (sala de dilatación), donde la mujer/conviviente significativo se va familiarizando desde su ingreso. En ocasiones donde no se consigue ese bienestar psico-físico de la mujer/familia, existe la posibilidad de que haya que utilizar la oxitocina artificial, la cual provoca fuertes y dolorosas contracciones que hacen que la mujer que esperaba tener un parto natural, termine pidiendo algo que le alivie el dolor tan intenso que está sintiendo a causa de esta medicación. Es aquí donde comienza un círculo intervencionista.

2.2.2.1 - Control y manejo del trabajo de parto

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal elaborado por la OMS como el Plan de Calidad para el Sistema Nacional Español de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social recomiendan que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada 4 horas. Las exploraciones vaginales antes de 4 horas se realizarán en las mujeres con un progreso lento del parto, ante la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos. Antes de practicar un tacto vaginal, se confirmará que sea realmente necesario y que la información que proporcione sea relevante en la toma de decisiones, ser consciente de que el examen vaginal es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección, garantizar la privacidad, dignidad, y comodidad de la mujer, explicar la razón por la que se va a practicar y los hallazgos encontrados, con sensibilidad.

Relativamente al *uso rutinario de enemas*, una revisión de la Cochrane traducida y titulada “enemas durante el trabajo de parto”, realizada por Reveiz y Cuervo (2008) con el objetivo de determinar los hechos de los enemas utilizándolos durante la primera fase del TP en las tasas de infección materna y neonatal; en duración del TP; en la dehiscencia de la episiotomía; en el dolor de la región perineal; en la frecuencia de la contaminación fecal y en los costes de la asistencia sanitaria; permite confirmar que no existe evidencia científica que demuestre que el uso habitual del enema en embarazadas en TP esté justificado. Resultan incómodos y existe riesgo de dañar el intestino.

Inherente a la *restricción de líquidos y alimentos* durante el TP, está la necesidad de una infusión intravenosa de rutina, la cual no tiene beneficios comprobados, como refiere la Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Correia, 2010). Por lo contrario, con el aumento de los niveles medios de glucemia en sangre, aumentan los niveles maternos de insulina, elevando los niveles séricos de glucemia en el feto, pudiendo provocar una disminución del pH de la sangre

de la arteria umbilical. Por otro lado, el uso excesivo de soluciones intravenosas sin sodio puede conducir a una hiponatremia materna y consecuentemente del recién nacido (RN) (OMS, 1996).

Un estudio realizado por Ballesteros, Lopez y Martinez (2012) también coincide en que el profesional que atiende a la parturienta durante el parto realizará el menor número de *tactos vaginales* necesario para evaluar la evolución del parto. Si fuera necesario realizar esta exploración a intervalos más cortos de 4h se informará a la mujer de las circunstancias que lo motivan así como de los resultados de la exploración.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (2010) es positivo para la mujer/familia saber cómo va evolucionando su proceso, para continuar la dilatación tranquila, con pensamientos positivos, ya que de lo contrario, con incertidumbre la mujer no se relaja y es otra causa para un cese de las contracciones.

En general, la bolsa que envuelve y protege al bebé se rompe espontáneamente en el transcurso del trabajo de parto. En partos vaginales que progresan de forma normal se recomienda no realizar *amniorrexis artificial*. Existen situaciones clínicas en las que está indicada la rotura, como si se produce un retardo en la dilatación porque las contracciones uterinas disminuyen o cesan, se puede enlentecer o estacionar el parto. En este caso se informará a la mujer de las opciones encaminadas a estimular las contracciones y estimular el trabajo de parto (rotura de membranas), se le explicará el procedimiento y se procederá a su realización, luego del consentimiento (OMS, 1996). Mientras no sea estrictamente necesaria dicha rotura, es conveniente dejar que el parto vaya evolucionando fisiológicamente, y ocurre en algunas ocasiones que el parto acabe siendo velado (bolsa amniótica íntegra al nacimiento).

Tras revisar la bibliografía, además de reflejarse en cualquier guía de parto normal la importancia de respetar los tiempos del parto, se encontraron 6 trabajos que abordaban este tema, la mayoría de ellos con tamaños muestrales pequeños. En este sentido, destaca el estudio multicéntrico de Fraser et al. (2002), realizado sobre una población de 1.862 mujeres, teniendo esta población el doble de tamaño que la suma total de participantes de los otros cinco ensayos. De ahí que a los resultados que se han obtenido en este trabajo se les deba conceder un mayor peso específico a la hora de elaborar las conclusiones. En primer lugar, cabe destacar las diferentes estrategias utilizadas en los ensayos, y que los trabajos de Hansen, Clark y Foster (2002) y Fraser et al.(2002), que concedieron más tiempo (>2 horas) entre la dilatación completa y el comienzo de los pujos, obtuvieron unos resultados más positivos. Encontraron mejoría en la incidencia de parto vaginal espontáneo y también una disminución de los partos dificultosos a favor del grupo de pujo tardío. También destaca la ausencia de influencia de este procedimiento sobre la morbilidad materna. El descenso pasivo ha sido estudiado desde el punto de vista económico: si bien aumenta los costes derivados de los cuidados intraparto debidos, en principio,

a una mayor duración del parto, éstos quedan compensados por los gastos derivados de los cuidados posnatales y los gastos totales de la hospitalización, ya que hay menos partos instrumentales, que son de un coste superior a los eutócicos.

Durante el periodo expulsivo, se observa que en la mayoría de las situaciones se anima a las mujeres a realizar *pujos de manera continua* y mantenida (Valsalva) durante la segunda fase del TP. Otra alternativa consiste en dejar a la mujer *pujar libremente* cuando lo necesite. Estas dos prácticas han sido evaluadas en diferentes estudios. Una revisión de la literatura realizada por Burón y Sánchez. (2010) demuestra que el pujo dirigido con la maniobra de Valsalva disminuye la duración de la segunda del parto, pero al mismo tiempo compromete el intercambio gaseoso materno-fetal, con descensos del pH medio de la arteria umbilical e índices de APGAR más bajos al primer y quinto minuto de vida. Estos autores refieren también que la práctica rutinaria del pujo dirigido puede tener efectos perjudiciales en la integridad del pabellón pélvico, ya que se relaciona con la aparición de incontinencia urinaria y fecal a los tres meses después del parto. Por estos motivos, los pujos espontáneos y libres parecen ser los mejores. La Maniobra de Kristeller, consiste en aplicar una presión sobre el útero simultáneo a la contracción para ayudar a la expulsión del bebé, esta desaconsejada por la OMS y prohibida en algunos países porque puede producir hemorragias, roturas uterinas o la muerte de la mujer.

La episiotomía es una sección de la parte de la musculatura perineal de la mujer solo debe ser realizada en los casos en los que en el momento del expulsivo se observa que el periné no se distiende suficiente y se va a producir algún desgarro según la OMS. No deberían realizarse en más de un 10-15% de los casos de los partos vaginales, sólo recomendando para partos con problemas o en los que el feto macrosómico, o partos instrumentalizados. En el 4,7% de los partos que la utilizan se producen desgarros de tercer y cuarto grado, que pueden causar desde incontinencia urinaria hasta dificultad en las relaciones sexuales, frente al 1% en partos sin episiotomía, según los datos de Sanidad. Lo mismo ocurre con el rasurado púbico, que no solo no previene infecciones, como se pensaba, sino que las favorece.

En lo que se refiere al *uso sistemático de la episiotomía*, ésta no demuestra proteger el periné de cara a laceraciones graves (III-IV grado), no previene de la incontinencia urinaria, por el contrario, aumenta el dolor, dificulta las relaciones sexuales y representa un factor de riesgo para laceraciones perineales espontaneas en el segundo parto. No obstante, con el uso selectivo de la episiotomía, existe un mayor riesgo de trauma perineal anterior (Berral & Burgos, 2006; Juste-Pina, 2007; Carroli & Mignini, 2009).

Diversos estudios demuestran que esta práctica no está justificada de forma rutinaria, siendo necesaria una política selectiva en la realización de la episiotomía (Juste-Pina, 2007;

Carroli & Mignini, 2009). Este factor implica que los profesionales venzan sus recelos, tengan un mayor aprendizaje y una mayor confianza en el cuerpo de la mujer.

La mujer está diseñada para dar a luz vaginalmente y se supone que puede parir sin muchas complicaciones. Evidentemente a veces hay complicaciones, y se necesita una cesárea o una episiotomía, pero nunca en un 85% de los casos como mencionan muchos estudios realizados en España, esto no es necesario. No está probado que la episiotomía evite desgarros graves.

Cualquier libro de obstetricia refleja la actividad de los medicamentos administrados durante un trabajo de parto, que afectan la capacidad del cuerpo para actuar por sí solo. Dentro de las indicaciones de la inducción, se practica en presencia de un embarazo de más de 41 semanas de gestación, de una patología materna, fetal, o de ambos independiente si ésta se originó antes o durante el embarazo, en el supuesto que dicha afección podría agravarse con la continuación del mismo, exponiendo a la madre y al feto, a complicaciones que se pueden prevenir o disminuir, si la misma se interrumpe antes del término previsto.

Según la FAME (2007) estimular con *oxitocina* la dinámica uterina, o romper la bolsa antes de que se haya iniciado de forma activa el parto, lleva consigo más intervenciones, que, en muchas ocasiones, aceleran el expulsivo y aumentan el dolor, y en otras muchas, desencadena alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal que precisarán de otras intervenciones (epidural, partos instrumentales, cesáreas). Algunos estudios han mostrado que la conducta activa frente al parto (rotura artificial de membranas y conducción-estimulación con oxitocina) no disminuye la tasa de cesáreas, ni mejora los resultados obstétricos. Cuando, por el contrario, se permite y se favorece que el proceso fisiológico siga su curso normal, el parto sigue su propio ritmo y disminuyen de forma evidente las complicaciones derivadas de la medicalización e intervencionismo en el parto. Según recomendaciones de la OMS (1996), es importante evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto, mismo para el manejo del dolor, usar preferiblemente métodos no farmacológicos, por ello es importante evitar el empleo de la epidural como método habitual para el alivio del dolor en el parto.

Pinzamiento del cordón umbilical, el *pinzamiento tardío* es la forma fisiológica de tratar el cordón, mientras que el pinzamiento temprano es una intervención que necesita de una buena justificación. La transfusión de sangre de la placenta al niño, si se realiza el pinzamiento tardío, es un proceso fisiológico (el cual proveerá cerca de 50 mg de hierro a las reservas del neonato y reducirá la frecuencia de anemia ferropénica durante la infancia). Cortar el cordón umbilical inmediatamente en el momento del nacimiento implica llevar al RN para una incubadora y aplicarle una serie de cuidados, que solo se justifican si el RN se encuentra en sufrimiento. El

pinzamiento precoz del cordón actúa en contra de la propia fisiología, una vez que el cordón aporta oxígeno al mismo tiempo que el RN se adapta a la vida extrauterina (OMS, 1996).

Existen diversos estudios que refieren que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta los depósitos de hierro; mejora la oxigenación cerebral; disminuye la necesidad de transfusión, de hemorragias interventriculares y de sepsis. Está contraindicado en los casos de restricción del crecimiento intrauterino y, aunque siendo una práctica segura en el caso de prematuros, existe un aumento de la morbilidad neonatal por exceso de volumen sanguíneo (Rabe y Diaz-Rosello, 2008). Para Arango y Mejía (2004) el pinzamiento tardío del cordón umbilical no produce hiperbilirrubinemia, policitemia, hiperviscosidad o taquipnea transitoria.

Una adecuada evolución del TP, como defiende la OMS (1996), pasa por un adecuado diagnóstico de la fase del TP en que se encuentra la parturienta; un diagnóstico incorrecto del TP puede conducir a estados de ansiedad e intervenciones innecesarias. Registrar la evolución del TP, la dinámica uterina, la frecuencia cardíaca (FC) fetal, las señales vitales maternos, el estado de la bolsa amniótica y el color del líquido en el partograma es esencial y permitirá una evaluación objetiva sobre el desenvolvimiento de este, donde la tomada de decisiones basada en datos objetivos será más eficaz (Rocha, 2005).

2.2.2.2 - Manejo del dolor

Según Odent (2009) la primera misión del dolor gira en torno a la necesidad de que la mujer sepa que el parto ha comenzado, de forma que pueda retirarse a un lugar seguro mientras se desarrolla el proceso. La necesidad de un lugar seguro es crucial para el bienestar tanto de la madre como del niño y su familia.

La mujer debe conocer que existen diferentes opciones para el manejo y tratamiento del dolor durante el parto. Se puede recurrir en un primer término, a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, entre estos métodos destacamos las técnicas de relajamiento, de distracción, de respiración; la musicoterapia; la aromaterapia; la hidroterapia; la estimulación nerviosa transcutánea, los masajes, la hipnoterapia, las posturas corporales, el uso de la pelota de Bobath, la aplicación de calor en la zona lumbar-sagrada, la administración de gases anestésicos inhalados, entre otros, afirmando que en la asistencia al parto normal es necesaria la presencia de personal sensibilizado y con formación sobre las terapias complementarias que se utilizan en el alivio del dolor (Smith, 2008).

Los métodos alternativos para aliviar el dolor no han demostrado la misma eficacia que los métodos farmacológicos, parecen tener efectos analgésicos, que no anestésicos, y son del todo inocuos para la gestante y el feto, permitiendo además a las gestantes la opción de sentirse

más protagonistas del acontecimiento que están viviendo, disminuyendo el riesgo del excesivo intervencionismo y aportando otras alternativas para el acompañamiento en el parto.

A medida que aumenta la intensidad del dolor se puede recurrir a métodos farmacológicos si la gestante así lo desea. Esta puede elegir uno o varios métodos según la evolución del parto, el alivio que desee y dentro de las opciones disponibles en el hospital de referencia en ese momento. Si solicita la analgesia epidural es importante que se haya informado previamente sobre la intervención.

Como refleja cualquier referencia bibliográfica la epidural tiene ciertos riesgos porque bloquea todos los nervios, y a menudo ocurre que la presión arterial disminuye, si la presión arterial baja la mujer no transmite suficiente sangre al bebé y el bebé puede empezar a quedarse sin oxígeno.

No se puede olvidar que la información ofrecida por los profesionales de salud, la expresión y el apoyo verbal han demostrado que son muy importantes en el alivio del dolor (Frois & Figueiredo, 2004). La OMS (1996) refiere que cuanto más informada -con información tranquilizadora- esté la parturienta y su acompañante, menor será el miedo a lo desconocido, mejor será su preparación psicológica y permitirá disminuir la percepción de dolor.

2.2.2.3 - Monitorización Fetal

La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal es una manera de comprobar el bienestar de los fetos durante el trabajo de parto. Mediante la escucha, o los registros de las pulsaciones del feto, se espera identificar a los fetos con insuficiencia de oxígeno (hipoxia) y a los que se podrían beneficiar con una cesárea o un parto vaginal instrumentado.

El uso de la monitorización fetal continua ha condenado a las gestantes a permanecer durante horas en una posición rígida en la cama, hasta tal punto que se ha transmitido culturalmente la idea de que las gestantes deben estar tumbadas durante la dilatación. No obstante, es bien sabido que esta posición en cama ofrece más inconvenientes que ventajas, tanto para el bienestar fetal, ya que son más frecuentes las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como para la normal evolución del parto, puesto que la dinámica uterina y el descenso de la presentación se dificultan en esta posición. Jimenez y Perez (2008) refieren que la monitorización fetal continua no mejora la morbilidad/mortalidad perinatal y neonatal.

La SEGO (2008) y otros organismos internacionales, como la FIGO (2006) y la OMS (1996), coinciden en el hecho de que para el control y seguimiento del estado fetal en dilataciones y expulsivos de bajo y medio riesgo se puede realizar una monitorización intermitente o mediante la auscultación periódica de la frecuencia cardíaca fetal. Esto permite a la gestante

una libre deambulaci3n y la posibilidad de adoptar diferentes posturas, mejorando la din1mica uterina; reduciendo el per3odo de dilataci3n y expulsivo; disminuyendo los registros patol3gicos; aumentando el control de la madre, atenuando la percepci3n dolorosa y consecuentemente, la menor utilizaci3n de analgesia epidural (Lodermilk & Perry 2008). Tambi3n en multitud de ocasiones los profesionales tienden a centrarse en las necesidades de interpretar constantemente la CTG y no en las necesidades de la paciente en trabajo de parto (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013).

La SEGO (2008) recomienda utilizar la auscultaci3n intermitente en los siguientes intervalos de tiempo:

- Durante la fase de dilataci3n, el latido fetal se tendr3a que auscultar y registrar cada 15 minutos.
- Durante la fase de expuls3n, el latido fetal se deber3a auscultar y registrar cada 5 minutos. Los puntos importantes que han de tenerse en cuenta durante la auscultaci3n intermitente son los siguientes:
 - ✓ El latido fetal debe ser auscultado durante 60 segundos inmediatamente despu3s de una contracci3n, para poder identificar la l3nea basal y posibles deceleraciones.
 - ✓ El pulso materno tiene que ser medido y registrado para diferenciarlo del pulso fetal.

La evidencia cient3fica recomienda sustituir la auscultaci3n intermitente por la continua si se presentan las siguientes situaciones:

- Latido fetal cardiaco inferior a 110 latidos por minuto o superior a 160 latidos por minuto.
- Presencia de deceleraciones.
- Aparici3n de alg3n factor de riesgo durante el trabajo de parto.

La auscultaci3n fetal intermitente deber3a realizarse con un estetoscopio de Pinard o con un Sonicaid. Es imprescindible que se realice un registro exhaustivo de la auscultaci3n intermitente, anotando cada 15 minutos, si se trata del periodo de dilataci3n, o cada 5, si se trata de la fase de expulsivo. Deben registrarse el latido fetal, la presencia o ausencia de aceleraciones y de deceleraciones, y la duraci3n de la auscultaci3n. Como se ha especificado antes, la evidencia cient3fica ha demostrado que el hecho de efectuar una monitorizaci3n cardiotocogr1fica continua en una gestante de bajo riesgo durante el parto aumenta innecesariamente las intervenciones m3dicas. Por tanto, la monitorizaci3n cardiotocogr1fica continua en un parto de bajo riesgo est1 clasificada como “pr1cticas frecuentemente usadas de modo inadecuado” (OMS, 1996).

