

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

Relato de Práticas de Natureza Profissional

Parto respetado: Aportación del Plan de Parto y Nacimiento para la mujer/pareja.

Eva Taboada González



Viana do Castelo, octubre de 2018

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

Relato de Práticas de Natureza Profissional

Parto respetado: Aportación del Plan de Parto y Nacimiento para la mujer/pareja.

Relato presentado a la Escuela Superior de Salud de Viana do Castelo para la obtención del Grado de Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia, respaldado por el Despacho N.º 345/2012 del DR, 2.ª serie N.º 8 de 11 de janeiro de 2012

Eva Taboada González

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, octubre de 2018

González, E.T. (2018). *Relato de Prácticas De Naturaleza Profesional: Parto respetado: Aportación del Plan de Parto y Nacimiento para la mujer/pareja*. Viana do Castelo: Relato final de Prácticas de Naturaleza Profesional del Máster de en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia, Escuela Superior de Salud, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Descriptores: TRABAJO DE PARTO, ENFERMERÍA OBSTÉTRICA; PARTO HUMANIZADO, EDUCACIÓN PRENATAL.

*Aprende a respetar el sagrado momento de un nacimiento,
algo tan frágil, tan fugaz y tan exclusivo como el amanecer.*

Frederick Leboyer.

AGRADECIMIENTOS

Un sincero agradecimiento a la profesora María Augusta Moreno Delgado da Torre por toda la ayuda prestada durante la elaboración de este relato y por todo el empeño y disponibilidad demostrados, siempre dispuesta a ayudar en lo que le fuese necesario. También agradezco al equipo de matronas del Hospital do Salnés por haberme dado la oportunidad de poder realizar una parte de mi formación con ellas, por las facilidades dadas y por el apoyo prestado. Del mismo modo, agradezco esta oportunidad al servicio del bloque de partos del Hospital de Faro donde se me ha facilitado la realización de la última parte de mi formación clínica, en especial a mi tutor durante este período el enfermero especialista en salud materna y obstetricia Pedro Miguel Dos Santos Mendes por su constancia, implicación y dedicación. Por último, quiero agradecer a mi familia y a mis amigos por sus ánimos y por su confianza en mí.

A mi abuelo por sus enseñanzas de vida,
por su cariño y admiración.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	15
PARTE I - PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL, FORMACIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA.....	17
1- CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL ..	19
1.1 - Caracterización del Bloque de Partos del Hospital del Salnés.....	21
1.2- Caracterización del Bloque de Partos del Hospital de Faro.....	25
2 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, ADQUISICIÓN Y DESENVOLVIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.....	29
2.1- Presupuestos teóricos de enfermería orientadores de la práctica clínica.....	29
2.1.1 - <i>Teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Elizabeth Peplau.....</i>	<i>29</i>
2.1.2- <i>Teoría de cuidados transculturales de Madeleine Leininger.</i>	<i>33</i>
2.2- Prestación de cuidados de enfermería especializados a la mujer inserida en la familia durante el trabajo de parto.	39
2.2.1- <i>Período De Dilatación.....</i>	<i>41</i>
2.2.2- <i>Período Expulsivo.....</i>	<i>61</i>
2.2.3- <i>Período De Alumbramiento.....</i>	<i>70</i>
2.2.4 - <i>Período De Puerperio Inmediato.....</i>	<i>74</i>
2.3 - Cuidados inmediatos especializados de enfermería al recién nacido en su optimización a la vida extrauterina.	78
3 - REFLEXIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS A LA MUJER Y RECIÉN NACIDO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.	85
PARTE II - INTERVENCIÓN: PARTO RESPETADO: APORTACIÓN DEL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO PARA LA MUJER/PAREJA.	97
1- CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA	99
1.1 - Plan de parto y nacimiento.....	99
1.2 - Intervención del enfermero especialista en salud materna y obstetricia.....	103
2. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN:.....	107
2.1 - Problemática, justificación y objetivos.....	107
2.2 - Participantes.....	110
2.3 - Procedimientos de intervención.	111
2.3.1 - <i>Reunión individual sobre el plan de parto.</i>	<i>112</i>
2.3.2- <i>Consideraciones éticas.....</i>	<i>112</i>
2.3.3 - <i>Descripción y presentación de resultados de la intervención durante el Trabajo de parto.</i>	<i>113</i>

2.3.4 - Encuesta a las parejas sobre su Trabajo de Parto y resultados.....	118
3 - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	121
CONSIDERACIONES FINALES.....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
ANEXOS Y APÉNDICES	CXXXVII
ANEXO I: PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO	CXXXIX
ANEXO II: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD COMO CASO CLÍNICO/SERIES DE CASOS	CXLIV
APÉNDICE I: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	CXLVII

RESUMEN

Introducción: Las intervenciones dirigidas a la prestación de cuidados a la mujer, integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto y la prestación de cuidados inmediatos al recién nacido exigen competencias del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia que requieren un alto grado exigencia a nivel formativo, científico y práctico.

Objetivos: Adquirir competencias para el ejercicio de la especialidad de enfermería en salud materna ginecológica y obstetricia, preconizadas por la Orden dos Enfermeros, cumplir los requisitos establecidos en la Directiva nº 80/155/CEE en lo que concierne a la formación del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia por la comunidad Europea, la obtención del grado de Mestre en enfermería de salud materna y obstetricia. Dar a conocer el Plan de parto y nacimiento, el proceso de atención al parto basado en el mismo e identificar el grado de satisfacción, la aportación de este documento para las parejas y si este cumple sus expectativas.

Metodología: Prácticas en contexto hospitalario con la prestación de cuidados a la mujer/acompañante durante el trabajo de parto, sustentados en la teoría de enfermería de relaciones interpersonales de Peplau y la teoría de cuidados transculturales de Leninger; y la realización de una intervención basada en la asistencia durante la elaboración del plan de parto y nacimiento, la prestación de cuidados durante el trabajo de parto basado en este documento y entrega de una encuesta de satisfacción a las parejas.

Resultados: Fueron realizadas vigilancias y prestación de cuidados prenatales, a parturientes, puérperas y RN saludables. También fueron realizados partos eutócicos y se colaboró en partos distócicos en correspondencia con las exigencias del Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.

Conclusión: Las prácticas de naturaleza profesional permitieron conocimientos y el desenvolvimiento de competencias en cuidados especializados en el área de la salud materna y obstetricia. El plan de parto pone de manifiesto que es necesario una atención basada en el parto respetado, involucrando a la mujer/acompañante en todo el proceso y alejándolo del exceso de intervencionismo.

Descriptores: TRABAJO DE PARTO, ENFERMERÍA OBSTÉTRICA; PARTO HUMANIZADO, EDUCACIÓN PRENATAL.

ABSTRAT

Introduction: Interventions aimed at providing care to women, integrated in the family and community during labor and the provision of immediate care to the newborn, require competencies of the Maternal and Obstetrics Health Specialist Nurse, and they require a high level of demand at a formative, scientific and practical level.

Objectives: Acquire competences for the practice of the nursing specialty in gynecological and obstetric maternal health, recommended by the Order of Nurses, meet the requirements set out in Directive No. 80/155 / EEC as regards the formation of the nursing speciality in gynecological and obstetric maternal health by the European Community, obtaining a Máster's degree in maternal and obstetric health nursing, publicize the Birth and Birth Plan, the process of birth care and identify the extent of satisfaction and the contribution of this document for couples and if it meets their expectations.

Methodology: Practices in the hospital context with the provision of care to the woman/companion during labor, based on the theory of nursing of interpersonal relationships of Peplau and the theory of transcultural care of Leninger; and the realization of an intervention based on assistance during the preparation of the birth and birth plan, the provision of care during labor based on this document and delivery of a satisfaction survey to couples. Surveillance and provision of prenatal care were delivered to parturients, to puerperal women and to healthy Rns. They were also performed eutócics births, and collaborated in dystocic births, in correspondence with the demands of the nursing specialty in gynecological and obstetric maternal health.

Conclusion: The PNP allowed the knowledge and the development of skills in specialized care in the area of maternal health and obstetrics. The delivery plan shows that there is a need for care based on respected delivery, involving the woman/companion in the whole process and moving away from the excess of interventionism.

Descriptors: LABOR, OBSTETRIC NURSING, HUMANIZED DELIVERY, PRENATAL EDUCATION.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACOG - The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

AEP - Asociación Española de Pediatría.

BP - Bloque de Partos.

CTG - Cardiotocografía.

EESMO - Enfermero Especialista en Salud Materna y Obstetricia.

EGB - Estreptococo del Grupo B.

EHRN - Síndrome de Hemorragia del RN.

EOXI - Estructura organizativa de gestión integrada.

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España.

FCF - Frecuencia cardiaca fetal.

FIGO - Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

HPP - Hemorragia post parto.

HS - Hospital do Salnés.

LM- Lactancia Materna.

MESMO- Máster en enfermería de salud materna y obstetricia.

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence.

OE - Orden dos Enfermeros.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

PNP - Prácticas de Naturaleza Profesional.

PPN - Plan de parto y nacimiento.

RCTG - Registro cardiotocográfico.

RhD - Glóbulos rojos Rhesus D.

RN - Recién Nacido.

RPM - Rotura prematura de Membranas.

SEGO - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

SERGAS - Servicio Gallego de Salud.

TA - Tensión Arterial.

TCC - Tracción Controlada del Cordón.

TP - Trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN.

Las prácticas de naturaleza profesional (PNP) son las últimas prácticas en la formación y un paso más en la transición como enfermera especialista en salud materna y obstétrica (EESMO). Este período de prácticas permite obtener mayor dominio en las competencias específicas del EESMO orientando las intervenciones, la toma de decisiones, puesta en práctica y desenvolvimiento de los conocimientos adquiridos, al igual que el perfeccionamiento y personalización de la práctica profesional.

Los objetivos de estas prácticas son: Desarrollar las competencias recogidas en el “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE,2011), cumplir los requisitos establecidos por la Unión Europea en lo que concierne a la formación de especialistas de enfermería en salud materna ginecológica y obstétrica (Directiva 2013/55/UE) y la obtención del grado de Mestre en enfermería de salud materna y obstetricia (Decreto-Ley n.º 107/2008).

Este período de prácticas se ha realizado en dos contextos hospitalarios: La primera parte en el bloque de partos del hospital del Salnés, la decisión de realizarlas en este hospital se debe a sus características asistenciales, donde siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica como principio asistencial se procura en todo momento el parto respetado, por ello ha sido escogido por el servicio gallego de salud (SERGAS) como centro de referencia del parto de baja intervención y es el único de Galicia acreditado como centro con iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia (IHAN). La segunda parte de las PNP fue realizada en el bloque de partos del hospital de Faro, la decisión de realizarlas en este hospital se ha debido a que su servicio de obstetricia es de referencia en el sur de Portugal, con un amplio número de partos anuales, al que en el 2014 se le otorga el certificado de calidad nivel de BOM y que alcanzó en 2017 el nivel de excelencia Clínica II no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde.

Durante las prácticas se prestaron cuidados a la mujer/acompañante durante todas las fases del trabajo de parto (TP), así como cuidados inmediatos al recién nacido (RN). En este período de tiempo se han realizado 57 vigilancias y prestación de cuidados prenatales, se han efectuado 41 vigilancias y prestación de cuidados a embarazadas en situación de riesgo (durante y después del parto), se ha realizado la vigilancia y prestado cuidado a 121

parturientes saludables, a 114 puérperas y a 87 RN saludables; fueron realizados un total de 44 partos eutócicos y se ha colaborado en 23 partos distócicos.

Todos los cuidados prestados han sido sustentados en la teoría de enfermería de relaciones interpersonales de H. Peplau y la teoría de cuidados transculturales de M. Leininger. Como intervención fue realizado un seguimiento sobre la aplicación del plan de parto y nacimiento, mediante el seguimiento de un grupo de 6 parejas en el Hospital del Salnés donde se trabaja con este documento. La intervención se inicia con la elaboración del plan de parto y nacimiento, continúa con la prestación de cuidados durante el trabajo de parto según lo recogido en el documento, realizando las modificaciones necesarias propuestas por la gestante/acompañante o requeridas por la situación clínica bajo consentimiento informado y, finaliza con la recogida de una encuesta sobre la aportación de este documento, la satisfacción de las parejas y si este cumple con sus expectativas.

El desarrollo de este relato se divide en dos partes: En la primera parte se contextualizan las PNP, se caracterizan los contextos donde han sido realizadas, se exponen los presupuestos teóricos orientadores de la práctica clínica, la teoría de cuidados interculturales de H. Peplau y la teoría de cuidados interculturales de M. Leininger; se realiza un abordaje teórico sobre las recomendaciones de la evidencia científica en cuanto a las intervenciones asistenciales en las diferentes etapas del trabajo de parto y cuidados inmediatos al RN y se realiza una exposición reflexiva de los cuidados prestados a la mujer y RN durante la práctica clínica en base las recomendaciones de evidencia científica. En la segunda parte se aborda la intervención, realizando en primer lugar una contextualización teórica sobre el plan de parto y la intervención del EESMO, para continuar con la metodología de la intervención, las conclusiones y recomendaciones. Para finalizar se presentan las consideraciones finales con un análisis resumido de los aspectos más relevantes de estas PNP.

**PARTE I - PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL, FORMACIÓN DEL
ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MATERNA Y OBSTETRICIA.**

1- CONTEXTUALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.

En el artículo 7 del Orden dos enfermeros (OE) el título de enfermero reconoce competencia científica, técnica, humana y cultural para la prestación de cuidados de enfermería generales al individuo, familia y comunidad. Reconociendo las competencias del EESMO que asume la responsabilidad por el ejercicio de las actividades e intervenciones en la asistencia a la mujer a vivenciar procesos de salud/enfermedad durante el trabajo de parto (OE, 2011).

La mujer debe ser entendida como un ser único, sociable, un agente con comportamiento intencionados, con dignidad propia y derecho a autodeterminarse. Considerando las relaciones interpersonales con sus significantes, con el ambiente en el que se encuentre y desenvuelve (elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturales y organizacionales) y también en una perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como el conjunto de las mujeres en edad fértil unidas por compartir condiciones e intereses comunes (OE, 2011).

La realización de las Prácticas de Naturaleza Profesional da respuesta a los requisitos de la unidad curricular del segundo año del curso del Máster en Enfermería de Salud Materna y Obstetricia (MESMO), orientado para la intervención en el ámbito del ejercicio profesional en el área de la enfermería en la especialidad de salud materna y obstétrica en contexto real, que faculte la transición de la identidad profesional y personal del estudiante, en los dominios de la prestación de cuidados, formación, gestión e investigación.

La práctica clínica en contexto real conlleva a lidiar con situaciones de gran complejidad, en contextos alargados y multidisciplinarios. Permite analizar cada caso desarrollando soluciones y emitiendo juicios de valor que incluyen reflexiones sobre implicaciones y responsabilidades éticas, así como la capacidad de comunicar de forma eficiente las conclusiones y conocimientos que de ello resulte.

Los objetivos de las PNP de enfermería de salud Materna y obstetricia son:

- Adquirir competencias para el ejercicio del EESMO, preconizadas por la Orden dos Enfermeros (OE), plasmadas en el Reglamento nº 127/2011 publicado en el Diario de la República, 2.ª serie — N.º 35 del 18 febrero de 2011.
- Cumplir los requisitos establecidos en la Directiva nº 80/155/CEE de 21 de enero modificada por la Directiva 2013/55/EU, de 20 de noviembre modificada por la Directiva nº 89/594/CEE de 30 de octubre, transpuestas para el ordenamiento jurídico interno por el Decreto-ley nº 322/87 de 28 de agosto y por el Decreto-ley nº 15/92 de 4 de febrero, en lo que concierne

a la formación de las especialistas de enfermería en salud materna ginecológica y obstétrica por la Comunidad Europea.

- Obtención del grado de Mestre en enfermería de salud materna y obstetricia, correspondiendo al Decreto-Ley n.º 74/2006, de 24 de marzo, alterado por el Decreto-Ley n.º 107/2008, de 25 de junio, referente a la atribución de grados académicos superiores.
- Desarrollar el área de conocimiento en la atención al parto respetado, a través de la aplicación del plan de parto y nacimiento siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica.

Se ha optado por la realización de PNP en el bloque de partos por ser uno de los principales contextos de actuación del EESMO y sobre todo porque la prestación de cuidados en este ámbito conlleva un alto grado de exigencia tanto a nivel formativo como científico y práctico. Se ha escogido como local de prácticas el bloque de partos del Hospital do Salnés porque trabajan buscando el parto respetado a través del plan de parto y nacimiento que permite a las mujeres/parejas expresar sus decisiones, sus deseos y tomar parte de forma activa de su parto.

En este contexto se realizaron intervenciones dirigidas a la prestación de cuidados a la mujer, integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto. Dentro de esta asistencia en el Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica se recogen las siguientes unidades de competencia: La promoción de la salud de la mujer durante el trabajo de parto y optimización de la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, el diagnóstico precoz y prevención de complicaciones para la salud de la mujer y recién nacido y, la prestación de cuidados a la mujer con patología asociada y/o concomitante con el embarazo y/o con el TP (OE, 2011).

El bajo número de partos alcanzados durante el período de prácticas en el hospital do Salnés hizo necesario el traslado de local de prácticas para un Hospital con más oportunidades que permitiera alcanzar los números marcados por la directiva de la EU en lo referente a la formación del EESMO. En el Hospital de Faro, un hospital de referencia en el sur de Portugal, es donde se completó la formación. Ambos contextos de prácticas se caracterizan a continuación.

1.1 - Caracterización del Bloque de Partos del Hospital del Salnés.

El Hospital del Salnés (HS) es un hospital comarcal situado en Rúa Hospital do Salnés, 30, 36619 Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España. Fue inaugurado el 17 de enero del 2001 como parte de una fundación sanitaria. En 2011 a través del Real Decreto 162/2011, de 28 de julio pasa a pertenecer a la Estructura Organizativa de Xestión lintegrada Pontevedra y o Salnés (EOXIPS), integrado en el Servicio público de salud gallego (SERGAS) perteneciente a Conselleria de Sanidade da Xunta de Galicia.

La misión de esta fusión es procurar mejorar la salud de la ciudadanía a través de la presentación de un servicio sanitario asistencial efectivo, eficiente y de calidad, de forma equitativa y sostenible, garantizando los derechos y deberes de los usuarios y fomentando la docencia e investigación.

La EOXIPS cuenta con una población de referencia cercana a los 300000 habitantes, está formada por un complejo hospitalario (Hospital de Montecelo y Hospital Provincial), por un hospital comarcal (Hospital do Salnés), un centro de especialidades, 44 centros de salud, 9 puntos de atención continuada y da soporte farmacéutico a 6 centros sociosanitarios.

La sanidad en la EOXIPS viene experimentando, en los últimos años, un claro avance en cuanto a infraestructuras, servicios y equipamiento técnico, sobre todo en calidad asistencial. Con un modelo organizativo de gestión integral que coloca al paciente como auténtico eje vertebrador del sistema, consiguiendo prestar una atención más próxima, resolutive y eficiente.

Muestra de ello es el hospital del Salnés (HS) que sigue un crecimiento continuo a través de la mejora y ampliación de sus unidades y servicios: En el año 2010 abre una nueva planta de hospitalización, la 3º Planta, que cuenta con un total de 32 camas; en el año 2016 se produce la apertura de área de urgencias y el bloque de partos, dos áreas que han sido renovadas y ampliadas; en el año 2017 se produce la puesta en marcha del nuevo bloque quirúrgico que cuenta con 5 unidades quirúrgicas, un servicio de reanimación, despertar y corta estancia e incorpora un nuevo servicio, el hospital de día.

Este hospital presta cuidados a una población de 73.548 habitantes (16.948 mujeres entre 15 a 49 años) que en verano puede hasta duplicar su número.

El HS lleva apostando por una asistencia al parto de baja intervención y por la promoción de la lactancia materna desde sus inicios, dirigiendo sus esfuerzos a la mejora continua de la calidad en su prestación de cuidados. Esto se ha visto reflejado en el año 2006 cuando UNICEF lo reconoce como “Hospital Amigo de los niños” convirtiéndose en el único de

Galicia con este reconocimiento, que ha sido renovado este 2018 y sustituido por el reconocimiento de “Centro con iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia”.

En los últimos años se ha registrado en España un incremento de la medicalización innecesaria en la atención al parto, para frenar esta situación el Ministerio de Sanidad Español en el año 2007 pone en marcha la estrategia de atención al parto, que pretende un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, mediante la prestación de cuidados basados en la evidencia científica y respetando el protagonismo, el derecho a la información y la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres. Esta estrategia se ve reforzada en el 2010 con la publicación de la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal, cuyo objetivo es tratar de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y facilitar la implementación de las medidas que en ella se incluyen por todos los profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto. Ambas publicaciones están impulsando una profunda transformación en el modelo de atención al parto en España.

En esta línea el servicio de obstetricia del hospital do Salnés se consolida en el año 2007 como centro de referencia de atención al parto de baja intervención en Galicia siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se convierte en el primer Hospital de la comunidad donde se puede parir en el agua. El 7 de junio del 2016 el SERGAS activa asistencialmente el nuevo bloque obstétrico cuyo diseño permite proporcionar una asistencia más humanizada, permitiendo una atención que recoge la participación activa de la madre/acompañante significativo y la adecuación del entorno físico para su comodidad y seguridad durante el trabajo de parto.

El paritorio cuenta con dos salas polivalentes dotadas con dos camas articuladas, cada una, disponen además de un baño espacioso totalmente equipado y dos amplias salas de dilatación con una cama articulada, una bañera redonda de grandes dimensiones, una silla de partos y calentadores de lencería. Cada sala dispone de todo el material necesario para la prestación de cuidados durante el TP, incorporando modernos cardiotocógrafos que permiten la realización de telemetrías incluso bajo el agua. Todo el servicio cuenta con la posibilidad de regular la intensidad lumínica y la temperatura. Además de ello, dispone diferentes materiales complementarios como: Pelotas de diferentes tamaños, cintas de suspensión, utensilios de relajación como: inciensos, dispositivos lumínicos con emisión de

vapores aromatizados o velas, entre otros, y diferentes métodos para el alivio del dolor no farmacológico como sacos de semillas o las Flores de Bach.

En la unidad se cuenta con una consulta médica equipada con todo lo necesario para la evaluación y valoración ginecológica y/u obstétrica y con una sala de reanimación neonatal con una cuna térmica, una incubadora y todo lo necesario para prestar atención y cuidados de reanimación a los recién nacidos.

El área de obstetricia está comunicada mediante un pasillo con la zona de quirófanos a donde trasladarían las mujeres en el caso de necesitar una cesárea urgente u otro tipo de atención quirúrgica.

La unidad de ingreso de ginecología y obstetricia se localiza en una planta superior con un total de 13 camas.

El paritorio cuenta con un amplio equipo médico de obstetras, 11 enfermeros especialistas en salud materna y obstetricia y 5 auxiliares de enfermería. Las EESMO realizan turnos de 24 horas donde están presentes 2 especialistas, un auxiliar de enfermería y un médico obstetra. Cuentan además con la colaboración del equipo de anestesia y de pediatría presentes en el hospital y localizados 24 horas por día.

El HS presta asistencia a mujeres embarazadas de bajo riesgo. El número de partos que se registran en este hospital están descendiendo en los últimos años, en el año 2017 se registraron un total de 505 partos, de los cuales 332 fueron eutócicos, 63 distócicos y 110 cesáreas (datos procedentes de los registros de la unidad).

En el servicio de obstetricia se prestan cuidados de forma protocolarizada a través de una Vía clínica de atención al parto y nacimiento elaborada en el año 2008 por las EESMO, el servicio de ginecología y el servicio de pediatría; con la colaboración del equipo de anestesia y de enfermeras de la planta de hospitalización. Esta vía clínica, revisada y actualizada cada dos años, incluye una unificación en cuanto a criterios de actuación y la sistematización de estrategias e intervenciones, sirviendo de herramienta de gestión y coordinación que facilita la atención a la gestante buscando minimizar la variabilidad en la práctica clínica. Detalla las actividades del día a día en la asistencia a la mujer antes, durante y después del parto y mientras dure la hospitalización; define las actividades a desarrollar por cada profesional que presta atención a la mujer e incluso los próximos pasos a seguir para el cuidado de la madre y recién nacido una vez que se hallan en su domicilio. Los objetivos de la misma son: Coordinar el trabajo de los diferentes profesionales que atienden a la mujer, asegurar a las gestantes una atención basada en las mejores evidencias científicas disponibles, establecer un compromiso de la institución con su

atención y cuidado, respaldar legalmente a los profesionales, reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación y sus efectos adversos, simplificar y sistematizar el registro de información, proporcionar un marco común para la investigación de la efectividad de las actividades desarrolladas haciendo comparaciones con diferentes centros y constituir una poderosa herramienta educativa para residentes en formación.

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 movimientos y postura durante el trabajo de parto y para el expulsivo.
- Asistencia profesional respetuosa.
- Procedimientos naturales de abordar el dolor.
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé.
- Corte tardío del cordón umbilical (cuando deja de latir).
- Propiciar el contacto piel con piel tras el nacimiento, así como el inicio de la lactancia materna.
- 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 sociedad española de ginecología y obstetricia (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 del paciente.
- Consentimiento del paciente.
- Declaraciones de ámbito internacional que amparan los derechos de la madre e hijo:
 - Declaración del Consejo del Lacio 1984
 - OMS: Derechos de la mujer embarazada y del bebé (Fortaleza,1985)
 - Ley General de Sanidad 1986

- Ministerio de Sanidad. Madrid 1989
- Junta de Andalucía. Derechos de padres y los niños 1995
- Ley de Autonomía del paciente (41/2002)
- Declaración de Barcelona,2001.

Además de esta vía clínica en mayo del 2017 se ha creado un protocolo de actuación, Protocolo de alimentación y cuidados al neonato, donde se reconocen las ventajas de la lactancia materna para la salud de la madre y de su hijo y se recogen intervenciones por la promoción, apoyo y protección de lactancia materna.