2.2.2.4 - Libertad de movimiento y posturas corporales durante el trabajo de parto

Tradicionalmente lo que se conoce es que una mujer tenga que dilatar su cuello uterino y realizar el nacimiento de su hijo en posición en decúbito supino rutinaria. Según las recomendaciones de la OMS (1996) la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar compresión aorto-cava y la reducción del flujo sanguíneo puede comprometer la condición del feto. La posición supina, asimismo, también reduce la intensidad de las contracciones y con ello interfiere el progreso del parto. También limita la movilidad de la pelvis y del bebé por el canal del parto ponerse de pie o tumbarse de lado se asocian con una mayor intensidad y eficacia de las contracciones (su capacidad para conseguir la dilatación del cuello del útero). Es preferible respetar la posición que la mujer elija espontáneamente.

En cuanto a las posturas durante el trabajo de parto es aconsejable no permanecer acostada en todo momento, es recomendable moverse, cambiar de posición buscando aquella que le resulte más cómoda a la mujer, y tolera mejor, salvo en algún caso, en que el profesional sanitario recomiende una posición concreta que facilite el descenso del bebé por el canal del parto. (OMS, 1996)

La limitación para el movimiento o postura de la parturienta durante la fase de dilatación de igual modo que en la fase del expulsivo, es inadecuado. La posición de litotomía esta enormemente extendida en nuestra cultura del parto pero al mismo tiempo es la posición más desfavorable para la evolución del parto normal. Las posiciones verticales con o sin ayuda de una silla de partos o del acompañante implican menores alteraciones en el patrón de la FCF; acortan la primera fase del TP y de la duración del periodo expulsivo; son más favorables para el descenso de la presentación fetal; facilitan los esfuerzos expulsivos espontáneos; disminuyen el cansancio de la parturienta, que al mismo tiempo siente menos dolor y necesita menos analgesia epidural; reducen el uso de episiotomía y permiten una ligera disminución de partos instrumentalizados (Gupta & Hofmeyr, 2008).

Calderón, Bravo, Albinagorta y Rafael, (2008), explican las ventajas y desventajas de las diferentes posturas por las que se puede optar en un parto fisiológico normal.

Vertical de pie; como ventajas, podemos mencionar mayores diámetros pélvicos; menos partos instrumentales; menor número de episiotomías; menor dolor expulsivo; menores patrones anormales en el FCF; mayor libertad de movimientos; ayuda de la gravedad; contracciones de mayor intensidad. En cuanto a las desventajas, más desgarros perineales y sobrestimación del sangrado.

Cuclillas; como ventajas se exponen mayores diámetros pélvicos; menos partos instrumentales; menor número de episiotomías; menor dolor expulsivo; menores patrones anormales

en el FCF; mayor libertad de movimientos; ayuda de la gravedad; contracciones de mayor intensidad. Y como desventajas: más desgarros perineales; sobrestimación del sangrado, que es mayor en nulíparas: más traumas y mayor incidencia desgarros grado III; resultados perineales más desfavorables para las nulíparas.

Silla de partos; como ventajas: mayores diámetros pélvicos; menos partos instrumentales; menor número de episiotomías; menor dolor expulsivo; menores patrones anormales en el FCF; mayor libertad de movimientos; ayuda de la gravedad ; contracciones de mayor intensidad. Como desventajas: más desgarros perineales; Sobrestimación del sangrado.

4 apoyos (cuadrupedia): Manos-pies / Manos-rodillas; en cuanto a las ventajas favorece la rotación fetal en presentaciones posteriores; Favorece el descenso fetal; Menores traumas perineales. Como desventajas se encuentra el rechazo cultural de la mujer.

Decúbito lateral (Sims) tiene como ventajas la tasa más alta de perinés intactos; mejores resultados perineales; Previene el síndrome de compresión de la vena cava; más libertad de movimientos; mayor intensidad y menor frecuencia de las contracciones.

Semisentada tiene unas ventajas en cuanto a la apertura del estrecho pélvico; Mejor para el dolor lumbar que la posición de litotomía; Adecuada para el uso de epidural. Desventajas: Uso parcial de la gravedad.

Litotomía es una postura adecuada sólo para la comodidad de los profesionales sanitarios. El resto de aspectos son negativos ya que produce mayor número de episiotomías; menor libertad de movimientos; cierra el estrecho inferior; presión de la vena cava; compresión da vena cava inferior que puede dar bradicardia fetal y malestar materna por disminución de irrigación cerebral.

Durante el expulsivo se pueden adoptar diversas posturas (acostada, de pie, en cuclillas, sentada) y también hay varios posibles lugares donde dar a luz (en la cama, taburete, en silla de parto vertical, entre otros), se informará a la mujer de las posibilidades en cada momento.

En la actualidad, no está demostrado cuál es la postura más adecuada para facilitar el nacimiento. La elección depende de cada mujer y de sus necesidades o deseos en cada fase del parto. Si hay algún motivo clínico para aconsejar una postura concreta, el profesional sanitario que la atiende, le informará de todo lo que necesite saber.

2.4. Plan de parto e intervención de la EESMOG

El parto es un evento que trae muchas expectativas desde el inicio del embarazo y su vivencia representa un momento singular y una experiencia significativa en la vida de una mujer. La percepción de este momento marca profundamente la vida de ella, sea por sentimientos positivos o negativos (Lopes, 2009).

La EESMOG es responsable de establecer una relación de ayuda eficaz con la mujer/casal a través de una inter-ligación sincera y sin preconceptos (Duarte et al., 2008). La búsqueda continuada de la excelencia de los cuidados prestados a la mujer/casal durante el TP, parto y PP inmediato es un trabajo esencia e intrínseco del EESMOG. Es necesario conocer a las mujeres, sus opiniones, lo que ellas consideran importante y lo que sienten relativamente a los cuidados recibidos. Conocer las expectativas y la percepción de las parturientas servirá para mejorar la calidad y calidez de la asistencia al parto.

La humanización tiene como foco la calificación de la atención, envolviendo el respeto y la promoción de los derechos humanos, y por otro lado, la formación de profesionales que implanten prácticas basadas en las evidencias científicas. Humanizar el parto es rescatar el papel activo de la mujer, la autonomía sobre su cuerpo, el respeto a su privacidad y a sus elecciones.

Según la bibliografía revisada, en las últimas décadas, el Sistema Nacional de Salud (español) (SNS), siguiendo las recomendaciones de la OMS (1996) ha vivido un cambio de paradigma en la atención al parto normal, pasando de un modelo biomédico-tecnológico a un modelo biopsicosocial centrado en la mujer, que entiende el parto como un proceso fisiológico.

La FAME (2007) refleja en la introducción de su guía que durante este cambio se han tenido que cuestionar las prácticas utilizadas durante la atención al parto normal, con la finalidad de reducir el grado de intervencionismo y lograr un parto más humanizado que aumente el bienestar materno tanto físico como emocional. Este hecho implica eliminar de la práctica algunas intervenciones que han sido demostradas ineficaces como el rasurado perineal o el enema previo, y promover el uso de otras como: el partograma, la deambulación durante el trabajo de parto, el apoyo continuo y permanente a la embarazada, estimular la presencia de un acompañante que la mujer elija y ha promovido la investigación de métodos alternativos a los farmacológicos para el control del dolor. En este enfoque más humanizado de atención es primordial informar a la mujer de las alternativas y permitir y respetar sus decisiones durante todo el proceso. Para ello es muy aconsejable la realización del Plan de Parto.

Existe una necesidad de cambio en la enfermería, en la manera de cuidar a una embarazada, ya que ésta no es una paciente enferma, sino todo lo contrario, y por ello los cuidados

recomendados por la OMS (1996), por el Ministerio de Sanidad Español (2007), y por multitud de instituciones deberían ser seguidos, y no se les está haciendo caso en multitud de hospitales.

Para ello debemos empezar por considerar a la mujer como una persona sana y capacitada para parir, ya que es un acto fisiológico del organismo, y el cual debemos cuidar, y no intervenir sobre él innecesariamente. Con todas las recomendaciones que existen, un parto para evolucionar bien es necesario que le dediquemos tiempo, horas o a veces días.

Un grupo de especialistas de diversos países, con base en las mejores evidencias científicas presentadas en trabajos publicados en todo el mundo, elabora un relatorio titulado “Asistencia al Parto Normal: Una Guía Práctica” de la autoría de la OMS. Este guía de atención al parto normal, elaborada en 1996, fue una iniciativa para hacer frente a las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal. El referido documento identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el TP e intenta establecer normas de buenas prácticas para la conducta del TP y parto sin complicaciones, basándose en la evidencia científica. Esta publicación (OMS, 1996) clasifica las recomendaciones sobre las prácticas relacionadas con el parto normal en cuatro categorías:

- Categoría A – Prácticas demostradamente útiles y que deben ser estimuladas. (OMS, 1996)
 - Realización de un *plan de parto* que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y, si procede, a su familia.
 - *Respetar* a la *elección informada* de la mujer del lugar del parto
 - *Apoyar afectivo*, *Respetar* del derecho de la mujer a la *intimidad* y *Respetar* la *elección de los acompañantes* de la mujer durante el parto.
 - Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
 - Ofrecer *líquidos por vía oral*
 - Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta.
 - Dar libertad de *posición y movimientos* durante todo el parto. Evitar la *posición en decúbito supino* e control y seguimiento del estado fetal en dilataciones y en expulsivos de bajo y medio riesgo, se puede realizar una *monitorización intermitente*
 - *Proporcionar métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor* durante la dilatación, utilizando métodos de alivio para el dolor que permiten a la parturienta sentirse más protagonista del acontecimiento que está viviendo, participando de una forma más activa
 - Esterilidad al cortar el cordón.

- *Prevención de hipotermia* en el recién nacido colocándolo sobre el cuerpo de su madre.
- *Contacto inmediato piel con piel* de la madre y el hijo, y *apoyo al inicio de la lactancia* en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.
- Examen sistemático de *la placenta y las membranas*.

Los cuidados destacados en la categoría A, son los cuidados realizados en este hospital.

- Categoría B – *Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces y que deben ser eliminadas.* (OMS, 1996)
 - *Inserción de una vía intravenosa profiláctica de rutina.* Ya que interfiere en el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer.
 - *Infusión intravenosa (suero) de rutina en el parto.*
 - *Posición rutinaria de litotomía (tumbada boca arriba y con las piernas levantadas) con o sin estribos durante el parto.* Es preferible usar posturas verticales, se debe animar a la mujer a experimentar la posición que ella prefiera y apoyar su elección.
 - *Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados o por rutina.* Porque es incómodo, aumenta el dolor de las contracciones, no disminuye el tiempo del parto y tiene numerosas complicaciones para la salud de la madre y su bebé. Sólo debería aplicarse por una buena razón (partos prolongados con evidente falta de progreso y riesgo justificado para la madre o el bebé)
 - *Uso rutinario del enema.* Porque resultan incómodos y existe riesgo de dañar el intestino.
 - *Uso rutinario del rasurado púbico.* Porque es molesto y el riesgo de infección no se reduce sino que puede aumentar al producirse microlesiones cutáneas.
 - *Esfuerzos de pujo sostenido y dirigido durante la segunda fase del parto.* Lo más conveniente es esperar a que la mujer tenga la necesidad de empujar y es más beneficioso hacer 4 ó 5 pujos cortos de 5 segundos en cada contracción que uno largo mantenido
- Categoría C – *Prácticas en relación a las cuales no existen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas con cautela hasta que haya más.* (OMS, 1996)
 - *Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.*
 - *Manipulación activa del feto* en el momento del nacimiento.

- Maniobras relativas a la *protección del periné* y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- Presión del fondo uterino durante el parto.
- *Amniotomía* precoz de rutina en la primera fase del parto
- *Métodos no farmacológicos de alivio del dolor* durante el parto como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa, un buen apoyo durante el embarazo, dilatación y parto, información en todo momento, posibilidad de adoptar la postura que se desee dentro ó fuera de la cama, de caminar, sentarse sin interferencia por parte de la matrona, tomar una ducha ó baño puede aliviar el dolor, pueden ser efectivos los masajes, métodos de concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación. Estos métodos se usan también en combinación con prácticas psicósomáticas como hipnosis, música... Son prácticas útiles e inofensivas, es por ello que si la gestante experimenta alivio con ellos están sobradamente justificados)
- *Pinzamiento temprano del cordón umbilical*. El pinzamiento tardío (o incluso el no pinzamiento) es la forma fisiológica de tratar el cordón, mientras que el pinzamiento temprano es una intervención que necesita de una buena justificación. La transfusión de sangre de la placenta al niño, si se realiza el pinzamiento tardío, es un proceso fisiológico (el cual proveerá cerca de 50 mg de hierro a las reservas del neonato y reducirá la frecuencia de anemia ferropénica durante la infancia)
-
- Categoría D – *Prácticas frecuentemente usadas de modo inadecuado.* (OMS, 1996)
 - *Restricción rutinaria de líquidos y alimentos durante el parto.*
 - *Control del dolor con agentes sistémicos.*
 - *Control del dolor con analgesia epidural.* La anestesia epidural puede ser una ayuda muy eficaz en algunos partos, pero si se utiliza demasiado pronto conlleva riesgos a tener en cuenta.
 - *No existen evidencias científicas de que el uso sistemático y/o rutinario de la episiotomía suponga una ventaja para la mujer.*
 - *Monitorización fetal electrónica de rutina.* No ofrece ventajas y sí un aumento de partos instrumentalizados y cesáreas. Es preferible la auscultación intermitente salvo en partos de riesgo.
 - *Llevar mascarillas y batas estériles durante la atención del parto.*
 - *Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.* Se debería realizar uno cada 4 horas como máximo o cuando exista necesidad justificada (intensidad y frecuencia de las contracciones, signo de pujo...)

- *Estimulación con oxitocina.*
- Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comienzo de la segunda fase del parto.
- *Cateterización de la vejiga.* Este procedimiento es un innecesario y puede desencadenar infecciones del tracto urinario. En la segunda fase del parto, cuando la cabeza fetal está firmemente encajada en la pelvis, la cateterización puede ser muy difícil e incluso traumática. Resulta más conveniente hacer que la mujer orine espontáneamente durante la fase de dilatación, lo cual debería ser suficiente en un parto normal.
- *Animar a la mujer a pujar* cuando la dilatación del cérvix (cuello del útero) es completa o casi completa, *antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.*
- *Rigidez de criterios acerca de la duración* estipulada de la segunda fase del parto (como por ejemplo 1 hora), incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
- *Instrumentalización del parto.*

Scheck e Riesco (2006) afirman que cuando se permite y favorece el proceso fisiológico, el parto sigue su propio ritmo y disminuye de forma evidente las complicaciones derivadas del intervencionismo y de la medicalización.

Con este documento se intenta ofrecer una información básica sobre los diferentes momentos, situaciones y procedimientos que suelen presentarse a lo largo del parto y nacimiento. Cuando existen diferentes opciones igualmente seguras y eficaces, se ofrece la posibilidad de elección a través del plan de parto, pero en el caso de que una práctica esté desaconsejada no se ofrece esa opción.

2.5. Presupuestos teóricos en enfermería para la práctica de cuidados

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de Enfermería. La utilidad de la teoría para la enfermería radica en que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo. A lo largo de este ENP, mi intervención ha sido dirigida principalmente a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, con lo que he identificado presupuestos que defiende muy claramente Peplau (1997) en su Teoría de las Relaciones Interpersonales. La autora se ocupó de las relaciones del proceso interpersonal, de la enfermera, del enfermo y de las experiencias psico-biológicas. Usó el conocimiento retirado de la ciencia comportamental y del modelo psicológico para elaborar su Teoría de Relaciones Interpersonales. La extracción de conocimientos del modelo psicológico permitió que la enfermera comenzase a alejar de una orientación de la enfermedad para otra a través de la cual el significado psicológico de los eventos, sentimientos y comportamientos podía ser explorado e incluido en las intervenciones de enfermería. Dio a las enfermeras una oportunidad de enseñar a los enfermos a experimentar sus sentimientos y de explorar con los clientes la manera de lidiar con sus sentimientos.

La necesidad que expresa Peplau (1997) en sus escritos, incidiendo en la relación de confianza que las mujeres/casal necesitan para que pueda existir discusión sobre los procesos de enfermería, pudiendo decidir libremente y con claridad sus propios deseos, que en muchas situaciones nos ayuda a conseguirlo el Plan de Parto y Nacimiento y si no se expresa ahí mismo cualquier necesidad que expresa el casal, se dispondrá de una consulta individualizada dónde las familias esclarecen y solicitan cualquier deseo, necesidad o contratiempo que pueda sentir.

Los abordajes antropológicos de Collière (1989) de Leininger (1988) y de Watson (1979) han definido el cuidar como un concepto fundamental para la comprensión del ser humano, como un conjunto de actividades que mantiene la vida y como un proceso complejo de relación que envuelve factores cognitivos, morales y emocionales. Es el paradigma de cuidar, referenciado por cuidados humanísticos y científicos, que visa ayudar a capacitar al individuo, a la familia o a la comunidad a mejorar o a mantener una condición favorablemente saludable, recibiendo cuidados personalizados en una perspectiva holística, respetando su individualidad, sus valores, creencias e historia de vida y percibiéndose de su conjuntura familiar, social y cultural.

Según Leininger (1978) el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal

modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

Para Lenninger (1995), autora de la teoría de los cuidados culturales en la práctica de enfermería, desenvuelve su teoría en la diversidad y universalidad de los cuidados culturales. Define la Enfermería Transcultural como un área principal de la enfermería basada en el análisis de las diferentes culturas para mejor explicar los diferentes comportamientos de cara a las situaciones de cuidados. Este conocimiento del contexto social, familiar y cultural permite prestar cuidados de enfermería significativos y eficaces según los valores culturales de las personas cuidadas, la misma autora lo refiere.

El cuidado humano es un fenómeno universal, pero el proceso y representación de ese cuidado varía entre culturas. Para la autora el cuidado humano es el elemento esencial del paradigma de enfermería y con enorme potencial para explicar las acciones de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos a nivel individual, de la familia y de la sociedad.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral las necesidades de los pacientes. Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la **capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado**. El EESMOG tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada. Para ello se les han facilitado herramientas a las familias para poder llevar este proceso desde una mirada espiritual, y se ha intentado ofrecer, proporcionar, y garantizar siempre mucha intimidad a las parejas para que puedan aflorar las distintas emociones en cada momento de este proceso donde las hormonas están algo descontroladas, y las emociones juegan un papel muy importante.