1.2- Caracterización del Bloque de Partos del Hospital de Faro.

El Hospital de Faro (HF) está situado en Rúa Leao Penedo, 8000-386 Faro, Portugal. Fue creado junto con los Hospitales de la Universidad de Coimbra, y el Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, a través del Decreto-Ley N.º 180/2008, del 26 de agosto.

El 17 de mayo del 2013 a través del Decreto-ley n.º 69/2013 se crea el Centro Hospitalar do Algarve que resulta de la fusión entre el Hospital de Faro y el Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão y Hospital de Lagos). Este centro se consolida como una unidad de excelencia en el sistema de salud, dotándose de los recursos técnicos y terapéuticos más avanzados, garantizando la equidad y universalidad del acceso a los cuidados de salud y fomentando el desenvolvimiento de las actividades de formación y enseñanza pré-grado, post- grado y de investigación.

Este centro Hospitalar del Algarve pasó a denominarse Centro Hospitalar Universitario do Algarve en agosto del 2017, a través del Real decreto ley Nº 101/2017, de 28 de Agosto. Integrado en el sistema Nacional de salud, constituyendose como una persona colectiva de derecho público, de naturaleza empresarial, dotado de autonomía administrativa, financiera y patrimonial.

Con este decreto ley son intensificadas las actividades en el ámbito de la enseñanza, investigación, aplicación y transmisión del conocimiento científico para la prestación de cuidados de salud diferenciados y con calidad.

El Centro Hospitalar Universitario del Algarve asegura la prestación de cuidados de salud en toda la extensión de la región del Algarve (16 ayuntamientos) y a una población de cerca de 450.000 habitantes, número que se puede triplicar en verano. Este centro hospitalar incorpora las siguientes unidades: Hospital de Faro, Hospital de Lagos, Hospital de

Portimão, el Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul y, un polo de investigación ligado a la Universidad del Algarve.

En la Unidad de Faro, el servicio de obstetricia es una referencia en el sur de Portugal, que atiende una media de 2500 partos/año. En el año 2017 se produjeron un total de 2403 partos, de estos, 1478 fueron eutócicos, 325 distócicos y se realizaron 600 cesáreas (datos obtenidos del diario del servicio).

La búsqueda de la excelencia clínica es una constante del Servicio de Obstetricia, que cuenta desde el 2014 con el certificado de calidad nivel de BOM por la Direção Geral da Saúde. Además de esto, cabe destacar que el Hospital de Faro alcanzó en el 2017 el nivel de excelencia Clínica II en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Ortopedia y Pediatría. Alcanza así en el Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, un rating que lo coloca lado a lado con otros hospitales nacionales y evalúa la excelencia y calidad de los cuidados de salud prestados a la población. En el mismo ámbito, el Hospital de Faro integra actualmente programas de acreditación nacional y varios proyectos de calidad nacionales e internacionales con el objetivo de garantizar la mejora continua en la prestación de cuidados manteniendo elevados patrones de calidad, como el reconocimiento de Maternidade com Qualidade y Hospital amigo de los niños.

El servicio de Obstetricia de Faro tiene como filosofía el trabajo en equipo multidisciplinar, por ello se articula con el servicio de Pediatría, neonatología, ginecología, anestesiología, psicología clínica, psiquiatría, cirugía general y de medicina interna en particular con diabetología y nutrición.

En esta unidad hospitalaria se prestan cuidados preconceptionales, durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo casos con complicaciones o considerados de riesgo. La unidad de embarazadas/medicina materno-fetal, es una parte integrante del servicio, se localiza paralelamente al servicio de urgencias y al bloque de partos (BP).

El servicio está compuesto por el servicio de Urgencias Ginecologicas y Obstetricas, la unidad de ingreso de embarazadas (15 camas), la unidad de ingreso de parturientas (34 camas) y el bloque de Partos (4 salas parto \ bloque operatorio \ 2 salas de recuperación con 5 camas).

El BP dispone de un total de cuatro unidades de parto individuales debidamente equipadas para el seguimiento y atención en las distintas fases del TP: Dilatación, expulsión/nacimiento, alumbramiento y recuperación inmediata. Estas unidades están equipadas con una cama articulada, mobiliario que dispone de todo el material necesario para la prestación de cuidados durante el TP, una cuna térmica, una bañera pequeña

neonatal, una báscula pediátrica y un sillón. La unidad también dispone de dos salas de recuperación debidamente equipadas para prestar cuidados a la puerpera y RN durante el puerperio inmediato, una de ellas destinada a la recuperación de partos vaginales y la otra reservada para las recuperación postquirúrgica en caso de cesáreas.

En la misma zona se encuentra el bloque operatorio que dispone de un quirófano y una sala de recepción y reanimación del RN. El quirófano está debidamente equipado para la realización de cesáreas u otro tipo de intervenciones quirúrgicas que puedan ser necesarias durante en el desarrollo de TP, como legrados o suturas complejas. La sala de reanimación de RN cuenta con dos cunas térmicas, una bañera, un calentador de lencería y todo el material necesario para la reanimación neonatal. Esta sala está directamente comunicada con la unidad de cuidados intensivos neonatales (nivel 4) y pediátricos. En el mismo piso se encuentra además el servicio de ingreso de puerpério y de ginecología.

El equipo de enfermería, está constituida por la enfermera jefe, 27 enfermeros obstetras, y 16 enfermeros de cuidados generales. Los turnos son de 7,5 horas de mañana y tarde y 9 horas por la noche. En cada turno están presentes por lo menos 3 EESMO, uno presta cuidados en la unidad de internamiento de embarazadas junto con una enfermera general, otro de ellos los presta en la admisión de urgencias y finalmente uno se encarga de prestar cuidados en el bloque de partos (en ocasiones por las necesidades del servicio son dos especialistas) junto con dos o tres enfermeras generales para recibir y prestar cuidados a los recién nacidos y a las puérperas. En caso de ser preciso realizar una cirugía estas serán las encargadas de asistir al anestésista, instrumentar y recibir a los RN.

En cada turno además están presentes 2 asistentes operacionales que se encargan de los traslados de las parturientes, puérperas y RN, así como de la limpieza e higienización de los espacios, ropa de cama y material.

El servicio de obstetricia de Faro dispone de un amplio equipo de médicos obstetras, que aseguran apoyo continuo en los servicios de urgencias obstétricas/ginecológicas, y en las unidades de ingreso. Adicionalmente cuenta con colaboración de otros profesionales médicos como el servicio de anestesia y pediatría que se encuentran localizados 24 horas al día para garantizar una asistencia especializada tanto a las mujeres que desean anestesia epidural o en caso de cesáreas, como a los RN que presenten alguna complicación o riesgo y necesitan mayor acompañamiento y vigilancia.

Relativamente a los espacios físicos y a los recursos materiales, el servicio presenta un ambiente acogedor con posibilidad de control de la temperatura y de la luminosidad,

además cuenta con hilo musical, pelota de pilates y se permiten la presencia de un acompañante significativo.

2 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, ADQUISICIÓN Y DESENVOLVIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE NATURALEZA PROFESIONAL.

En este capítulo se presentan los supuestos teóricos orientadores de la práctica clínica, seguido de un abordaje teórico de la evidencia científica en cuanto a las intervenciones durante el trabajo de parto para finalizar con una reflexión sobre los cuidados prestados a las mujeres y recién nacidos durante las prácticas de naturaleza profesional.

2.1- Presupuestos teóricos de enfermería orientadores de la práctica clínica.

2.1.1 - Teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Elizabeth Peplau.

Hildegard E. Peplau fue enfermera en un hospital neuropsiquiátrico en Inglaterra, en 1952 publica su teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermera-paciente. Un modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

Fue partícipe de los avances profesionales, educativos y prácticos en la enfermería, obtuvo numerosos reconocimientos, llegando a ser considerada como la madre de la enfermería psiquiátrica.

Peplau (1990) en su modelo de enfermería psicodinámica describe su teoría de relaciones interpersonales, en las que analiza la relación enfermera-paciente. La esencia de su modelo es la organización en forma de proceso interpersonal significativo y terapéutico. La teoría se refiere a la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud y un profesional de enfermería educado especialmente para reconocer, responder a las necesidades e intervenir terapéuticamente. La relación establecida es recíproca, las acciones de enfermería no solo son por y para el paciente, sino con él e implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos.

Este modelo teórico humanista se inscribe en el paradigma de integración, pues orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural y espiritual dirigiendo el cuidado a su dimensión física, social y mental. Este contenido humanista que aplica la enfermera en todos los niveles ha conseguido que a partir de esta teoría la humanización de los cuidados hayan sido un tema de interés en los modelos y teorías de enfermería posteriores.

Principales conceptos y definiciones

Define la salud como una palabra que implica un movimiento de la personalidad y otros procesos humanos en dirección a alcanzar un estilo de vida creativo, constructivo, productivo, tanto a nivel personal como comunitario. Un concepto dinámico que permite a la persona vivir bien y en armonía con los demás a través de la experiencia potencial de bienestar físico y social.

Define el entorno de manera implícita como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de cultura del que se adquiere la moral, las costumbres y las creencias.

El ser humano es entendido como un organismo que vive en un equilibrio inestable y que la vida es el proceso de lucha para conseguir un equilibrio estable, es decir un patrón fijo que nunca se alcanza excepto con la muerte. El individuo debe desarrollarse y crecer; la enfermera apoyarlo, prestando cuidados en su propio contexto, considerando los aspectos sociales. El cambio de comportamiento ante el proceso de enfermedad es inherente al ser humano, la enfermera puede ayudar a asimilar lo que está ocurriendo en su vida.

La enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Un instrumento educativo, una fuerza de maduración capaz de promover avances en la personalidad hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria, funciona con otros procesos humanos que hacen posible la salud del individuo. La enfermera tiene una posición superior a la de los otros grupos profesionales para lograr la participación del paciente en sus propios cuidados, concibe los cuidados administrados a los pacientes como evolutivos en los que las relaciones de confianza son la base para la consecución de resultados satisfactorios. En esta relación es fundamental la flexibilidad y la comunicación efectiva, por lo que es necesario el desarrollo de habilidades generales y específicas: escucha activa, lenguaje educado, asequible y destreza en la formulación de preguntas. Debe ser capaz de acercarse a los sentimientos y comportamientos frente su problema de salud. Considera que la enfermera debe trabajar con y para el paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios, ayudándole a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento, por medio de las relaciones interpersonales con una persona o grupo con el objetivo de ayudar a satisfacer ciertas necesidades, superar obstáculos, adaptarse a patrones de salud diferentes y respetar lo difícilmente cambiabile (Ramírez & Müggenburg, 2015).

Para Peplau (1990) la relación enfermera-paciente es considerada terapéutica si ambos pueden beneficiarse, reconoce que cada relación es diferente, reconociendo el enfoque individualizado basado en respeto y ausencia de prejuicios. La atención de enfermería está

dirigida a alcanzar metas, la relación enfermera paciente es el marco esencial en el que las creencias, valores, actitudes y el conocimiento tanto del paciente como de la enfermera pueden emplearse para explorar y comprender la dinámica de una existencia sana.

En su teoría describe cuatro fases en la relación enfermera-paciente que tienden a superponerse o a repetirse (sobre todo las fases tempranas) según las necesidades del paciente. Como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución. En la fase de orientación el individuo siente una necesidad, se encuentra ante una situación extraña que no puede controlar y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema para determinar su necesidad de cuidado. En esta fase necesita tiempo y espacio para su desarrollo, ambos aprenden a trabajar de manera cooperativa; en la fase de identificación el paciente tiene más claro el problema, su situación, cuáles son sus necesidades y se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevarlo y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita; en la fase de explotación el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles ampliando el uso de los recursos disponibles tanto materiales como personales. En esta fase la relación está en un nivel muy significativo, la planificación y ejecución del plan de cuidados puede ser un proceso cooperativo; y en la fase de resolución el paciente se independiza de la identificación con la enfermera, abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas (Alligood,2015).

La orientación ayuda a la expresión de las necesidades, de los sentimientos antiguos y de los nuevos desencadenados por los desafíos de esta nueva situación. La identificación con la enfermera, que simboliza una persona de ayuda que proporciona apoyo abundante e incondicional, es una forma de satisfacer las necesidades y problemas abrumadores. Cuando se superan las necesidades iniciales estas se abandonan y surgen necesidades más maduras. La explotación de los recursos ofrece una situación que da lugar a nuevas diferenciaciones del problema, al desarrollo y mejora de la habilidad en las relaciones interpersonales. Pueden proyectarse entonces los nuevos objetivos a alcanzar mediante el esfuerzo personal (Peplau,1990).

En correspondencia con las fases durante el trascurso de la relación enfermera-paciente, el papel profesional de la enfermera va adquiriendo diferentes roles en función de la necesidad del paciente en cada momento, pues la enfermera debe adaptarse en cada momento a la situación del paciente. Peplau describe 6 funciones o roles de enfermería:

Rol del extraño, cuando la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía, la enfermera no debe prejuzgar al paciente sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario; rol de la persona recurso, cuando la enfermera ofrece respuestas específicas y concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria y explica al paciente el tratamiento o plan, la enfermera decide cuál es el tipo de respuesta más adecuado, ya sea ofreciendo respuestas directas o suministrando consejos; rol de docente, es una combinación de todos los restantes, se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información. Se subdivide en dos categorías: Instructiva, cuando ofrece información o experimental, cuando utiliza la experiencia del paciente para desarrollar la enseñanza; rol de liderazgo, proceso democrático, cuando la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades mediante una relación de cooperación y participación activa; rol de sustituto, cuando el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera con su actitud provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior, su función consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada. En esta fase el paciente y la enfermera definen áreas de dependencia, independencia e interdependencia. Si el paciente no soluciona sus problemas, la enfermera puede dar ejemplos que lo lleven a analizar, o adquirir un rol de asesoramiento que se establece según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones o necesidades del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que ocurre en la actualidad (Elers & Gibert, 2016).

En resumen, la relación interpersonal enfermera paciente, transita por 4 fases, donde se van evidenciando los cambios de la relación, la enfermera de forma flexible, se moviliza y asume distintas funciones y roles, utilizando el máximo de sus habilidades, conocimientos y recursos hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema. El proceso de enfermería es concebido como dinámico en cuanto a la relación enfermera-paciente que cambia y a medida que cambia, se transforma a la vez el paciente y la enfermera. El proceso de relación, aunque se preste por etapas es continuo, donde tiene lugar como un compromiso entre dos personas cuyo centro es la necesidad de ayuda y el conocimiento enfermero.

El embarazo es una etapa de gran importancia en la vida de la mujer y su familia, en la cual la gestante desarrolla comportamientos y prácticas de cuidado orientadas a proteger la salud de sí misma y del hijo por nacer. El parto es la última etapa del embarazo y aunque

es un evento esperado y deseado se ve rodeado de temores y miedos en relación con la vivencia de este momento, con la vida del RN y con la de la propia gestante. Por este motivo pueden aparecer modificaciones en el comportamiento de la mujer/acompañante a la hora de enfrentarse a este momento.

Según explica Peplau (1990) es fundamental conocer el significado psicológico de este evento, los sentimientos y comportamientos de las parturientes, para de esta manera ayudarles a lidiar con esta situación y conseguir hacer frente a este período de forma satisfactoria. El plan de parto y nacimiento es una herramienta perfecta para ello, pues permite identificar cuáles son los deseos de las mujeres/parejas en cuanto a este evento tan importante en sus vidas. En muchas ocasiones es posible identificar, además de los sentimientos, los temores y las dudas relacionados con este acontecimiento vital. Este documento permite crear una cooperación entre la especialista-mujer/pareja para tratar de planificar los cuidados durante parto, siempre y cuando la situación así lo permita.

Durante todas las intervenciones desde la creación del plan de parto hasta la asistencia al trabajo de parto la base de los cuidados prestados han sido la relación especialista-parturiente/acompañante.

La misma autora en su teoría de relaciones interpersonales da una perspectiva humanista considerando al individuo como un todo y por ello en la prestación de cuidados se deben incluir el componente biológico, psicológico, cultural y espiritual.

2.1.2- Teoría de cuidados transculturales de Madeleine Leininger.

La Madeleine Leininger fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, estudió también antropología social y cultural convirtiéndose en la primera enfermera antropóloga.

Reconoció la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la enfermería y la antropología, de esta unión formuló diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina con los que fundó la enfermería transcultural, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Su primer libro publicado sobre enfermería transcultural fue *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970), que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento,

de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales. Más tarde, en 1978, publica su libro titulado *Enfermería Transcultural: Conceptos, teorías, investigación y prácticas* donde definió los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la enfermería transcultural.

Define la enfermería transcultural como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte y manifiesta que esta teoría ayuda a guiar a las enfermeras en el descubrimiento de nuevos conocimientos, a hacer afirmaciones, tomar decisiones y realizar acciones que son beneficiosas y significativas para las personas que cuidan.

Los cuidados son la esencia y acto diferenciador de la enfermería, permite asistir, habilitar y facilitar las formas de ayudar a las personas, basadas en la cultura, de un modo compasivo, respetuoso y apropiado para mejorar su modo de vida ayudarles a afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad (Leininger, 1999).

El objetivo de esta teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y a los modos de vida de los diferentes pacientes (Marriner et al., 1999).

Al principio este nuevo concepto de cuidado no tuvo gran interés por parte de las enfermeras, que mantenían una posición etnocéntrica y próxima a los intereses y directrices médicas, siendo a partir de los años 80 donde con los movimientos migratorios comienzan a interesarse por esta teoría que se hace necesaria debido a la complejidad y diversidad, pues conviven personas de diferentes creencias y maneras de vivir. Actualmente esta teoría es considerada como una de las más significativas de la enfermería. La autora reconoce en las enfermeras un rol único para entender y conocer a las personas y a sus familias cuando son cuidadas. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y práctica enfermera.

Destacó además ocho factores que influyeron a la hora de instaurar lo que hoy denominamos enfermería transcultural y que justifican desde su teoría del cuidado cultural y universal la necesidad de una enfermería transcultural. Estos factores son: el marcado aumento en las migraciones que provocan un crecimiento de las diferencias entre sus ciudadanos en función de su religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, el acceso a la educación y a los servicios sanitarios; un aumento en las identidades multiculturales, con gente que espera que los

profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida; el uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud que a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes; la existencia a nivel mundial de conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras; un aumento en el número de personas que viajan y trabajan en diferentes partes del mundo, por lo que las mezclas culturales son una constatación; el aumento de los temas legales resultantes del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud; un aumento en los problemas de género y feminismo, con nuevas demandas sobre los sistemas sanitarios con la intención de que se tengan en cuenta las necesidades de mujeres y niños; un aumento de la necesidad por parte de la comunidad y los servicios de cuidados en salud basados en la cultura en diferentes contextos ambientales (Leno, 2013).

Considera la salud como un estado de bienestar, culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud, promoción y mantenimiento de la salud. Es universal, pero se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

La persona es un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros, aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

La cultura es un conjunto de valores aprendidos y transmitidos, las creencias, normas de conducta, las prácticas y modo de vida de la gente en particular. Proyecto para el pensamiento y la acción, una fuerza dominante para determinar patrones de cuidados y las conductas de salud-enfermedad. Los valores y los comportamientos culturales varían en todos los seres humanos y entre cada grupo. Toda cultura humana cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas.

Los valores son poderosas fuerzas directivas que dan orden y significado al pensamiento, las decisiones y las acciones de la gente.

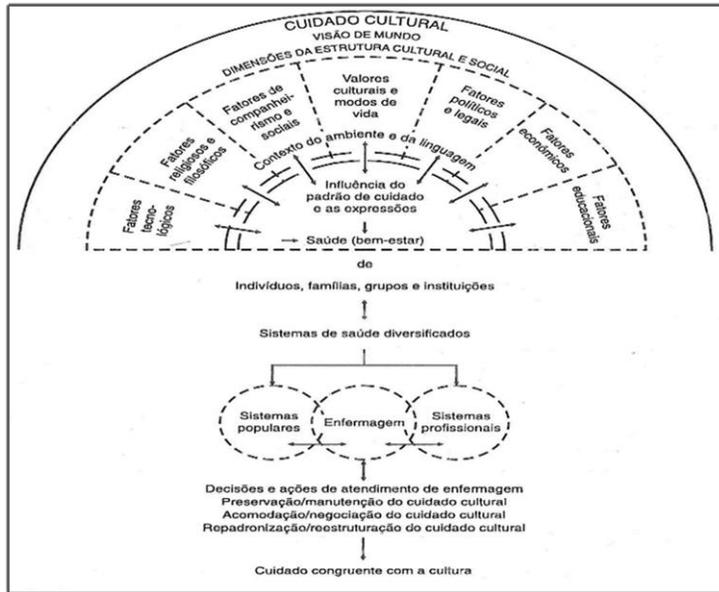
El entorno son todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Los cuidados son acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el objetivo de

atenuar o mejorar su situación o modo de vida. Constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina. Son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo, la supervivencia y también para afrontar la discapacidad o la muerte.

La enfermería es una disciplina y una profesión humanística y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo. Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, familias, grupos y comunidades de una cultura. Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural sólo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad, los valores, expresiones y modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería. Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales (Leininger, 1999).

En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario. Así, los cuidados culturales son los medios holísticos más amplios que permiten conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos asistenciales de la enfermería para orientar a la práctica de esta disciplina. Los conceptos, significados, expresiones, patrones, procesos y formas estructurales tienen algo diferente (diversidad) y algo de semejante (comunes, universales) en todas las culturas del mundo. Los valores, las creencias y prácticas culturales están influidos y, con frecuencia integrados en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual), de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular (Leininger, 1999). En 1970, creó el Modelo del Sol Naciente o "Sunrise" (figura 1) para describir los elementos fundamentales de su teoría. Este modelo concibe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural, de su estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría. El modelo consta de cuatro niveles (Leininger, 1999).



George, J.B. (2000). Modelo sunrise de Leininger. [Figura 1]. Recuperado de: Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional (p.301).

Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para proporcionar cuidados culturalmente coherentes: El nivel uno representa la visión del mundo y los sistemas sociales; el nivel dos proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud; el nivel tres proporciona información acerca de los

sistemas enfermeros que actúan dentro de una cultura; el nivel cuatro determina las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros. En este último nivel se proporcionan los cuidados enfermeros culturalmente e identifica tres modos de actuación y decisiones enfermeras: preservación (acciones y decisiones que ayudan a mantener o preservar su salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte), acomodación (acciones y decisiones que ayudan a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte) y remodelación (aquellas acciones y decisiones que ayudan a los clientes a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos y satisfactorios de los cuidados) (George, 2000).

La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud (Leno, 2013)

La teoría de los cuidados de la diversidad y de la universalidad de M.Leininger (1991) tiene como fin el descubrir los cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) para así poder generar nuevos conocimientos para guiar la práctica de cuidados.

La reproducción y la maternidad constituyen fenómenos bio-culturales donde se reflejan

valores, sentimientos y creencias. Detrás de cada mujer y cada lugar de origen puede haber una concepción distinta sobre la vida, la salud, otros idiomas y creencias que es interesante y necesario conocer. A veces, al factor inmigración se suman las condiciones socio-económicas, rozando la precariedad y marginalidad (Luque & Oliver, 2015).

La realidad aportada por los movimientos migratorios, hace que los profesionales sanitarios nos encontremos ante nuevas situaciones de diversidad cultural, de variabilidad y heterogeneidad en las demandas y expectativas en cuanto a la salud. En los últimos años se ha observado un incremento de la población inmigrantes, especialmente femenina. Las mujeres inmigradas conforman una población joven, encontrándose la mayoría en edad reproductora, por lo que la atención al parto constituye una demanda prioritaria en este colectivo (Coromoto, 2014). La atención sanitaria puede verse comprometida tanto por barreras lingüísticas como culturales, se debe tener en cuenta que la cultura diferente en origen se sigue manteniendo en el país de acogida, aunque vaya sufriendo poco a poco modificaciones, (Luque et al., 2015). En la prestación de cuidados durante el parto se debe considerar que hay aspectos construidos socioculturalmente entre ellos: la percepción y la actitud ante el dolor, en algunas culturas las mujeres permanecen en silencio, en otras se les permite chillar y manifestar el dolor. Las mujeres inmigrantes pueden tener menor predisposición de tolerancia al dolor debido a sus condiciones psicosociales, el encontrarse en un contexto distinto al de origen puede aumentar el miedo al proceso al parto, de igual modo, la soledad y la ausencia de apoyo emocional. Normalmente falta la madre o una mujer experta de referencia (Orte, 2012 & Luque et al., 2015); el acompañamiento en el parto, en sociedades tradicionales el parto se efectúa en el domicilio y entre mujeres. Puede haber matices en el hecho de el acompañamiento por hombres, incluso estar mal visto, o solo durante la dilatación manteniéndose alejados físicamente de ellas sin presenciar el expulsivo. En ocasiones hay mujeres que prefieren ser acompañadas por un miembro femenino de su familia. No obstante, cuando no tienen familiares pueden venir a parir acompañadas por amigas, generalmente compatriotas que llevan más tiempo en nuestro medio y conocen mejor el idioma y las características de la asistencia sanitaria, haciendo funciones de acompañamiento activo durante el proceso de parto, de traducción y mediación ante el personal sanitario; la vivencia y percepción del parto en nuestro medio donde hay una amplia medicalización del parto puede no ser compartido por otras más libres. Por ejemplo, la posición de parto ginecológica puede no ser entendida en culturas donde la libertad de movimientos se impone, normalmente posiciones verticales (Orte, 2012); la interacción con el RN también se ve afectada por patrones culturales, además de

la individualidad de cada persona en la manifestación de sus sentimientos. En lugares donde las tasas de natalidad y de mortalidad perinatal e infantil son elevadas, puede ser frecuente la vinculación tardía con el recién nacido (Luque et al.,2015).