Según nos orienta la teoría de Lenninger, es de gran importancia cuidar, aplicar, adecuar y ajustar la cultura de cada mujer/familia a los cuidados de enfermería siempre manteniendo la seguridad del proceso, la gran importancia para la embarazada y por consiguiente también para su bebé.

La aplicación del modelo de Orem (2004), permite la identificación de los requisitos específicos de esta etapa, los grupos de operaciones requeridas y la necesidad de autocuidado que contribuye a establecer un punto de partida para la aplicación del proceso de enfermería, con especial énfasis en la capacitación y desarrollo de la capacidad de autocuidado de las propias mujeres y sus familias.

Durante esta etapa del embarazo, la teoría de Orem influye en los requisitos de autocuidado del desarrollo ya que estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante estos períodos.

De cara a estos presupuestos teóricos se da asistencia a la mujer a vivenciar procesos de salud/enfermedad durante el periodo prenatal, trabajo de parto, parto y el periodo posnatal, implica cuidados especializados en el ejercicio **profesional intervenciones autónomas en todas las situaciones de bajo riesgo, e interdependientes en todas las situaciones de medio y alto riesgo.**

3. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO DE ESTAGIO

El Hospital del Salnés (HS), es un hospital comarcal, abre sus puertas por primera vez en 2001, el cual abarca una población de 80.000 habitantes, se encuentra situado geográficamente en la comarca del Salnés, provincia de Pontevedra (España). Pertenece al Servicio Gallego de Salud, que a su vez pertenece a la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia. Se puede contactar con la institución a través de la siguiente dirección: *Vial Hospital do Salnés, 30 - RUBIANES - 36619 Vilagarcia de Arousa (PONTEVEDRA)* y en el tlf: 986 568 000, y fax: 986 568 001. Correo electrónico: hospital.salnes@sergas.es.

Apuesta por el desarrollo de la actividad ambulatoria, que se realiza en los locales de consulta, áreas de pruebas especiales y cirugía mayor ambulatoria. Los locales de consultas externas, de carácter multifuncional, posibilitan la realización de consultas de alta resolución. La admisión a consultas externas permite la citación de pacientes y pruebas desde el propio bloque de consulta.

El HS, donde se realizó esta experiencia dispone de un código ético adaptado al mismo, en el que se plasma el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional y, en especial, el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), de 4 de abril de 1997; el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial; y el Código Deontológico de la Enfermería Española)

La dirección y gerencia del HS, en apoyo al servicio enfermero del centro, se compromete a seguir y cumplir los siguientes objetivos considerando al paciente como epicentro de la atención enfermera, dentro de un marco de búsqueda permanente de la excelencia y gestión eficiente;

- Brindar servicios de salud de óptima calidad, confiable y oportuna, que garanticen una adecuada atención humana; basada en altos niveles tecnológicos científicos con la finalidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y su grupo familiar en un ambiente agradable.
- Orientar adecuadamente la solución de los problemas de salud, presentados por los pacientes, familia y/o comunidad.
- Comprender el real significado de los problemas, síntomas, condiciones o enfermedades del paciente, desde una perspectiva humanística.
- Planificar acciones de salud.

- Mantener una relación fluida con otros organismos como forma de complementar las distintas áreas de participación social, priorizando aquellos sectores que tienen vital importancia para la salud.
- Participar en proyectos de investigación clínica, social y epidemiológica en su área de desempeño.
- Uso racional de los recursos tecnológicos.

Como marco legal, esta institución toma por base la siguiente legislación:

- Ley 14/1986 General de Sanidad;
- Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal;
- Ley 41/2002 Básica reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos Obligaciones en materia de información e documentación clínica;
- Decreto 178/2005 que aprueba o Reglamento de la Historia Clínica en los centros hospitalarios y establece su contenido, conservación.

En cuanto a la infraestructura sanitaria y los servicios que dispone el hospital en el *ejercicio obstétrico*, podemos mencionar:

- Un área de hospitalización que cuenta con camas en habitaciones individuales, que pueden convertirse en dobles, dotadas del máximo confort, en las áreas de hospitalización de obstetricia y pediatría.

Permitiendo que esté un acompañante elegido por la mujer durante todo el día, pudiendo compartir los cuidados que necesita la mujer antes y después del parto, en pediatría intentan facilitar a los padres su estancia continuada.

- Zona de urgencias maternas e infantiles de carácter independiente.
- Planta Técnica dotada de los avances en equipamiento electro médico para quirófanos, paritorios individuales y unidades de vigilancia neonatal y pediátrica.
- Sala de dilatación/parto dotada de pelotas de Bobath, intensificador de luz, música, velas, camilla de múltiples posiciones, banco para parir, bañera grande.

En los paritorios/salas de dilatación se realiza el parto y puerperio inmediato, de manera que las madres/parejas estén todo momento con su recién nacido, al igual que en el internamiento.

- La actividad quirúrgica se desarrolla en quirófanos de alta tecnología. Son habitaciones silenciosas y tranquilas.

Contándose además con áreas de apoyo a la hospitalización especialmente diseñadas para pacientes y familiares como salas de espera, aula de docencia para pacientes, etc. También dispone de diferentes servicios, que aún continúan en el hospital comarcal, como es Pediatría, que también es valorado con gran admiración por parte de la población (860 ingresos/año), Paliativos que destaca por el trato que ofrecen a los pacientes y familias en sus domicilios, ya que no es necesario que vivan sus últimos días en el hospital, sino que se les realizan todos los cuidados en su propio domicilio siempre que la familia esté de acuerdo (760 ingresos/año), Hospitalización a domicilio, donde también se le ofrece a pacientes de cualquier edad que puedan ser hospitalizados en sus domicilios, recibiendo la visita del médico y de la enfermera todos los días, pudiendo ser incluso, más de una vez por día (879 ingresos domiciliarios/año), Ginecología, Obstetricia, Urología, Cirugía, Traumatología y Medicina Interna.

El HS ofrece una atención integral de la mujer en todas las etapas de su vida desde la adolescencia, abarcando las vertientes preventiva, diagnóstica, curativa, rehabilitadora y reparadora, facilitando la reintegración precoz al medio familiar y laboral.

Para evitar la medicalización excesiva durante el trabajo de parto, el Ministerio de Sanidad en España aprobó en 2007 la Estrategia de Atención al Parto Normal, un documento dirigido a profesionales y centros de salud. Su avance, sin embargo, es lento y desigual.

En la sala de partos, trabajan dos EESMOG, junto a una Auxiliar de enfermería y un médico especialista en SMOG. Tanto las enfermeras con el médico realizan turnos de 24 horas. La enfermera especialista en formación tiene elección de realizar guardias de 12 o de 24 horas.

En este servicio se utiliza un documento, realizado por el equipo que sirve como herramienta organizativa multidisciplinaria que permite realizar una secuencia óptima para llegar a un determinado diagnóstico o realizar un procedimiento, donde se incluyen todas las diferentes actividades de los profesionales que intervienen en la atención al paciente durante la estancia hospitalaria. Son una de las principales herramientas de la gestión de la calidad asistencial para la estandarización de los procesos asistenciales. Se ha demostrado que la implantación de una Vía Clínica permite disminuir la variabilidad de la práctica clínica, y con ello mejorarla.

El HS ha realizado su Vía Clínica con la que se lleva trabajando desde el año 2002, dando muy buenos resultados por su mejora en la calidad de los cuidados multidisciplinarios, cumple con los siguientes objetivos:

- Establecer para todas las gestantes independientemente del médico o matrona responsable, una secuencia de actuaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles;

- Especificar la coordinación de los diferentes profesionales al definir las actividades del día a día en la atención de la gestante y quien es el responsable de realizar cada actividad;
- Basar la atención a la gestante en la mejor evidencia científica disponible y constituir un compromiso de atención por parte de la institución, lo que proporciona a los profesionales, seguridad legal ante demandas por mala práctica;
- Informar a la mujer/familia de lo que pueden esperar día a día, así como establecer un compromiso de la institución con su atención y cuidado;
- Constituir una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación;
- Simplificar y sistematizar el registro de información en los documentos de la vía clínica que forman parte de la historia clínica de la gestante;
- Proporcionar un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las actividades desarrolladas, al igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, haciendo comparables las situaciones de diferentes centros;
- Reducir la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación;
- Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

Esta vía del parto, se fundamenta en los siguientes aspectos:

- Seguridad y apoyo emocional de la gestante;
- Ambiente y entorno apropiado;
- Libertad de expresión;
- Libertad de movimiento y postura durante el trabajo de parto y para el momento expulsivo;
- Asistencia profesional respetuosa;
- Procedimientos naturales de abordar el dolor;
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé;
- Corte tardío del cordón umbilical (hasta el cese del latido);
- Propiciar el contacto piel con piel tras el nacimiento, así como el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida;
- Realización de los pasos de hospital amigo de los niños;
- Medicina basada en la evidencia (MBE). Documentos como son:
 - Cuidados para el parto normal. OMS 1996 Ginebra;
 - Estrategia de atención en el parto normal en el sistema nacional de salud. Octubre 2007;

- Protocolos de la SEGO atención en el parto de bajo riesgo. Enero 2008.
- Evitar que la actuación sanitaria incluya actitudes de discriminación sociocultural;
- Respeto a la dignidad, autonomía, información e intimidad de la mujer/casal;
- Declaraciones de ámbito internacional que amparan los derechos de la madre e hijo:
 - Declaración del consejo de LACIO
 - OMS: Derechos de la mujer embarazada y del bebé, Fortaleza, 1985.
 - Ley General de Sanidad
 - Ministerio de Sanidad. Madrid, 1989.
 - Junta de Andalucía. Derechos de padres y niños, 1995.
 - Ley de Autonomía del paciente (41/2002).
 - Declaración de Barcelona, 2001.

Según un estudio realizado por las matronas del HS mediante la aplicación de la vía clínica, destacaron que se redujo la tasa de cesáreas, el número de partos estimulados con oxitocina, y el uso de la anestesia epidural y de la episiotomía en los partos vaginales. Aumentaron los partos eutócicos, los partos vaginales tras cesárea y el número de recién nacidos con pH venoso umbilical $<7,20$. En la evaluación del cumplimiento, se alcanzaron los estándares en la postura del parto eutócico, número de partos en vertical, consumo de líquidos durante el trabajo de parto y tasa de desgarros de tercer y cuarto grado. En conclusiones esta evaluación permite afirmar que la implantación de la vía clínica mejoró la calidad de la atención, acercándola a las recomendaciones de la OMS. (Iglesias, Conde y González , 2009).

Es un hospital que ha sido condecorado por UNICEF en 2006 con el título “*Hospital Amigo de los Niños*” gracias a sus actuaciones en el plan de cuidados.

En los últimos años en España se ha detectado un incremento considerable de cesáreas programadas, episiotomías injustificadas o rasurados automatizados, entre otras prácticas rutinarias a la hora de dar a luz en España.

Ante esta situación, en el año 2007, el Ministerio de Sanidad puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto con el fin de reducir los partos instrumentalizados en las maternidades de los hospitales públicos. En Galicia, éste es el caso del Hospital de O Salnés. Este centro incorporó a su equipamiento una banqueta que permite el parto en posición vertical y una bañera de dilatación. Otras acciones que está llevando a cabo para humanizar las tareas de parto son dar a la mujer embarazada la posibilidad de elegir el tipo de música, la iluminación y la postura que ésta prefiera durante la fase de dilatación y el parto (Plan de Parto).

El primer estudio del Ministerio de Sanidad sobre la evolución de la estrategia de la OMS sobre el parto natural en España, elaborado en 2011 y pendiente de publicación, muestra

que, a pesar de la recomendación, en el 53,3% de los partos de inicio espontáneo aún se administra oxitocina durante la dilatación —algo que solo se aconseja en el 10% de los casos. Y en el 41,9% se practica la episiotomía, aunque solo se recomienda en el 15% de los partos. Hábitos arraigados que cuesta alterar a nivel nacional. El porcentaje de episiotomías en este hospital (HS) es del 4%, y de administración de oxitocina del 10%.

4. ACTIVIDADES DESENVUELTAS EN ESTAGIO

En el presente capítulo, se pretende presentar el plano de acción y las actividades desarrolladas en el ámbito de la prestación de cuidados especializados en Salud Materna y obstétrica, con vista al desenvolvimiento de competencias para el ejercicio de EESMO, recomendadas por la Ordem dos Enfermeiros (OE). Fueron priorizadas las competencias a nivel de prestación de cuidados a la mujer inserida en la familia a la comunidad durante el trabajo de parto, efectuando el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y del RN en su adaptación a la vida extrauterina, permitiendo en un segundo plano cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el período prenatal, de forma a potenciar su salud, a detectar y a tratar precozmente complicaciones, promoviendo el bienestar materno-fetal y desenvolver competencias promotoras de un nacimiento en armonía, con la realización de un plan de parto durante el embarazo, pasando por un parto donde el personal sanitario cuida, apoya y sobre todo acompaña a la mujer/casal a pasar por el proceso del parto.

De cara a estos supuestos y para la programación del plano de acción y desenvolvimiento de las actividades fue necesario la realización del diagnóstico de situación con la identificación de necesidades y posibilidades de los objetivos de este ENP, con vista a la mejoría de la calidad y calidez de atención a la mujer, pareja y recién nacido durante el parto, nacimiento y puerperio, promoviendo una atención acorde con las necesidades intelectuales, sociales, culturales y emocionales de las mujeres y de sus familias, fomentando su protagonismo y la toma de decisiones responsables.

En este sentido, se pasa a presentar las áreas problema consideradas prioritarias:

- Prestación de cuidados especializados a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el TP, efectuando el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y RN en la adaptación a la vida extrauterina, en el dominio de la promoción, del diagnóstico precoz y prevención de complicaciones para la salud de la mujer y del RN y provisión de cuidados a la mujer con patología asociada y/o concomitante con el embarazo y/o con el trabajo de parto;
- Promoción del parto respetado a las mujeres/parejas que de manera voluntaria quieren decidir algunos aspectos sobre su parto, tomando el proceso de manera activa y consciente, teniendo en atención las necesidades intelectuales, sociales, culturales y emocionales de las mujeres/conviviente significativo/familia, fomentando su protagonismo y la toma de decisiones responsables.

4.1- Prestación y gestión de cuidados especializados a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, así como realizar el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la mujer y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina.

Cuidar a la mujer inserida en la familia y comunidad durante el trabajo de parto requiere de máxima excelencia en el ejercicio profesional que ha desempeñado en el estagio buscando el más elevado nivel de satisfacción de la mujer/familia ayudando a alcanzar el máximo potencial de salud, intentando evitar complicaciones; diagnosticando necesidades en cuidados; implementando de acuerdo con la mujer las intervenciones apropiadas para la promoción del autocuidado y siempre promocionando el papel parental. He tenido que realizar **cuidados especializados en salud materna, obstétrica y ginecológica a la mujer insertada en la familia, comunidad que requiere competencias específicas al nivel de potenciar su salud, hacer un diagnóstico precoz, a detectar y a tratar precozmente complicaciones, promoviendo el bienestar materno-fetal**, hasta la providencia de cuidados a la mujer con patología asociada y o concomitante en su multidimensionalidad.

En este sentido, la realización de esta actividad se basó en el Proceso de Enfermería para identificar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados prestados a la mujer y a la familia durante el trabajo de parto.

La **admisión** de la gestante y conviviente significativo se realizaba con la correcta anamnesis y exploración física si procede con enfoque a los parametros gestacionales. Es muy importante que cada proceso de trabajo de parto acompañado, haya sido con comprensión hacia cada tipo de familia, con el dialogo, y la percepción en cada situación. Dejar que expresen cada una de las familias, sus sentimientos, necesidades, incertidumbres, proporcionando un vínculo muy especial entre la EESMOG y la mujer/casal. Se ha podido dialogar, discutir expectativas del proceso, se ha podido trabajar siempre en conjunto junto a la mujer/casal, valorando las opciones que mejor se adecuan al parto que ellos desean con plena seguridad del bienestar materno-fetal.

En lo que toca al primer periodo del parto, si estan en *trabajo de parto*, se las acompaña a su sala de dilatación, con un conviviente significativo. La mujer ya ha acudido durante el embarazo a todas las revisiones ginecológicas en este hospital y a las consultas, tanto individuales como colectivas para la realización del plan de parto, con lo que habitualmente las mujeres/familias ya conocen a parte del equipo.

Se realiza una escucha activa a la mujer, aprovechando para realizar recogida de datos, se valora su historia obstétrica, antecedentes obstétricos, familiares, evolución de la gestación,

solicito el boletín de embarazada y recurro a su historia clínica informática para completar toda la información y con ello poder detectar factores de riesgo, junto con la lectura de su plan de parto reflejando sus deseos para este momento.

Es muy importante realizar una acogida al servicio de confianza, y sobre todo propiciando intimidad dentro de la sala, donde el personal sanitario no entre a no ser que sea estrictamente necesario. La persona que entrará con mayor regularidad en la sala será la quien haya realizado la admisión al servicio de partos y presentación en un primer momento para que exista una relación especial de intimidad, intentando que la sala de dilatación se parezca lo más posible a la habitación de su casa. Se consideró muy importante escuchar las necesidades que la mujer expresa, además de la lectura de su plan de parto, y explicarle muy bien en qué situación se encuentra tras la valoración general de la situación.

Para ello se realiza un tacto vaginal si procede, se valoran las constantes, se realiza RCTG durante 20-30 minutos, se valora el motivo de la consulta y la actuación según corresponda. Una vez identificado, se monitoriza el **riesgo materno-fetal durante el trabajo de parto** colocando el CTG durante 20 min. si el registro es bueno, sino se colocará por más tiempo, controlando la FCF y la contractilidad uterina valorando el resultado a través del RCTG para una correcta detección precoz de complicaciones fetales. Hay que **tener claro la situación hasta la que la enfermera especialista actuará, y en qué situaciones derivará a otros especialistas cuando haya patrones que se desvíen de la normalidad.**

Posteriormente, o una vez colocada la monitorización se procede a la exploración física y vaginal, **diagnosticando y evaluando la estructura pélvica en relación al feto**, la presentación, la situación, la posición, y la variedad fetal mediante las Maniobras de Leopold y el examen vaginal, pudiendo atender a las características del cuello uterino aplicando el Índice de Bishop, y valorando las características del líquido amniótico, de la presentación con los Planos de Hodge junto a la altura uterina. Con lo cual se identifica el TP y se le explica la situación en la que se encuentra a la mujer/familia. Siempre se ha **actuado de acuerdo con el plan de parto establecido por la mujer/casal, garantizando intervenciones de calidad y riesgo controlado.**

Si está de parto y una vez está la situación controlada y todo correcto, se le ofrece intimidad, un ambiente tranquilo, disminuyendo la luz, colocando velas, poniendo música relajante de fondo, aromaterapia, o lo que la mujer haya escogido en su plan de parto. Dependiendo de cómo quiere la mujer vivenciar su proceso del parto, se actuará con la mujer de una manera u otra, según quiera colocarse como sujeto activo o más pasivo del trabajo de parto, situación que podemos valorar según haya cubierto su plan de parto, y así no hay que molestar con preguntas de este tipo llegado el momento del parto.

En las instalaciones de las que dispone este hospital se encuentra una cama que se moviliza en múltiples posturas, una silla de partos, una bañera, pelotas de Bobath que era explicado. Explicar las diferentes posturas que le puedan ayudar a calmar su dolor junto con su pareja y a mejorar el trabajo de parto. He tenido la oportunidad de ver las diferentes actitudes que puede llegar a alcanzar una mujer en TP, dependiendo de la información que haya recibido durante el embarazo, pero sobre todo se ha notado una gran diferencia en las parejas que se han preparado especialmente para el parto con la búsqueda de información muy específica, y las que se han limitado a realizar la preparación para el parto en el centro de salud y a quedarse con la información que se les fijaba durante esas clases. Este hospital al ser un hospital de referencia para partos naturales, nacimientos en el agua entre otros, es una institución a la que acuden numerosas mujeres de otras provincias, y estas mujeres traen consigo mucha información, sabiendo con la perfección que les confiere su posición, las opciones por las que pueden optar en cada momento.

Se han identificado sin problema los **periodos clínicos del trabajo de parto, sabiendo cómo actuar en cada fase**, identificando oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.

Valorar y registrar las modificaciones cervicales (dilatación y borrado) cuando sea necesario, ya que hay que realizar el menor número de tactos posibles. Es de gran importancia saber valorar el descenso de la presentación (planos de Hodge).

En ocasiones puntuales se ha identificado la necesidad de realizar rotura prematura de membranas (amniorrexis) para ayudar en el trabajo de parto, aunque no es aconsejable, salvo necesidad.

Ha surgido la posibilidad de aprender de una mujer muy importante por su curriculum, fisioterapeuta que ha enseñado ciertas posturas durante el periodo de dilatación que mejora mucho la sensación de dolor, facilitando el trabajo de parto. Y gracias a que en este hospital facilitan en todo momento métodos alternativos para el alivio del dolor se ha aprovechado para ponerlos en práctica y ver resultados, con lo que se ha podido alcanzar, uno de los objetivos preconizados por la **OE en lo correspondiente a la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor**.

En las prácticas de cuidados ha sido valorizada la interacción con la mujer, ya que está en un momento muy sensible, tenso, y es muy importante acompañar a la mujer de una forma correcta, en la que podamos entender su situación y debemos ofrecer todas las opciones posibles no farmacológicas. En cuanto a la analgesia epidural, será colocada cuando la situación lo permita y cuando la mujer lo solicite, mientras no lo solicite ella nosotros le ofreceremos todas las alternativas no farmacológicas existentes en este hospital.

Se ha intentado en todo momentos **garantizar al máximo un ambiente seguro, tranquilo, relajante con intervenciones de promoción de confort y bienestar de la mujer durante el TP**, ofreciendo intimidad en su sala de dilatación, garantizando el silencio en el servicio, con la entrada de la enfermera especialista cada 15 minutos aproximadamente, sin apenas hacer ruido, intentando que la mujer se relaje todo lo posible.

Entre las actuaciones están las mencionadas anteriormente como es promover la intimidad, permitir a la mujer libertad de movimientos, se le anima a beber con frecuencia, se le cambian las sabanas con frecuencia por la cantidad de sudor que se genera durante el proceso o debido a la liberación del líquido amniótico, se le ofrecen métodos alternativos a los farmacológicos para el dolor, se le enseña a realizar ciertas posturas en pareja con su conviviente significativo para favorecer el trabajo de parto y disminuir el dolor. Y se le realizan el menor número de tactos vaginales necesarios, ya que es un procedimiento que tiene sus limitaciones en cuanto a número.

Prestada atención a la **identificación de los signos y síntomas que indiquen el inicio del período expulsivo** sobretodo en mujeres con analgesia epidural, ya que las mujeres que no requieren analgesia son ellas mismas las que te avisan de dicha situación mejor que nadie. Aun así siempre se recomienda realizar un tacto vaginal para confirmar la dilatación completa.

Durante el segundo periodo de parto se ha atendido a las mujeres en el período expulsivo llevando a cabo las valoraciones en cuanto a las condiciones generales madre-hijo. Se le han explicado a la mujer las diferentes posturas que puede adoptar para este momento expulsivo. En cuanto a las posturas confortables para el momento expulsivo depende de la postura en que se encuentre la mujer, pero es muy importante que tenga algo de dónde colgarse, ya que muscularmente estar colgado de cualquier sitio hace un “efecto calcetín” (los músculos que sostienen el útero se distienden mientras que el útero tira hacia abajo con cada contracción, y ayuda mucho al descenso del bebé). Hay posturas muy cómodas, pero depende dónde se encuentra la mujer, y cada mujer necesita una postura diferente, por ello es muy importante ofrecerle todas las posturas adecuadas, trabajar con ellas y con sus parejas y que ella misma decida (en la bañera, de cuclillas, colgada, en el banco de partos, en la cama en decúbito lateral).

Monitorizar y auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina sabiendo identificar la frecuencia, intensidad y duración de la misma pudiendo con ello valorar la situación ya que se torna de extrema importancia en esta fase de TP.

El feto desciende a través del canal del parto durante esta etapa y para presentar siempre sus diámetros menores a la pelvis materna, realiza una serie de movimientos de adaptación y acomodamiento llamados movimientos cardinales, que son el resultado de la acción de las con-

tracciones uterinas, la contracción de los músculos abdominales y el diafragma (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión). Dependiendo de la posición que haya escogido la mujer para parir, se decidirá si proteger el perineo o no. Lo mismo ocurre con la ayuda que proporcionamos en ocasiones a un feto durante la extracción del hombro anterior, puesto que depende de la postura que esté adoptando la mujer en ese momento, la fuerza que le quede para seguir empujando, y la posición del feto durante el descenso.

Así fueron realizados más de 50 partos eutócicos, pudiendo las embarazadas disfrutar de partos en la bañera, partos en múltiples posiciones, y también se ha podido participar activamente en la atención del parto instrumentalizado y en múltiples cesáreas, acompañando en todo momento a la mujer/familia hasta el nacimiento del bebé. Se ha participado activamente en la atención del parto distócico (instrumental/cesárea) de más de 10 mujeres.

Tras el nacimiento se prestaron **cuidados especializados al RN en sentido de promover y optimizar su adaptación a la vida extrauterina, con cuidados que puedan prevenir las complicaciones que puede desencadenar un RN** durante el periodo posnatal. Valoración de la frecuencia cardíaca fetal con el cordón umbilical tras el nacimiento para valorar el bienestar del RN sin tener que separarlo de su madre, y en ese mismo momento, cuando el bebé estaba realizando piel con piel con su madre, se le observaba durante unos minutos hasta que deja de haber flujo sanguíneo por el cordón umbilical. Se han desenvuelto competencias en el sentido de implementar medidas de soporte en la adaptación a su vida extrauterina con la evaluación del Índice de APGAR (1º, 5º y 10º minuto de vida), controlar su termorregulación, respiratoria y circulatoria. Se proporcionaba en todo momento y tras el primer minuto de vida la vinculación con sus padres o convivientes significativos mediante el contacto piel con piel durante el máximo tiempo posible tras el nacimiento. Examen físico y detección precoz de complicaciones. Se realizaba y/o participaba en la reanimación cardio-respiratoria en situación de emergencia. Todo cuidado del RN comienza tras la llegada al paritorio demostrando su bienestar a través del RCTG, con lo cual es una gran exigencia controlar bien cualquier sospecha de pérdida de bienestar fetal.

Se realizaron los cuidados integrales de calidad al recién nacido, tanto de manera inmediata como pasadas dos horas del nacimiento en que se le realizó la profilaxis oftálmica y la Vitamina K, siempre y cuando los padres quieran que se les realice, ya que es un procedimiento electivo.

Proporcionar el **alumbramiento espontáneo de la placenta** asegurando intimidad y permitiendo su tiempo necesario para la salida al exterior. Si la salida de la placenta se produce en la media hora siguiente al nacimiento no se le administra oxitocina. En las situaciones en que se observaba dificultad en su salida, y por lo tanto mayor posibilidad de sangrado, sí que

se administraba una dosis intravenosa si tiene vía venosa, o intramuscular, si no le ha sido necesario la colocación de la vía endovenosa permeable durante el trabajo de parto.

Después de la expulsión de la placenta se verificaba la integridad de la placenta y membranas, la involución uterina y la integridad y condiciones del conducto vaginal. Se valorizaba el estado general de la paciente a fin de identificar oportunamente signos que indiquen la presencia de complicaciones y proporcionaba confort a la puérpera.

En cuanto la placenta salía al exterior valoraba el nivel de desgarro en caso de que lo hubiese, para valorar la sutura, y enseguida poder comenzarse con la LM, durante esa primera media hora tras el nacimiento, ya que esto ayuda mucho a que la lactancia sea correcta.

Valorar el periné tras cada parto, teniendo que decidirse si realizar sutura en los desgarros de primer y segundo grado, o episiorrafia, o si dejar sin suturar en caso de que no haya sangrado.

Se ha realizado la **supervisión, cuidado y reconocimiento** de más de 100 **puérperas** y supervisión, cuidado y reconocimiento de múltiples recién nacidos sanos.

Se han podido integrar conocimientos en el área de EESMO al enfrentarse con **situaciones de gran complejidad y en contextos alargados y multidisciplinarios**, desarrollando soluciones, incluyendo charlas con reflexiones por parte del ginecólogo y del pediatra, sobre las implicaciones y responsabilidades éticas e sociales que resulten de esas soluciones. Saber sobre llevar una situación de urgencia/emergencia avisando a los especialistas adecuados (ginecólogo / pediatra), solucionando el problema y teniendo la capacidad de comunicar de forma eficiente las conclusiones.

Se han podido desarrollar competencias que han permitido aprender mucho, de un modo fundamental, como es de manera **autónoma**, consiguiéndose realizar cualquier labor que desempeña una enfermera especialista, y en algunos casos, mejorando los cuidados psicológicos y éticos, ya que he dedicado mucho tiempo a dialogar con las mujeres/familias, intentando mejorar también la gestión del servicio, cuando el personal sanitario proponía cualquier cambio en dicho servicio de partos. Se han desarrollado programas de Educación Maternal con grupos de mujeres, que son las charlas del plan de parto, las mujeres refieren aprender mucho en la charla grupal y sobre todo en la individual.

Se ha alcanzado el **máximo nivel de salud, con prevención de complicaciones, diagnosticando necesidades durante el proceso**, y siempre actuando en colaboración con la mujer/familia, explicando cada situación, y sabiendo las actitudes que cada mujer desea tomar gracias a su plan de parto elaborado semanas antes de su ingreso hospitalario, y en charla continua con la mujer/familia durante su estancia en el servicio de partos. Para ello, se incide en trabajar mucho la parte emocional y psicológica de la mujer durante el TP, parto y PP.

En el proceso de las prácticas se han vivido situaciones complicadas, y se ha sabido **identificar, reaccionar, decidir y resolver adecuadamente la situación**, teniendo que dirigir a diferentes profesionales sanitarios a contribuir cada uno de ellos con su papel profesional, explicando a los médicos la situación y reflexionando sobre las posibilidades existentes para solucionar la situación, siempre bajo nuestra responsabilidad ética y social, proporcionándose las intervenciones de enfermería especializada necesarias para la estabilización de la mujer ante la presencia inminente de complicaciones durante el parto y en caso necesario asistirle durante su traslado con un continuo acompañamiento de la EESMOG. En cuanto se resolvía la situación de emergencia, existían conversaciones con cada profesional con el equipo multidisciplinar para solventar el problema, para exponer puntos de vista acerca del manejo y gestión ante dicha urgencia, y en ocasiones estos comentarios ayudaban mucho a todo el equipo a superarse cada día.

Para mejorar los cuidados de EESMOG durante el ENP se ha podido realizar cursos formativos acreditados por Organizaciones Oficiales, como pueden ser:

- Homeopatía, Flores de Bach y Acupuntura Aplicada a la Obstetricia
- Acompañamiento y Atención a la Muerte Gestacional
- Curso Control Bienestar Fetal
- IV Curso de Asesoría en Lactancia

5. PARIR EN HARMONÍA CON PARTO NATURAL RESPETADO. UNA INTERVENCIÓN

El parto representa un evento que marca en la transición para la parentalidad con repercusiones a nivel de vinculación afectiva madre-recién nacido. No se puede olvidar que para un buen desenvolvimiento del TP, parto y PP, es necesario el bienestar físico y emocional de la mujer/conviviente significativo, por tanto conocer lo que la mujer espera sobre los cuidados de salud, lo que se encuentra, lo que considera importante y lo que siente, permite adecuar la asistencia proporcionada a las necesidades de la mujer, mejorando el nivel de satisfacción, y la calidad y calidez de los cuidados prestados.

Se sabe que las expectativas creadas a lo largo del embarazo son factores de influencia positiva o negativamente para la experiencia del parto. Importa por eso conocer cuales son estas expectativas, para así orientar las intervenciones durante el parto, visando proporcionar una experiencia más positiva.

Es por ello que se va a redactar un ejemplo de intervención donde se expondrá uno de los casos vividos con una pareja joven, que simplemente busca a través del ingreso en este hospital tener un parto respetado.

Según Hespanhol (2008) la satisfacción puede ser entendida como el resultado de la evaluación que una persona hace, relativamente al grado de realización de sus valores, necesidades, preferencias y expectativas, o sea, percibir o sentir que aquello que recibe está de acuerdo con aquello que esperaba obtener. La identificación de las necesidades y de las expectativas de las parturientas es fundamental para alcanzar su satisfacción.

Para poder cumplir estos objetivos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, y cada vez más solicitados por las mujeres en España, existen dos momentos importantes de intervención del EESMO, reflejado en el cuidar a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, efectuando el parto en ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina (OE, 2012), el plan de parto establecido con la mujer/conviviente significativo, se vuelve importante, garantizando intervenciones de calidad y riesgo controlado.

El EESMO juega un papel muy importante en la vivencia que tendrá la mujer/conviviente significativo sobre el parto, ya que será la persona responsable de ofertar un plan de parto personal y en cuidar a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, efectuando el parto en un ambiente seguro, es por ello que se describirán las actuaciones que permitirán cuidados a la mujer pudiendo compaginar esos cuidados con las voluntades personales de cada familia.

5.1. Metodología de intervención

Con la primera publicación de la Organización Mundial de Salud, surge un nuevo paradigma que propone que el “objetivo de la asistencia es obtener una madre y un niño sano con el mínimo de intervención posible que sea compatible con la seguridad. Este abordaje implica que en el parto normal debe haber una razón válida para interferir sobre el proceso natural” (OMS, 1996). El concepto de humanización surge como una necesidad de alteración en el acompañamiento en el parto, que según la World Health Organization (WHO,1996), es una forma de promoción del parto y nacimiento saludable y de la prevención de la mortalidad materna y perinatal. En esta perspectiva, el parto humanizado preconiza el respeto por las necesidades de la mujer durante el trabajo de parto y en el parto, atendiendo sus deseos y expectativas (Almeida, 2005).

En este presupuesto, se pasa a describir el percurso de un casal que decide construir su plan de parto en un hospital donde informan a la mujer y respetan sus decisiones a la hora de comenzar el TP y hasta el alta hospitalaria dos días después del parto. Este casal perteneciente a otra provincia, dentro de la misma comunidad autónoma, se ha desplazado hasta aquí para poder elaborar su plan de parto según la información que haya recibido durante el embarazo, y durante dos momentos muy importantes que vivirán en este hospital, donde se detallará cada punto de elección personal, informando sobre todas y cada una de las opciones que en estos momentos las familias pueden elegir. El primer momento se desarrollará durante una reunión grupal, donde coincidirán todas las parejas del área del Salnés, donde la mujer se encuentre aproximadamente, sobre la semana 30 de gestación. A la salida de la reunión grupal se le dará cita a cada casal para un segundo momento en una consulta individualizada junto a la EES-MOG, en la que se pretende leer cada uno de los puntos que oferta el plan de parto e ir comentando junto al casal lo que deciden y por qué lo deciden, Se le ofrecerá información sobre cada tema que les pueda despertar curiosidad o interés, tanto del plan de parto, como de cualquier tema relacionado con el embarazo. También se aprovecha la consulta para cubrir su historia clínica que se ha ido elaborando durante el embarazo, pero que siempre se puede aportar alguna información llegado este momento de embarazo, para que durante el TP podamos disponer de una historia clínica completa.

A continuación se pasa a describir los objetivos y la fundamentación de cada momento vivido junto al casal.

Primer momento de intervención del EESMO hospitalario: Reunión grupal de Plan de Parto

Potenciar la consideración del parto como un proceso fisiológico por parte de aquellas parejas que están esperando un hijo, aportar información adecuada y oportuna a la mujer y a su familia durante la gestación. Esta sesión tiene como objetivo:

- Sensibilizar a las mujeres y a sus parejas sobre sus derechos en relación al parto y nacimiento, y concienciarles sobre su poder en la toma de decisiones responsables que serán respetadas, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar madre-hijo.
 - Ofrecer cuidados basados en la mejor evidencia científica disponible en la actualidad, las recomendaciones de la OMS (1996), de UNICEF (2006), la SEGO (2008), la FAME (2007) y también por las reivindicaciones de distintas asociaciones de mujeres (por ejemplo “el parto es nuestro”)

La reunión grupal fue realizada en el HS llevándose a cabo un programa de Educación Maternal, de mujeres que se encontraban en la semana 30 gestacional. Esta charla es, en la mayoría de los casos, el primer contacto con las mujeres/familias. Esto es muy importante para una relación de confianza entre EESMOG (responsable de la reunión grupal) y mujer/convi-viente significativo.