Otro factor a considerar es que el proceso migratorio, el desarraigo o situaciones de supervivencia, pueden llevar a que, en momentos de máximo esfuerzo o tensión, se produzca una mayor activación de reacciones primarias y bloqueos por miedo e inseguridad, sobre todo en el parto. Cada persona y cada colectivo puede tener diferentes reacciones ante este momento.

Es importante que los profesionales trabajemos el tema de la interculturalidad, para fomentar la sensibilidad cultural y el respeto mutuo, abandonando el etnocentrismo comprendiendo que nuestro modo de ver las cosas no es el único, ni el mejor, ni el normal. Es por ello que la teoría intercultural de Leininger (1999) se vuelve fundamental a la hora de prestar atención durante el parto.

A pesar de que existen variaciones y rasgos comunes entre colectivos, no es posible realizar generalizaciones, por lo que es necesario considerar siempre la variabilidad individual. Cada mujer tiene una historia de vida particular por lo que no se le pueden atribuir, a priori, estereotipos culturales del país de origen. No obstante, se pueden conocer detalles de cada cultura que están seguramente influyendo en la vida individual y/o colectiva que son diferentes en relación con otras culturas.

El plan de parto permite planear unos cuidados individualizados a cada mujer/acompañante teniendo en cuenta las diferencias, pues es individual y en él se registran muchas intervenciones que se ven influenciadas por aspectos culturales y deseos individuales, como la actitud antes el dolor, el acompañamiento, los deseos en cuanto la interacción y alimentación del RN. En este documento se tienen en cuenta no solo los deseos personales, sino también las vivencias y percepciones del parto, el diferente sentido de lo individual y lo comunitario y las diferencias en cuanto a la interiorización y construcción de los roles de género

2.2- Prestación de cuidados de enfermería especializados a la mujer inserida en la familia durante el trabajo de parto.

El parto es un proceso fisiológico mediante el cual las hembras de los vivíparos expulsan el feto y anexos ovulares desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno (Espinilla, Albillos, Sadormil &Tome, 2016). Un proceso fisiológico único con el que

la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales (FAME, 2011).

La OMS define como parto normal al parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo al inicio manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas de gestación. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

El Trabajo de parto es definido como conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la dilatación del cuello uterino, a la progresión del feto a través del canal de parto y a su expulsión al exterior (Rezende, 2011). Se ha dividido en cuatro etapas: primera etapa o período de dilatación, segunda etapa o período expulsivo, tercera etapa o período de alumbramiento y cuarta etapa o período de hemostasia (Díaz, Hurtado, Copado & Herrera, 2013).

Los profesionales de asistencia médica deberían informar a las mujeres sanas embarazadas que la duración del trabajo de parto es sumamente variable y depende de su proceso individual fisiológico y características de su embarazo (OMS, 2018). La duración del parto puede variar de una mujer a otra, está influenciado por el número de partos anteriores y su progreso no tiene porque ser lineal. Bobak et al (1999), refieren que en las primíparas, la media de duración es de 12 horas y en las múltiparas la media es de 6 horas. La OMS en 1996 publicó un informe sobre los cuidados en el parto normal, con el fin de reducir la utilización de prácticas innecesarias o perjudiciales en la asistencia obstétrica. Estas recomendaciones se han ido revisando y en marzo de este mismo año, 2018, han publicado la última actualización bajo el título “Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”. Que incluye 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Su objetivo es garantizar la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos.

Con estas directrices se resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto para las mujeres y sus bebés, mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos.

Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el TP y la atención durante todo el proceso: período de dilatación, período expulsivo,

alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto.

2.2.1-Período De Dilatación.

Es la primera etapa del TP que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: fase latente y fase activa (Espinilla et al., 2016).

La fase latente es aquella que precede al inicio del parto y que se caracteriza por la presencia de contracciones variables en intensidad y duración, junto a cambios variables del cérvix, incluyendo algún grado de borramiento y la progresión lenta de dilatación hasta 4 cm para trabajos primeros y subsecuentes. En las nuevas recomendaciones de la OMS se considera hasta los 5cm de dilatación (OMS, 2018).

En esta fase se producen los conocidos como signos prodrómicos que son cambios en el organismo de la gestante que darán lugar al inicio del parto, como el descenso del fondo uterino, la expulsión del tapón mucoso, maduración de cérvix o el inicio de contracciones entre otros. Hay autores que reconocen estos signos como antecesores de la fase latente y no los incluyen en la misma.

La fase activa se caracteriza por el aumento de la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y la rápida progresión de la dilatación desde los 4cm hasta los 10cm (Espinilla et al., 2016). La duración también es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer. Dependiendo del umbral de referencia usado para su inicio la duración media puede variar. Cuando el punto de partida es a partir de los 4 cm, la duración media en nulíparas está entorno a las 8 horas, siendo infrecuente que se extienda más allá de 18 horas. En multíparas la duración es menor, aproximadamente 5 horas, aunque puede prolongarse más allá de 12 horas (MSPS, 2010). Cuando el punto de partida de referencia es la dilatación cervical de 5 cm, la duración media es de 4 horas en primeros trabajos, improbable que dure más de 12 horas y de 3 horas en el segundo y trabajos subsecuentes, improbable que dure más de 10 horas en multíparas (OMS, 2018). La decisión de intervenir cuando la primera etapa del TP parece ser prolongada se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos, no exclusivamente basada en la duración (MSPS,2010; OMS, 2018).

Cuidados en la fase de dilatación.

Ingreso Hospitalario

Lo más frecuente es que las mujeres acudan al hospital al inicio de las contracciones, pero generalmente se encuentran en período latente.

Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo la evidencia científica recomienda que la fase latente del parto normal se lleve a cabo de forma extrahospitalaria. La admisión en fase temprana o durante la fase latente puede ser perjudicial, ya que se asocia a un mayor intervencionismo durante el parto. Se recomienda el ingreso en el hospital cuando se cumplan los criterios de parto establecido, es decir, dinámica uterina regular, borrado cervical mayor al 50% y dilatación de 3-4 cm (MSPS,2010). Sin embargo, en las nuevas recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS, 2018), se establecen como único criterio de ingreso una dilatación de al menos 5cm, cuando la mujer se encuentre en fase activa.

En todo el proceso de atención al parto deberá ser ofrecida una prestación de cuidados respetuosa, una atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantengan su dignidad, privacidad y confidencialidad; deberá ser asegurada su integridad física y un trato adecuado que les permita la toma de decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto. Uno de los puntos principales a tener en cuenta es la intimidad de la mujer, cuando es invadida desencadena estrés que puede dificultar el desarrollo normal del parto. Está demostrado que el estrés puede inhibir el parto en los mamíferos (Odent, 2009).

Atención profesional

La OMS (2018) recomienda que el profesional encargado de la atención al parto normal de bajo riesgo sea el EESMO, habiendo evidencia científica que lo avala. Mientras que si algo se sale de la normalidad esta pasará a cargo de los ginecólogos.

Se recomienda que la parturiente sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una EESMO, siempre la misma, y que no se deje sin atención profesional excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer así lo solicite (OMS, 2018).

Todo el equipo que presta atención a la parturiente/acompañante significativo debe estar bien formado, coordinado y sensibilizado con respecto al parto de baja intervención. Para ello, es imprescindible una comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las

mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables (OMS, 2018).

A Orden dos Enfermeros (2010) establece que el EESMO debe cuidar durante el TP a la mujer y a la familia teniendo en cuenta las diferencias culturales existentes en la sociedad, proporcionando un ambiente seguro y armonioso. De esta manera se consigue optimizar la salud de la parturiente y procurar una adaptación a la vida extrauterina más tranquila al RN.

La importancia de un apoyo continuo proporcionado por las EESMO, tanto emocional como informativo, físico y psicológico, ha sido enfatizado a la luz de diferentes estudios que muestran que puede mejorar el resultado obstétrico y la satisfacción de las mujeres (Espinilla et al., 2016). El cuidado de apoyo durante el trabajo de parto puede realzar los procesos fisiológicos del TP, los sentimientos de la mujer de control y confianza en su propia fuerza y la capacidad de dar a luz. Lo que puede reducir la necesidad de intervención obstétrica y también mejorar las experiencias de la mujer (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

Acompañamiento

Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el TP por la persona de su elección (OMS, 2018).

Una revisión sistemática Cochrane incluyó 16 ensayos con una total de 13391 mujeres. De los 16 ensayos, en 10 hospitales se permitía a las mujeres estar acompañadas, mientras que en los otros 6 no. Los resultados obtenidos fueron que las mujeres que recibieron acompañamiento tenían menos probabilidad de recibir anestesia, analgesia regional, de tener un parto vaginal instrumental, o de tener un parto por cesárea, así como, una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y una mayor satisfacción (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2014).

La vivencia y el acompañamiento mutuo de ambos progenitores en el nacimiento del hijo favorecen la creación del vínculo parental, estrechan los lazos familiares y contribuyen a facilitar el nuevo equilibrio familiar. Se considera que el padre/pareja es el acompañante ideal para la mujer a lo largo de todo este proceso por la relación emocional que establece con su propio hijo mejorando la adopción del rol de padre (Ramírez & Rodríguez, 2014).

Por todo ello, los profesionales deberíamos tener en cuenta la importancia del acompañamiento de la pareja en la gestación, el parto y el posparto, fomentarlo y continuarlo en la crianza e incorporarlo a nuestra práctica diaria. Segundo Lowdermilk,

Perry y Cashion (2008), el trabajo del especialista no solo incluye a la parturiente sino también el apoyo al acompañante, respetando sus decisiones sobre el grado de involucramiento, informándole sobre el desenvolvimiento del TP, sobre las necesidades de la mujer y enseñándole medidas de confort y formas de participación durante el proceso. Todas las mujeres deben tener apoyo durante el parto, el apoyo continuo de los profesionales y personas de apoyo es fundamental, mejora los resultados tanto para la madre como para el bebé sin haber sido identificados resultados adversos (Bohren et al., 2017).

Partograma

El partograma es un formulario que sirve como herramienta para registrar los datos tanto maternos como fetales durante el trabajo de parto para llevar una adecuada monitorización del mismo. En él se anotan las exploraciones realizadas durante la fase activa de la dilatación, se registran las constantes de la mujer, frecuencia e intensidad de las contracciones, descenso de la cabeza fetal y dilatación cervical. Su objetivo es proporcionar un resumen pictórico del trabajo de parto y así detectar precozmente posibles desviaciones en el bienestar de la madre, del feto y/o del progreso del trabajo de parto. Existen numerosos tipos de partogramas, todos suelen incluir: una escala vertical a la izquierda numerada del 1 al 10 que representa los centímetros de dilatación cervical, una horizontal que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación numerada en orden descendente según los planos de Lee (o de Hodge) (Nápoles, Bajuelo, Téllez, Couto & Núñez, 2004).

A pesar de que la OMS propugna el uso del partograma de manera universal como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto especialmente en países con bajos ingresos, en una revisión del grupo Cochrane no se encontraron pruebas que indicasen que con su uso se redujeran o aumentasen las tasas de cesáreas o tuviese algún efecto sobre otros aspectos de la atención en el trabajo de parto. Cuando se compararon diferentes tipos de partogramas, ningún diseño fue mejor que los otros. Es posible que los partogramas sean útiles en ámbitos con acceso más limitados a los recursos de asistencia, hay estudios realizados en México y África que mostraron cierta reducción en las tasas de cesáreas con el uso del mismo y la intervención temprana para el progreso de trabajo de parto retrasado (Lavender, Cuthnert, Smyth, 2018).

Monitorización por cardiotocografía

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. El monitoreo fetal se realiza al escuchar la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y esto se puede hacer con cardiotocografía externa (monitorización eléctrica), con un estetoscopio fetal de Pinard o con un dispositivo Doppler (Manual).

La OMS no recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto al ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo, no han sido demostrados sus beneficios y puede asociarse con un aumento en la incidencia de cesáreas. En estos casos se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard (OMS, 2018).

El monitoreo fetal o registro cardiotocográfico (RCTG) se debe hacer en decúbito lateral izquierdo, sentada o en media posición vertical. El sitio en donde se perciben los latidos fetales en su máxima intensidad se encuentra a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal, corresponde al hombro anterior. El RCTG puede realizarse de forma continua o intermitente.

No se recomienda la cardiotocografía continua porque incrementa la incidencia de cesáreas y partos instrumentados (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013). Debe optarse por realizarlo de forma intermitente con un registro de 20 minutos cada hora o dos horas, en caso de que se detecten anomalías en la FCF, dinámica uterina o si la situación clínica cambia (anestesia, perfusión de oxitocina) la cardiotocografía será continua (Espinillas et al.,2016).

La OMS recomienda en países con recursos bajos la auscultación de la FCF de forma intermitente mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en TP, pues es importante asegurar los recursos necesarios, los cortes de corriente o la falta de pilas pueden influir en los registros.

Movilización y modificación de posiciones

Fisiológicamente, es mucho mejor para la madre y el feto cuando la mujer se mantiene en movimiento durante el parto, el útero se contrae más eficazmente, el flujo sanguíneo a través de la placenta es más abundante, el TP es más corto y el dolor menos intenso (Espinilla et al.,2016).

Hay pruebas claras de que caminar y las posiciones verticales en el período dilatación reducen la duración del trabajo de parto, provocando contracciones uterinas más efectivas, disminuyendo la necesidad de oxitocina externa, al igual que la necesidad de

instrumentación obstétrica y el riesgo de parto por cesárea; los dolores son menos intensos (menor necesidad de epidural y/o narcóticos) y no parecen asociarse con un aumento en las intervenciones ni con efectos negativos sobre el bienestar de las madres y los recién nacidos (menor tasa de patrones anormales de FCF, disminuye el compromiso fetal, menos probabilidad de ingresos neonatales) (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013).

La deambulación tiene un papel extremadamente importante en todo el proceso del parto, dado que los huesos de la pelvis están destinados a proteger y guiar al feto a lo largo del canal de parto. La bacia ósea es mantenida por un sistema de ligamentos, los cuales, durante el embarazo se relajan debido a la influencia hormonal de la relaxina, confiriéndole mayor flexibilidad a las articulaciones pélvicas y, por consiguiente, aumentando significativamente el espacio en el interior de la bacia pélvica, especialmente cuando la parturiente se mueve y cambia su posición corporal (Calais & Vives, 2015).

El dolor de las contracciones orienta a la mujer durante el TP, se va moviendo de acuerdo con este, buscando mayor confort a medida que las contracciones van siendo más fuertes y dolorosas. La deambulación ayuda a lidiar con el dolor agudo de las contracciones lo que contribuye al posicionamiento fetal en la pelvis femenina. El cambio de posición a su vez ayuda a aliviar los dolores, cuando las rotaciones de las caderas crean una compresión, descompresión de los iliacos en el sacro que permite aliviar los dolores ligamentosos. La posición vertical por efecto de la gravedad favorece la progresión del feto por el canal del parto, dirigiendo la cabeza del feto hacia la excavación, siendo la posición en la que mejor se encaja el feto en la pelvis (Calais et al., 2015).

Regaya et al. (2012), en un estudio que envolvió a 100 embarazadas que estaban autorizadas a deambular hasta que presentasen los 6 cm de dilatación y otras 100 confinadas en una cama en decúbito dorsal o lateral. Concluyó que la deambulación era beneficiosa en varios aspectos: reducción significativa de la duración de la dilatación, de la intensidad del dolor, del consumo de oxitocina y disminución de la tasa de cesáreas y partos instrumentados. El autor también concluyó que la deambulación procura un mejor resultado materno con apenas un 7% de efectos secundarios (13% en posición acostada) y un mejor resultado fetal a nivel de la puntuación de Apgar.

Estudios observacionales de la posición materna durante el trabajo de parto han encontrado que las mujeres asumen espontáneamente muchas posiciones diferentes durante el trabajo de parto. Hay poca evidencia de que una posición sea la mejor, para la mayoría de las mujeres ninguna posición necesita ser ordenada ni proscrita, a excepción de la posición supina durante el trabajo de parto contraindicada por los efectos adversos conocidos que

tiene: el peso del útero oprime los vasos sanguíneos abdominales, provocando hipotensión supina y desaceleraciones más frecuentes de la frecuencia cardíaca fetal (Lawrence et al., 2013).

Los beneficios de las posiciones verticales hacen que las mujeres tengan una mayor satisfacción con la experiencia del trabajo de parto y por tanto además de los beneficios físicos también tiene beneficios psicológicos en aquellas que son capaces de optar por estas posiciones fisiológicas (Priddis, Dahken & Schied, 2012).

Por todo ello, se recomienda alentar a la movilidad y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del período de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo. Incluso en mujeres de bajo riesgo animar a optar por posiciones erguidas (OMS, 2018).

Ingesta

El ayuno para evitar el riesgo de aspiración gástrica estaría justificado en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general, en la actualidad son muy pocos los partos en los que se utiliza este tipo de anestesia. El TP requiere gran cantidad de energía, unas restricciones severas de fluidos pueden conducir a una deshidratación y cetosis. Esta complicación podría ser evitada si se permite la ingesta de comidas ligeras, bajas en residuos, blandas o de bebidas isotónicas a las mujeres que lo deseen, en pequeñas cantidades y a intervalos frecuentes.

Las bebidas isotónicas tienen la ventaja de reducir la producción de cuerpos cetónicos debido a las calorías que son capaces de aportar, aproximadamente 30 kcal/dl sin aumentar apenas el volumen residual gástrico en comparación con el agua que no aportaría energía (Kubli, Scrutton, Seed, & O'Sullivan, 2002). No se ha encontrado que la ingesta de sólidos respecto a líquidos durante el parto influya en los resultados obstétricos (tipo de nacimiento y duración del parto) ni en los resultados neonatales (Singata, Tranmer & Gyte, 2014). En estudios realizados en parturientas que ingerían bebidas isotónicas se observó que la glucemia se mantenía sin cambios, lo que significa que las calorías que estas bebidas aportaban se absorbían correctamente por el tracto gastrointestinal, por lo que no se contempla el riesgo de hiperglucemias (Kubli et al., 2002). La evidencia recomienda que la cetosis se pudiera prevenir con ingestas calóricas relativamente pequeñas suministradas mediante bebidas isotónicas (Santos & Al-Adib, 2013). Por otra parte, la ingesta de sólidos

es controversial no solo en cuanto a sus beneficios, sino también al incremento del volumen intragástrico con respecto a los líquidos (O, Sullivan, Liu, Hart, Seed & Shennan, 2009).

La ingestión de alimentos y líquidos no deberían impedirse a las mujeres de bajo riesgo, la Asociación Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) acepta la ingestión de bebidas durante el trabajo de parto y comidas livianas en caso de que el parto progrese con normalidad; el American College of Nurse-Midwives (ACOG) aboga por no restringir la toma de alimentos y defiende realizar una valoración exhaustiva seleccionando a las mujeres de bajo riesgo para permitirles la ingesta oral; la OMS (2018) enfatiza el respeto por los deseos de la mujer, recomienda la ingesta líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto, en mujeres con bajo riesgo. Esta última recomendación de la OMS se basa en una revisión sistemática realizada por Singata et al. (2014), que concluyeron que no hay ninguna justificación para la restricción de líquidos ni alimentos en trabajo de parto en mujeres con bajo riesgo de complicaciones, pues la evidencia no demuestra beneficios de esta práctica. Además, existe una regulación natural en las mujeres que hace que a medida que avanza el trabajo de parto se produzca una disminución progresiva y espontánea del consumo de comida, esta autorregulación de la ingesta disminuye en la mujer el nivel de estrés y provee un sentimiento de autocontrol (Urrutia, Abarca, Astudillo, Llevaneras & Quiroga, 2005).

A pesar de la evidencia científica, en la actualidad siguen existiendo protocolos en los que se prohíbe la ingesta teniendo como propósito reducir el riesgo de regurgitación y aspiración de contenido gástrico. En los centros donde se permite la ingesta la práctica más común es permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto, son muy pocos los centros donde se permite la ingesta de comida.

Rasurado perineal

No se recomienda el rasurado perineal de rutina antes del parto vaginal, debe evitarse. La decisión debería ser dejada a la mujer y no el proveedor de cuidados. En situaciones donde una mujer opta por la retirada de este vello se aconseja que sea ella quien opte por la forma y lugar que más cómodo le resulte para su retirada antes del TP (OMS, 2018).

El rasurado ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a colonización por microorganismos, hay estudios que evidencian mayor colonización de bacteriana Gram negativas en las mujeres rasuradas respecto a las no rasuradas. Además de ello, también

es desagradable para la mujer porque causa intenso malestar y prurito durante el crecimiento del vello (Revez, Gaitan & Cuervo 2013).

En caso de episiotomía hay autores que apoyan el rasurado parcial del vello púbico bajo la creencia de que podría disminuir el riesgo de infección y facilitar la técnica de sutura, pero no existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado (MSPS, 2010).

Aplicación de enemas

Durante años fue muy frecuente la aplicación de enemas para reducir la encopresis y así la turbación, se creía que el vaciado intestinal aumentaría el espacio para el nacimiento fetal, que el estímulo mejoraría la dinámica uterina y reduciría la duración del TP. Esta práctica no ha demostrado proporcionar beneficios clínicos y tampoco mejorar la satisfacción materna. Con ella se produce un incremento de dolor durante el parto, suele producir pérdidas de heces líquidas que aumentan los riesgos de infección materna y neonatales, no disminuye las dehiscencias de la episiotomía, ni tampoco se reduce la duración del trabajo de parto y puede resultar desagradable para la parturiente (Revez et al., 2013; MSPS, 2010). Actualmente no se recomienda la aplicación de enemas de forma rutinaria durante el parto (OMS, 2018).

Tacto vaginal

El objetivo es comprobar la evolución del parto e identificar su prolongación. Aporta información sobre la posición, consistencia, longitud y dilatación del cuello uterino, también sobre el descenso y rotación de la cabeza fetal.

A pesar de que todavía sigue siendo el método más utilizado para valorar la progresión del parto hay publicaciones que asocian el número de tactos vaginales con riesgo de infección, por la introducción de microorganismos de la vagina en el canal cervical (Hodnett et al., 2014). Por esta razón, es necesario la restricción de la frecuencia y el número total de exámenes vaginales, en particular cuando existan factores de riesgo para la infección como la rotura de las membranas amnióticas prolongada y/o una duración larga de TP. Deben ser realizados solo cuando la información que proporciona sea realmente relevante para la toma de decisiones (MSPS, 2010). La frecuencia de exámenes vaginales depende del contexto de cuidado y el progreso de TP. El número de tactos vaginales debe limitarse a los estrictamente necesarios durante la primera etapa del TP. En partos normales la frecuencia recomendada es de cada 4 horas, si estuviese indicado ante progreso lento, sensación de pujo y/o aparición de complicaciones puede ser necesario realizarlo antes. Se

recomienda además que los tactos sean siempre realizados por el mismo profesional, evitando los realizados por múltiple personal sanitario alrededor del mismo tiempo o en puntos de tiempo diferentes (OMS, 2018).

A la hora de realizar el tacto vaginal hay que tener en cuenta que puede ser molesto y doloroso e incluso causar ansiedad. Hay que garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicar la técnica (aséptica) y las razones que llevan a realizar el procedimiento, al igual que los resultados de la evaluación.

Previo al tacto vaginal debe realizarse un lavado perineal, lo recomendado es realizar el lavado con agua corriente, no siendo necesario el uso de antiséptico. La guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2017 ha evaluado medidas higiénicas durante el examen vaginal y la antisepsia determinando que existe alta evidencia de que el uso de cetrimida/clorhexidina para el lavado perineal no es más efectivo que el agua corriente.

La Federación de asociaciones de matronas de España (FAME) en 2008 indica una serie de técnicas alternativas no invasivas para valorar la evolución del parto como la valoración de la línea purpura, aparición del rombo de Michaelis y la palpación abdominal. La falta de evidencia científica que las corrobore enfatiza la necesidad de realización de nuevos estudios.

En el documento Iniciativa al Parto Normal (MSPS,2010) se recogen como técnicas alternativas la palpación abdominal que evalúa el descenso de la cabeza fetal en términos de quintos palpables por encima de la sínfisis del pubis. Una cabeza que está enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable, mientras que una cabeza que está enteramente por debajo de la sínfisis del pubis es cero quintos (0/5) palpable; la interpretación del comportamiento y los sonidos maternos (el comportamiento de la mujer, su apariencia y su conducta, así como el flujo y las secreciones vaginales). En la fase latente del expulsivo se produce una disminución de las contracciones y/o del dolor lumbar y la mujer permanece quieta, comunicativa o produciendo diferentes sonidos. Se consideran señales de que la mujer entra en la fase activa algunos cambios en la expresión de la cara, palabras y acciones. Los signos claros de que ha entrado en la fase activa son respiraciones “forzadas”, sonidos potentes y la necesidad de pujar. Con todo, si a medida que transcurre el parto aparecen dudas sobre si la dilatación es completa se debe llevar a cabo una exploración vaginal. Otros métodos, aunque carecen todavía de estudios que los avalen, parecen ser de utilidad como la valoración de la purple-line (línea rojo-violácea), que aparece en los márgenes del ano con el inicio de la fase activa del parto y va ascendiendo

por entre las nalgas hasta llegar a su nacimiento coincidiendo con la dilatación cervical completa. La aparición del «rombo de Michaelis» como indicativo de la dilatación completa en mujeres cuya posición permite un ligero desplazamiento del triángulo formado por el cóccix, el sacro y las últimas vértebras lumbares.

Eliminación vesical

Se debe favorecer la micción espontánea de la parturienta, pero si no es posible está indicado el sondaje vesical, la vejiga llena parece, a veces, impedir el descenso fetal. Además, la distensión vesical puede producir hipotonía del órgano y aumenta el riesgo de infección.