En la introducción de esta charla se presentó la temática, donde se utiliza como estrategia la presentación grupal y Brainstorming. Durante el desenvolvimiento de la charla se presentó el material del que disponen las mujeres/familias en la sala de partos y en la maternidad a través de un video de presentación del servicio, pretendiéndose que conociesen el servicio y las opciones que la mujer/familia pueden escoger para que el proceso se desarrolle de manera más satisfactoria, ya que la mujer está sana y una mujer informada tiene el derecho de poder decidir ciertos aspectos de su vivencia.

Este momento sirvió para saber que el plan de parto y nacimiento es un instrumento para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir. Así se evita tener que hacerlo durante el parto, momento emocional y físico centrado en el proceso vivencial. Garantiza la comprensión del proceso y la participación activa de las mujeres, además de facilitar la relación y la tarea del equipo profesional. Toma como base las recomendaciones de la OMS.

Se explicó la importancia de rellenar este documento (ANEXO), las ventajas de realizar un plan de parto personalizado. Se explicó la situación que van a vivir en el momento del nacimiento y en el posparto, donde las mujeres aprovechan para informarse sobre las opciones que ellas pueden escoger para vivenciar este proceso. Se les enseñó todo lo relacionado con este momento de la gestación (preparto, parto y puerperio) mediante dialogo con el grupo, medios audiovisuales.

En estas charlas se exponen las opciones a escoger por la mujer/conviviente significativo, empezando por la vestimenta que les gustaría llevar el día del parto y los días posteriores en el posparto. Si les gustaría beber durante el proceso, o prefieren una hidratación endovenosa. La opción de disponer de musicoterapia, luces tenues, aromaterapia. Pueden expresar si quieren moverse durante el proceso de dilatación o prefieren permanecer en cama. Si desean que se les coloque un vía venosa periférica, si desean un control cardiotocográfico continuo o intermitente, entre otras. La postura en la que les gustaría parir, y los elementos de los que le gustaría disponer en el proceso de dilatación. Parir en la misma sala de dilatación o en el paritorio convencional. Si desean dar lactancia materna / lactancia artificial. Si desean comenzar el calendario vacunal con la primera dosis de Hepatitis B al día siguiente del parto o no, y si desean que se les aplique los primeros cuidados al recién nacido (pomada oftálmica / Vitamina K). Las mujeres también pueden decidir qué métodos utilizar para el dolor, pudiendo escoger entre métodos alternativos y/o epidural.

La mujer/familia puede escoger cualquiera de la opciones que se le dan, o incluso proponer sus deseos, y en este caso se intentaría que fuese cumplido, como puede ser que entre su pareja en el quirófano en caso de tener una cesárea, poder adecuar la sala de dilatación al gusto de la mujer, propiciando un ambiente íntimo y tranquilo, poder llevarse la placenta a su domicilio (en este aspecto cada cultura tiene sus rituales, y en multitud de culturas realizar ciertas creencias con la placenta es algo tan importante como el propio proceso de dar vida).

Además de explicar las opciones que se le brindan a la pareja en un plan de parto, se les explica detalladamente la importancia de cada uno de los puntos, la importancia de la tranquilidad para una buena evolución del proceso a nivel hormonal, se responden todas aquellas dudas que se puedan plantear y se entrega el documento en formato papel para que puedan rellenar en casa tranquilamente, y adjuntando mayor información que pueden buscar en su domicilio, para ser discutido y entregado en la semana 36 en la consulta individual con la EESMOG.

En conclusión se realiza una síntesis final del contenido abordado con una reflexión sobre la sesión, se facilita la comunicación verbal entre todo el grupo, intentando facilitar que las familias se expresen emocionalmente, pudiendo dialogar sobre cualquier asunto relacionado con el proceso y que se sientan bien acogidas al HS desde este primer contacto con la EESMOG.

Segundo momento de intervención del EESMO hospitalario: consulta individual sobre el plan de parto

Durante el proceso del parto en el HS, se intentó en todo momento que exista buena relación interpersonal, como se refleja y se apoya en la teórica de Peplau, mencionado anteriormente, pudiendo concebir, planear, implementar intervenciones por parte de la EESMOG, intervenciones de promoción de la vinculación madre/padre/recién nacido y familiares.

Durante, aproximadamente un mes y medio, entre la reunión grupal y la consulta individual en la semana 36, las mujeres/familias tienen para poder buscar información sobre lo explicado en la charla grupal, y poder decidir sobre su proceso.

En cuanto a los objetivos de la consulta individual:

- Se promueve una relación interpersonal, para que exista una confianza entre mujer/EESMOG, muy necesario para el evento posterior del parto.
- Ayudar y participar activamente en la elaboración de su plan de parto.

A esta consulta acudirá además de la mujer, el conviviente significativo, acudirán también sus hijos, en caso de tenerlos, pudiendo realizarse una valoración sobre el momento que están viviendo, se valorizó cada uno de los puntos reflejados durante el plan de parto y nacimiento.

Se irá leyendo junto a la mujer cada uno de los puntos, pudiendo realizarse explicaciones personalizadas a cada pregunta que le surja a la familia. Durante la charla que se mantiene con la mujer/ conviviente significativo se abarcan todos los temas necesarios para los interesados. Se aprovecha para cumplimentar su historia clínica, datos que falten, o cualquier novedad del embarazo que se haya dado hasta la fecha.

5.2. Relato de la experiencia de una pareja que ha elaborado su plan de parto para poder tener el nacimiento de su hijo en este hospital.

El 20 de Mayo de 2013, como cada quincena del mes, se realizó en el HS una reunión/charla grupal con todas las embarazadas empadronadas en el área del Salnés que se encuentran sobre la semana 30 de embarazo, enviadas por la EESMOG del centro de salud correspondiente, donde puede acudir con un conviviente significativo y con sus hijos, si tiene, para realizar el primer momento, la reunión grupal.

En el grupo de la reunión estaba presente una pareja, María y José (nombres ficticios) que se pasa a relatar su experiencia, sus expectativas, sus miedos, sus ilusiones.

5.2.1. Integración del casal en la reunión grupal del plan de parto

Como en cada reunión que se realiza en el hospital, entre el grupo destaca una pareja, que interviene mucho durante la sesión María de 33 años, tiene pareja, aunque no están casados, ella tiene estudios superiores de psicología, y su pareja José tiene 36 años, ambos viven en A Coruña y se desplazan a Pontevedra para poder tener un parto normal, respetado y humanizado. Su visión sobre el nacimiento, y la información que tienen sobre el proceso les obliga a desplazarse 200 kilómetros para tener su parto en un hospital donde respeten a la mujer/casal/recién nacido. La familia de ambos no está de acuerdo, por desplazarse tan lejos, pero la pareja tiene decidido ya acudir al HS, con lo que esto ha generado cierta tensión entre ellos.

Es una pareja que, al terminar la charla se acerca a preguntar si habría alguna posibilidad de quedarse con su placenta tras el parto. Se le explica que lo que tiene que hacer es un escrito a “atención al paciente” del hospital, refiriendo la importancia que supone para su familia poseer la placenta, sus creencias. Se le explicó que la respuesta seguramente sea negativa, ya que el hospital tiene prohibido el traslado de cualquier órgano o producto biológico, puesto que por ley deben ser incinerados. Se le explica que lo han intentado muchas familias y la respuesta siempre es la misma, pero también se les explicó la importancia de que el hospital reciba muchos escritos de solicitud, para que algún día puedan o quieran entender la importancia que tiene para muchas familias terminar el proceso del parto y nacimiento con su placenta para poder realizar sus rituales culturales.

Esta pareja le cuenta a todo el grupo su situación ante el futuro parto que les gustaría tener, relatando durante la reunión la necesidad que siempre han sentido de poder tener un parto respetado, un parto en el que no traten a la mujer como si estuviese enferma y tratándola como si ella no tuviese ni idea del proceso que van a vivir. María se define como una persona activa, con autoridad en sus decisiones en el sentido de saber lo quiere, se ha comenzado a informar sobre el embarazo y sobre el proceso del parto hace mucho tiempo, teniendo información suficiente y adecuada para poder decidir con claridad qué es lo que quiere para su futuro parto. José, también un chico con ideas clara, refiere apoyar en gran medida a su mujer, ya que a él le apasiona el mundo de la parentalidad y sobre todo el nacimiento en un ambiente armonioso. La pareja refleja la importancia, que para ellos tiene, un embarazo tranquilo y un parto en armonía para tener a un bebé en sus plenas condiciones, y no un bebé con estrés. No quieren transmitirle al bebé situaciones negativas durante el crecimiento y sobre todo durante su nacimiento. Ya que este último no lo pueden cumplir en cualquier hospital, es por ello que se han recorrido muchos kilómetros durante el embarazo para poder realizar los cuidados pertinentes

y las consultas necesarias con el personal sanitario del Centro de Salud San Roque, y del Hospital do Salnés.

5.2.2. Consulta individual sobre plan de parto del casal

En Junio se realizaba la consulta individual de las 36 semanas de gestación, donde el casal entrega el documento del plan de parto ya cubierto, y vamos hablando de cada punto que se menciona, quedando clara la idea que ellos quieren para su parto.

A continuación se pasará a transcribir las elecciones de la pareja en su documento de plan de parto. La mujer decide estar acompañada durante todo el proceso con su marido, poder estar vestida en todo momento con su ropa, y no con la del hospital. Decide poder beber líquidos que ella misma llevará de su casa, ya que son infusiones, que ayudan a la dilatación, como método natural. La mujer no quiere ser rasurada en el pubis, ni quiere la colocación de un enema momentos antes del parto. Le gustaría que el proceso de dilatación y el parto se desarrollen en la misma sala, pudiendo moverse libremente. De entrada le gustaría utilizar métodos alternativos para el alivio del dolor (agua caliente, masajes, posiciones), aunque no descarta necesitar la analgesia epidural en algún momento. No desea estimulación de las contracciones con medicación, prefieren dejar que el proceso evolucione espontáneamente, respetando los tiempos que el cuerpo de esa mujer en concreto necesita. No quiere que se le canalice una vía venosa periférica, hasta que sea estrictamente necesaria por alguna circunstancia. No quiere que le coloquen una sonda vesical, ya que su libertad de movimientos le permitirá ir al baño, que tiene en su habitación, a menudo. Prefiere que no le realicen una amniotomía, incluso se emociona al pensar que su bebé pueda nacer con la bolsa amniótica íntegra. A la hora de parir le gustaría poder ponerse de cuclillas o parir en la bañera, y realizar pujos según le vaya pidiendo su organismo, sin recibirlos dirigidos.

La pareja decidió que quieren ponerle a su futuro bebé la profilaxis oftálmica, a pesar de explicarle las recomendaciones que existen por la Sociedad Española de Pediatría, pero sí administrarle la Vitamina K, de manera oral (no intramuscular). Van a darle LM, y quieren administrarle las vacunas del calendario vacunal, pero no quieren poner la primera dosis de Hepatitis B tras el nacimiento, y comenzarán a administrarle las vacunas cuando ya tenga un mes de vida, y tenga más defensas. Para cada una de las elecciones que tiene cada familia, se les explica en todo momento, y punto por punto cada recomendación que existe, sea en la Sociedad Española de Pediatría, o de Ginecología, o bien lo que demuestra la evidencia científica con cada uno de los temas de elección. Lo que nunca se puede hacer es dar una opinión personal,

las mujeres la solicitan muy a menudo al coger confianza con la EESMOG, pero es muy importante dejarles claro, que se ofrece toda la información necesaria pero nunca se les aconseja sobre algún tema de manera íntima o personal.

Además de hablar del plan de parto, se han interesado mucho por el tema de la placenta, y su escrito depositado en “Atención al paciente” ha quedado registrado, y será contestado en un plazo máximo de 15 días. Ellos explican la importancia que, para ellos, tiene enterrar la placenta, tras el nacimiento.

Una vez quedan claras las ideas que tiene el casal, y lo argumentan demostrando ya conocimientos e información, el plan de parto queda guardado en su historia clínica firmado por ambos progenitores. Estas decisiones siempre podrían ser modificadas en el momento del parto sin ningún problema, siendo un documento orientativo, para que el personal sanitario que les atenderá sepa cuáles son los ideales y orientaciones de la pareja.

5.2.3. Trabajo de parto y parto natural con su plan de parto respetado

María junto a su pareja llega, por urgencias en el HS, a 10 de julio, está embarazada de 41 semanas + 4 días, refiriendo contracciones cada 3 minutos. Los compañeros la pasan a sala de partos tras un triaje de urgencias.

Se le pasó a una de las salas para valorarla. Después de las presentaciones, especificando la posición de cada una, María comienza a sonreír, diciendo que la EESMOG que estaba atendiendo es la persona que estuvo en la charla grupal y en su consulta individual del plan de parto, lo que mejora la relación interpersonal, y ya existe una confianza especial porque ya han contado parte de sus vidas en la consulta individual.

Se le explica el procedimiento por el que va a ser evaluada. Primeramente se colocará la monitorización CTG, para valorar el bienestar fetal junto con las contracciones uterinas. Mientras se realiza el registro cardiotocográfico, se estudia la historia clínica de enfermería (Apéndice).

En cuanto a la historia clínica de María se puede destacar que es una mujer con estudios superiores, de psicología, lo cual ella refiere analizar cada situación importante en su vida, busca motivación continua. Es una mujer sin enfermedades aparentes, normotensa y con constantes vitales normales durante todo el proceso. Es una mujer con mucha información acerca del proceso del parto y con las ideas muy claras. Ha realizado todos los controles del embarazo en el HS y en el centro de salud correspondiente al hospital. Sigue una dieta equilibrada, con lo que ha engordado lo normal durante su embarazo actual. No padece patología alguna en ninguno de sus órganos, resultados normales durante todo el embarazo, y refiere haber llevado el

proceso sin sintomatología de molestias. Refiere pasar momentos tensos por pensar que tenga que parir en el hospital de su provincia.

La mujer cuenta, entre contracción y contracción, la importancia de tener un parto respetado. Legalmente tendría que parir en el hospital de A Coruña, pero es, cada vez más habitual que mujeres de otras provincias se desplacen hasta este hospital para poder disfrutar del nacimiento desde un punto de vista más fisiológico, y menos intervencionista, ya que quiere que el momento más importante de sus vidas, que va a ser el nacimiento de su primer hijo, sea de una manera respetada.

Por ello, esta mujer, ha recorrido Galicia de un extremo al otro, para poder tener el parto, tener a su primer hijo en un hospital “diferente”. Otra opción hubiera sido tener su parto en el domicilio, pero durante su relato cuenta que no ha optado por esta opción, por la influencia que las familias de ambos progenitores han ejercido sobre la situación.

Tras solicitar autorización para explorar a María, antes de realizar el tacto vaginal, se le explica con dibujos, las modificaciones que se necesitan a nivel del cérvix uterino, para saber si las contracciones que está teniendo están actuando correctamente, y una vez explorada se la informa de que el cérvix está casi borrado (70%), dilatado 7 cm, con una presentación fetal en segundo plano de Hodge.

Tras leer su plan de parto se le ofreció la opción de que se meta en la bañera, para intentar llevar mejor las contracciones, se le explicó también cómo sobrellevarlas, en cuanto a respiración, y sobre todo no luchando contra ellas, sino que debe acompañar a la contracción desde el inicio hasta que termina, yendo más allá del dolor y centrándose en el proceso que está viviendo, y explicando que una mayor frecuencia de las contracciones les tendrá más próximos al nacimiento de su hijo. Se queda en la bañera, durante casi dos horas, de las cuales se vigila controlando la temperatura del agua cada media hora para controlar que siga a la temperatura adecuada. Se le cierran las cortinas de las ventanas de la sala de dilatación donde se encuentra, se le encienden unas velas para que tenga una luz tenue y que no se sienta en alerta, se pone música Mantra, para que consiga llegar a la paz interior de su propio cuerpo, y se les deja solos en la habitación, avisando de que avisen de cualquier cambio o cualquier necesidad que tengan, de lo contrario se les explicó que se intentará entrar lo mínimo posible para dejar que ella se relaje y por consiguiente que las contracciones no se detengan.

María dejó reflejado en su plan de parto poder usar su ropa durante el trabajo de parto y poder beber sus propios líquidos que han traído del domicilio, ya que son infusiones específicas para mejorar y ayudar a la dilatación. También refleja la importancia de poder realizar sus propios movimientos y posturas durante la fase de dilatación y de expulsivo, refiriendo que este último momento pudiese desarrollarse en la bañera.

Dos horas después, la mujer nos refiere estar más tranquila, y que está empezando a sentir ganas de pujo. Se le invitó a salir de la bañera, se le pide que se tumbe en la cama para confirmar mediante un tacto vaginal que esté con dilatación completa para poder seguir con los pujos involuntarios, y tras el tacto y hecha la confirmación de la situación, viendo cómo reacciona su bebé a las contracciones y una vez comprobado su descenso con cada contracción, se la invita a que empuje de la manera en que su cuerpo se lo pida, y en la postura que ella se encuentre mejor, en este caso a la mujer le aliviaba mucho estar sentada en el banco de parir, en el que se colocó siempre un espejo por debajo, para observar cómo va descendiendo el bebé, e ir viendo si los pujos van siendo efectivos, aunque los pujos no sean tan efectivos como deberían, se le deja su tiempo, porque por protocolo, al ser un primer parto, de bajo riesgo, y confirmando el bienestar fetal, tiene hasta tres horas de expulsivo, desde la hora en que empieza a pujar. La EESMOG queda en la sala donde está la mujer con su pareja, acompañando el proceso, pero sin interferir en ningún momento a lo que la mujer esté haciendo en cuanto a posiciones, gritos y ligeros pujos. Su propio organismo, le va a indicar la manera adecuada de empujar y sobre todo la postura adecuada para que su bebé vaya descendiendo a su ritmo, siendo muy importante respetar los tiempos que cada mujer y cada bebé necesitan para el nacimiento. La pareja cada vez está más feliz, José ayuda mucho a María con sus comentarios y sus masajes, la música de fondo sonando, proporcionando esa paz y tranquilidad que nos podemos imaginar junto a las velas por las esquinas de la sala. Y llega un momento en que la María refiere que le encantaría parir a su hijo dentro del agua, se le volvió a llenar la bañera y se mete en ella, y cuando se está colocando de rodillas se ve que la cabeza está asomando mientras la mujer grita fuertemente, ella refiere un fuerte dolor, y se le explica con una voz muy dulce, y frenando su salida paulatinamente con las manos, que es la cabecita de su bebé que está pasando al último plano, intentando ya salir. Su tranquilidad y el control que lleva su propio cuerpo, y cinco minutos después su bebé nace, y se la anima a que sea ella misma quien lo coja a medida que va saliendo con sus manos, ya que estando en la bañera de rodillas es fácil que lo pueda hacer e imaginaba que le haría mucha ilusión sacarlo ella misma en los últimos segundos. Así fue, lo sacó, lo tuvo en su pecho hasta que el cordón dejó de latir (como reflejó en su plan de parto) y se la animó a abandonar la bañera y a acostarse en la cama.

Una vez allí se le comentó al padre del bebé que se colocase los guantes estériles para cortar el cordón umbilical, lo corta y se le explica a María la importancia de que se relaje durante media hora para que el alumbramiento sea fisiológico.

También se le realizarán los cuidados al RN, siempre estando piel con piel con su mamá por petición de María en su plan de parto. Al niño no se le separó de la piel de su madre en ningún momento. Tras veinte minutos, y un control riguroso del sangrado uterino, se realiza la

maniobra correspondiente para comprobar si está alumbrando, y efectivamente, la placenta sale sola, entera y tras la exploración de la misma se evaluó y se confirmó estar perfectamente, útero en involución uterina, y es cuando tocó observar si existe desgarro o laceraciones en la vagina. Se colocó a la mujer cómoda para empezar a amamantar a su bebé, mientras se observó bien la zona vaginal y se comprobó que tiene un par de laceraciones en ambos labios menores, que se le explica a la María, como debe tratarlos, y las recomendaciones necesarias para que no le dé molestias a posteriori.

A continuación, se le explica unas breves recomendaciones para la lactancia materna, y se comprueba que haga una buena toma, antes de subir para el internamiento 2 horas después del parto.

Desde el nacimiento hasta su subida al internamiento dos horas después, se le ayuda a María y a su bebé a tener una buena vinculación para que la LM se desarrolle con confianza y productividad. José, su pareja le ayudaba a María para que el bebé tuviese un buen agarre después de darle unas claves por nuestra parte.

Tras dos horas y una última revisión uterina de la madre, sangrado, constantes vitales, y resto de cuidados, sube al servicio de Maternidad.

Lo más significativo que comentó esta familia “Una de las claves para que el proceso sea más humano es que, como el mío, sean las matronas quienes dirijan los paritorios, es una forma de hacer el momento más íntimo y favorecedor”.

6. EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Este capítulo relata las competencias adquiridas a lo largo del estagio de EESMO en cuidar a la mujer insertada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto y parto, efectuando el parto en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y del recién nacido en su adaptación a la vida extrauterina, se podrían mencionar las siguientes unidades:

Promoción de la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimiza la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, actuando de forma a proporcionar medidas de confort y de alívio del dolor, protección apoyo a la lactancia materna y vinculación madre/padre/receién nacido de acuerdo con el plan de parto establecido por la pareja.

Diagnóstico precoz y prevención de complicaciones para la salud de la mujer y del recién nacido, planeando, implementando y evaluando los cuidados pertinentes e intervenciones a la fase de parto en que se encuentra la mujer.

Providencia de cuidados a la mujer con patología asociada y/o concomitante con el embarazo y/o con el trabajo de parto, se ha desarrollado la competencia de concebir, planear, implementar y evaluar intervenciones a la mujer con patología asociada y cooperar con otros profesionales en el tratamiento de la mujer con complicaciones y se realizaba un plan de cuidados específico para cada mujer, según la patología.

Se han desenvuelto las competencias de **comunicación y relaciones interpersonales**, teniendo por base la teórica de relaciones interpersonales de Peplau, la cual asienta la importancia de la enfermera especialista a la hora de enseñar al paciente los cuidados y la ayuda en el desenvolvimiento de la personalidad. Peplau considera que cuanto más competente, perspicaz y humano es una enfermera especialista, comprenderá con mayor facilidad la situación del paciente y la forma con que el paciente concibe su situación.

He desarrollado competencias que me han permitido aprender mucho, de un modo fundamental, como es de manera **autónoma**, he conseguido realizar cualquier labor que desempeña una enfermera especialista, y en algunos casos, bajo mi punto de vista, mejorando los cuidados psicológicos y éticos, ya que he dedicado mucho tiempo a dialogar con las mujeres/familias, intentando mejorar también la gestión del servicio, dando mi opinión en todo momento, cuando el personal sanitario proponía cualquier cambio en dicho servicio de partos. He llevado a cabo un programa de Educación Maternal con grupos de parejas, que son las charlas del plan de parto, las mujeres/parejas refieren aprender mucho en la charla grupal y sobre todo en la individual.

Para la calidad de estas prácticas de cuidados es, también, considerado fundamental y conseguido, **transformar e integrar los conocimientos adquiridos y desenvolver la capacidad de comprensión en análisis crítica y reflexiva que permiten una tornada de decisión, de la monitorización, evaluación y de ejecución de cuidados especializados**, atendiendo a los cuatro dominios preconizados por la OE, nombradamente a la Responsabilidad Profesional Ética y Legal, la gestión de la Calidad y de los Cuidados y el Desenvolvimiento de los aprendizajes Profesionales.

7 – CONCLUSIONES

El avance de la enfermería como profesión, como disciplina, como ciencia y tecnología, ha exigido a sus profesionales hacer evidente la fundamentación teórica de la práctica que muestre la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social.

Este ENP ha sido de gran importancia ya que los objetivos han sido cumplidos adecuadamente, correspondientes a la Ordem dos Enfermeiros a las competencias del EESMO y los objetivos de la Directiva Europea relativos a la “partera”, pudiendo desarrollar el desenvolvimiento personal y profesional para la realización de cuidados más avanzados favoreciendo la atención a la mujer, visando la mejoría en la calidad de los cuidados de SMO.

Este estagio ha constituido de manera especial una gran fuente de conocimientos, pudiendo destacar el trato que se le ofrece a la mujer a nivel emocional y asistencial, buscando siempre la excelencia en los cuidados y la satisfacción personal de las mujeres/conviviente significativo/familias. Por tanto, conocer lo que la mujer espera de los cuidados de salud, lo que encuentra, lo que considera importante y lo que siente, permite adecuar la asistencia proporcionada a las necesidades mejorando el nivel de satisfacción y la calidez de los cuidados.

El parto y el nacimiento son momentos en que el EESMOG puede desempeñar una actuación determinante a través del apoyo emocional y la capacidad de comunicación, lo que favorece la interacción efectiva entre la parturienta y el enfermero, por lo que los cuidados realizados se ha defendido la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Peplau, considerando todos los aspectos envueltos en ese proceso: físicos, sociales, culturales, económicos, espirituales y emocionales (Lopes et al , 2009).

Cuando una mujer/conviviente significativo solicita tener un parto respetado, cumpliendo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (1996) en cuanto a los cuidados adecuados que debe recibir una mujer/conviviente significativo, es necesario poder realizarlo, ya que es la mujer quien va a parir, es un acontecimiento instintivo y el parto natural no representa una vuelta al pasado, sino que es recuperar la confianza en la propia naturaleza, tampoco significa que se renunciará a los avances tecnológicos, sino que se le adjudica el lugar que le corresponde.

El conocimiento de la biomecánica del parto, es el fin primordial en la comprensión de las técnicas y posturas encaminadas a potenciar las fuerzas de empuje sobre el feto y a disminuir las fuerzas de resistencia que opone el canal del parto. La importancia que tiene la evidencia científica demuestra que se está actuando con protocolos anticuados en muchos hospitales, prohibiendo que el proceso del parto de desarrolle con normalidad, fisiológicamente, por poner

límites de tiempo e impedir que el proceso se desarrolle naturalmente. El desarrollo de un parto más natural ha sido un punto fuerte del estagio, adoptando posturas más cómodas y fisiológicas que las que se hacen en un centro hospitalario, bien en la silla de parir, bien en su propia cama y, finalmente, la seguridad que transmite el hecho de ser atendida durante su embarazo, parto y postparto por una profesional que acumula arte, experiencia y conocimientos que comparte con la mujer de un modo muy íntimo, y personal, ya que es un tema que se desconoce en gran parte de la sociedad en cuanto a saber que la mujer puede decidir e informarse sobre un proceso tan importante.

Es muy importante una buena intervención de la EESMOG del centro de salud, para que informe a todas las mujeres en sus consultas sobre la existencia de un plan de parto, donde se explica la oportunidad de vivir de forma activa el proceso del parto, pudiendo decidir aspectos que hasta la fecha no se han casi planteado, por parte de las gerencias de los hospitales en general, ya que si una mujer quiere que la respeten durante su proceso de parto, le es muy complicado encontrar un hospital que pueda ofrecerle estos cuidados por parte de los profesionales sanitarios.

Son los EESMOG quienes tienen la obligación de atender a las mujeres con esa máxima rigurosidad científica, aplicar la medicina basada en la evidencia y no las creencias particulares de cada uno; reciclar sus conocimientos de forma permanente para no equivocarse, ofrecer una atención cuidada y empática. Exigir que atienda un profesional con dicha predisposición es nuestro derecho.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, M.J. (2013). Las madres que dan a luz sin epidural y las que están acompañadas se muestran más satisfechas. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*. Recuperado de <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=c56efd9c-383b-4591-b7e0-26d9677a6de5&Cod=76a3004e-824a-462e-8c92-ee2286ec0aee>.

Almeida, L. (2005). Life values inventory: Um estudo com mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 23. (2), 187-199;

-Amaila, B. (2004). Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México N° 69.

Araújo, L.; Mouta, R. & Progianti, J. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Enfermagem*, 12. (1), 45-49.

Araya, A., Urrutia, M.T. & Cabieses, B. (2006) Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencias enfermería*. vol.12, n.1, pp. 19-27. ISSN 0717-9553. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n1/art03.pdf> .

Arnau Sanchez, J. (2012). *Estudio exploratorio de la humanización en la atención perinatal de la mujer del área I de salud de la Región de Murcia*. (Proyecto de investigación) Recuperado de <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/37001>

-Ballesteros, M.C., Lopez, M.D. & Martinez, R.C., (2012) La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista Científica de enfermería*, N°4 Mayo. ISSN 1989-6409;

-Basevi, V. & Lavender, T. (2008) Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. *Biblioteca Cochrane Plus*, Núm. 4. Recuperado de WWW: <URL: <http://www.update-software.com>.

Berral, M. A.; Burgos, J. A. (2006) *La episiotomía en el primer parto aumenta la severidad del trauma perineal en el segundo*. ISSN: 1697-638X. Recuperado de WWW: <URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n8/208articulo.php>.

Behruzi, R.; Hatem, M.; Fraser, W; Goulet, L.; Ii, M.; Misago, C. (2010). Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*. licensee BioMed Central Ltd. doi:10.1186/1471-2393-10-25.

Bishop, A., (2012) El parto humanizado, un derecho humano de las mujeres. *Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal*. Recuperado de: <http://www.partolibremexico.org/semanamundial/>.

- Bobak, I. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed.). Loures: Lusociência;
- Boletín Oficial del Estado (2009) Núm. 129 Sec. III. Pág. 44700 Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf>.
- Bramall, J. & Towler, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Editorial Masson. (123-166).
- Brunetto, J.I., Ackerl, V., AnnoniII, F., Carreno, I., Hahn, G.V. & Medeiros, C.R. (2006) Las parteras y la atención con el nacimiento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167 vol.59 N°5. Brasília. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500010>.
- Burón, E. & Sánchez, M.S. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. *Revista Matronas Profesión*; 11(2): 64-8.
- Calais-Germain B, Vives N. (2010) La movilidad de la pelvis en el expulsivo. *Revista Matronas Profesión*. 11(1): 18-25.
- Calderón, J., Bravo, J., Albinagorta, R. & Rafael, P. (2008) Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Enero-Marzo, 49-57. ISSN 2304-5124. Recuperado de : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>.
- Canavarro, M.C. (2001) *Psicologia da Gravidez na Maternidade*. 1ª ed.,Quarteto Editora. Pag.407. ISBN 972-8535-77-5, Coimbra.
- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a nascer: Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação* (século XV-1974). Porto: Editora da Universidade do Porto. (145-165).
- Carpenter, D. & Strenbert, H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência-
- Carroli G & Mignini L.(2009) Episiotomía en el parto vaginal. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, Número 1. Art. No.: CD000081. Doi: 10.1002 / 14651858. CD000081.pub2. Recuperado de: <http://www.summaries.cochrane.org/es/CD000081/episiotomia-para-el-parto-vaginal24>.
- Cechin, P.L. (2002). *Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia / Reflections on the rescue of natural delivery during technology era* Fonte 55(4):444-448, Recuperado de: <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=10598&indexSearch=ID>.

- Centres for reviews and dissemination reviewers. (2012) Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update (screening). *Database of Abstracts of reviews of effectiveness*. Issue 1.
- Cluett, E. R., Nikodem, V.C., McCandlish, R.E., Burns, E.E. (2005). Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto. *Biblioteca Cochrane Plus*, N° 4. Recuperado de: <http://www.update-software.com> .
- Cluett, E.R.& Burns, E. (2009) Inmersión en agua para el trabajo de parto y parto *Biblioteca Cochrane Plus*, Número 3. Issue 2 Art no. CD000111. Recuperado de: <http://www.update-software.com> .
- Correia, M. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 16. (3), 350-36.
- Coto, N., Molina, R., Rivera, R. (2009) *Intervención de enfermería obstétrica: estudio de caso*. Pag:1-21 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769002>.
- Coutinho, E. (2004). A experiênciã de ser cuidada na sala de partos. *Millenium*, (30), 29-37.
- Duarte, C.I. (2008) Da expectativa à experiênciã ser cuidado pelos EESMO na sala de partos. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. ISSN 1646-3625. N.º 9 (2008), p. 34-40. Almada.
- Fachada, O. (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais*. 3ªed. Lisboa.
- FAME (2008). Iniciativa al parto normal: Documento de consenso da Federación de Associaçiones de Matronas de España. Barcelona: FAME.
- Fernandez, J.F., (2013) *El naturalismo y el intervencionismo en el parto*. Recuperado de: <http://www.preparacionalparto.net/index.php/Temas-a-Debate/El-naturalismo-y-el-intervencionismo-en-el-parto.html>.
- Fernández J.F. (2014). *Preparación al parto*. Recuperado de: <http://www.preparacionalparto.net/index.php/El-parto/El-movimiento.html>
- Fernandez, F., (2006). *La humanización del parto es una obligación legal*. Recuperado de http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/la_humanizacion_del_parto_es_una_obligacion_legal.asp.
- Ferreira, M.A.G., Pontes, M. & Ferreira, N. (2006) *Cuidar em Enfermagem, percepção dos utentes*. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 (2009) p.358-366. Porto.

- Fraser, W.D., Marcoux, S., Krauss, I., Douglas, J., Goulet, C. & Boulvain, M. (2002) *Multi-center, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia*. Am J Obst Gynecol; 182(5): 1.165-72.
- Freedman, E. (2003). No Turning Back: The History of Feminism and the Future of Women. *Ballantine Books*. ISBN 0-345-45053-1. p. 464.
- Frois, D. & Figueiredo, H. (2004). Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor. Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu.
- García, E., Guillen, D.M. & Acevedo, M., (2010). *Humanismo durante la atención del trabajo de parto*. Pág: 152-154.
- García, M.J. (2008). *Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cultura de los cuidados*. ISSN 1138-1728, pp. 40-47 Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/9868>.
- García, M. J. (2008). Documentos para la historia de las matronas en América: El proceso de fe contra Juana Prudencia Echavarría. *Revista de historia de la Enfermería*, En Híades. Nº 10. Pag. 1007-1044.
- García, A.C. (1996/1997). La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Revista de historia de la Enfermería*, En Híades. nº3-4, pp. 61-82. Sevilla.
- Gasteiz, V., (2010) *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. ISBN: 978-84-457-3090-4. 295 pag. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf> .
- Goberna, J. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Revista Matronas Profesión*. ISSN: 1578-0740. 9:1 5-10. Barcelona.
- Gupta, J. K. & Hofmeyer, G. J. (2008). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. Número 4. Recuperrado de: <http://www.update-software.com> .
- Gutman, L. (2013). *O PODER DO DISCURSO MATERNO: Introducao a metodologia de construcao da biografia humana*. Editora Agora.
- Gynaecol, J. (1995) Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation and management. *American College of Obstetrics and Gynecologists*. Elsevier Vol. 51, Núm. 1; 51: 65-74.
- Hansen, S.L., Clark, S.L. & Foster, J.C. (2002). *Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol 99(1):29-34.

- Hernández, A., & Guardado de la Paz, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1-1.
- Hernández, M.A., García, S.I., Pascual, P.A. & García, G.J., (2005). Actitud activa frente a manejo expectante durante el expulsivo de gestantes usuarias de analgesia epidural. *Revista Matronas Profesional*. 2005; 6(2): 29-33. Barcelona.
- Hespanhol, A. (2008). Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. N.º 24, p.665-670. Porto.
- Jimenez, M. & Perez, A., (2008) El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. *Revista Matronas Profesion*. ISSN: 1578-0740. 9:2 5-11. Barcelona.
- Juste-Pina, A., (2007) Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas com parto vaginal realizado por matronas. *Revista Matronas Profesion*. ISSN: 1578-0740. 8:3-4 (2007) 5-11. Barcelona.
- Kitzinger, S., (2012) *La Nueva Experiencia de Parto*. Hachette. Pág. 272. E-book google. Reino Unido.
- Leininger, M., (1995) - *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*, 2ª ed, McGraw-Hill, College Custom series. New York.
- Leininger, M.,(1998). *Enfermagem transcultural: imperativo da Enfermagem Mundial*. “Enfermagem” nº10, 2ª série, (Abr, Jun), p. 32-36. Lisboa.
- Leininger, M. (1978) *Enfermería transcultural*. ID: 101-780-857. Ed.Wiley. 532 p. ISBN 0471526088.
- Lobo, S. (2010). Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo. *Revista escola enfermagem USP*. Vol.44, nº.3 p. 812-818. ISSN 0080-6234. Brasil.
- Lopes, C., (2009). Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. *Cogitare enfermagem*. 14:3 484-90. America do sul. Recuperado de : <http://ojs.c351.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16178/10697>.
- Loureiro, R. & Ferreira,M., (2007) Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em obstetrícia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. ISSN 1646-3625. N.º8 p. 24-27. Almada.
- Lowdermilk, L. & Perry, S. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7 ed. Loures: Lusodidacta. ISBN -978-989-8075-16-1.