Se deben evitar los sondajes vesicales de rutina, pues aumentan el riesgo de infecciones urinarias. En ocasiones se puede estimular la micción espontánea con masajes suprapúbicos (Ümran, Korucu, Eroğlu, Karataş & Yalçın, 2013).

En caso de anestesia epidural la mujer puede perder la sensación de vejiga llena y ser necesario la utilización de sondaje vesical intermitente en caso de globo vesical (MSPS, 2010).

Amniorrexis y utilización de oxitocina externa.

La duración del parto no debe constituir un factor clave de preocupación por sí mismo. Para el diagnóstico de retraso de la dilatación la NICE (2007) recomienda considerar todos los aspectos de progresión del parto: dilatación cervical menor a 2cm a las 4 horas en nulíparas, dilatación menor de 2cm o enlentecimiento del progreso del parto en el segundo o posteriores, descenso y deflexión de la cabeza fetal, cambio en la fuerza, duración y frecuencia de las contracciones uterinas.

Algunas pruebas indican que hasta un tercio de las mujeres en su primer trabajo de parto presentan un trabajo de parto retardado. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto, ni a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos en el parto. Por tanto, una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica (OMS, 2018).

Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm, no siendo recomendado el uso de intervenciones

médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre; tampoco se recomienda un paquete de cuidados como el manejo activo para evitar retrasos en el TP. El uso de oxitocina, de antiespasmódicos, o la administración de líquidos intravenosos no está recomendado para la prevención del retraso del trabajo de parto o para abreviar la duración del trabajo de parto (OMS,2018).

Durante los últimos años, la amniotomía ha sido la práctica estándar en muchos países de todo el mundo. No obstante, son escasas las pruebas de que un trabajo más corto resulte beneficioso para la madre o el recién nacido. Existen algunos riesgos potenciales importantes, aunque excepcionales, asociados con la amniotomía incluidos los problemas con el cordón umbilical (prolapso) o la frecuencia cardíaca del recién nacido. La rotura artificial de membranas o amniotomía se realiza con el objetivo de acelerar y fortalecer las contracciones y, de este modo, acortar la duración del trabajo de parto. A pesar de su empleo común para la prevención de retraso de TP en la práctica clínica no hay pruebas claras de que las ventajas potenciales pesen más que los daños potenciales. Su realización comparada con manejo expectante no muestra mejores resultados (Smyth, Alldred & Markham, 2013).

En una revisión de Cochrane se identificaron 14 estudios con 4893 mujeres, no se reveló ningún acortamiento en la duración del período de dilatación, sí un posible aumento de las cesáreas. No se recomienda la amniotomía sistemática para los trabajos de parto de evolución normal (Smyth et al., 2013).

La OMS (2018) establece como no recomendable el uso rutinario de la amniorrexis, no debe realizarse para prevenir el retraso del TP, solo se practicará en casos de no progresión adecuada de la dilatación o para control fetal (monitorización interna, valoración del líquido amniótico, o PH fetal). No recomienda su realización en mujeres infectadas por VIH ya que puede aumentar el riesgo de infección perinatal. Existen alternativas no invasivas en caso de partos de progreso lento como son la deambulación, movilización y cambios de posición. El tratamiento activo del trabajo de parto es un protocolo clínico que incluye la intervención precoz con amniotomía y oxitocina para aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas cuando la evolución del TP se retrasa. El trabajo de parto inefectivo continuo puede dar lugar a la decisión de realizar una cesárea. La intervención precoz también tiene riesgos que incluyen hiperestimulación uterina y anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (Wei et al., 2013).

No existen pruebas de diferencias en el tipo de nacimiento, uso de epidural, duración del parto o resultados neonatales entre la amniorrexis rutinaria y uso de oxitocina frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto.

En una revisión de Cochrane una política de aceleración precoz habitual para los retrasos leves en la evolución del trabajo de parto dio lugar a una reducción moderada de la tasa de cesárea, comparada con el tratamiento expectante (Wei et al., 2013). La oxitocina se asocia con una reducción en el tiempo transcurrido hasta el parto de aproximadamente dos horas que podría ser relevante para ciertas pacientes (Bugg, Siddiqui, Thornton, 2008).

La amniorrexis seguida de administración de oxitocina a bajas dosis acorta la duración del período de dilatación y mejora el grado de satisfacción de las mujeres, sin mejorar las tasas de partos vaginales ni otros resultados (MSPS, 2010).

Existe incertidumbre sobre la utilización de dosis altas de oxitocina, la dosis mayor de oxitocina al inicio y la dosis de incremento (4 mU por minuto o más) se asociaron con una reducción en la duración del trabajo de parto, menos cesáreas y con un aumento en el parto vaginal espontáneo. No hay pruebas suficientes, la evidencia en cuando a dosificación de oxitocina es muy limitada. (MSPS,2010).

Ante la sospecha de retardo de la fase activa la guía de práctica clínica (2010) recomienda: Ofrecer apoyo a la mujer, hidratación y un método efectivo y apropiado para el control del dolor. Si las membranas están íntegras se procederá a su rotura artificial, realizando exploración vaginal al cabo de dos horas, si ha dilatado menos de 1cm se diagnostica retardo de la dilatación y se toman medidas oportunas: estimulación con oxitocina y monitorización continua. Nuevo tacto vaginal a las 4 horas iniciada la perfusión de oxitocina, si el progreso de la dilatación es inferior a 2 cm se reevaluará el caso tomando en consideración la posibilidad de practicar una cesárea. Si el progreso es superior a 2 cm se realizará una nueva exploración 4 horas después (MSCP,2010).

Analgesia

El dolor sufrido por las mujeres durante el parto se ve afectado por cantidad de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, por eso tiene una gran variabilidad entre las mujeres y entre cada uno de sus partos (Altabella, 2015).

Constituye uno de los mayores miedos de la mujer ante el parto, su alivio es un derecho esencial de la embarazada, un elemento fundamental en la asistencia del parto desde el primer período del trabajo de parto hasta el alumbramiento. La analgesia debe ofrecerse a todas las parturientes que lo deseen salvo contraindicación médica expresa, por tanto,

deben ser informadas de los medios disponibles en el servicio para el alivio del dolor.

Es preciso una personalización de los recursos disponibles, el respeto por la expresión del dolor por parte de cada mujer y por la decisión que tome sobre la forma de manejarlo.

El dolor del trabajo de parto no tiene ningún efecto beneficioso, un nivel de dolor muy elevado puede dar lugar a efectos secundarios indeseables psicológicos y derivados de una mayor necesidad de analgesia que pueden llevar a la insatisfacción como la disminución de la sensación de pujo, pérdida de protagonismo de la mujer o una mala perfusión de la placenta debido al aumento del consumo de oxígeno, del gasto cardíaco, de la presión arterial y de los valores plasmáticos de catecolaminas que podría suponer hipoxia y acidosis en el feto (Villacorta,2013).

El dolor del parto lo provocan las contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y la dilatación de la vagina y del cuello pélvico para acomodar al feto para su expulsión, no es causado por ninguna enfermedad. El parto es un proceso fisiológico natural, la mayoría de mujeres sanas, pueden parir con un mínimo de procedimientos médicos sin que por ello corra ningún riesgo su salud y la de su RN (Altabella, 2015).

Una gran parte de las mujeres requieren alivio del dolor durante el trabajo del parto, para su control se incluyen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Métodos no farmacológicos:

La hidroterapia consiste en la utilización de agua con fines terapéuticos bien mediante una ducha o mediante inmersión en una bañera de agua caliente durante el parto. Se recomiendan una temperatura entre 34 y 37 ° C. Los beneficios de este método han sido manifestados por la evidencia científica sin llevar a complicaciones materno-fetales (Simpson,2013). Tiene beneficios hidrotérmicos (relajación perineal, vaginal, cervical) e hidrocinéticos (secreción de oxitocina endógena), facilita la movilidad y la adopción de posiciones que favorecen el descenso fetal (cuclillas, rodillas), la relajación conlleva menor ansiedad y menor secreción de adrenalina aumentando la serotonina y como consecuencia aumenta la producción de oxitocina endógena mejorando así la oxigenación fetoplacentaria, disminuye y mejora el manejo del dolor y reduce las intervenciones. La ingravidez de la mujer en el agua produce una reducción de la cantidad de energía gastada, la no compresión externa en la vena cava inferior favorece el aumento de la circulación sanguínea en el útero, produciendo una mayor oxigenación del tejido muscular y, por tanto, unas contracciones más eficientes; produce vasodilatación leve que reduce la presión arterial y aumenta el pulso materno, provocando un aumento de la sangre que llega a la

placenta incrementando la oxigenación en el útero y el feto (Uceira et al, 2015). Todas estas ventajas llevan a un aumento de la satisfacción materna y a un acortamiento de la fase de dilatación y del período expulsivo (Cluett & Burns, 2009). El aspecto donde hay más controversia es en la morbilidad neonatal, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la asociación española de pediatría (AEP) advierten de las posibles y graves complicaciones neonatales de realizar un parto en agua, como la broncoaspiración. El American College of Nurses and Midwives publicó en 2014 una revisión bibliográfica resaltando que las gestantes de bajo riesgo presentan resultados maternos y neonatales equivalentes, tanto si realizan el parto en agua como si lo hacen fuera de ella, consideran que no debería desaconsejarse el uso de la hidroterapia durante el parto en los centros con profesionales entrenados para realizarlos que sigan las guías clínicas cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, que cuenten con instalaciones y materiales necesarios y realicen los controles correctos durante el proceso de parto (Nutter, Meyer, Shaw-Battista & Marowitz, 2014).

Se recomienda la inversión hasta cubrir el abdomen una vez alcanzados los 4-5 cm de dilatación y con dinámica uterina establecida y no superar las 2 horas de inmersión continuadas (SEGO,2008). Esta recomendación se basa en que parece ser más eficaz esperar a que la mujer se sumerja con al menos 5cm de dilatación, aunque no existen pruebas suficientes para asegurarlo, por esta razón, el momento para la inmersión no debe limitarse a un tiempo ni período determinado, el indicador debe ser el deseo y bienestar de la gestante (Uceira et al.,2015).

La gestante podrá sumergirse en agua incluso si se ha producido la rotura espontánea de las membranas, siempre y cuando el líquido sea claro y permanezca claro a lo largo de la dilatación. Ser portadora de estreptococo grupo B positivo no es una contraindicación para el uso de la bañera. Está contraindicado en gestantes de alto riesgo, con fiebre o sospecha de infección, sangrado vaginal activo, si se han administrado narcóticos en un tiempo inferior a 6 horas o si cuenta con analgesia epidural (MSPS, 2010).

La revisión Cochrane sobre el uso del agua para el parto llega a la conclusión de que hubo una reducción significativa en el uso de analgesia epidural en las mujeres que usaron la inmersión en agua durante la dilatación del parto (Cluett et al.,2009).

Las terapias posturales consisten en alentar a las mujeres durante el parto a cambiar de posición y escoger la que le resulte más cómoda. Numerosos estudios han demostrado que la posición supina puede tener aspectos fisiológicos adversos tanto para la mujer como para el feto en la progresión del parto. Por el contrario, como ya se ha hecho referencia, hay evidencia que indica que caminar y las posiciones verticales durante la primera etapa del

parto ayudan a manejar el dolor porque desplazan la presión que ejerce el feto y ayuda al descenso fetal favorecido por el efecto de la gravedad (Calais et al., 2015).

El uso de las pelotas de parto o pelota suiza durante el trabajo de parto disminuye el dolor y reduce la ansiedad, su uso permite libertad de movimientos, la posición vertical materna y el balanceo pélvico (Lucas, Mosquera & Tizón, 2014). Los principales beneficios son que facilita la corrección de la postura, la relajación, el estiramiento y el fortalecimiento de los músculos. Los ejercicios con el balón en posición vertical (sentado) trabajan los músculos del suelo pélvico, el movimiento suave de la pelvis promueve la relajación muscular, lo que asociado con la expansión de la pelvis ayuda al descenso de la presentación en el canal del parto, además del beneficio psicológico por su carácter lúdico y su bajo coste financiero (Silva, Oliveira & Barbosa, 2011).

Otros métodos no farmacológicos como las técnicas de relajación, la acupuntura, aromaterapia, la hipnosis, el masaje, la musicoterapia, los sacos de semillas calientes, o la inyección de agua estéril en el Rombo de Michaelis, proporcionan a la mujer una disminución del dolor en el trabajo del parto, un aumento de la satisfacción y un menor uso de analgesia; el inconveniente es que no existen estudios suficientes que demuestren sus beneficios.

Entre los métodos no farmacológicos se encuentran las terapias complementarias o alternativas. La complementaria es utilizada conjuntamente con la medicina convencional, mientras que la alternativa se utiliza en su lugar. Estas terapias son inocuas para la madre y feto, ayudan a gestionar y aliviar situaciones sencillas durante el proceso de dilatación. Dentro de estas se encuentra la homeopatía, el uso de flores de Bach, la reflexología (terapias en zonas reflejas: pies, cara y orejas) y la fitoterapia (infusiones de hierbas). El aumento de la demanda de este tipo de terapias supone un nuevo reto para los profesionales que aparte de su formación básica deben profundizar sus conocimientos en estas terapias para poder dar asesoramiento sobre ellas y ponerlas en práctica.

Métodos farmacológicos

Entre las medidas farmacológicas la más utilizada es la anestesia epidural. Se considera el estándar de la analgesia obstétrica ya que permite la mejor calidad analgésica para el trabajo de parto, por su seguridad y eficacia, al igual que permite la posibilidad de administrar analgésicos en caso de cesárea, parto instrumentado o en el postoperatorio si es preciso. Tras la aplicación de la epidural el anestésico alcanza y actúa sobre las fibras nerviosas que constituyen las raíces anteriores y posteriores de la médula potenciando el

bloqueo producido a nivel de las raíces. En consecuencia, se produce un bloqueo simpático sensorial y motor dependiendo de la extensión del bloqueo y del volumen de anestésico inyectado. Esto se traduce en una posible pérdida de sensibilidad en uno o ambos miembros inferiores, pérdida de la necesidad de pujar y/o pérdida el reflejo de micción o de la contracción eficaz de la vejiga (Aguilar, Mendiola & Sala, 2012).

Sus efectos durante el trabajo de parto, en la progresión y finalización del mismo siguen siendo motivo de controversia en la literatura. La analgesia epidural disminuye la resistencia cervical a la dilatación, en algunas mujeres incluso favorece la evolución del parto. Muchos trabajos muestran que puede producir un aumento en la duración del trabajo de parto, una disminución de la intensidad de las contracciones sin alterar su frecuencia y un descenso de la liberación de oxitocina que podría incrementar el intervencionismo obstétrico. Las desventajas se han visto disminuidas con la utilización concentraciones más diluidas que permitieron incluso la introducción de la denominada “walking-epidural” (deambulación con analgesia epidural sin bloqueo motor). La administración de una infusión continua epidural a baja concentración ha demostrado ser en la actualidad la técnica de elección en razón a la calidad analgésica alcanzada y la menor interferencia con el trabajo de parto.

La administración de analgesia epidural no provoca una mayor tasa de partos no eutócicos, aunque sí influye en una mayor duración de las fases de dilatación y expulsivo, también en una mayor necesidad de oxitócicos (Segado et al.,2011).

En una revisión de Cochrane se concluye que la analgesia epidural parece ser eficaz para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. A pesar de que las mujeres que utilizan esta forma de alivio se encuentran en mayor riesgo de parto instrumental no se observaron diferencias en las tasas de parto por cesárea, lumbalgia a largo plazo o efectos sobre el recién nacido poco después del nacimiento (puntuación de Apgar). Sí fue más probable que las mujeres que utilizaron analgesia epidural presentaran una segunda etapa más prolongada del trabajo de parto, necesitaran estimulación de sus contracciones, tuvieran presión arterial muy baja, no pudieran moverse durante un período después del nacimiento, presentaran problemas de retención de orina y padecieran fiebre (Anim, Smyth & Howell, 2006).

Otros cuidados a tener en cuenta en la fase de dilatación

Hay dos aspectos importantes a tener en cuenta durante esta fase que son los resultados del cultivo de estreptococo del grupo B y la rotura de prematura de las membranas amnióticas.

El estreptococo del grupo B

El estreptococo del grupo B (EGB) o *Streptococcus Agalactiae* puede encontrarse colonizando el aparato digestivo del ser humano y en el aparato genital de las mujeres, sin causar síntomas o provocar daños. Las infecciones neonatales causadas por los EGB son graves y pueden ser mortales causando septicemia, neumonía o meningitis. El tratamiento inmediato puede llevar a la recuperación completa.

Se recomienda la evaluación rutinaria para la pesquisa de EGB a todas las gestantes entre las 35 y 37 semanas de gestación mediante el cultivo del exudado de la zona externa de la vagina y recto. Hay estudios que demuestran que la prueba hecha antes de las 5 semanas de inicio del parto es más exacta para predecir el estado EGB al nacimiento (John & Jacobson, 2018).

La administración de antibióticos durante el parto es recomendado a las gestantes colonizadas EGB para prevenir la infección neonatal (OMS, 2015) o cuando existan factores de riesgo para el contagio del RN como cuando han pasado 18 o más horas desde una rotura prematura de membranas amnióticas sin conocer el resultado del cultivo, si la gestante tiene fiebre (38°C o más), si ha tenido un RN con EGB en un parto anterior, si ha tenido infecciones urinarias causadas por los EGB, ante un parto con menos de 37 semanas de gestación o si se desconoce el cultivo (Guerrero, Cartón, Barreda, Menéndez & Ruiz, 2018).

El antibiótico profiláctico de elección prioritaria es la Penicilina G sódica 5.000.000 UI en una primera administración y repetir 2.500.000 UI cada 4 horas hasta que se produzca el parto. De segunda elección es la Ampicilina 2 g endovenosa en la primera administración y luego 1 g endovenosa cada 4 horas hasta que se produzca el parto. En caso de alergia a la Penicilina y derivados la elección es la Clindamicina 900mg endovenosa cada 8 horas hasta el parto. En caso de resistencia del EGB a la Clindamicina puede utilizarse Vancomicina 1g endovenosa cada 12 horas hasta el parto. Para que la pauta antibiótica profiláctica sea considerada adecuada el antibiótico debe ser administrado por vía endovenosa y por lo menos 4 horas antes del nacimiento para que se puedan administrar 2 dosis. Se considera incompleta cuando solo se ha administrado una dosis habiendo pasado al menos 4 horas y no se considera realizada cuando han pasado menos de 4 horas desde la primera dosis o si no se ha administrado ninguna dosis. En estos dos últimos casos se debe mantener una vigilancia durante 48 horas para el despiste de infección y además es necesario administrar en la primera hora de vida Penicilina G al RN cuando la profilaxis se considera no realizada (Guerrero et al.,2018). En caso de haber sido realizada la

profilaxis con Clindamicina o Vancomicina pese a una administración adecuada, debido a una mayor dificultad para alcanzar niveles bactericidas en la circulación fetal, los recién nacidos deberán permanecer en observación durante 48 horas con control analítico (SEGO, 2012).

Debe evitarse la amniorrexis y los tactos vaginales en la medida de lo posible mientras no se alcancen los tiempos de profilaxis adecuados (Guerrero et al., 2018).

Rotura prematura de membranas

Se considera que la rotura prematura de membrana (RPM) es la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente expulsión de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. La RPM a término es un problema frecuente en la embarazada, su incidencia se sitúa en un 3-18% de las gestaciones, en el 60% de las mujeres el trabajo se desencadena dentro de las 24 horas (NICE, 2017) y a los 3 días en el 95% de los casos (SEGO, 2012). El diagnóstico de RPM se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico que puede ser evidente o constatarse mediante la determinación de Ph vaginal, por ecografía fetal, mediante pruebas bioquímicas (determinación de Insulin-like growth factor binding protein-1 o de la Placental alpha microglobulin-1) o mediante amniocentesis diagnóstica en casos muy seleccionados (Di Renzo et al., 2011).

Las membranas fetales sirven como barrera ante la infección ascendente. En la rotura de membranas a término el riesgo más significativo materno es la infección intrauterina que aumenta con la duración de la rotura de membranas, los riesgos fetales asociados incluyen compresión del cordón umbilical e infección ascendente (Vargas & Vargas, 2014).

Su manejo clínico se basa, fundamentalmente, en dos prácticas la primera es la conducta expectante que consiste en esperar un tiempo entre que ocurre la RPM y empieza el trabajo de parto, la segunda es la conducta activa o inducción directa del parto mediante oxitocina y/o prostaglandinas.

La Nice (2017) reconoce como apropiada la inducción del TP de parto aproximadamente a las 24 horas después de la rotura de las membranas. En caso de que la mujer decida manejo expectante por más de 24 horas, para detectar cualquier infección que se pueda desarrollar, debe evaluar su temperatura cada 4 horas durante las horas de vigilia e informar inmediatamente de cualquier cambio en el color u olor de su pérdida vaginal. Se deben evaluar los movimientos del feto y su frecuencia cardíaca en un contacto inicial y luego cada

24 horas después de la rotura de las membranas, incluyendo el despiste de la existencia de una infección mediante la determinación de la proteína C- reactiva (NICE 2017).

En la RPM a término, a diferencia de las pretérmino, no existe un consenso universal en lo referente a la utilización de antibióticos (Rodríguez-Trujillo et al, 2016).

En la guía de práctica clínica de la NICE (2007) sobre cuidados intraparto recomienda no dar antibióticos (incluso si la RPM ha ocurrido hace más de 24 horas) si no hay signos de infección en la mujer, mientras que si hay evidencia de infección establece como necesario el tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía intravenosa.

En un ensayo clínico aleatorizado publicado en 2012 se evaluó la profilaxis antibiótica en RPM a término en 161 gestantes de menos de 12 horas de duración y SGB negativo. Se encontró una tasa de infección materna (corioamnionitis y endometritis puerperal) significativamente menor cuando se administraron antibióticos. Respecto a la relación entre la tasa de infección y el tiempo con membranas rotas, en todos los casos de infección materna se dio en mujeres con más de 12 horas de rotura membranosa. Los RN de madres con antibiótico tuvieron menos infecciones en comparación con los del grupo de control, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los autores de este ensayo abogan por la utilización de profilaxis antibiótica en mujeres con RPM a término para disminuir la tasa de infección materna, independientemente de la política de inducción del parto o manejo expectante. (Passos,2012).

La SEGO (2012) concluye que, a pesar de que en la práctica clínica es habitual el uso de antibióticos, los datos actuales no son suficientes para poder establecer ninguna recomendación a favor o en contra del uso profiláctico de antibióticos en las RPM a término. En una revisión actualizada del Cochrane (2014) no se mostraron pruebas convincentes sobre el beneficio del uso sistemático de antibióticos para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término o casi a término para la madre ni para el neonato. Dados los posibles efectos adversos del uso de antibióticos, el potencial para el desarrollo de microorganismos resistentes y el bajo riesgo de infección materna en el grupo control, se debe evitar el uso sistemático de antibióticos para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término o cerca del término ante la ausencia de una infección materna confirmada (Woicieszze, Stock & Flenandy, 2014).

La OMS (2015) no recomienda la administración de antibióticos de rutina a las gestantes con rotura prematura de membranas a término (o próxima al término).

En conclusión, el tratamiento de la RPM dependerá de la presencia de EGB, las condiciones obstétricas, la decisión de finalizar la gestación y el protocolo de cada centro.

2.2.2- Período expulsivo.

Se determina período expulsivo a la fase que comienza con la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con el nacimiento del RN. Este se divide en dos fases: Período expulsivo pasivo, es la dilatación completa y sigue el descenso fetal, pero sin deseo de pujar (ausencia de contracciones involuntarias); Período expulsivo activo, el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo (Espinilla et al., 2016). A través del tacto vaginal se identifica la dilatación completa y el comienzo de la fase del expulsivo; la situación de la cabeza fetal que ha pasado el cuello del útero e inicia su descenso por la pelvis.

La duración óptima de esta segunda etapa no se ha establecido, puede variar de una mujer a otra. De forma general, en primeros trabajos el nacimiento es completado en 3 horas, mientras que en partos posteriores el nacimiento es completado a las 2 horas (OMS, 2018). Estos tiempos estándar pueden aumentar hasta una hora, siendo de hasta 4 horas en primíparas o 3 horas en multíparas, en caso de analgesia epidural pues alarga el período expulsivo (Espinilla et al., 2016).

Estas referencias son orientativas la OMS (2018) recoge que la duración del período expulsivo por sí misma no es una indicación para terminar el parto. Actualmente con la vigilancia intensiva intraparto se pueden detectar precozmente los fetos que no toleran correctamente el TP, permitiendo emprender acciones tempranas para solventarlo.

Cuando la condición de la mujer es satisfactoria, el feto está en buen estado, la dinámica es correcta, la tolerancia materna y fetal es buena y hay pruebas de progreso en la pendiente de la cabeza fetal, no hay ninguna justificación para la intervención (OMS, 2018). En el expulsivo el feto para salir a través del canal del parto atraviesa 6 etapas: flexión y acomodación de la cabeza al estrecho superior, descenso y encajamiento de la cabeza fetal, rotación interna de la cabeza, desprendimiento de la cabeza, rotación externa de la cabeza e interna de los hombros, desprendimiento de los hombros y finalmente del resto del cuerpo fetal (Espinilla et al., 2016).

Es recomendable que el transcurso del TP se realice en el mismo espacio, el transporte a una sala de parto específica al principio de la segunda etapa podría ser desagradable para la mujer y es innecesario cuando el trabajo progresa normalmente (OMS, 2018).

Preparación de los profesionales que atienden el parto:

Las manos visiblemente sucias o potencialmente muy contaminadas con suciedad o materia orgánica deberán ser lavadas con jabón líquido y agua, de este modo se eliminan microorganismos transitorios y se consigue una limpieza de manos eficaz. A menos que estén visiblemente sucias podrán ser lavadas preferiblemente mediante fricción con una solución alcohólica, entre la atención a mujeres diferentes o entre diferentes actividades de cuidado a una misma persona. Aunque el alcohol no quita la suciedad y materia orgánica, el uso eficaz de los productos con base alcohólica en manos contaminadas se traducirá en una reducción sustancial de los microorganismos transitorios. Los productos alcohólicos constituyen una forma práctica y una alternativa muy aceptable cuando las manos no están totalmente sucias y se recomiendan para uso rutinario de limpieza de manos (Pratt, Pellowe, Loveday & Robinson, 2012).