- Martínez, P.C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista: Pensamiento & Gestión* (20) Pags (160-180) ISSN impreso: 1657-6276 ISSN electrónico: 2145-941X.
- McDonald, S. & Middleton, P. (2009) Efecto del momento de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2009. Número 3. Issue 2 Art no. CD004074. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Moore, E. R.; Anderson, G. C. & Bergman, N. (2008) Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 2. Issue 2. Recuperado de URL:<http://www.update-software.com> >.
- Moura, F. A (2007). Humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60:4 pag. 452-455. ISSN 0034-7167.
- Neuza, P. & Peixoto, F., (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores do 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico. *Revista Análise Psicológica em linha*. Vol. 24, nº 2 pag. 247-262. ISSN: 0870-8231. Recuperado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000200010&Ing=pt&nrm=iso
- Odent, M. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. Ob Stare. ISBN 9788493840853.
- Odent, M. (2008). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la Humanidad*. Ob Stare. ISBN 9788493525965. P.52.
- Odent, M. (2009). *Las funciones de los orgasmos: la vía rápida hacia la trascendencia*. Ob Stare. ISBN 978-84-936-2374-6-
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pag.5. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/imagens/contents/reloaded/File/sedenoticias/Nov_2007/CompetEESMO_Final_site.pdf.
- Ordem dos enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Salud Materna y Neonatal, Unidad de la Maternidad Segura, Salud Reproductiva y de la Familia – Asistencia al parto normal: una guía práctico*. pag.54 Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Relatório mundial da saude: Nova conceção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde-
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*. Ginebra.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referència conceptual para enfermería psicodinamica*. Salvat Editores.
- Peplau, H., (1997). *Teoría de las Relaciones Interpersonales*. vol. 10 no. 4 162-167. doi: 10.1177/089431849701000407.
- Portugal, Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1991). *Maternidade: Mitos e realidades*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres.
- Portugal, Ministério de Saúde. (2000). [Em linha]. *Direção Geral de Saúde Web site*. Acedido Dezembro 22, 2013 em <https://www.dgs.pt/>.
- Rabe H., Reynolds, G. & Diaz-Rosello J. (2008). Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros. *Biblioteca Cochrane Plus*, Núm. 4. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Regulamento nº 127/2011 de 18 Fevereiro. Diário da República nº 35 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Reveiz, L., Gaitan, H.G. & Cuervo, L.G. (2008) Enemas durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Issue 3. Recuperado de <http://www.update-software.com>.
- Rocha, I. (2005). *Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação*. Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pag. 99. Recuperado de WWW: <URL.

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-21032007-164206/pt-br.php>>.

Santos, E., Odent, M., Coronado, P., Herráiz, M.A. & Vidart, J.A., (2006). *Premature Rupture of Membranes and Madrid Terrorist Attack*. 33. pp. 341.

Sardo, D. (2005) Outras visões e formas de assistir ao parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625. N.º 6, p.57-59.

Sardo, D. & Marques, R. (2008) Parir em Portugal – Que realidade? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. ISSN 1646-3625. N.º 9, p. 66-68. Almada.

Schneck, A. & Riesco, M.L. (2006). Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol.10, n.º 3 (Jul. 2006), p. 812.818.

SEGO, Sociedad Española de Ginecólogos y Obstetras. <http://www.sego.es/usuarios/login.action?ReturnUrl=%2fpublicaciones%2fprotocolos&> .

Singata, M., Tranmer J. & Gyte G. M. (2010) Restricción de líquidos por vía oral y de ingesta de alimentos durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. Número 1. Issue 1 Art no. CD003930. Recuperado de :<http://www.update-software.com>.

Smith, C.A. (2008) Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus*. Número 4. Issue 3. Recuperado de: <http://www.update-software.com>.

Smyth, R.M., Alldred, S. K. & Markham, C. (2007) Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo. *Biblioteca Cochrane Plus*. Número 3. Issue 4 Art no. CD006167. Recuperado de <http://www.update-software.com>.

Quintana, C., Etxeandia, I., Rico, R., Armendariz, I. & Fernández del Castillo, I., (2010). *Atención al Parto Normal*, ISBN: 978-84-457-3090-4. Recuperado de <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf> .

Salazar A., Valenzuela S., (2009). *Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante el embarazo*. ISSN impreso: 0034-7167 ISSN electrónico: 1984-0446 Pag. 62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019598021>.

Smith, C.A., Collins, C.T., Cyna, A.M. & Crowther, C.A. (2008). *Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto*. ISSN 1745-9990. Recuperado de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003521>.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM & Crowther C.A.(2005) Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4. Recuperado de: <http://www.update-software.com>.

Tsipy (2010). Una guía para la partera de Embarazo y Nacimiento. ISBN: 978-1-60774-243-2 Kindle edition.

Velho, M.B., Oliveira, M.E.& Kotzias E. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira Enfermagem*. 63:4 (2010) 652-659. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

Vivanco, M.L. (2009) Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master*. 1:2 (2009) 275-229. Recuperado de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/32/44>>ISSN: 1989-5305.

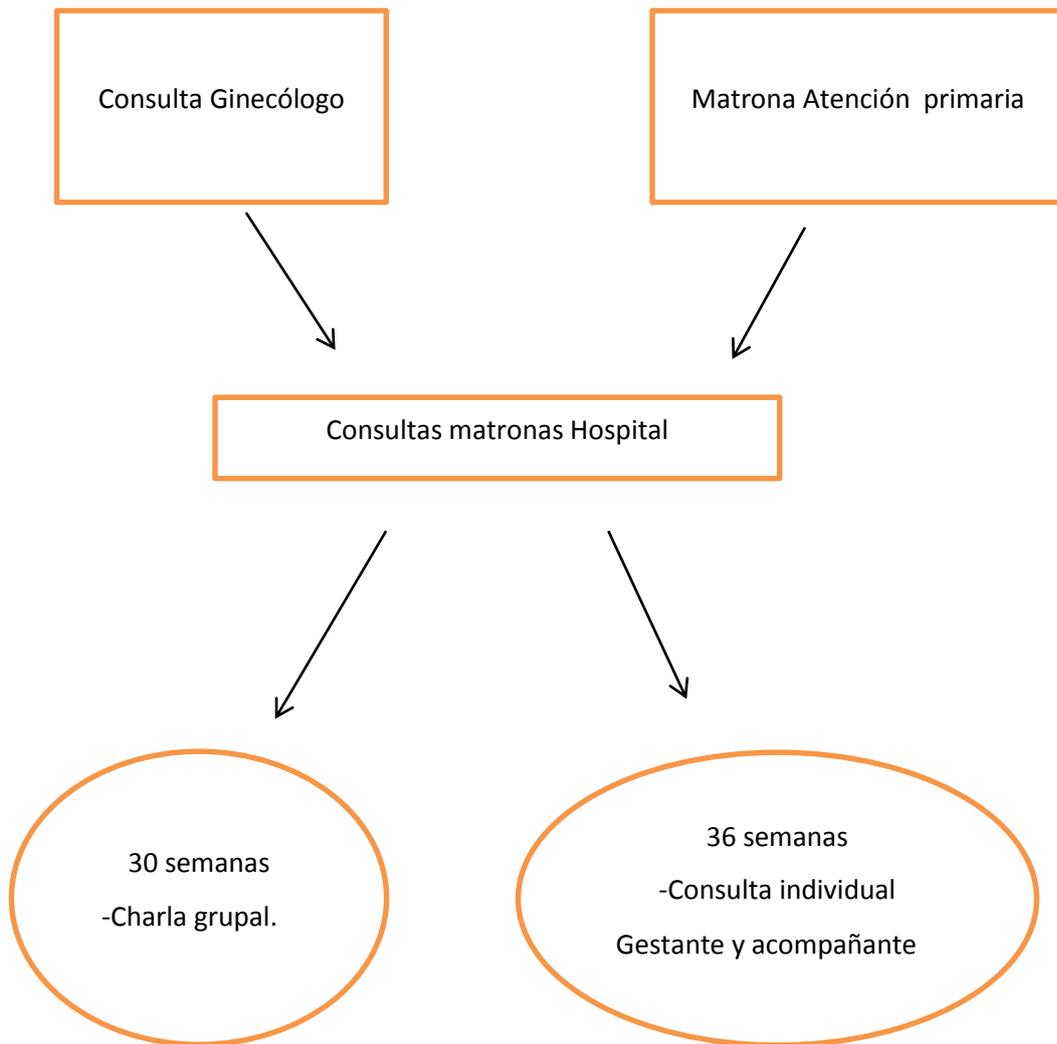
Wilson, M.J.A. (2010). Deambulação no Trabalho de Parto e Via de Parto: Estudo Controlado Aleatorizado de Analgesia Epidural de Dose Elevada Comparativamente a Epidural Móvel. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. . Lisboa. Editora de Publicações, Lda. Vol. XXXIII – Nº 10.

Zighelboim, I. & Suárez, M (1996) *Inducción electiva del trabajo de parto* 104(1):32-47. Recuperado de [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/1996/Enero_Marzo/05.%20Zighelboim%20\(32-47\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/1996/Enero_Marzo/05.%20Zighelboim%20(32-47).pdf).

ANEXOS

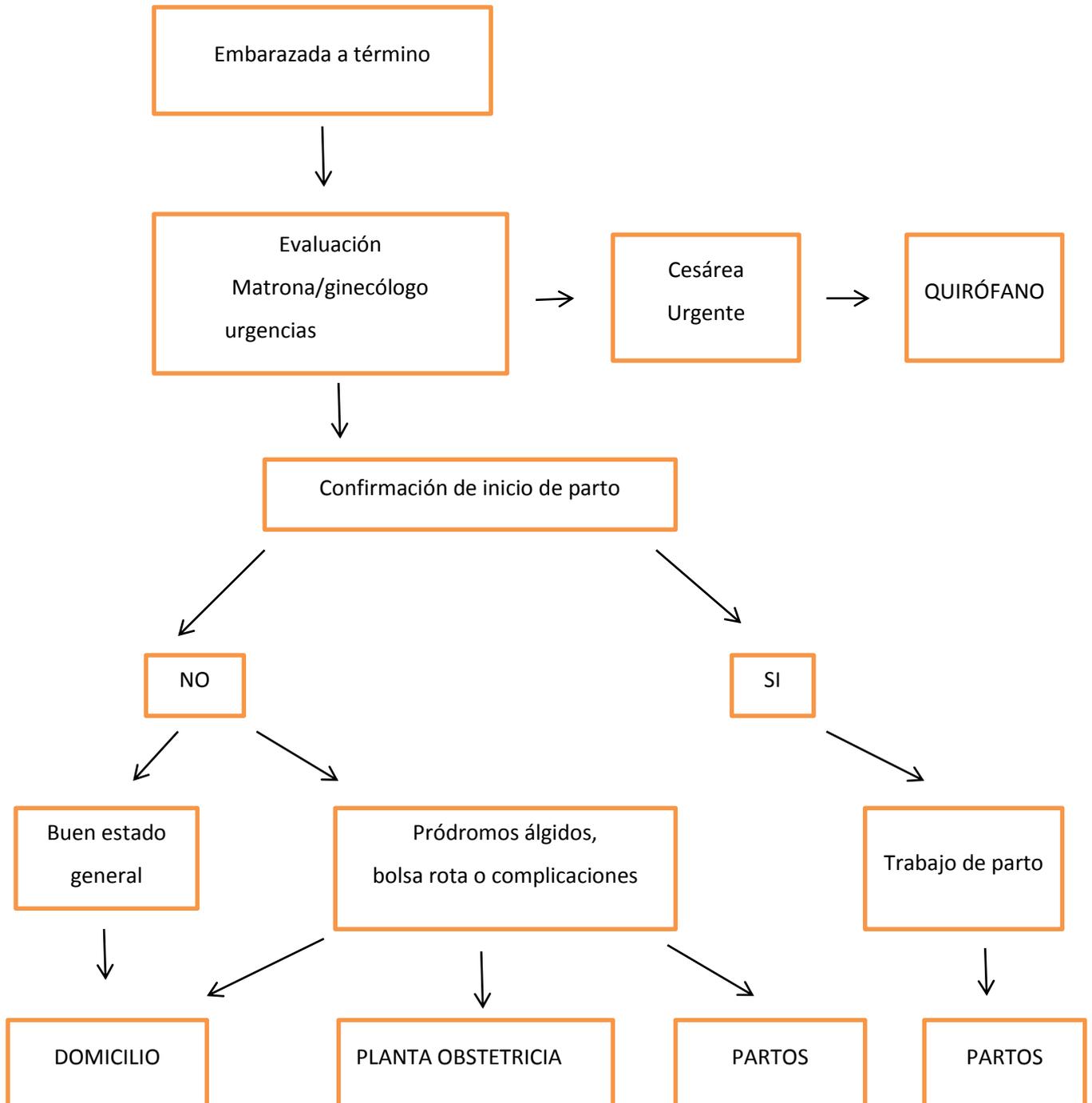
ANEXO 1 - CIRCUITO DE PACIENTES EN EL CONTROL DE EMBARAZO

Diagramas de flujo. Circuito de pacientes en el control de embarazo.



ANEXO 2 - CIRCUITO DE PACIENTES INGRESO

Diagramas de flujo. Circuito de pacientes ingreso



ANEXO 3 - PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

4. PLAN DE PARTO E NACIMENTO



PLAN DE PARTO E NACIMENTO

Este modelo de plan de nacemento será consensado pola matrona, a xestante e a súa parella ou ben a persoa que ela designe no seu caso. Este documento será respectado sempre que o parto transcurra con normalidade. No momento que sexan necesarias outro tipo de intervencións se realizarán sempre informando á xestante e ao seu acompañante.

DATOS DA XESTANTE

PEGATINA

Datos importantes da historia obstétrica

GIIAI
EMBARAZO NORMAL

PREFERENCIAS RELACIONADAS CO ACOMPAÑANTE

- Durante o traballo de parto desexaría estar acompañado por..... **MI PAREJA**
- Durante o parto desexaría estar acompañada só pola matrona e auxiliar de enfermaría.
- Outros.....

PREFERENCIAS RELACIONADAS CO ESPAZO FÍSICO

- Prefiro unha sala de dilatación convencional (como en área cirúrxica).
- Prefiro unha sala de dilatación comfortable (como no fogar).
- Prefiro realizar a dilatación e o parto na mesma sala.
- Prefiro realizar a dilatación nunha sala e o parto no paritorio convencional.

PREFERENCIAS RELACIONADAS COA AUTONOMÍA PERSOAL E A INTIMIDADE

ROUPA

- Prefiro vestir roupa cómoda que eu traia da miña casa.
- Prefiro vestir roupa do hospital.

ALIMENTACIÓN

- Desexo tomar líquidos durante a dilatación (auga, zumes,... non lácteos). **INFUSIONES**
- Desexo manter xaxún durante a dilatación e realizar unha hidratación por unha vía venosa.

MOVIMENTO

- Desexo que me permitan camiñar e adoptar a postura máis cómoda para min durante a dilatación e o parto.
- Non desexo camiñar ou adoptar distintas posturas. Prefiro estar deitada.

INFORMACIÓN

- Recibir información sobre a evolución do meu parto.
- Recibir información de métodos alternativos ao medicamentoso para a dor durante a dilatación.
- Recibir información das posibles intervencións e si é necesario administrar un fármaco ou realizar un procedemento durante o parto.

OUTROS

- Posibilidade de escoitar música podendo traer a que eu prefira.
- Posibilidade de graduar a intensidade da luz.

Suxerencias.....

SOBRE OS CUIDADOS DURANTE O TRABALLO DE PARTO*MONITORIZACION*

Sempre que sexa posible (estado fetal, desarrollo do parto, sobrecarga da unidade,...) poderase escoller entre:

- Monitorización continua
- Monitorización discontinua

VÍA VENOSA

- NON desexo que se me canalice unha vena, só se é necesario.
- Aceptaría unha vía heparinizada.

ALIVIO DA DOR

- Non desexo epidural. Gustaríame aliviar a dor con métodos alternativos:
 - Utilizar a pelota ✓
 - Utilizar a bañeira ✓
 - Adoptar posturas que me alivien a dor ✓
 - Masaxes ✓
 - Relaxación ✓
 - Inxección subcutánea de soro en rombo de Michaelis
 - Outros:
- De entrada non desexo epidural. Prefiro empezar con métodos alternativos, pero non descarto o seu uso.
 - Gustaríame que me puxesen a epidural o antes posible.
 - Gustaríame decidir o método de alivio da dor no momento do parto.

RASURADO

- Desexo **non** ser rasurada.
- Desexo ser rasurada si na zona vou levar algún punto de sutura.

LAVATIVA

- NO** → Desexo poñela por motivos persoais.
- NON** desexo poñela.

ALIVIO EMOCIONAL

- Desexo utilizar Flores de Bach si a matrona o considera oportuno.
- NON** desexo utilizalas.

SOBRE O EXPULSIVO*PUXOS*

- Desexo que a matrona dirixa os meus puxos.
- Desexo facelos libremente.
- Desexo decidilo no momento do expulsivo.

A POSTURA

- Desexo adoptar a postura mais cómoda para min nese momento.
- Desexo ter un parto en postura:
 - Sentada
 - En cuclillas ✓
 - A catro patas
 - En decúbito lateral (de lado)
 - Outras..... **BANERA**

ADEMAIS DESEXO

- Tomar fotos ou video do nacemento.
- Ver a cabeza do bebé por un espello para ver a súa saída.
- Poder tocar a cabeza do bebé cando este a punto de saír.
- Poder sacar ao bebé coas miñas mans na medida do posible.
- Outros.....

EPISIOTOMÍA

- Non** desexo episiotomía a menos que sexa imprescindible, comprendo que os desgarros de 3º e 4º grao non se diminúen co uso da episiotomía.

PINZAMENTO DO CORDÓN UMBILICAL

- Desexo que sexa tardío.
- Desexo que sexa precoz.
- Gustaríame que a miña parella puidese cortar o cordón.

DOAZÓN DE SANGUE DE CORDÓN

- SÍ (SI É POSSIBLE)
 NON

CONTACTO PRECOZ

- Que tras a saída do bebé poñelo enriba da barriga pel con pel.
 Que tras a saída o leven ao berce térmico.
 Que tras a saída o poñan pel con pel coa miña parella.