Será necesario el uso de guantes para protección de las manos, evitar contaminación y disminuir el riesgo de infección. Deberán ser utilizados guantes estériles al contacto de zonas estériles para disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer o al feto (MSPS, 2010) y se usarán paños estériles con la frecuencia adecuada para mantener el espacio asistencial lo más limpio posible (SEGO,2008).

Existe una tendencia a eliminar el uso innecesario de este tipo de protecciones debido a la ausencia de pruebas que demuestren que estos sean eficaces en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. El uso de vestimenta impermeable, mascara facial y protecciones oculares no ha demostrado tener influencia en la morbilidad neonatal. La selección de la vestimenta deberá basarse en el riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y al personal sanitario, solo será necesaria si hay riesgo de salpicaduras de sangre y/o fluidos corporales, secreciones o excreciones (MSPS, 2010).

Cuidados en fase expulsiva.

Al igual que durante la dilatación no se debe restringir la posibilidad de ingesta de líquidos ni sólidos y se debe mantener informada a la mujer en todo momento de forma veraz y adecuada sobre la evolución del parto. Hay que favorecer la micción espontánea, si la parturienta no orina o no lo ha hecho en cantidad adecuada se practicará masaje encima de la sínfisis púbica para estimular la micción, si es necesario se realizará un sondaje vesical.

Posición en período expulsivo

La OMS (2018) remienda a las mujeres (incluso bajo anestesia epidural) a optar por la posición que le sea más cómoda incluyendo posiciones erguidas. Ante un eventual bloqueo motor por la analgesia epidural se debe valorar que posición puede adoptar la mujer (Espinilla et al., 2016).

Todas las posturas verticales (de pie, sentada, de cuclillas o de rodillas) aumentan el espacio en la pelvis, disminuyen el dolor, hacen que las contracciones sean más efectivas, permiten mayor libertad de movimientos y que la gravedad actúe a favor (FAME, 2011). Mejoran la eficacia de las contracciones por el reflejo de Ferguson - Harris que coordina tanto las contracciones como la distensión del útero, haciendo que la dilatación ocurra de forma rápida y dé lugar al parto (Calais et al., 2015). Disminuyendo la tasa de cesáreas y partos instrumentados y ante analgesia epidural acorta el tiempo de expulsivo. Estas posiciones, junto con las laterales, son las menos lesivas para el periné, comparada con la litotomía tienen beneficios como el acortamiento de la segunda etapa del parto, menor tasa de episiotomías, menor dolor y mejor patrón de FCF (Espinillas et al., 2016). La posición sentada protege contra el trauma perineal, proporciona mayor confort y autonomía a la madre en el nacimiento (Jamal & Kalantari, 2014). La cuadrupedia disminuye el dolor perineal - lumbar y suele resultar más cómoda (Calais et al., 2015).

Pujos

En cuanto a los pujos se mantienen las inquietudes acerca del tipo de empuje, espontáneo o dirigido y a cerca del momento del pujo, retardado o inmediato.

El inicio precoz del pujo no está recomendado pues parece tener efectos negativos como alteraciones hemodinámicas maternas y fetales, efectos negativos en el bienestar fetal (deceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base), aumento de la fricción de la presentación fetal con la pared vaginal posterior, lesión de los músculos perineales y los ligamentos uterinos, junto con una mayor incidencia de partos instrumentales. Se debe permitir el descenso pasivo fetal ya que no ha mostrado ningún efecto adverso en el resultado fetal o neonatal, por el contrario, sí parece tener algunos beneficios como mayor tasa de partos espontáneos, menos fatiga o cansancio materno, menos traumatismos perineales, mayor protección del suelo pélvico y menor tasa de incontinencia y prolapso de órganos pélvicos en el futuro (Álvarez & Arnedillo, 2015).

Se ha demostrado que los pujos espontáneos son más efectivos que los dirigidos, incrementan los partos vaginales, reducen partos instrumentados y el tiempo de pujo

(Herrera, 2018). Empujar espontáneamente consiste en dar 3 a 5 empujes cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción, comparados con los dirigidos que son empujes de 10 a 30 segundos de duración al mismo tiempo que se contiene la respiración. La evidencia disponible es limitada, con todo se puede afirmar que, aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente el período expulsivo, no es recomendable su uso debido a los efectos secundarios que produce en la madre y en el feto. La práctica de pujos dirigidos a glotis cerrada es perjudicial, la OMS (2018) ha recomendado la eliminación de esta práctica, recomendando que las mujeres sigan su propio impulso de presión, realizando pujos espontáneos.

No existe justificación para intervenir si la dinámica uterina es correcta y la tolerancia materna y fetal es buena. Se debe alentar a la mujer a que pujan libremente cuando ella sienta el impulso involuntario, se produce cuando la contracción alcanza 30 mm/Hg de amplitud y la presentación fetal distiende a los músculos del suelo pélvico provocando el reflejo de Ferguson, que se acompaña de la liberación de oxitocina y del aumento de la calidad y fuerza de las contracciones facilitando el pujo. Normalmente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos con cada contracción y con la glotis abierta (FAME, 2017).

Si el feto no ha descendido suficientemente después de un período de dos horas de descenso fetal pasivo, la mujer es alentada a realizar pujos espontáneos durante las contracciones. No es necesario pedir una duración específica del pujo. En caso de ausencia de sensación de pujo se recomienda dirigirlos una vez se haya completado la fase pasiva del expulsivo (OMS, 2018).

Maniobra de Kristeller

Consiste en realizar una presión en el fondo uterino durante el período expulsivo con el objetivo de aumentar la posibilidad de parto vaginal y reducir la duración del expulsivo. Los riesgos potenciales de su uso incluyen rotura uterina, daño del esfínter anal, fracturas o daño cerebral del recién nacido, así como un aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto. Lo anterior puede ser importante cuando hay conflictos con el factor Rh o cuando la madre presenta VIH, hepatitis B u otra enfermedad viral (Espinilla et al., 2016).

No existe evidencia de sus beneficios y antes los riesgos potenciales la OMS (2018) no recomienda su aplicación.

Protección del traumatismo perineal

El suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos y tejidos conjuntivos que tapiza la parte inferior de la pelvis. Tienen importantes funciones: Funciones de continencia (control de los esfínteres urinario y anal), función sexual, función reproductiva (último obstáculo que debe pasar la cabeza del bebé) y función de sostén (sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto).

El traumatismo perineal puede ocurrir espontáneamente o ser el resultado de una incisión quirúrgica en el periné llamada episiotomía. Se clasifica el desgarro perineal en varios grados según la afectación de las estructuras: El primer grado afecta a la piel perineal y a la mucosa vaginal; el segundo grado incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal; el tercer grado incluye el esfínter anal y el cuarto grado incluye la mucosa rectal (Espinillas et al.,2016).

La potente asociación de un traumatismo perineal y su reparación con la morbilidad posnatal como hemorragias, infecciones, dolor, incontinencia urinaria y/o fecal y disfunción sexual, demuestra la importancia de reducir estas lesiones.

La OMS (2018) recomienda el uso de técnicas para reducir el trauma perineal y facilitar el parto espontáneo que incluyen el masaje perineal, la aplicación compresas tibias y la protección práctica del periné, según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

Para retardar el parto, permitir que el periné se estire lentamente y prevenir la lesión perineal se utilizan diferentes técnicas e intervenciones perineales. El método adecuado para ejercer esta protección no está suficientemente avalado, existe controversia sobre la aplicación de las diferentes medidas, lo que pone de manifiesto la necesidad de seguir estudiándolas. En general, ofrecer a la parturienta una continuidad asistencial y limitar la práctica de la episiotomía se asocia con mejores resultados perineales para la mujer (McCandlish, 2010). Existe controversia en cuanto a la aplicación de masaje perineal, la SEGO (2008) no recomienda el uso del masaje perineal como protección del periné por considerar que es una zona muy vascularizada y fácilmente edematosa, la OMS (2018) en sus nuevas recomendaciones si lo ha recomendado. El masaje perineal comparado con su no realización no ha demostrado mayores tasas de perinés intactos, desgarros de 1º o 2º grado, episiotomías, dolor vaginal a los 3 días, a los 10 días o a los 3 meses, tampoco dispareunias o influir en la no reanudación de las relaciones sexuales (Cheng, Hopkins & Caughey, 2014).

El masaje perineal durante el período expulsivo se ha evaluado en un estudio australiano que incluyó a 1.340 mujeres. Dicho estudio examinó el impacto en la incidencia de traumatismo perineal con aplicación de masaje y estiramientos del periné durante el período expulsivo junto con el uso de un lubricante hidrosoluble. Los resultados demostraron que no produjo ningún efecto sobre la probabilidad de un periné intacto, traumatismo perineal, dolor o sobre los resultados sexuales, urinarios o fecales, aunque el masaje tampoco fue perjudicial (McCandlish,2010).

Una revisión realizada por Cochrane para evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto encontró que el masaje se asocia con una reducción en la ocurrencia de traumatismo perineal, una reducción de desgarros de tercer y cuarto grado y una menor tasa de episiotomías (Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2017).

Por otro lado, la aplicación de compresas calientes es una técnica recomendada por la guía NICE (2007), MSPS (2010), la FAME (2006), la SEGO (2008) y la OMS (2018). Su aplicación reduce significativamente la incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Esto se debe al efecto analgésico del calor que eleva el umbral de dolor (que se extiende al postparto) y relaja al disminuir directamente el tono muscular, permitiendo al periné distenderse durante el parto sin que se produzcan desgarros o la necesidad de episiotomía. La aplicación de calor en la zona también se relaciona con una menor probabilidad de que posteriormente las mujeres presenten incontinencia urinaria (Roa, 2018). Esta técnica no tiene efectos perjudiciales ni para la mujer, ni para el feto, es sencilla, con un coste económico bajo y bien tolerada por las mujeres.

Protección activa del periné a la salida del RN

A la salida del RN puede optarse por una actitud expectante o activa. En una revisión bibliográfica realizada por De la Rosa, Rivas & Valle (2013) cuyo objetivo fue comparar la protección perineal activa frente a la protección perineal expectante a la luz de la evidencia científica disponible, concluyó que no había diferencias significativas en la localización y gravedad del traumatismo perineal respecto al uso de una u otra técnica. Sí observó una disminución del dolor a los 10 días en mujeres a las que se había realizado una protección activa, pero también un aumento de episiotomías. Los resultados concuerdan con la idea de que el traumatismo perineal puede estar más asociado con otros factores, como la posición del parto, el uso de oxitocina, el tipo de pujos, la presencia de una persona de

apoyo o el masaje perineal ante parto, más que con la técnica de protección perineal empleada.

A pesar de estar recomendada la protección activa del periné mediante la deflexión controlada de la cabeza fetal porque disminuye el número de roturas de esfínter anal (Espinillas et al., 2016); parece que esta presión ejercida en el periné puede producir una isquemia sobre los tejidos y la presión ejercida sobre la cabeza fetal impide el movimiento de deflexión de esta y la desvía del arco púbico del periné, aumentando el daño perineal. Por ello, en algunas guías clínicas se opta por una conducta expectante o activa en función de la experiencia de la profesional que asista el parto y de la posición. No hay evidencia científica suficiente para apoyar o desestimar el uso de cada una de las maniobras de protección perineal durante el parto (Souza & González, 2016).

Episiotomía

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico para ampliar la parte inferior de la vagina, el anillo bulbar y el tejido perineal durante la fase de expulsión fetal en el parto (Sánchez, 2013). Su objetivo es aumentar el tamaño de la abertura vaginal en los casos en que esta parezca insuficiente y prevenir los desgarros perineales de tercer y cuarto grado o ante ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal (Espinilla et al., 2016).

La tasa de episiotomía se encuentra por encima de las recomendadas por la OMS, se ha constatado que no es un procedimiento aislado e independiente del resto de las prácticas obstétricas, sino que está asociado a la práctica de determinadas variables clínicas que influyen en el aumento de la tasa de este procedimiento. Estas variables son la primiparidad, la posición de litotomía durante la fase expulsiva, el uso de analgesia epidural, el parto instrumentado, el uso de oxitocina intraparto, la inducción del parto y los partos mayores a 41 semanas de gestación (Ballesteros, Carrillo, Meseguer, Canteras & Martíne, 2016). Existe alta evidencia de que su uso de forma rutinaria comparada con la restrictiva no mejora los resultados a corto ni a largo plazo en las mujeres. No hay evidencia de que la episiotomía rutinaria aporte beneficios ni reduzca los desgarros espontáneos de 3º y 4º en el parto normal (Eason, Labrecque, Wells & Feldman, 2010), no debiendo ser realizada de forma rutinaria en mujeres con desgarros de 3º o 4º grado en partos anteriores (OMS, 2018). Se ha encontrado relación entre la disminución del número de episiotomías y el aumento de desgarros de 1º y 2º grado sobre todo en la parte anterior del periné (McCandllish, 2011), lesiones que, por otra parte, requieren menor sutura que una episiotomía y causan poca morbilidad a la mujer.

En casos de urgencia obstétrica, como el sufrimiento fetal, que requiera el nacimiento instrumental vaginal, la episiotomía está indicada (OMS, 2018). Si debe ser realizada debe contarse con consentimiento informado de la mujer, salvo compromiso fetal severo (OMS, 2018).

La técnica preferida es una incisión medio-lateral, las incisiones hacia la línea media son asociadas con un riesgo más alto de lesión del esfínter anal. La técnica medio-lateral se comienza en la comisura posterior de los labios menores y se dirige hacia un lado, el ángulo respecto al eje vertical deberá estar entre 45-60° grados, produce más sangrado pero la tasa de desgarros de 3° y 4° grado es mínima, menos del 1% (Espinillas et al., 2016).

La morbilidad postnatal es directamente proporcional a la extensión y a la complejidad del trauma perineal. Por tanto, se deben buscar métodos efectivos para prevenir o reducir el trauma, lo recomendado es mantener el periné intacto durante el período expulsivo y solo realizar una episiotomía si realmente es necesario (Carroli, Belizán, 2008 & OMS, 2018). Su realización no requiere el empleo rutinario de antibióticos profilácticos como medidas de control de infección (OMS, 2018). La aplicación de anestésicos locales en spray no ha demostrado disminuir el dolor por lo que su uso no es recomendado (MSPS, 2010).

Corte del cordón umbilical

Puede haber variación en el momento en el cual se pinza el cordón, inmediatamente después del nacimiento, 30 segundos o un minuto después de la salida fetal, cuando deje de latir, o en cualquier momento antes de que cesen los latidos del cordón umbilical (Uwins & Hutchon, 2014).

Se recomienda el pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical (aproximadamente entre uno y tres minutos después de la salida el RN) en todos los nacimientos, al tiempo que se inician simultáneamente los cuidados básicos del recién nacido. Son muchos los beneficios atribuibles a una transición lenta de la oxigenación placentaria a la respiración pulmonar, tanto en neonatos a término como en prematuros, consiguiendo mejor adaptación cardiopulmonar. No se recomienda el pinzamiento temprano del cordón umbilical (menor a 1 minuto después del parto) a menos que el neonato presente asfixia o deba ser trasladado de inmediato para la reanimación (OMS, 2018).

La asociación española de pediatría determina que la sección del cordón umbilical debe realizarse en condiciones de asepsia con material estéril, tijera o una hoja de bisturí, previa colocación de un clamp autoestático para un pinzamiento con seguro.

Una revisión del Cochrane concluyó que el pinzamiento entre los 30 a 120 segundos, en lugar de un pinzamiento temprano, parece estar asociado con menos necesidad de transfusión, mejor estabilidad circulatoria, menor hemorragia intraventricular (todos los grados) y menor riesgo de enterocolitis necrotizante (Rabe, Diaz, Duley & Dowswell, 2012). Lacarrubba et al (2011) identifican los siguientes beneficios del pinzamiento tardío: Inmediatos, el neonato continúa recibiendo sangre oxigenada de la placenta durante los primeros segundos de vida extrauterina; primeros días, hay un aporte extra de volemia, menos necesidad de transfusiones, mayor riesgo de policitemia e ictericia benignas; primeros meses, menos porcentaje de anemia, mayores niveles de volumen corpuscular medio, de ferritina y de hierro total, que persiste hasta los 6 meses de vida.

Si el cordón se pinza en forma precoz (primeros 15 segundos) la volemia del neonato de término será 65-70 ml/kg, quedando en la placenta 35-40 ml/kg. Si permitimos que se produzca el paso de sangre de la placenta al RN la volemia de este aumenta a 85-90 ml/kg. El gran interés está en que esta sangre aporta 40-50 mg/kg extra de hierro elemental para enfrentar la etapa de crecimiento rápido de los próximos meses, este aporte se manifiesta aun a los 6 meses de vida con mejores niveles de ferritina y menos porcentaje de casos de anemia (Lacarrubba, Galván, Barreto, Adler & Céspedes, 2011). Estos beneficios también se aplican cuando el nacimiento es por cesárea o en RN pretérmino.

No hay duda de que el pinzamiento tardío del cordón umbilical tiene efectos beneficiosos, siempre que esté disponible el tratamiento para la ictericia que requiere fototerapia, debido a que el riesgo de ictericia neonatal se ve incrementado (McDonald, Middleton, Dowswell, & Morris, 2013). La AEP reconoce que se puede optar por este pinzamiento tardío siempre que se pueda asegurar un buen control y seguimiento de la posible ictericia neonatal, así como la posibilidad de su tratamiento.

Conscientes de los beneficios son numerosos los organismos internacionales y nacionales: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, Resuscitation Council, Federación de Asociaciones Matronas de España, International Federation of Gynecology and Obstetrics, European Resuscitation Council los que aconsejan esperar de 1 a 3 minutos antes de pinzar el cordón.

2.2.3- Período De Alumbramiento

Es el período comprendido entre el nacimiento del feto y la salida de la placenta y las membranas, dura un tiempo variable en cada mujer. A pesar de que no hay criterios universalmente aceptados en cuanto a la duración de esta etapa, la duración se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo (95% de las mujeres) (MSPS, 2010). Algunos autores consideran retención placentaria cuando han transcurrido 30 minutos, independientemente si es dirigido o no (Espinillas et al., 2016).

Las complicaciones pueden aparecer de forma brusca y severa, la mayor complicación es la hemorragia postparto (HPP) que representa la mayor causa de muerte materna global asociada al parto, responsable de la morbilidad y mortalidad materna en países en vías de desarrollo (OMS, 2014).

La OMS (2014) define como hemorragia puerperal a la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto normal, la considera grave a partir 1000 ml y muy grave a partir de 2500 ml. La repercusión de la pérdida sanguínea en una mujer durante el parto puede variar considerablemente y dependerá no solo del volumen de sangre perdido sino también de su estado general de salud, de la velocidad de la pérdida, de los niveles de hemoglobina en ese momento y de su sistema de coagulación (González, Lailla, Frabre & González, 2013). Otras complicaciones asociadas son las retenciones placentarias, las inversiones uterinas o la placenta acreta y sus variantes (Pacheco, Corral & García, 2015).

El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez del desprendimiento placentar (mayor si se alarga en el tiempo) y con la contracción uterina.

Desprendimiento de la placenta

En esta etapa se puede optar por dos tipos de manejo, el manejo activo o el expectante. En el manejo expectante (conservador o fisiológico) se esperan los signos de separación placentaria que se produce de forma espontánea con ayuda de la gravedad, de los pujos maternos y en ocasiones con la estimulación del pezón. No se administra ningún fármaco uterotónico e idealmente el cordón no se corta ni se pinza hasta el alumbramiento, o al menos, hasta que deje de latir (NICE, 2017).

Son cuatro los signos de separación placentaria descritos en la bibliografía científica: Longitud del cordón umbilical (signo más fiable) a medida que la placenta se separa y es desplazada hacia el segmento uterino inferior el cordón se alarga (signo de Ahlfeld), colocar

una pinza en el cordón cerca del periné facilita la visualización de este indicador; Signo de Kustner, al ejercer presión suprapúbica no asciende el cordón pero si la placenta (desprendida); cambio de forma en el útero que adopta una forma globular y una consistencia más firme a medida que la placenta alcanza y desciende hacia el segmento uterino inferior y finalmente hacia la vagina haciendo que el útero se desplace en posición vertical (difícil de valorar); la pérdida sanguínea aumenta de forma transitoria, esta pequeña hemorragia es debida al descenso placentario, aunque puede ocurrir cuando el desprendimiento es aún incompleto (asociada a desprendimiento más lento) (Pacheco et al.,2015).

Para este tipo de alumbramiento la capacidad endógena de secreción de oxitocina no se ha visto alterada porque no se ha usado oxitocina ni epidural en el parto, tampoco hay ansiedad ni liberación excesiva de adrenalina.

El manejo activo (alumbramiento dirigido), como intervención profiláctica, está compuesta de un paquete de tres componentes o pasos: primero se debe realizar la administración de un agente uterotónico (preferentemente oxitocina) inmediatamente después del nacimiento del neonato, después debe procederse a la tracción controlada del cordón umbilical (TCC) y para finalizar después del alumbramiento de la placenta se debe masajear el fondo uterino.

Administración de uterotónico

La OMS (2018) y la NICE (2017) recomiendan actualmente la administración de oxitocina como fármaco de elección porque su efecto se inicia a los 2-3 minutos después de su administración, tiene pocos efectos secundarios y puede administrarse a todas las mujeres. La OMS (2014) recomienda el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento en todos los nacimientos. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado. Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o Misoprostol por vía oral (600 µg) (OMS, 2018).

En una revisión sistemática de Cochrane se concluye que la administración profiláctica de un uterotónico reduce la hemorragia y el riesgo de hemorragia grave. La función del pinzamiento inmediato y la tracción controlada del cordón en la reducción de la hemorragia está menos claro, se considera que una vez que se ha administrado el fármaco uterotónico

es importante que la placenta se extraiga rápidamente para prevenir su retención (Begley, Gyte, Devane, McGuire & Weeks, 2011).

Existe debate sobre la vía de administración, ya que no hay pruebas científicas suficientes para recomendar una vía de administración de oxitocina sobre otra para la prevención de la HPP (OMS, 2014).

Hay diferentes momentos para administrar el fármaco uterotónico como profilaxis, con el coronamiento de la cabeza del recién nacido, con la salida del hombro anterior, inmediatamente tras la salida del feto o después de la expulsión de la placenta (OMS, 2014).

Tracción controlada del cordón umbilical (maniobra de Brandt-Andrews)

Un estudio llevado a cabo en 2012 por la OMS demostró que el uso de la TCC tiene un efecto mínimo en la reducción de la hemorragia, una reducción de apenas 10ml del sangrado, y un acortamiento de seis minutos de la duración del alumbramiento entre aquellas mujeres que no recibieron TCC.

Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda su uso en partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes (OMS, 2018). Cuando se realice se debe ejercer presión inversa encima del pubis con el útero bien contraído para evitar la inversión uterina (OMS, 2014) y nunca se debe asociar con la maniobra de Credé, que consiste en exprimir el útero presionando sobre la pared abdominal, maniobra contraindicada por el elevado riesgo de inversión uterina (Espinilla et al., 2016).

Masaje uterino

No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica, solo se recomienda para el tratamiento de la hemorragia posparto tan pronto como se diagnostique (OMS, 2014).

Pasados los tiempos esperados se debe proceder a administrar oxitocina 10 UI diluida en 9 SF e introducir esa solución a través de la vena umbilical junto con TCC para el tratamiento de la placenta retenida. Se considera normal que se desprenda pasados 15 minutos, si no se desprende o si la placenta está retenida y se produce sangrado, debe realizarse de inmediato la extracción manual de la placenta. Cuando esta se realiza se

recomienda la administración de una dosis única de antibiótico (Ampicilina o Cefalosporina) a modo profiláctico (OMS, 2014).

La revisión sistemática elaborada por Cochrane en el 2012 que comparó la inyección intraumbilical de solución salina normal más oxitocina con la inyección intraumbilical de solución salina solamente, mostró que no hubo evidencia de diferencias relevantes en ninguno de los resultados reportados. Es decir, ni en el número de mujeres que requirieron transfusión de sangre, ni en la incidencia de extracción manual de placenta, ni en la pérdida de sangre, ni tampoco en la duración de la tercera etapa del parto. Por ello, algunos autores no recomiendan el uso habitual de oxitocina u otros uterotónicos con solución salina normal mediante inyección en la vena umbilical hasta que haya nueva evidencia disponible (Mori , Nardin, Yamamoto , Carroli & Weeks, 2012)

En general se recomienda el tratamiento activo. A nivel internacional, tanto la OMS (2018) como la NICE (2017) consideran que el manejo activo del alumbramiento debe ser la norma en la práctica clínica. Se debe tener en cuenta la decisión de la mujer tras ser informada correctamente de las ventajas e inconvenientes de cada uno de los métodos definidos, pudiendo optar por las dos modalidades si es posible. Existe evidencia científica suficiente para apoyar la utilización del alumbramiento dirigido. La evidencia indica que con el alumbramiento dirigido se obtienen mejores resultados de salud que con el expectante, se ha demostrado que acorta la duración del alumbramiento, disminuye el riesgo de hemorragia (la necesidad de oxitocina terapéutica) y el riesgo de transfusión de sangre entre madre y RN (NICE, 2017). Estos efectos también se observan con el uso exclusivo de oxitocina (sin ningún otro componente del manejo activo del alumbramiento). En la práctica clínica hay muchas variaciones y puede ocurrir que algunas mujeres reciban un tratamiento mixto (Pérez, Serrano & Morón, 2015).

El manejo mixto o combinado es otra variedad que implica el uso de componentes del alumbramiento fisiológico y dirigido, podría incluir: Administración inmediata de uterotónicos, pinzamiento del cordón después que cesen los latidos y tracción controlada del cordón. Estas formas de tratamiento mixto han ganado interés debido a las pruebas de los efectos beneficiosos del pinzamiento retardado del cordón para el recién nacido.

Actualmente sigue existiendo variación en la prevención y manejo de la HPP, destacando la necesidad de una mayor evidencia científica (Perez et al., 2015). Sea cual sea el manejo a la salida de la placenta y membranas lo recomendable es realizar la Maniobra de Dublín, que consiste en la torsión continua de la placenta girando las membranas sobre su eje para evitar desgarros en estas. Después de la expulsión de la placenta y membranas es

necesario realizar un examen de las mismas para valorar su integridad y posibles anomalías (MSPS, 2010).

Se recomienda que durante el postparto se realice la evaluación abdominal del tono uterino para la identificación temprana de atonía uterina en todas las mujeres (OMS, 2014).

2.2.4 - Período De Puerperio Inmediato

Período que transcurre desde el alumbramiento hasta las dos horas siguientes al nacimiento del RN. En este tiempo se presta especial atención en la prevención, detección y actuación ante las hemorragias puerperales y/u otras complicaciones potenciales. El riesgo de complicaciones tras la salida de la placenta y membranas continúa por un período de tiempo que en la bibliografía oscila entre una y cuatro horas, por eso en la mayoría de centros hospitalarios el puerperio inmediato transcurre al menos durante las dos horas siguientes al parto.

Se recomienda que durante este periodo la atención y cuidados a las madres y a sus RN sean coordinados y prestados por un EESMO, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada. Un modelo de atención en el que la especialista coordina y presta los cuidados a las mujeres estableciendo un contacto con profesionales médicos cuando se requiere, ha mostrado beneficios para las madres y sus RN (una estancia hospitalar más corta o un mayor inicio de la lactancia materna) sin mayores eventos adversos (Hattem et al., 2008). Los controles y cuidados prestados a la madre deben ser dirigidos a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, a prestar cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto, a fomentar el autocuidado y cuidados del RN, sobre todo en cuanto alimentación e higiene y a favorecer el vínculo entre la madre y el RN (MSPS, 2010).

Contacto piel con piel

Este contacto se realiza con el niño desnudo sobre el pecho desnudo de la madre. Para mantener caliente al RN se debe secar y cubrir con una manta o toalla previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel (Priego, 2014).

Se recomienda que los RN sanos se coloquen inmediatamente tras el nacimiento sobre el abdomen o el pecho de la madre y mantengan un contacto íntimo piel con piel. Se sugiere que durante las dos primeras horas de vida este contacto sea supervisado por un profesional sanitario con la finalidad de identificar posibles complicaciones (MSPS, 2010).

El contacto piel con piel temprano presenta beneficios importantes: a corto plazo aumenta y mantiene la temperatura del RN, duerme más tiempo y llora menos; a largo plazo, cuando se produce junto con el amamantamiento en la primera hora de vida, aumenta el tiempo, la frecuencia y la duración de la lactancia materna (LM), asociándose a un menor dolor materno con la ingurgitación y menor grado de ansiedad. También es beneficioso en el proceso de vinculación, pues aumenta el afecto materno y se obtiene una puntuación más alta en los niveles de sentimientos (vínculos madre-hijo). No se han encontrado efectos adversos en el contacto piel con piel (Priego, 2014).

El tiempo de contacto piel con piel no está establecido, la OMS recomienda que el contacto piel con piel se mantenga, al menos, durante la primera hora de vida del RN para prevenir la hipotermia y promover la LM. Algunos autores son partidarios de mantenerla por lo menos durante los 120 minutos tras el parto para aprovechar al máximo el período de alerta del RN (período sensitivo). La evidencia disponible sugiere que este contacto en las primeras 24 horas siguientes al parto tiene efectos beneficiosos tanto para las madres como para los RN (MSPC, 2010).

En cuanto a los beneficios sobre la lactancia materna la evidencia ha demostrado que cuando el contacto piel con piel es mayor a 50 minutos la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo de contacto es inferior a 50 minutos (Gómez et al., 1998).

Varendi (1998) realizó un estudio que mostró como el 73% de los RN se agarraban a la mama de la madre que no se había lavado. Mizuno et al (2004) mostraron como los niños en contacto piel con piel reconocían más precozmente y se orientaban mejor hacia la leche de su madre que los niños que no mantuvieron este contacto.

Lactancia materna

La mayoría de los RN sanos a término, presentan comportamientos espontáneos de succión en la primera hora de vida (Anderson et al., 2003).

Esta primera o dos primeras horas posteriores al parto son el mejor momento para dar inicio a la lactancia. Los RN cuentan con la capacidad innata de comenzar a mamar inmediatamente después del nacimiento, son capaces de reconocer el olor de la leche materna. A pesar de que algunos medicamentos y anestesia suministrados a la madre durante el trabajo de parto pueden afectar a la capacidad de succión del bebé, la mayoría de los bebés sanos están en condiciones de mamar en estas primeras horas. El amamantamiento inicial ayuda a estimular la producción de leche materna y además

provoca la contracción del útero materno, lo cual ayuda a prevenir que sangre excesivamente.

Todos los RN, incluidos los de bajo peso que puedan amamantar, deben ponerse al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento cuando estén clínicamente estables, y la madre y el bebé estén listos (OMS, 2018). En la reciente actualización de los diez pasos de la iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y lactancia (IHAN, 2018) se establece que se debe ayudar a las madres a la realización de la primera toma en los primeros 30 minutos después del nacimiento. Algunos autores proponen esperar a que el recién nacido se encuentre preparado para iniciar la succión y que sea él quien encuentre el pezón y se afiance al pecho espontáneamente. De esta forma, se respetaría mejor el proceso de adaptación de los recién nacidos y se facilitaría un agarre al pecho correcto (Prieto, 2014).

Del mismo modo, cuando las mujeres optan por lactancia artificial, se dará la primera toma en cuanto el niño muestre signos de hambre y se explicará a la madre/acompañante la técnica para dar el biberón y se supervisará.

Cuidados durante el puerperio inmediato.

A todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca, a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento, si es normal deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas (OMS, 2018). Según SEGO (2008), durante las primeras horas del puerperio inmediato, la especialista debe controlar al menos en tres ocasiones la tensión arterial, pulso, temperatura, sangrado, involución uterina y diuresis.

Tras valorar altura y tono uterino con la vejiga vacía, si el útero no tiene la altura y el tono adecuado se realiza un masaje suave para estimular las contracciones uterinas, evitando el masaje vigoroso que puede causar atónica uterina; se debe valorar la pérdida de sangre controlando que el sangrado no sea abundante con el fin de actuar de forma rápida en caso de una posible hemorragia.

Una vez se hayan hecho las comprobaciones necesarias, el despiste de hemorragia y la presencia de una correcta formación de globo de seguridad de Pinard, se procede a la revisión del periné y a la valoración y corrección de posibles desgarros o episiotomía.

Corrección de desgarros o de episiotomías

Dentro de las competencias del EESMO está la reparación de los desgarros de 1º y 2º grado y el de las episiotomías, mientras que los desgarros de 3º y 4º grado deberán ser realizados por el equipo médico (Espinillas et al., 2016).

Se recomienda realizar la sutura de los desgarros de 1º grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados. (GPC, 2010).

En cuanto a los materiales de sutura en una revisión del Cochrane se identificó que el Catgut puede aumentar el dolor a corto plazo, comparado con las suturas sintéticas. Hubo pocas diferencias entre las suturas sintéticas estándar y las de absorción rápida, más mujeres de los grupos de suturas estándar requirieron el retiro de los puntos (Kettle, Dowswell & Ismail, 2010).

Las técnicas de sutura continua para el cierre perineal, comparada con los métodos interrumpidos se asocian con menos dolor a corto plazo. Además, si se usa la técnica continua para todas las capas (vagina, músculos perineales y piel) comparada con la de la piel perineal solamente, la reducción del dolor es aún mayor (Kettle, Hills & Ismail, 2013).

Para la sutura de la mucosa vaginal se debe identificar el ángulo del desgarro y realizar el punto de anclaje de la sutura 1 cm por encima de este ángulo. En esta área es recomendable realizar una sutura continua desde el punto mencionado hasta anillo hiemal, englobando la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal, pudiendo realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia (López et al., 2018). Para la sutura del plano muscular se deben identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua, seguidamente deben identificarse los músculos bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto. Es importante despistar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano (López et al., 2018). Para la sutura de la piel el objetivo es que quede correctamente aproximada, pero sin tensión porque aumenta la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Se aceptan dos alternativas, la no sutura si los bordes han quedado bien aproximados o suturar con puntos sueltos sin tensión entre ellos. Si después de la sutura muscular de un desgarro de 2º grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla, pero si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua (Espinillas et al., 2016). La sutura de la piel a tensión puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto (López et al., 2018).

Para los cuidados del periné, a veces, es necesario aplicar frío local para disminuir la inflamación y reducir el dolor o molestias a la mujer. El frío debe colocarse de forma intermitente para que no afecte a la cicatrización en caso de desgarros o episiotomía.

La mujer debe orinar en las 6 horas después del parto, si no es así, se procederá a un sondaje vesical (OMS, 2018), la vejiga llena puede provocar que el útero pierda tono y se desplace de posición pudiendo causar una hemorragia. La retención urinaria posparto se define como la incapacidad de expulsar orina espontáneamente en el período entre las 6-12 horas posteriores al parto vaginal, o posterior a la remoción del catéter uretral o suprapúbico. Los factores de riesgo de la retención urinaria posparto son diversos, incluyen una duración prolongada de la primera y/o segunda etapa del parto, un parto instrumental o asistido, el uso de analgesia epidural (bloqueo de vías nerviosas importantes para el reflejo), primiparidad y laceraciones vaginales o del periné (Palacios et al., 2017).

Al pasar el período de dos horas y si todo está dentro de la normalidad se produce el traslado de la mujer a la unidad de internamiento de obstetricia. El EESMO responsable, como profesional de referencia (Hattem et al., 2008), será el encargado de transmitir la información necesaria a la enfermera encargada de dar continuidad a los cuidados de la puérpera y RN.

2.3 - Cuidados inmediatos especializados de enfermería al RN en su optimización a la vida extrauterina.

Los cuidados inmediatos tienen lugar en la sala de partos, en el período comprendido entre el nacimiento y las dos primeras horas postparto.

Evaluación del RN

La evaluación de la salud del recién nacido comienza de inmediato tras su exteriorización. Siguiendo lo indicado por la ACOG la valoración en esta fase inmediata al parto deberá contar con la determinación de la edad gestacional y/o el peso adecuados, la comprobación de la ausencia de alguna anomalía congénita, la adecuación de la transición a la vida extrauterina, la comprobación de ausencia de problemas de los neonatos secundarios a incidencias de la gestación/ parto, analgesia o anestesia y el descarte de signos de infección o de enfermedades metabólicas.

En el primer minuto de vida debe realizarse el examen de Apgar que evalúa el tono muscular, pulso, irritabilidad refleja, color de la piel y respiración. Se puede realizar mientras

el RN está en contacto piel con piel al primer y a los 5 minutos de vida. Se considera normal una puntuación de 7 a 10, una puntuación de entre 4 y 6 puede indicar que el niño necesita alguna maniobra de resucitación (oxígeno) y una cuidadosa monitorización, una puntuación de 3 o menor indica que necesita de inmediato maniobras de resucitación y socorro. Al mismo tiempo se realiza el examen físico del RN donde se descarta la existencia de malformaciones, anomalías o alteraciones (Guerrero et al., 2018).

Esta inspección inicial sirve para comprobar el bienestar del RN, si su estado es sano la transición y la adaptación inicial debe realizarse de forma espontánea sin manipulación.

La guía clínica cuidados desde el nacimiento (MSPS,2010) recoge las siguientes recomendaciones basadas en la evidencia científica: Todo RN debe ser correctamente identificado desde el momento de la ligadura del cordón umbilical, mediante un sistema de identificación que incluya los datos personales del RN y de su madre en presencia de esta; el RN debe ser pesado postparto, este peso servirá de referencia para poder valorar si las pérdidas de peso entran dentro de la normalidad; durante las dos primeras horas de vida el recién nacido debe estar vigilado por un profesional experto que pueda detectar cualquier alteración o signo clínico que haga sospechar de la presencia de alguna patología; si la puntuación de Apgar es buena no precisa de ninguna maniobra de reanimación ni de aspiración de secreciones; en neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer no se debe realizar aspiración bucal ni nasal (OMS, 2018); no es necesario el paso de ninguna sonda en el período postnatal inmediato ni posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología; se debe confirmar a través de la observación la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad; no está recomendado el lavado gástrico rutinario.

El ambiente en el paritorio debe ser silencioso, con poca luz, con puertas cerradas (para preservar la intimidad y para facilitar el control térmico del RN), con el mínimo número de profesionales posibles y con la presencia de un acompañante. La procura de este ambiente tranquilo y seguro facilita el mejor recibimiento del recién nacido. La temperatura del paritorio debe ser al menos de 20°C para asegurar la temperatura corporal adecuada del RN (Sánchez et al., 2014).

Una vez se produce el nacimiento, en RN que nacen vigorosos, con buen tono muscular que no precisen reanimación, debe procurarse el contacto piel con piel inmediato entre madre e hijo (o en su defecto con el Padre) (Guerrero et al., 2018).

Cuidado del cordón umbilical.

Como ya ha sido abordado, la evidencia recomienda hacer el pinzamiento tardío del cordón umbilical, entre el 1º o 3º minuto o cuando hayan cesado los latidos del cordón.

En relación a la utilización de antisépticos en el cordón hay controversia. En una revisión de Cochrane no se encontraron antisépticos que mostraran ventajas en cuanto a la prevención de la infección del cordón en comparación con el cuidado del cordón en seco en ámbitos hospitalarios. La aplicación tópica de colorante triple redujo la colonización bacteriana con *Staphylococcus aureus*, en comparación tanto con el cuidado del cordón en seco como con la aplicación de alcohol. No hubo ventajas con la aplicación de alcohol y colorante triple para la reducción de la colonización con estreptococo. La aplicación tópica de alcohol fue ventajosa en la reducción de la colonización con *Enterococcus coli* en comparación con el cuidado del cordón en seco y la aplicación de colorante triple. El tiempo de separación del cordón aumentó con la aplicación tópica de alcohol y colorante triple en comparación con el cuidado del cordón en seco en ámbitos hospitalarios (Imdad et al., 2013).

El simple hecho de mantener el cordón limpio parece ser tan efectivo y seguro como usar antibióticos o antisépticos (Zupan, Garner & Omari, 2014). La AEP determina que para el lavado del cordón umbilical solo es necesario lavar con agua y jabón y secar, no aconseja la aplicación de soluciones antisépticas porque solo aumentan el tiempo de caída sin aportar otro beneficio.

En caso de condiciones de baja higiene se aconseja utilizar antisépticos, el recomendable es la clorhexidina. Hay pruebas significativas para sugerir que la aplicación tópica de clorhexidina en el cordón umbilical reduce la mortalidad neonatal y la onfalitis en ámbitos no hospitalarios y de atención primaria en países en vías de desarrollo. Puede aumentar el tiempo de separación del cordón, pero no hay pruebas que indiquen que aumente el riesgo de morbilidad o de infección posterior a su uso (Imdad et al., 2013).

Aplicación de vitamina K

Su aplicación se produce como medida profiláctica para la prevención del Síndrome de hemorragia del RN (EHRN). Según el momento en el que aparece se divide en tres categorías: Precoz (primeras 24 horas), clásica (entre el 1º y el 3º día de vida) y tardía (entre las 2º y 12º semanas de vida) (MSPS, 2010).

Los bebés nacen con un nivel muy bajo de vitamina K en su organismo, por eso tienen riesgo de desarrollar una EHNR que pone en riesgo su vida desde las primeras horas de

hasta unos meses después del nacimiento. Motivo por el cual se recomienda administrarla de forma preventiva mediante una única inyección intramuscular (el procedimiento más efectivo) o de forma oral.

Una revisión del Cochrane muestra que una dosis única (1.0 mg) de vitamina K intramuscular administrada después del nacimiento es efectiva en la prevención de la EHRN clásica. La profilaxis con vitamina K intramuscular y aquella administrada por vía oral (1.0 mg) mejora los índices bioquímicos del estado de coagulación entre el primer y el séptimo día (Ardell, Offringa, Ovelman & Soll, 2018).

La dosis intramuscular tiene la desventaja del dolor, la administración oral tiene la desventaja de no asegurar la dosis en caso de vómito o regurgitación y el problema del cumplimiento de las dosis porque hay que mantenerlas un largo período de tiempo en RN con lactancia materna (MSPS, 2010).

No se ha comparado, por medio de ensayos clínicos, el efecto de una dosis única de vitamina K intramuscular, frente a dosis repetidas de Vita K oral para la EHNR tardía. En algunos países como Australia y Nueva Zelanda se ha vuelto a la administración intramuscular tras identificar un aumento de EHRN tras la administración oral. La Academia Americana de Pediatría concluye que la profilaxis intramuscular de vitamina K es superior a la administración oral porque previene tanto la forma precoz como la tardía, por este motivo recomienda que sea administrada a todos los recién nacidos por vía intramuscular con una dosis única de 0.5-1mg según el peso sea menor o mayor de 1500 g. Esta dosis por vía intramuscular después del nacimiento es efectiva para corregir el déficit la Vitamina K en el RN (Moraes, Asconeguy, Medina, Le Pera & Borbonet, 2011).

Para su administración se respetará el tiempo de contacto piel con piel, la zona de administración es el tercio medio anterolateral del muslo, sin necesidad de aspiración. Si es posible se esperará a que el RN este al pecho por el efecto analgésico del amamantamiento, sino es posible se le administra 0.2-0.5ml de sacarosa al 20% (AEP, 2009).

Por vía oral en los RN con Lactancia materna se dan 2mg al nacimiento, seguidos de dosis semanales de 1mg durante 12 semanas. En niños con lactancia artificial solo se dan 2 mg al nacimiento.

La OMS indica que todos los RN deben recibir 1mg de Vitamina K en la primera hora después del nacimiento (OMS, 2018).

Profilaxis oftálmica:

La conjuntivitis neonatal es la que ocurre en las primeras 4 semanas de vida, es causada principalmente por bacterias, menos frecuente por virus o agentes químicos. Produce una inflamación de la superficie del ojo que puede ocasionar una lesión ocular permanente o incluso ceguera. El contagio se produce principalmente al paso por el canal del parto, también puede producirse intrauterino o después del nacimiento por secreciones contaminadas.

Según cita Noguera (2012), Credé (1881) introdujo la profilaxis oftálmica con la aplicación de Nitrato de plata al 1% consiguiendo reducir en un 0.3% su incidencia. Antes la incidencia en Europa estaba entorno al 1-15% de los RN, siendo la gonorrea (*Neisseria Gonorae*) la principal causa de ceguera infantil, responsable de la cuarta parte de pérdida de visión en el mundo. Hoy en día la principal causa es la *chamydia trachomatis* en países desarrollados y es menor la toxicidad conjuntival.

La elección entre las diferentes técnicas de prevención va a venir determinada, en gran medida, por la disponibilidad de cuidados médicos en la mujer embarazada y en el neonato: cribado neonatal, tratamiento a embarazadas y seguimiento del RN. Teniendo en cuenta que el cribado de infecciones por *Gonococo* y *Clamidia* en mujeres embarazadas es el mayor método de prevención de enfermedad, en algunos países desarrollados con baja prevalencia de ITS, con una incidencia de oftalmia neonatal muy baja y buenas políticas de salud materno-infantil han suspendido la profilaxis ocular de rutina, como es el caso de Portugal y Reino Unido. En países subdesarrollados es fuertemente recomendable la aplicación de la profilaxis oftálmica porque en estas áreas las tasas de ITS son elevadas, al igual que los índices de oftalmia neonatal.

En España en la guía clínica de atención al parto (2010) recomienda la realización de profilaxis oftálmica en la atención rutinaria del RN. En último término, la elección del tratamiento dependerá de la epidemiología de cada área, de la resistencia antibiótica local, aceptabilidad, coste y disponibilidad de los diversos fármacos.

Para la profilaxis se considera igualmente eficaz la aplicación tópica de solución de Nitrato de plata al 1%, la pomada de eritromicina al 0.5%, la pomada de tetraciclina al 1% o el uso de povidona yodada al 2.5%. Pero la aplicación de Nitrato de plata produce mayor conjuntivitis química que los otros fármacos (50-90% de los RN tratados). La OMS recomienda la aplicación de solución de nitrato de plata al 1%, pomada de tetraciclina al 1% o povidona yodada al 2,5% en la primera hora después del parto. Mientras que la Americana de Pediatría recomienda el uso de la pomada de eritromicina al 0,5%, del nitrato

de plata al 1% o de la pomada de tetraciclina al 1%. En España la asociación de pediatría recomienda el uso de pomada ocular de eritromicina al 0.5 % o de tetraciclina al 1 % en su defecto, ambos aseguran una protección equivalente frente a la oftalmia neonata con mínimos efectos adversos, siendo recomendable que se usen en formato unidosis para aumentar la seguridad. La povidona yodada al 2.5% es más efectiva frente a Clamydia incluso que la eritromicina, pero para minimizar las exposiciones al yodo en el período neonatal no se aconseja su uso generalizado y tampoco está comercializada esta solución (MSPS,2010).

La AEP recomienda administrar la profilaxis tan pronto como sea posible, debido a que estos fármacos pueden enturbiar la visión del RN e interferir con la instauración del vínculo madre-hijo su administración puede retrasarse hasta 50–120min después del nacimiento.

Determinación del grupo Rh en el RN:

Los anticuerpos contra el antígeno de glóbulos rojos Rhesus D (RhD) pueden ser producidos por una madre RhD negativa si lleva un feto RhD positivo. Los anticuerpos se forman con el ingreso de la sangre fetal en la circulación materna (hemorragia feto-materna), durante el parto o después de un procedimiento (como la amniocentesis). La sensibilización espontánea ocurre de forma prenatal alrededor de las 28 a 30 semanas de gestación. La afección materna que resulta de la misma se conoce como aloinmunización o sensibilización RhD. Los anticuerpos pueden causar enfermedades hemolíticas en el recién nacido que dan lugar a anemia, edema y posiblemente la muerte. Aunque el primer recién nacido generalmente no presenta daños, estos anticuerpos pueden causar enfermedades hemolíticas en los recién nacidos RhD positivos posteriores. La enfermedad hemolítica del RN puede variar en la gravedad de ser asintomática hasta que cause la ictericia leve de hidropesía que requieren transfusiones o causar la muerte perinatal en el útero (Okwundu & Afolabi, 2013).

La aloinmunización era la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal antes de la introducción de la profilaxis con en los años 60s. Se recomienda la inmunoprofilaxis con inmunoglobulina anti-D para las madres RhD negativas a las 28 o 30 semanas de embarazo y en las madres RhD negativas con recién nacido RhD positivo una nueva administración de Inminoglobulina anti D dentro de las 72 horas posteriores al parto para reducir el riesgo de sensibilización durante el próximo embarazo (Guerrero et al., 2018).

3 - REFLEXIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS A LA MUJER Y RECIÉN NACIDO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Como ya se ha hecho referencia las prácticas de naturaleza profesional inicialmente estaban programadas para ser realizadas en su totalidad en el bloque de partos del hospital do Salnés, pero el bajo número de partos registrados en esta unidad no permitían alcanzar los requisitos establecidos por la UE en la directiva 36/2005 CE para la formación en las áreas del ejercicio profesional de EESMO. Por ese motivo, ha sido necesario el traslado de local de prácticas para un hospital con mayores oportunidades, el bloque de partos del Hospital de Faro. De esta manera las prácticas de naturaleza profesional se han desarrollado en dos Hospitales, el período transcurrido desde el 10 de enero hasta el 15 de octubre del año 2017 en el bloque de partos del Hospital do Salnés y del 23 de octubre hasta el 15 de diciembre del 2017 en el bloque de partos del hospital de Faro. El haber desarrollado las PNP en dos realidades distintas fue muy enriquecedor porque permitió vivenciar diferentes experiencias significativas con gran contribución para el aprendizaje y la adquisición de los conocimientos que permitieron alcanzar las competencias necesarias para el desenvolvimiento como EESMO, cumplir los requisitos marcados por la directiva de la UE y cumplir los objetivos personales esperados.

Durante el período de prácticas fueron realizadas 57 vigilancias y prestaciones de cuidados prenatales, se han efectuado 41 vigilancias y prestaciones de cuidados a embarazadas en situación de riesgo (durante y después del parto), se ha realizado la vigilancia y prestado cuidado a 121 parturientes saludables, a 114 púérperas y a 87 recién nacidos saludables; fueron realizados un total de 44 partos eutócicos y se ha colaborado en 23 partos distócicos. Con el fin de desenvolver y adquirir las competencias necesarias para la prestación de cuidados especializados de calidad, los objetivos fueron los siguientes:

- Dar información sobre el plan de parto y nacimiento, ayudar a la gestante/acompañante a cumplimentarlo y respetarlo durante el TP.
- Identificar el TP y asistir a la parturienta durante el mismo, vigilando el estado del feto in-útero por los medios técnicos y clínicos adecuados, identificando y monitorizando el riesgo materno-fetal.
- Detectar la correcta evolución del TP, optimizando las condiciones de salud de la madre y del feto e identificar los desvíos de la normalidad.