En caso de cesárea e sempre que sexa posible desexo:

- Ter pel con pel ao meu bebé.
 Que mentres non poida ser así o poida poñer pel con pel a miña parella.
 Prefiro que esté no berce térmico aínda que acompañado dun familiar.

ALIMENTACIÓN DO BEBÉ

- Desexo lactación materna.
 Desexo lactación artificial.

COIDADOS INICIAIS DO RECIÉN NACIDO*COIDADOS DOS OLLOS*

- Desexo que **NON** se lle administre a pomada.
 Desexo que se lle administre a pomada.

A Asociación Española de Pediatría recomenda a administración de pomadas ou colirios antibióticos de forma habitual a todos os neonatos (tanto si o parto é vaxinal como por cesárea) para previr a oftalmía neonatal.

VITAMINA K

- Desexo administrarlle de forma oral, administrando as dosis recomendadas.
 Desexo que se lle poña intramuscular.
 NON desexo que se lle administre a vitamina K

A Asociación Española de Pediatría recomenda a aplicación dunha dosis única de vitamina K (1 mg) intramuscular para previr a enfermidade hemorráxica do recém nado (EHRN).

O uso de vitamina K oral, xa sea cunha dosis única ou en múltiples dosis, sigue en investigación, non tendo ata o momento estudos aleatorios con resultados concluíntes con respecto ós seus efectos en relación coa EHRN. Se os pais non desexan a pauta intramuscular, recoméndase a seguinte pauta oral, que ata agora mostrouse como a máis eficaz: 2 mg de vitamina K oral ó nacemento, dose única se lactancia artificial; nos alimentados ó peito total ou parcialmente, administrárase 1 mg oral semanalmente ata a 12ª semana.

VACINA HEPATITIS B

- Desexo que se lle poña nas primeiras 24 horas de vida segundo indica o calendario de vacinación galego.
- NON** desexo que se administre ningún tipo de vacinas

PERMANENCIA DO BEBE- NAI

- Desexo que a administración da pomada e a vitamina k se realice sen separar ao bebé de min.
- Non desexo que se realice diante de min a administración de vitamina k e de pomada oftálmica.

OUTROS COIDADOS SOBRE O BEBÉ

Desexo: _____

Eu.....e a miña parella..... damos o noso consentimento para que a min, nai , como ao recién nacido se nos apliquen os coidados citados neste plan de parto.

Así mesmo, manifestamos que a matrona/obstetra...MIRIAM SERANTES Fdez... deunos información sobre estes procedementos, que puidemos facer as preguntas que nos pareceron oportunas e nos aclararon as dúbidas que tiñamos ao respecto. Finalmente informáronnos de que, en caso de que haxa perigo para o noso fillo ou para min, a nai, os profesionais aplicarán as medidas que consideren convenientes e nos informarán da situación.

NAI


PARELLA


PROFESIONAL SANITARIO


VILAGARCÍA A..... DE..... DE 20 13.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

História Clínica de Enfermería

Datos Biográficos

Mujer

Nombre preferido – *Maria*.

Edad – *33 años*

Ocupación Profesional – *Licenciada en Psicología*

Estado Civil – *Vive en pareja, pero no están casados.*

Procedencia/raza - *Caucasiana*

Hombre

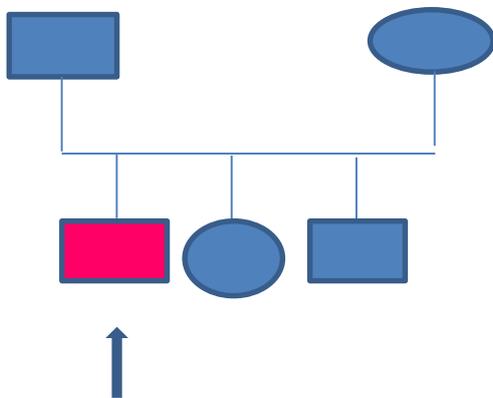
Nombre preferido- *Juan*

Edad – *35 años*

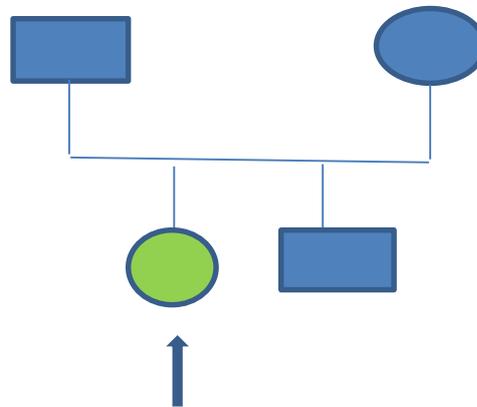
Ocupación profesional – *Diplomado en Fisioterapia*

Genograma Familiar

FAMILIA MATERNA



FAMILIA PATERNA



Mujer

MGT / 1981

Licenciada en Psicología

Hombre

JGM / 1979

Diplomado en Fisioterapia



Antecedentes de Salud

Antecedentes personales

Patologías anteriores y cirugías : *Adenoidectomía en la infancia. Bronquitis en dos ocasiones con 1 año de edad, sin relación a alergias, y sin mayor importancia.*

História de Alergias – *desconoce cualquier tipo de alergia.*

Consumo habitual de medicamentos u otros (tabaco, drogas, otras sustancias): *Ácido Fólico 1 compr.al día. Niega consumo de otras sustancias*

Situación actual de salud

Sana. Refiere no haber padecido ninguna patología importante.

Tuvo un aborto previo dos años antes de esta gestación.

Patologías durante el embarazo: *no padece.*

Calendario de vacunación actualizado.

Grupo sanguíneo: A Rh +.

Antecedentes Familiares

Madre con Insuficiencia cardiaca desde los 55 años, a tratamiento.

Padre con HTA a tratamiento, sin complicaciones.

Los padres de su pareja no padecen ninguna enfermedad.

Anomalías Congénitas: *desconoce que existan en ambas familias.*

Proceso del Sistema Respiratorio

Respiración – *18 ciclos por minuto, regular, torácica y profunda.*

Proceso del Sistema Circulatorio

- TA Valores – *130/74 mmHg (al ingreso)*

Condiciones de Evaluación: *en reposo, en posición sentada, en el brazo superior izquierdo.*

- Pulso - *68 lat/min, pulso periférico, rítmico, de amplitud normal.*

Proceso del Sistema Reprodutor/Proceso Sexual

Disfunciones o existencia de alteraciones: *No padece.*

Tiene conocimientos sobre sexualidad en el embarazo, adquiridos en las aulas de Preparación para la Parentalidad, libros que le recomendó su matrona del CS, y en Internet (blogs de matronas)

Menarquia: a los 13 años, refiere ciclos regulares, porque siempre había utilizado contraceptivos, con flujo de tres días, cambiando 3 pensos diarios, con dismenorrea que la paciente clasifica de 2 en la escala numérica.

Paridad: Gestaciones - G2 Abortos - A1

- Edad Gestacional - 41 semanas y 4 días
- FPP - 29 de Junio de 2013 (Regla de Nägele)
- Feto - único
- Vigilancia - Bien vigilada, de acuerdo con esquema recomendado DGS, en obstetra del HS y por la Enfermera especialista del área del Salnés del CS San Roque (Curso de Preparación para la Parentalidad) y consultas individuales durante el embarazo.
- Tiene una analítica realizada en el último mes, con resultados normales, evolución normal del embarazo con sus ecografías realizadas y con resultado normal, y resultado de *Estreptococo B* realizado hace 2 semanas siendo negativo.

Patrón Alimentario e Ingesta de Líquidos

Datos Antropométricos

- Peso - 70 kg Altura - 1,63 m
- Variación de Peso - 14 kg

Ingesta de alimentos

- 6 comidas/día (desayuno, 1/2 mañana, comida, merienda, cena, 24 h); esencialmente cocidos y a la plancha; (Nota: inmune a la toxoplasmosis). Le gusta más el pescado a la carne (3 veces por semana toma pescado, y dos veces por semana come carne roja de vaca). Toma mucha sopa y ensaladas templadas (todos los días). Niega intolerancias alimentarias. Bebe leche de soja (2 vasos/día)

Ingesta de líquidos

- Refiere beber cerca de 1,5L a 2L/agua/día.

Patrón de Eliminación

- Intestinal

Frecuencia: diario

Características: heces moldadas, de coloración castaño oscuro, con olor suigeneris.

- Urinario

Frecuencia: 5 veces al día

Características: *orina clara y limpia, olor suigeneris.*

Alteraciones de la Eliminación vesical (infecciones, incontinencias...): *niega*

Patrón del Sueño

Sueño – *refiere dormir cerca de 8h/noche. Niega insomnio. No duerme después de comer la siesta, pero si descansa 1 h en el sofá. Lo que refiere es soñar muchas veces con su bebé.*

Proceso del sistema nervioso/percepción

Presencia de dolor: *con cada contracción, refiere dolor, que llega a 8 en la escala, y que nos explica que intentará aguantar ya que es un dolor positivo que acompaña a la contracción e intentará no solicitar analgesia epidural, buscando un parto normal, sin complicaciones.*

Visión: *fue hace dos meses al oftalmólogo por control rutinario, utilizando la escala optométrica de Snellen, verificando que ve bien las letras, dentro de la normalidad.*

Audición: *tuvo que realizar una renovación de carnet de conducir, teniendo que pasar una serie de pruebas en las que se encuentra la audiometría, en la que le dijeron que no tenía pérdida ninguna de audición, distinguiendo perfectamente agudos y graves.*

Tacto: *discriminación intacta bilateralmente de las manos, identifica bien puntos y objetos.*

Olfato: *nunca realizó ningún estudio relacionado con el olfato, pero refiere tenerlo muy desarrollado.*

Paladar: *nunca realizó ningún estudio pero refiere distinguir muy bien, dulces, picantes y amargos.*

Cinestesia: *mantiene buen equilibrio, reconoce capacidad espacial del cuerpo, posición, orientación..*

Termorregulación

Temperatura: *36,8°C al ingreso.*

Proceso del sistema tegumentario

Cabeza

Simétrica, con movimientos completos. Cabello moreno, limpio y cuidado. Coloración natural y distribución del color uniforme.

Ojos y parpados: *Ojos simétricos, en la línea del topo de las orejas. Conjuntivas rosadas y húmedas. Pupilas simétricas y reactivas a la luz. Pestañeo de forma simétrica e involuntaria.*

Nariz: *narinas simétricas, de tamaño medio. No lesiones externas (no desvío de septo) visibles, ni refiere patología alguna la paciente.*

Oídos: *pabellones auriculares simétricos, sin lesiones visuales, ni secreciones externas.*

Boca: *labios simétricos, lisos, húmedos y sin lesiones. Encías rosadas y húmedas, sin signos inflamatorios. En cuanto a la dentición, podemos observar una dentadura limpia, blanca. La mujer refiere no tener ningún empaste.*

Tronco

Cuello: *simétrico en posición vertical. No refiere limitaciones al movimiento ni nódulos linfáticos.*

Tórax: *simétrico, espacios intercostales relajados y al mismo nivel. Visualmente no tiene deformidades. Piel íntegra y sin cicatrices.*

Mamas: *no dolorosas y simétricas, a la palpación no se aprecian nódulos, ni se palpa ningún tipo de masa. No lesiones visuales en la piel. Tamaño de las mamas acorde con edad gestacional. Pezones umbilicados. Tiene pensado amamantar a su hijo.*

Abdomen: *No presenta estrías, ni celulitis.*

Genitales

Tras observación, no se perciben alteraciones en su estructura anatómica, distribución del pelo compatible con el sexo y la edad. Presenta moderada secreción vaginal normal con restos del tapón mucoso, olor suigeneris, correspondiente a la situación de parto que está viviendo. No refiere picor.

Región anal con una pequeña hemorroide, que nunca le ha dado complicaciones. La mujer refiere no saber de su existencia.

Miembros

Superiores: *Brazos de tamaño medio y movimientos simétricos. No presenta lesiones en la piel. Color rosado normal. Uñas rosadas, cuidadas (limpias y cortas).*

Inferiores: *Piernas de tamaño medio y movimientos simétricos. No presenta signos de mala vascularización, ni lesiones cutáneas.*

Proceso Psicológico

Estado mental: *Mujer orientada, en espacio y tiempo. Utiliza buen vocabulario, se expresa bien. Se nota al dialogar con ella, la cantidad de información retenida sobre el proceso que está viviendo del parto. Alegre, se percibe paz y armonía entre la pareja. Se percibe al dialogar con los dos, que tienen una mente sana, ya que en ningún momento refieren pensamientos negativos.*

Las expectativas que tiene esta familia sobre el parto son poder disfrutar del proceso con armonía, tranquilidad, intimidad y sobre todo respeto. En su plan de parto refleja su interés de no ser intervenida medicamente, a no ser que sea estrictamente necesario, le gustaría poder vivir este proceso desde la idea de que cada mujer es diferente, cada niño es diferente y por ello es muy importante respetar el tiempo que necesite para dilatar y parir. No quiere que se le administre un enema, ni ser rasurada en la zona, no quiere que se le coloque una vía venosa periférica sin necesidad, desea tener libertad de movimientos en todo momento, y le encantaría poder parir en la bañera.

Proceso Familiar

La mujer ha referido anteriormente la disputa familiar, por tomar la decisión de parir en el HS, y de donde ya hubo problemas en meses anteriores donde la pareja se planteaba parir en su domicilio. Por el resto la relación es normal.

Proceso Social

Se percibe una pareja tranquila, a la que le gusta razonar cuando habla. Se relaciona mucho con asociaciones de madres que se ayudan entre ellas con cualquier problema maternal, sobre todo de lactancia.

Conocimientos sobre el proceso

Curso de Preparación para la Parentalidad – *Si, en el CS San Roque.*

Conocimiento sobre analgesia – *Si*

Conocimiento sobre Puerpério – *Si*

Conocimiento sobre TP e Parto – *Si*

Fuentes de Información – *internet, revistas y matrona.*

Conocimiento sobre anticonceptivos pós-parto – *No*

Conocimiento sobre Lactancia Materna – *Si*

Práctica de ejercicio físico: *Pilates y Yoga*

APÊNDICE 2 - PLAN DE CUIDADOS

Plan de Cuidados de María

En el parto

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad, riesgo de [relacionada con el parto/proceso natural].

- Ofrecer intimidad, respetar los tiempos que esta mujer y su hijo necesitan para que el proceso pueda desarrollarse normalmente.
- Explicar la importancia de movimiento durante la dilatación. Explicar posturas que le ayudan a ella y a su bebe.
- Valorar a la mujer (sin tactos vaginales) cada media hora.
- Informar de cada situación durante el.
- Realizar un tacto vaginal y explicar a la mujer la situación en la que está su cérvix, de manera clara que pueda entender, y que ella esté segura de lo proceso que está ocurriendo.
- Promover la intimidad dentro de la sala de dilatación/paritorio.
- Sentimiento de seguridad y confianza con la EESMOG.
- No separar al bebé de su madre en ningún momento, ni en las cesáreas. (Sólo en caso de anestesia general)

Diagnóstico de enfermería: Dolor, riesgo de [relacionado con contracciones uterinas].

- Informar sobre el desarrollo del cuello uterino durante el proceso del parto.
- Enseñar métodos alternativos no farmacológicos para el alivio del dolor pretendidos por la mujer.
- Explicar la importancia de realizar ciertas posturas que mejoran el dolor de las contracciones y ayudan a facilitar el proceso.
- Explicar la importancia del relajamiento
- Acompañar a la mujer/familia durante el proceso explicándole beneficios que le ayudarán a tener un parto mejor llevado.

Diagnóstico de enfermería: Confort, nivel esperado.

- Facilitar la deambulaci3n
- Ofrecer líquidos/infusiones
- Ofrecer musicoterapia escogida por la mujer/ conviviente significativo.
- Ofrecer luz tenue (velas, disminuci3n de la intensidad)

Diagn3stico de enfermería: Bienestar [fetal] nivel esperado.

-Monitorización intermitente de los latidos fetales.

En el parto

Diagnóstico de enfermería: Dolor, riesgo de [parto]

-Enseñar posturas que ayuden a la fase de expulsión del feto y disminuya el dolor.

Diagnóstico de enfermería: Pérdida sanguínea, riesgo de [relacionada con el proceso de alumbramiento]

- Identificar signos/síntomas patológicos durante el puerperio.

-Valorar constantes vitales.

-Valorar sangrado uterino.

Diagnóstico de enfermería: Vinculación, potencial para el desenvolvimiento

-Dejar que el padre/madre del RN pueda cortar el cordón umbilical.

-Realizar piel con piel nada más nacer el bebé y comenzar la LM en la primera media hora.

En el puerperio

Diagnóstico de enfermería: Infección, riesgo de [relacionado con laceraciones].

-Vigilancia térmica tras el parto y signos y síntomas de infección.

-Vigilar síntomas de hemorragia.

Diagnóstico de enfermería: Pérdida sanguínea, riesgo de [relacionado con loquios del proceso].

-Vigilar loquios.

-Enseñar evolución normal en cuanto a color y cantidad de los loquios.

-Vigilar involución uterina cada día.

-Explicar a la puérpera la importancia de la lactancia materna en relación a la involución uterina.

-Vigilar sangrado vaginal (loquios).

Diagnóstico de enfermería: Conocimiento sobre [higiene perineal y mama], potencial para el desenvolvimiento

-Informar y enseñar sobre autocuidado en el periodo posparto sobre higiene perineal.

-Informar sobre los cuidados de la mama.

Diagnóstico de enfermería: Amamantar presente.

- Propiciar el contacto piel con piel*
- Enseñar conocimientos sobre lactancia materna*
- Enseñar conocimientos sobre técnicas de amamantar, sobre prevención de maceración y sobre complicaciones del ingurgitamiento mamario.*
- Ayuda constante en la lactancia materna. (Vigilar mamas)*

En el recién Nacido

Diagnóstico de enfermería: Bienestar fetal, riesgo de

- Valoración del índice de APGAR*
- Permeabilidad de las vías aéreas superiores*
- Medidas preventivas de pérdida de calor*

Diagnóstico de enfermería: Desarrollo infantil alterado, riesgo de (relacionado con la no evacuación).

- Vigilancia de la primera evacuación*
- Explicar a los padres la importancia de la primera evacuación.*

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección (relacionado con el cordón umbilical).

- Vigilancia de las características del cordón umbilical.*
- Enseñar signos y síntomas de infección.*

Diagnóstico de enfermería: Mamar presente.

- Asistir a la mamada*
- Vigilar la posición de la boca.*