- Ejecutar el parto normal en caso de presentación cefálica, incluyendo, si fuese necesario, la episiotomía y la sutura de la misma y/o de los posibles desgarros.
- Detectar en la madre o en el hijo señales reveladores que requieran la intervención médica y auxiliar a este en caso de intervención. Tomar las medidas de urgencia que se impongan en ausencia del médico.
- Asegurar la evaluación inmediata del RN implementando medidas de soporte en la adaptación a la vida extrauterina, detectando alteraciones morfológicas y funcionales, referenciando aquellas que estén por encima del área de actuación del EESMO.
- Realizar intervenciones de promoción de la vinculación madre/acompañante/recién nacido.
- Cuidar de la parturienta, vigilar en el puerperio inmediato y dar toda la información necesaria para tratar al RN, asegurándole las mejores condiciones de adaptación y evolución y realizar intervenciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Identificar el grado de satisfacción de las gestantes/acompañantes con el Plan de Parto y nacimiento y si este documento ha cumplido sus expectativas.

El TP es un período donde se producen un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene inicio con la actividad uterina regular, que conduce a la dilatación del cuello uterino, a la progresión del a feto a través del canal del parto y a la expulsión de este y de la placenta al exterior (Gary et al., 2018). Este proceso se divide en cuatro períodos: período de dilatación, período expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato.

Las gestantes llegan al servicio de partos a través de la admisión de urgencias donde fue identificado el motivo de la demanda de asistencia y los parámetros básicos (toma de constantes y edad gestacional).

Una vez en la unidad, fue realizada la recepción de la gestante y acompañante significativo y se puso a su disposición todo lo necesario durante su estancia en el servicio.

Desde el inicio de la atención y durante todo el proceso de TP se ha optado por establecer un ambiente de proximidad y confianza, por medio de la escucha activa y de la relación de empatía, mostrando una disponibilidad absoluta y prestando apoyo y ayuda. Esta actitud tiene como base la teoría de relaciones interpersonales de Peplau (1990) que considera fundamental la creación de un vínculo entre el especialista y la mujer/acompañante significativo para la prestación de cuidados de enfermería de calidad.

En el primer contacto con la gestante/acompañante fueron recogidos datos (antecedentes obstétricos, antecedentes personales, familiares, tratamientos, cirugías previas, controles prenatales) por medio de la historia clínica, del boletín del embarazo y de la realización de una anamnesis profunda. Estos datos fueron importantes para reconocer e identificar las necesidades individuales de la gestante/acompañante significativo, considerando no solo la parte física, sino también la parte emocional y cultural. Tal y como se recoge en la teoría de cuidados transculturales de Leininger (1999), el objetivo era suministrar cuidados que se ajustasen a sus necesidades y fuesen respetuosos con sus diferentes modos de vida, creencias y valores. A partir de ellos se formulan los diagnósticos de enfermería, se planean las intervenciones y los cuidados individualizados.

Paralelamente se ha procedido a la exploración física: Toma de constantes vitales y exploración abdominal; fueron realizadas las maniobras de Leopold para identificar el fondo uterino, la presentación y posición fetal, así como los puntos de colocación adecuados de los transductores del cardiotocógrafo. Con la realización del registro cardiotocográfico se ha valorado el estado fetal, la dinámica uterina y la reacción del feto ante las contracciones uterinas. Seguidamente, después de contar con el consentimiento informado de la mujer, se realizó un tacto vaginal donde se trató de identificar el TP y la fase del mismo identificando: la posición, consistencia, centímetros de dilatación uterina y grado de borramiento del cuello uterino, junto con la posición, variedad, presentación y plano de descenso fetal. Igualmente fue evaluada la estructura pélvica en relación al feto y las características del líquido amniótico cuando se había producido la rotura de membranas.

Con todos estos datos se ha procedido al diagnóstico de cada situación, valorando el grado de riesgo y si la situación estaba dentro de la normalidad o no. Tal y como establece la OMS (2018) todos los datos obtenidos en esta y en las siguientes evaluaciones fueron comunicados a la gestante/acompañante, por tanto, fueron en todo momento conocedores de la situación en la que se encontraban.

Otros datos importantes indagados eran si habían realizado o no preparación para el parto, así como experiencias previas de la mujer/acompañante en el caso de multiparidad. En cuanto a la alimentación del RN además de preguntar si desean lactancia materna (LM) se preguntó si en anteriores hijos habían sido alimentados con LM por cuanto tiempo y si habían tenido complicaciones relacionadas, para detectar posibles riesgos.

Siempre que ha sido posible, desde un primer momento con la gestante/acompañante significativo se ha tratado de planificar el TP, por medio de un planeamiento conjunto de las intervenciones, buscando su participación activa y a través de la prestación de cuidados

basados en el parto respetado. Fue preguntando lo que era pretendido de su TP, sus deseos en cuanto al contacto piel con piel, corte de cordón, si el acompañante quería asistir al momento del parto, la analgesia que deseaba o si se pretendía alimentar al RN con lactancia materna, entre otros aspectos. Este planeamiento se ha realizado con el uso del plan de parto y nacimiento o por medio de acuerdos verbales cuando no se disponía de este documento. A pesar de que las direcciones de ambos contextos hospitalares recogen el derecho de las mujeres de presentar un documento de plan de parto y el deber de todo el personal que presta atención de cumplirlo siempre y cuando la situación clínica lo permita, no todas las mujeres a las que se prestaron cuidados contaban con este documento.

Durante las prácticas fueron prestados cuidados a mujeres en las diferentes fases del trabajo de parto. La mayoría de las mujeres llegaban al paritorio en la fase de dilatación, como referencia para determinar la fase latente y activa se tomaron los 4 cm de dilatación en ambos contextos, tal y como lo establece la NICE (2007) y la guía de atención al parto normal (MSPS, 2010). Cuando se encontraban en la fase latente se les daba la opción de irse para el domicilio o de ingreso en el hospital, pero si estaban en fase activa se pasaban a una de las unidades del bloque de partos para completar las demás fases del TP. Se prestó especial atención en crear un ambiente de mucha intimidad reduciendo las interrupciones al mínimo, solo por los responsables de la prestación de cuidados y por el menor número de profesionales posible. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS (2018) se procuró, en la medida de lo posible, que la asistencia fuese realizada por el mismo EESMO, pero no siempre ha sido posible debido a la distribución de los turnos laborales.

En esta fase todas las intervenciones fueron realizadas para asegurar el bienestar materno y fetal, por los medios técnicos y clínicos apropiados, e identificar precozmente posibles complicaciones (OE, 2011).

Fue realizado el control de la dinámica uterina y del estado fetal mediante el registro cardiotocográfico intermitente en períodos de 20-30 minutos, cuando fue pertinente (OMS, 2018). La interpretación de estos registros se ha basado en las orientaciones Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) del 2016, tal y como lo establece a Ordem dos Enfermeiros. En aquellas mujeres sometidas a analgesia epidural, con oxitocina o cuando la situación clínica lo requirió el RCTG fue mantenido de forma continua.

Durante el transcurso de este período, siguiendo lo recomendado por la evidencia científica, los tactos vaginales se han reducido al mínimo realizándose cada cuatro horas o cada dos según la evolución del parto, siempre bajo consentimiento informado de la parturiente. Del mismo modo el despiste de globo vesical en caso de analgesia epidural para determinar la

necesidad de sondado vesical y la toma de constantes vitales (TA, T^a y FC) se han realizado cada cuatro horas.

El dolor en el período de dilatación va en aumento a medida que aumenta la progresión del TP convirtiéndose en un gran factor de estrés y ansiedad. A todas las mujeres les fueron ofrecidos los diferentes métodos no farmacológicos y farmacológicos para el alivio del dolor, la mayoría de ellas optaron por la analgesia epidural. Como parte de la competencia del EESMO (OE, 2011) durante la colocación del catéter epidural se ha colaborado con el equipo de anestesia y se ha administrado la terapéutica prescrita cuando así fue necesario. A lo largo de la fase activa del parto es recomendado animar y ayudar a las mujeres a optar por una movilización libre, por aquellas posiciones que le resulten más confortables. Como ya se ha hecho referencia, son numerosos los estudios que indican que las posiciones verticales, la deambulación, la movilidad y el cambio de posturas mejora la satisfacción de las mujeres y tienen beneficios obstétricos como: contracciones uterinas más efectivas, acortamiento del tiempo de TP; menor utilización de oxicitócica externa, reducción de las necesidades de analgesia farmacológica, disminución de la instrumentación obstétrica y disminución de la incidencia de compromiso fetal (Lawrence et al., 2013).

El método de monitorización cardiotocográfica y el grado de bloqueo de la analgesia epidural interfieren en la posibilidad de movimiento de las parturientas. Para que puedan optar por posiciones verticales es imprescindible la colaboración del equipo de anestesia, siendo necesario un manejo de dosis de anestesia en concentraciones más diluidas que permitan a las mujeres mantener la sensibilidad en ambos miembros inferiores y optar por diferentes posiciones (Vico, 2016). Pese a las diferencias entre ambos contextos, siguiendo las recomendaciones científicas, se ha ayudado y animado a las mujeres a optar por diferentes posiciones para el alivio del dolor, para facilitar la dilatación y descenso fetal, valorando cada situación en particular y dentro de las posibilidades. Cuando fue posible, se les ha animado y ayudado a optar por posiciones verticales involucrando al acompañante significativo para prestar apoyo a la parturienta, permitiendo la movilización libre. En algunos de los casos, debido al grado de bloqueo solo podían mantener posiciones horizontales, estando limitadas a modificar estas posiciones de decúbito dorsal a lateral o con ayuda de la cama articuladas a las diferentes variedades de la posición Fowler.

La realización de la amniorrexis artificial de forma indiscriminada, es una práctica no apoyada por la evidencia científica (OMS,2018). Esto se ha tenido en cuenta en todo momento y solo se han realizado cuando la situación lo requería. Fueron necesarias la realización de 6 amniotomías, siempre realizadas bajo consentimiento informado, de forma

aséptica y después de las comprobaciones necesarias, la valoración de la dilatación cervical y la posición fetal, mediante el tacto vaginal y el RCTG para identificar la respuesta del fetal.

En este período de prácticas fueron vivenciadas tanto situaciones de TP espontáneos como inducciones del TP. Las inducciones realizadas han sido siempre bajo indicaciones médicas y por motivos clínicos como: retrasos del crecimiento intrauterino, gestación múltiple, rotura prematura de membranas superior a 24 horas, dudas sobre el bienestar fetal, o por edad gestacional superior a 41 semanas de gestación en Portugal o a 42 semanas de gestación en España.

Del mismo modo, han sido vivenciadas situaciones de cesáreas bajo los siguientes motivos: Estancamiento del TP, fallo de inducción, desproporción cefalopélvica, gestación múltiple, presentación pélvica fetal y por evidencia de sufrimiento fetal. En estos casos se ha colaborado con el equipo médico realizando los cuidados preoperatorios y postquirúrgicos de las mujeres y, recibiendo y prestando los cuidados inmediatos de los RN. Conscientes de los importantes beneficios del contacto piel con piel (Priego, 2014), cabe destacar la voluntad por tratar de humanizar este acto quirúrgico en ambos contextos. En el hospital del Salnés se realiza el contacto piel con piel inmediatamente después de la extracción del RN, que permanecerá con su madre si la situación así lo permite. En el hospital de Faro una vez se produce la extracción de los RN son trasladados a una cuna térmica donde son valorados por el pediatra, después son llevados con el acompañante significativo dando la posibilidad a este de realizar el contacto piel con piel con el RN hasta que la madre sale de quirófano, luego será preferiblemente esta quien lo realice.

Una vez diagnosticada mediante el toque vaginal la dilatación completa (10cm) se inicia el período expulsivo. En esta exploración además de valorar la variedad fetal se trató de identificar la presentación fetal según lo Planos de Hodge en el H. Salnés y según los Planos de Lee en el H. Faro.

Para la atención del expulsivo se procedió al lavado de manos con agua y jabón con posterior aplicación de una solución alcohólica (NICE, 2017). Con el fin de mantener el espacio asistencial lo más limpio posible se colocaron paños estériles en la parte posterior de las mujeres (SEGO, 2008). La vestimenta asistencial como especialista, vino determinada por el protocolo del contexto hospitalario donde se prestaba la asistencia. En algunos casos, fue preciso la colocación de gorro y mascarilla junto con bata y guantes estériles, mientras que en otros bastó solamente con la colocación de guantes estériles. En la actualidad existe una tendencia a eliminar el uso innecesario de protecciones debido a la

ausencia de pruebas que muestren su eficacia en la prevención de infecciones, siendo lo recomendado el uso de guantes estériles restringiendo el uso de la demás vestimenta en los casos de riesgo de transmisión o salpicaduras de fluidos corporales (MSPS, 2010).

La posición del expulsivo ha sido determinada por el contexto Hospitalar, el grado de bloqueo anestésico, la situación clínica o los deseos de la mujer. Han ido desde la movilización libre, posiciones verticales, cuadrupedia, posiciones laterales, al parto en el agua o en posición ginecológica.

Con respecto a los pujos, siempre que fue posible, se ha incentivado el pujo espontáneo conscientes de que son más beneficiosos que los dirigidos. Algunas mujeres no sentían la necesidad de pujar por el bloqueo epidural y fue necesario dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva, nunca de forma precoz (OMS, 2018; Álvarez, 2015).

En cuanto a la realización de la episiotomía se ha mantenido el uso restrictivo de la misma (OMS, 2018), solo se han realizado en aquellos casos donde fue preciso por la situación clínica como: riesgo de bienestar fetal y/o en perinés con poca elasticidad con riesgo de desgarros graves. Optándose en su caso por la realización de técnica lateral para prevenir desgarros y/o lesiones en el esfínter anal (Espinilla et al., 2016).

La protección del periné se ha llevado a cabo según la posición de colocación de la mujer, en algunos casos fueron aplicadas compresas tibias en la zona perineal como técnica recomendada por diferentes organismos internacionales como la NICE (2007) o la OMS (2018) para tratar de aumentar la elasticidad perineal. Lo cierto es que solo en uno de los casos se produjo un desgarro de 2º grado, aunque no es posible relacionarlo con la aplicación de las compresas tibias pues puede deberse a múltiples factores. También se ha llevado a cabo el masaje perineal con lubricante, a pesar de ser una técnica incluida en las nuevas recomendaciones de la OMS durante la práctica clínica subjetivamente si se ha tenido la sensación de una mayor edematización, en algunos casos incluso pequeñas laceraciones en la zona masajeadas.

Una vez se producía el coronamiento las mujeres fueron animadas a dejar de realizar pujos, para que de esta manera fuera exteriorizándose la cabeza poco a poco y así disminuir el riesgo de desgarros. Cuando la cabeza salía era realizada la limpieza de cara y nariz del RN y el despiste de circulares del cordón umbilical reduciéndolas o realizando el corte precoz del mismo cuando fue necesario; luego se se procuraba la alineación de los hombros rotando la cabeza según la variedad fetal 45º (priorizando la rotación espontánea) realizando primero el desenclavamiento del hombro superior y luego del posterior para finalizar con la salida del cuerpo del RN.

Esta fase del TP coloca al EESMO en una situación de máxima exigencia ya que en cualquier momento puede desenvolverse una situación de emergencia a la que hacer frente. La complejidad que puede envolver este momento hace que además de los conocimientos teóricos se vuelva fundamental la capacidad de dar una respuesta rápida, de mantener controlado el estrés y la capacidad de referenciar de forma eficiente las diferentes situaciones a los otros miembros del equipo.

Se han vivenciado alguna de estas situaciones de urgencia, una de estas ocurrió en el último parto efectuado. Una parturiente con obesidad mórbida y con antecedentes de un parto anterior de RN macrosómico donde la estimativa ecográfica del peso fetal actual era superior 4 kg. En esta ocasión durante el transcurso del expulsivo y tras la salida de la cabeza fue detectada una distocia de hombros, en colaboración de otros miembros del equipo se procedió a la realización de la maniobra de Roberts combinada con presión suprapúbica consiguiendo la expulsión al exterior del RN peso 3800kg y Apgar de 9/10.

En cuanto a los cuidados inmediatos del RN el principio de actuación se basó en asegurar la evaluación inmediata del RN implementando medidas de soporte en la adaptación a la vida extrauterina, detectando alteraciones morfológicas y funcionales en el RN, referenciando las que están por encima del área de actuación del EESMO (OE, 2011).

Como ya se ha hecho referencia, inmediatamente después del nacimiento del RN se procedió a ponerlo en contacto piel con piel con la madre, a la vez que se secan las secreciones del RN para evitar la pérdida de calor, sin retirar el vermis caseoso. El tiempo de contacto piel con piel no está establecido OMS (2018). Se recomienda que el contacto piel con piel se mantenga mientras la madre lo desee o al menos durante la primera hora de vida del RN para prevenir la hipotermia y promover la lactancia materna (MSPS, 2010). Al mismo tiempo fue realizada la valoración inicial, evaluando la frecuencia cardíaca a través del cordón umbilical; realizando el test de Apgar al minuto, cinco minutos y cuando fue preciso a los diez minutos de vida y realizado un examen físico inicial despistando complicaciones o anomalías morfológicas. Durante las dos horas postparto el contacto fue supervisado por un profesional sanitario con la finalidad de identificar posibles complicaciones (MSPS,2010). La mayoría de los RN recibidos presentaron un APGAR 9/10, pero en alguna ocasión fue necesario el traslado del RN para una sala de reanimación. En estos casos la mayoría lograban una buena adaptación extrauterina tras el calentamiento corporal, aspiración de secreciones e incluso la ventilación con ambú. Fueron dos las situaciones vivenciadas en el H. Faro donde fue necesaria la intubación del RN y su traslado a la unidad de neonatos. El hecho de que la unidad de neonatos esté contigua al bloque de

parto y dispongan de una comunicación interna entre servicios ha asegurado la rápida prestación de cuidados a los RN que requirieron cuidados neonatales.

Respecto al cordón umbilical siguiendo las recomendaciones de la OMS (2018) y de la AEP (2018) se ha priorizado el corte tardío, cuando dejó latir o pasado el 1º o 3º minuto tras el nacimiento, posibilitando el corte del cordón al acompañante o a la madre si así era deseado. En la mayoría de los casos era el acompañante (generalmente el padre) el que optaba esta opción.

En los casos de madres con Rh negativo fue recogida una muestra de sangre del cordón umbilical para determinar el Rh del RN y la indicación de la Inminoglobulina anti D dentro de las 72 horas posteriores al parto (Guerrero et al., 2018).

En las parturientes que deseaban lactancia materna fue procurado el inicio de la misma inmediatamente después del nacimiento de RN (OMS, 2018), optándose en estos primeros momentos por la posición biológica donde los RN buscan la mama, la reconocen y activan la estimulación hormonal para el inicio de la lactancia materna (Priego, 2014).

Con la expulsión del feto se inicia la tercera etapa del trabajo de parto, el alumbramiento. Previamente a esta fase la prestación de cuidados se ha dirigido a mantener una conducta expectante donde fueron realizadas las siguientes comprobaciones: revisión primaria y valoración del periné, valoración de la pérdida hemática y de los signos en la púérpera que pudieran orientar hacia una hemorragia. Se esperó, por tanto, al desprendimiento espontáneo de la placenta, observando los signos de separación placentaria: Longitud del cordón umbilical, cambio de forma del útero, salida de sangre de la vagina y descenso placentar (Maniobra de Kustner) (Pacheco et al., 2015). Al mismo tiempo fue contabilizado el tiempo desde la expulsión del recién nacido, considerando normal si el desprendimiento se producía en el plazo de 30 minutos después del nacimiento (Espinilla et al., 2016). La salida de la placenta y membranas fue acompañada mediante la maniobra de Dublín para evitar la rotura de las membranas. Cuando la placenta era expulsada, dependiendo del protocolo del contexto hospitalar y de la situación clínica, se ha optado por los diferentes tipos de alumbramiento: fisiológico, dirigido o mixto. La OMS (2014) recomienda el uso de uterotónicos, preferiblemente la administración de 10ui de oxitócica por vía intravenosa o intramuscular inmediatamente tras la expulsión fetal en todos los nacimientos para prevenir la hemorragia posparto.

La salida de la placenta es el período más crítico debido al riesgo de hemorragia, por esta razón se prestó especial atención a las señales reveladora de esta clínica: señales vitales de la púérpera (TA, FC), comprobación de la formación del Globo de seguridad de Pinard

y cuantificación de la pérdida hemática. Además, fue hecha una revisión sistemática de la placenta y membranas para el despiste de posibles retenciones de fragmentos en el útero (MSPS, 2010). Se ha ofrecido la visualización de la placenta y membranas explicando las partes que las componen a las puérperas/acompañantes significativos que así lo desearon. Una vez comprobado que todo transcurría dentro de la normalidad fue realizada una revisión más exhaustiva de los tejidos perineales y se procedió a la corrección de episiotomía y/o desgarros de 1º o 2º como competencia del EESMO, mientras que fueron referenciados los casos de desgarros más graves (Espinilla et al., 2016).

En este periodo de prácticas fueron vivenciadas tres situaciones de retención de fragmentos placentares por acretismo. La primera situación se dio en una mujer con antecedentes de ocho embarazos de los cuales seis fueron interrupciones voluntarias del embarazo y dos partos eutócicos. La placenta presentaba acretismo en la parte posterior y fue necesaria la realización de un alumbramiento manual, técnica recogida dentro de las competencias del EESMO (OE, 2011). En otra ocasión se trataba de una mujer con un embarazo previo que terminó en un parto vaginal inducido por muerte fetal a las 38 semanas de gestación que presentó una situación de retención de restos placentares, esta vez acompañada de hemorragia postparto. Esta situación fue detectada mediante las señales de alarma: no formación del Globo de Seguridad de Pinard, pérdida sanguínea vaginal continua, palidez cutánea, sensación de sed, taquicardia, hipotensión y mareo. En esta ocasión fue necesario referenciar la situación para el equipo médico y fue preciso la realización de un legrado y la reposición de la pérdida hemática con dos concentrados de hematíes. El tercer caso se aborda en el capítulo de descripción de la atención al parto y resultados de la intervención. La última fase del TP es la etapa de hemostasia o puerperio inmediato. Este período comprende las dos horas siguientes al parto donde los controles y cuidados prestados se dirigen a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, a facilitar la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del RN (MSPS, 2010). Los cuidados fueron siempre dirigidos y coordinados por un EESMO como profesional de referencia (Hattem et al., 2008) que, dependiendo del contexto, las cargas de trabajo y/o la necesidad de cuidados especializados también los llevaba a cabo.

En el transcurso de estas dos horas se procuró nuevamente respetar la vinculación de la triada asegurando y apoyando el proceso de transición a la parentalidad y adaptación a la vida extrauterina. Al mismo tiempo, se continuó con el apoyo y fomento la lactancia materna tratando de conseguir una primera toma efectiva. En caso de lactancia artificial se ayudó a

la mujer/acompañante a dar el biberón al RN explicando cómo hacerlo de forma correcta, cuando el RN mostraba signos de hambre.

Finalizado el período de dos horas fueron realizadas las evaluaciones pertinentes. En la madre se realizó la observación en sentido caudal para despiste de hemorragia, nuevas tomas de constantes vitales (FC, TA y T^a), evaluación de la pérdida sanguínea vaginal y evaluación del periné. En el RN fueron hechas evaluaciones para verificar la buena vitalidad y adaptación extrauterina, fue administrada la vitamina K intramuscular y fue realizado su primer pesado en ambos contextos; en el H. Salnés además fue aplicada la pomada oftálmica profiláctica (eritromicina). En lo referente a la lactancia materna son evaluadas las características de las mamas y la toma inicial hecha por el RN como referencia para la continuidad de cuidados relacionados para poder identificar riesgos y/o adelantar posibles intervenciones.

En último lugar los tres son acompañados a la unidad de puerperio asegurando la transmisión, por parte del especialista, de una correcta información a la enfermera que va a continuar con la prestación de cuidados.

El nacimiento es uno de los acontecimientos más importante en la vida de una mujer y en la misma medida también lo es para el padre del RN y para el resto de la familia. Este hecho fue tenido en cuenta permitiendo a la gestante estar acompañada en el BP por un acompañante significativo de su elección, en la mayoría de los casos era el padre del RN (OMS, 2018).

Conscientes de la importancia de la vinculación precoz, como se ha venido referenciando, durante la toda la atención se han procurado realizar intervenciones de promoción de la vinculación madre/padre/recien nacido/convivientes significativos. Cuando las condiciones del RN y madre lo permitían era promovida la relación precoz en la triada implicando también al padre en este vínculo a través del contacto inicial con el RN, de su implicación en el parto y postparto, en la lactancia o alimentación con leche de fórmula de su hijo; creando espacios de intimidad y reduciendo las intromisiones.

En todo el período de prácticas se han prestado asistencia a mujeres de diferentes nacionalidades, culturas, ideologías y estilos de vida; lo ha permitido tomar conciencia de la importancia de los aspectos culturales en la asistencia al parto y la importancia de la aplicación de la teoría de Leininger (1999).

Todos los profesionales sanitarios han estado implicados en la formación dando el apoyo e informaciones pertinentes. En cada intervención fue posible analizar cada caso en particular, revisar el protocolo establecido para cada situación y planear las posibles

intervenciones a seguir junto con la especialista responsable y la mujer/acompañante. Con todo, al final de cada turno era hecha una revisión del trabajo realizado durante el mismo, intercambiando opiniones, resaltando tanto los aspectos positivos como los negativos, así como los aspectos que debían ser modificados o mejorados. Estas reflexiones fueron asociadas a la observación directa en la práctica clínica, a reflexiones personales y al análisis de los acontecimientos, siempre con base a la evidencia científica.

**PARTE II - INTERVENCIÓN: PARTO RESPETADO: APORTACIÓN DEL PLAN DE
PARTO Y NACIMIENTO PARA LA MUJER/PAREJA.**

1- CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

1.1. Plan de parto y nacimiento.

La planificación del parto nace en Estados Unidos a principios del siglo XX, eran de transmisión verbal, se realizaban en casa y con la familia, donde se aclaraba principalmente como iba a ser el parto y quién sería el acompañante. El concepto plan de parto aparece en el 1980 cuando se empieza a promover el parto natural de baja intervención, es entonces cuando surge el primer plan de parto oficial como una herramienta para promover la información de las mujeres que les permitiera obtener una conciencia crítica del proceso de nacimiento y así la toma de decisiones, sopesar los pros y los contras de las diferentes prácticas de parto y estructurar planes realistas para sus trabajos de parto (Suárez et al., 2015).

El uso del Plan de Parto y Nacimiento (PPN) rápidamente fue generalizado en algunos países de Europa. En España es a partir de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (MSPS, 2007) y de la publicación de la Iniciativa al Parto Normal (FAME, 2008) cuando se comienza a tener concienciación de la importancia de este documento. En febrero del 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica su primer modelo de Plan de Parto y Nacimiento.

El Plan de parto y nacimiento es un documento mediante el cual la mujer embarazada puede manifestar por escrito sus deseos, necesidades, preferencias y expectativas en relación a su trabajo de parto y al nacimiento de su RN (MSPS, 2010).

El contenido de plan de parto y nacimiento tiene valor de consentimiento informado reconocido en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que implica el derecho de los/as pacientes a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de la salud, que comprende ,como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

La mujer tiene derecho a decidir libremente, para poder hacerlo es imprescindible que esté bien informada de las opciones clínicas disponibles (Mata et al., 2016). Los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación

clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente (MSPS, 2010).

Este documento contempla intervenciones durante todo el proceso, desde la llegada al hospital de la embarazada hasta su alta hospitalaria. En él las mujeres pueden hacer su elección entre las diversas intervenciones aconsejadas por la evidencia científica, tomando ellas el control sobre su trabajo de parto y mostrar sus deseos. Como ya se ha abordado en el desenvolvimiento teórico hay evidencias científicas que apoyan prácticas que deben ser promovidas en la asistencia al parto, entre las que se incluyen: favorecer el inicio del TP espontáneo, la libertad de movimientos para las gestantes incluyendo la elección de la postura para parir, el apoyo emocional y físico, la posibilidad de ingerir líquidos o alimentos durante el trabajo de parto, o el contacto piel con piel con el neonato. Del mismo modo que se ha demostrado la existencia de prácticas que hay que evitar, o por lo menos no aplicar de forma rutinaria, como el rasurado del periné, la aplicación del enema, la episiotomía, la aplicación de oxitocina sintética o la cesárea, entre otras (Suarez et al., 2015).

Existen diferentes modelos de PPN, incluso puede ser realizado por medio de un escrito individual. Se permite cualquier formato, pero no se contempla la posibilidad de elección de prácticas no aconsejadas por la evidencia científica por ser innecesarias o perjudiciales durante el desarrollo del parto normal (MSPS, 2010).

El modelo de plan de parto y nacimiento utilizado ha sido el establecido por el Sergas en el 2016, por ser el documento utilizado en el hospital do Salnés donde se ha realizado la intervención. Este documento ha sido elaborado por un grupo de profesionales del Servicio Gallego de Salud tomando como modelo el documento redactado por el grupo de trabajo creado en el seno de los Comité Institucional y Técnico de la Estrategia de atención al parto normal y de salud reproductiva.

En este se dividen las intervenciones en apartados según las diferentes etapas del trabajo de parto.

En cada uno de los apartados se contemplan varios ítems:

1) Llegada al hospital

- Acompañamiento: Puede indicar si desean o no estar acompañadas por un acompañante en ese momento vital, indicando quien será y si desean la participación activa del mismo durante todo el proceso con la ayuda del EESMO. Incluyendo la posibilidad de decidirlo en el momento del inicio del TP.

- Intimidad: pueden escoger entre usar ropa propia o la ropa proporcionada por el hospital durante su estancia hospitalaria.

- Ambiente de la habitación: pueden indicar si desean adaptar la luz, poner música y/o traer objetos personales.

2) Período de dilatación:

- Líquidos durante la dilatación: se indica que es aconsejable beber líquidos claros (Agua, zumos sin pulpa, té o bebidas isotónicas...) indicando que deben ser consultados previamente al personal para evitar contraindicaciones.

La ingesta de alimentos, a pesar de ser una práctica recomendada (OMS, 2018) todavía no está incluida en la vía clínica del Hospital.

- Movilidad y confort durante el parto: se les indica que es aconsejable moverse y/o realizar cambios posturales optando por aquellas posiciones que les resulten más cómodas y no mantenerse acostadas durante el proceso. Especificando que en algunos casos puede ser indicado por el profesional optar por diferentes posturas para facilitar el descenso fetal por el canal de parto. Cuenta con un apartado donde pueden indicar preferencias sobre este aspecto.

- Tratamiento y manejo del dolor: pueden escoger uno o varios métodos de analgesia: no farmacológicos y farmacológicos. Se le indica que se pondrán a su disposición los diferentes métodos de alivio del dolor disponibles en el hospital. En caso de escoger la analgesia epidural deberán firmar un consentimiento informado para esta técnica.

- Otros materiales de apoyo durante el parto: tienen la opción de elegir el material de apoyo que desearían, por ejemplo: pelotas, espejos, almohadas o cintas.

Otros cuidados:

- Monitorización fetal: Pueden escoger entre la motorización intermitente o continua (opción necesaria si se le administra analgesia epidural u oxitocina)

- Canalización de vía venosa: pueden indicar si desean o no que se le canalice una vía venosa. Incluso sugerir otras intervenciones.

3) Período de expulsivo:

- Posturas: podrán optar por varias posturas según sus necesidades o deseos e indicar sus preferencias, se especifica que puede ser necesario, la indicación por parte del profesional de alguna postura determinada, si fuese necesario.

- Pujo: se les informa que en un parto normal se puja cuando la dilatación es completa y la mujer siente la necesidad de hacerlo, pero que ante analgesia epidural puede no sentir esta

necesidad y serán los profesionales los que indiquen el momento de empujar. Podrán indicar sus preferencias.

- Contacto piel con piel inmediatamente e ininterrumpido tras la salida del bebé. Pueden elegir si desea establecer este contacto ellas o sus acompañantes.

- Corte del cordón (transcurridos dos minutos tras el nacimiento o cuando deje de latir): puede indicar si quieren ser ellas la que corte el cordón, el acompañante o el profesional de salud. También pueden indicar si quiere donar la sangre del cordón u otras opciones sobre el corte de cordón umbilical.

- Alimentación: pueden indicar si quieren alimentar a su recién nacido con lactancia materna o con leche de fórmula. Se recoge la opción de indicar que tomará la decisión más adelante y si quieren ser informados sobre grupos de apoyo a la lactancia materna disponibles en la comunidad.

4) Puerperio hospitalario:

- Cuidado y atención al recién nacido durante el puerperio hospitalario por protocolo siempre se administra pomada oftálmica a todos los RN y vitamina K.

En este apartado pueden escoger la opción de administrar la Vit K por vía oral comprometiéndose a continuar la pauta prescrita 1 vez por semana durante 12 semanas (en caso de LM). Pueden indicar también otras sugerencias.

- Higiene del bebé en planta de la maternidad: Pueden escoger si desean ser ellas mismas las que den cuidados e higiene al RN o indicar otras opciones.

Como último, un apartado donde se contempla la posibilidad de indicar otras opciones no recogidas en el presente documento.

En el final del documento se recoge la manifestación del consentimiento informado para que sean aplicados los cuidados recogidos en el plan de parto y nacimiento.

Este documento permite otorgar a las mujeres un mayor grado de control sobre el proceso del parto (Crespillo, 2013). Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que les atiende en el momento del parto, ya que permite conocer las expectativas, percepciones e individualidades de cada mujer, facilitar la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante. Adicionalmente evitará que la mujer deba comunicar sus preferencias el día del parto, momento en el que su estado emocional y físico es más vulnerable. Permittiéndonos mejorar la calidad y calidez de la asistencia al parto (Crespillo et al., 2013; Biurrun, 2017).

Su elaboración se puede realizar a lo largo de toda la gestación, aunque se recomienda que sea entre las semanas 28-32 con el asesoramiento del EESMO y de los profesionales

que intervienen en el seguimiento del embarazo. Su función es ofrecer a las mujeres la oportunidad de expresar su elección para aquellos aspectos entre los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. No es un documento prescriptivo ya que la mujer puede modificar cualquier contenido del mismo durante el desarrollo del parto, sencillamente manifestándolo. Tampoco sustituye a la información que proporciona el equipo profesional que atiende durante el embarazo y, en caso de que durante el parto se produjera alguna circunstancia excepcional que haga necesaria o aconsejable realizar otras intervenciones, deberá informarse y pedir consentimiento.

Hay autores que encuentran la denominación “Planes de Parto” como término inadecuado, pues un parto es algo imposible de planear y puede causar cierto malestar en el personal que les presta cuidados. Por este motivo, se plantean otros nombres para dicho documento tales como: “Guía para el parto” (Brauer, 2016) o “Preferencias para el parto” (Whirtford et al., 2014).

1.2 - Intervención del enfermero especialista en salud materna y obstetricia.

El especialista en salud materna y obstetricia es un profesional reconocido internacionalmente en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados en los que se la considera una figura esencial que incide en un ámbito social tan importante como el de la maternidad y la atención integral durante el ciclo vital de la mujer en todas sus fases: salud reproductiva, climaterio y sexualidad.

El EESMO cuenta con competencias propias, bien definidas, que le capacita plenamente para atender de forma autónoma los embarazos y partos normales (OMS,1996). Integra en su ejercicio profesional intervenciones autónomas en los procesos fisiológicos de bajo riesgo e intervenciones interdependientes en los procesos patológicos de medio o alto riesgo del ciclo vital reproductivo de la mujer (OE, 2011).

La Unión Europea, reconoce al EESMO como un profesional con un perfil competencial específico y con una formación adecuada a las exigencias de la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo. Estas exigencias han sido incorporadas al ordenamiento español a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre. Lo mismo ha sucedido en Portugal, donde han sido recogidas por la Ordem dos enfermeiros a través del Regulamento n.º 127/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

En la prestación de cuidados a la mujer en TP, se recogen como competencias del EESMOG sobre las que asume responsabilidad: el cuidado de la mujer incluida en una familia y comunidad durante el trabajo de parto, parto, en el período postnatal, y en el puerperio inmediato; así como el cuidado del RN hasta los 28 días de vida (OE, 2011).

El foco de los cuidados en el bloque de partos es la mujer en condición de parturienta y puérpera, el feto/RN y el padre/acompañante. En el artículo 42, punto 2, de la directiva 2005/36/CE, son descritas las actividades y competencias del EESMO. En lo referente al TP se establece las siguientes actividades: Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados; atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice incluyendo, si es necesario, la realización de la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas; reconocer en la madre o en el RN los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero; reconocer y prestar cuidados al RN; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata; asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al RN para que pueda garantizar su progreso óptimo.

La búsqueda continuada de la excelencia de los cuidados prestados a la mujer es un trabajo esencial e intrínseco del EESMO. Todos los cuidados prestados son basados en evidencias científicas y son continuamente actualizados. Durante sus intervenciones los especialistas buscan fortalecer el aspecto fisiológico del nacimiento, como un acto espontáneo y natural, alejándolo del sentido médico con necesidad de grandes intervenciones; involucrando a la mujer/acompañante para que tomen control sobre este momento trascendental en sus vidas, a través del cuidado individualizado, de la promoción de la autonomía de la mujer sobre su cuerpo, promoviendo su papel activo en la toma de decisiones y respetando sus elecciones e intimidad. Se vuelve fundamental entender a la mujer/acompañante en cada momento de la asistencia porque tienen derecho a decidir, a vivenciar el parto como un acontecimiento único, según sus aspectos culturales, creencias, valores, costumbres y dinámica familiar, por ello resulta necesario el desenvolvimiento continuo y sistemático del saber científico, práctico y personal.

Las personas deben ser entendidas como seres sociables, agentes intencionales de comportamientos, con dignidad propia y derecho a autodeterminarse. De este modo, la

mujer debe ser entendida como una persona en su todo, considerando las relaciones interpersonales con sus significantes, con el ambiente al que pertenece y en el que se desenvuelve (elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturales y organizacionales), incluyendo una perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como un conjunto de mujeres en edad fértil unidas por compartir condiciones e intereses comunes (OE, 2011).

La prestación de cuidados requiere un contexto de interacción continuo, el EESMO deberá establecer una relación empática, una relación de ayuda eficaz con la mujer/acompañante a través la comunicación abierta, la escucha activa, el respeto por la cultura, la promoción del autoconocimiento y la intuición.

La OMS (1996) dictamina al enfermero especialista en salud materna y obstétrica como profesional de referencia en la atención del embarazo, parto y puerperio normales. Se recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte del EESMO, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad (MSPS, 2010). Existe evidencia científica de los beneficios que reporta a la mujer el hecho de recibir atención continuada durante el embarazo, parto y puerperio por un EESMO, proporcionando mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adverso (Hattem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). Esos beneficios se refieren, no sólo, a la disminución en el número de intervenciones, sino también a aspectos emocionales y psicológicos de las mujeres durante el trabajo de parto; disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control durante el parto, se sienten más preparadas y apoyadas, y se relaciona con una mayor tasa de inicio de la lactancia materna. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención, además la satisfacción parece mayor (Hattem et al., 2008).

En cuanto al Plan de partos, el EESMO será el responsable de ofertar el plan de parto y el encargado de gestionar todo lo referente a este documento desde su cumplimentación hasta su aplicación. El especialista de atención primaria y el del hospital son los encargados de dar la información necesaria para su cumplimentación, de aclarar dudas y de dotar a las mujeres/acompañantes de toda la información necesaria sobre el proceso y las diferentes alternativas posibles para que pueda elegir con conocimiento. Cuando la mujer entra en trabajo de parto el especialista como profesional sanitario encargado de prestarle asistencia, debe respetar lo recogido en el plan de partos, siempre y cuando no existan

condiciones que requieran otro tipo de medidas. Así mismo, debe asegurarse de que este documento sea conocido por todos los profesionales que le van a prestar asistencia y que sea cumplido en la medida de lo posible.

2. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN:

2.1 - Problemática, justificación y objetivos.

La atención al parto es un hecho tan antiguo como la humanidad que ha sido realizada por diferentes profesionales a lo largo de la historia. Esto se debe a que el parto, a pesar de ser un proceso fisiológico y natural, ha precisado siempre unos cuidados y atenciones específicas (Fernández, 2013).

Tradicionalmente el proceso del nacimiento tenía una visión humanista. La partera mantenía una actitud expectante y no intervencionista en la asistencia al parto, actuando únicamente en casos concretos que requerían su actuación. En el siglo XVII se inicia la tecnificación de esta asistencia con la incorporación de los médicos en la atención al parto. En el siglo XX con las mejoras sociales, económicas y los progresos en tecnologías sanitarias, la asistencia al parto se institucionalizó pasando de los partos domiciliarios a los partos hospitalarios. El parto pasa a formar parte de la medicina especializada y a ser englobado dentro del modelo sanitario de enfermedad (Biurrun & Goberna, 2013). Con esta medida se consiguen disminuir vertiginosamente las tasas de morbilidad materno-fetal, pero las mujeres fueron desplazadas e invisibilizadas en sus TP debido a la tecnificación, al exceso de intervencionismo y a la pérdida de la consideración del parto como un proceso natural y fisiológico (Mata, Rodríguez, & Bueno, 2016). Como consecuencia de esta medicalización pasan a ser incluidas dentro del proceso ciertas prácticas de forma rutinaria y protocolarizadas como: la episiotomía, el rasurado, los enemas, la estimulación del parto y la separación temprana del recién nacido de su madre, junto a otras intervenciones sin estar avalada su aplicación rutinaria por la evidencia científica; más encaminadas a la comodidad de los profesionales que a prestar una atención de calidad y de respeto a las mujeres y a sus RN (Suárez, Armero, Canteras, & Martínez, 2015).

En consecuencia, durante la década de los 70 se inician movimientos que reivindican los derechos de las mujeres como protagonistas en sus partos. En abril de 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron EESMO, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres (Biurrun et al., 2013). Durante esta conferencia se realizó una cuidadosa revisión de los conocimientos sobre estas tecnologías y se buscó

unanimidad en la búsqueda de medidas resolutivas. A partir de esta conferencia surge, en 1985, la publicación de las primeras recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, donde se exponen 16 recomendaciones y se reconoce que cada mujer debe elegir el parto que desea. En este documento se define el nacimiento como un proceso normal y natural, resaltando la necesidad de realizar una profunda transformación de los servicios sanitarios y de las actitudes de los profesionales para poder llevarlas a cabo. Se inicia así el proceso de normalización del parto. Más tarde, en 1996, la OMS publica una guía práctica sobre cuidados en el parto normal donde se intentan establecer normas de buenas prácticas de conducta durante el trabajo de parto y parto sin complicaciones, basándose en la evidencia científica. El objetivo principal de estas nuevas recomendaciones era reducir la realización de intervenciones sanitarias sistemáticas garantizando el curso normal del parto (García, Guillén & Acevedo, 2010). Desde entonces, todas las asociaciones profesionales de enfermeros especialistas en obstetricia, obstetras, pediatras y demás especialistas implicados en el proceso han elaborado documentos en continua revisión para sus sociedades y organizaciones.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS en los últimos años se ha vivido un cambio de paradigma en la atención al parto, que se enmarca dentro de un proceso global de humanización en la atención perinatal y que consiste en respetar el proceso fisiológico del parto, siempre y cuando la gestante no presente factores de riesgo durante la gestación y/o el parto. Durante este cambio se han cuestionado las practicas utilizadas durante la atención al parto normal, con la finalidad de reducir el grado de intervencionismo y lograr un parto más humanizado. La evidencia científica ha demostrado que las iatrogenias y las complicaciones se relacionan de manera directa con la cantidad de intervenciones que se practiquen.

Las mujeres necesitan intimidad y sentirse respetadas física y psicológicamente, para que el parto evolucione fisiológicamente con normalidad. La medicalización del parto, según la OMS, sólo necesaria en el 10% de los partos, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial (Conde, 2009). Lo que significa que el profesional deberá valorar minuciosamente el proceso del parto de forma individual y actuar solamente en aquellos cuando sea necesario. (Herrera, Gálvez, Carreras, Strivens, 2006).

A lo largo de las últimas décadas las sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales en su continua revisión de la tecnología aplicada en la atención al parto, reconocen el derecho de autonomía de las gestantes, cada mujer debe elegir el tipo de

asistencia que desea para el parto, contribuyendo de este modo a devolverle el protagonismo (Suárez et al., 2015). Los protocolos de atención al proceso del embarazo, parto y nacimiento son adaptados progresivamente siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica y la visión del proceso como un evento de la vida reproductiva de la mujer e intimidad del núcleo familiar, más que como una enfermedad en la que hay que intervenir. La última publicación de la OMS sobre cuidados durante el parto es de marzo de este mismo año, 2018. Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne recomendaciones nuevas y ya existentes de la OMS, como novedad reconoce la experiencia de parto positiva como un desenlace trascendental para todas las mujeres en trabajo de parto. La define como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer, esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro, desde el punto de vista clínico y psicológico; y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Su base es la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto fisiológico y alcanzar un sentido de logro y control personal a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. Este empoderamiento de las mujeres alcanza su máximo exponente con el documento plan de parto y nacimiento.

La importancia de los Planes de Parto y Nacimiento radica en el respeto al principio bioético de autonomía, aumentando de este modo el control que tienen las mujeres sobre el proceso de parto, contribuyendo a producir un efecto positivo sobre la satisfacción, sirviendo como herramienta importante en la preparación al parto y disminuyendo los miedos de la mujer gracias a la información y a la comunicación que proporcionan; constituyendo todo ello a un proceso de reflexión en las mujeres.

En la actualidad los movimientos reivindicativos se continúan debido a la baja tasa de partos eutócicos, altas tasas de partos instrumentalizados y cesáreas. En consecuencia, el PPN se vuelve fundamental en el proceso general de humanización del parto hospitalario que se está dando en todos los países desarrollados. Se trata, en definitiva, de hacer a las mujeres partícipes y protagonistas de su parto, preguntándoles para pedir autorización y consentimiento ante cualquier actuación o procedimiento, es decir, otorgando a las mujeres un rol activo durante el parto y reconociendo que son las principales protagonistas, junto al acompañante y a sus RN, de todo el proceso. Es fundamental conocer a las mujeres, sus

opiniones, lo que ellas consideran importante y lo que sienten relativamente a los cuidados recibidos para una experiencia de parto positiva.

Para que las buenas prácticas sean la norma es necesario que se adopten unas prácticas clínicas en el parto y posparto respetuosas y eficaces. Para ello es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, transformar la atención de las mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar; transformar las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales (OMS, 2018). Así mismo se debe reivindicar la visibilidad de las mujeres y favorecer su empoderamiento durante su parto con la elaboración conjunta, entre el EESMO y ciudadanas, de planes de parto como un instrumento válido para facilitarlos.

En relación con lo expuesto y a la revisión bibliográfica efectuada en el área se definieron los siguientes objetivos para la ejecución de la intervención:

Objetivo general:

- Promover el parto respetado con la utilización del plan de parto y nacimiento por las mujeres/parejas.

Objetivos específicos:

- Informar, apoyar y ayudar a las gestantes/parejas en la construcción del plan de parto y nacimiento.
- Prestar cuidados a las mujeres/parejas en conformidad con lo expresado en su plan de parto y nacimiento.
- Analizar la aportación del plan de parto y nacimiento para la mujer/pareja y si este cumple sus expectativas.

2.2 - Participantes.

Las participantes de la intervención son seis parejas con las que se entró en contacto a través de la consulta individual del plan de partos, que aceptaron participar en la intervención y sobre las que se prestaron cuidados durante su trabajo de parto de, por lo menos cuatro horas, siguiendo lo indicado en su plan de partos.

Las características sociodemográficas de la muestra fueron las siguientes: En todos los casos las participantes son de nacionalidad española, el rango de edad oscila entre los 25-42 años, con una edad media de 33 años; todos los acompañantes eran la pareja y progenitores de los RN.

En cuanto al nivel de estudios se ha observado que tres de las mujeres contaban con estudios universitarios, dos de ellas con estudios de grado medio profesional y una de ellas con estudios primarios. Entre los acompañantes dos de ellos contaba con estudios universitarios, dos con estudios de grado profesional (uno medio y otro superior) y los dos restantes contaban con estudios primarios.

En lo referente a la situación laboral la mayoría de las participantes se encontraban en activo, excepto una de las mujeres que actualmente se encontraba en paro.

Por último, en lo referente al estado civil, tres de las parejas estaban casados y los tres restantes permanecían solteros en convivencia conjunta.

Cabe destacar, que a pesar de que para la mayoría de las participantes el Hospital do Salnés era su centro de referencia, hubo dos casos donde esto no era así y que había elegido el Hospital, a pesar de la distancia de su zona de residencia, precisamente por su política de humanización del parto a través del plan de parto y nacimiento.

2.3 - Procedimientos de intervención.

La intervención ha sido realizada durante o PNP en el Hospital do Salnés entre el 10 enero y el 15 de octubre del año 2017. Se realizó una intervención sistematizada, mediante el seguimiento de un grupo de seis parejas desde la realización de su plan de parto individual en el período prenatal hasta el alta hospitalaria después del nacimiento.

La información se ha obtenido a través del documento de plan de parto y nacimiento, de la historia clínica recogida en el programa IANUS (programa informático usado en el SERGAS), el partograma y la encuesta sobre el Trabajo de parto.

Como ya ha sido referenciado en la caracterización del hospital, la asistencia obstétrica de este hospital está dirigida a mujeres con embarazos de bajo riesgo donde el personal EESMO tiene un gran papel asistencial. Todas sus intervenciones están protocolarizadas a través de una vía clínica de atención al parto y nacimiento que recoge una atención al parto respetada. El plan de parto y nacimiento es el eje de la relación clínica que se establece entre la mujer embarazada y la especialista en este hospital y orienta la atención sanitaria que prestada a lo largo de todo el proceso.

En el hospital tiene lugar una vez cada dos semanas la denominada charla grupal, donde se reúne a un grupo de gestantes/acompañantes en torno a las 26 y 30 semanas de gestación enviadas por la EESMO del centro de salud correspondiente, o desde la consulta del ginecólogo. Esta charla tiene carácter informativo; se presenta el servicio de partos, los

circuitos y normas del hospital, se les da información sobre los cuidados durante el parto y puerperio y se le explica al detalle el documento de plan de parto propuesto por el Sergas (Anexo I) haciéndole entrega de un folleto informativo y del documento para que lo lleven a sus domicilios y lo lean detenidamente. Las mujeres que deseen tener su parto en el hospital son citadas para una consulta individual posterior.

En esta y en todas las intervenciones informativas sobre el PPN se ha recalcado que durante la asistencia al TP se seguirá siempre que sea posible este documentó, pero en caso de ser necesaria la realización de intervenciones diferentes a las recogidas, para asegurar el bienestar materno y/o fetal, se les informará de la situación y se procederá a su realización tras su consentimiento.

2.3.1 - Reunión individual sobre el plan de parto.

A través de esta consulta se entra en contacto con los participantes de la intervención, es este momento cuando se les da la información acerca de lo pretendido y se pide su colaboración. Una vez obtenido el consentimiento informado (Anexo II) se inicia la intervención con la realización de esta consulta personalizada.

La consulta individual se realiza en torno a las 36 semanas de gestación. En esta se procedió a cubrir de forma conjunta con la gestante/acompañante el documento de PPN y en aquellos casos en los que ya lo tenían cubierto, fue analizado en cada punto, aclarando las dudas, solucionando problemas y realizando modificaciones cuando fue pertinente. En este asesoramiento siempre se trató de asegurar un plan de parto realista y flexible para que la experiencia de parto fuese lo más positiva posible. Una vez cubierto el documento este fue adjuntado a la historia clínica de la paciente.

Después de esta consulta la gestante/acompañante tiene una idea clara del funcionamiento del servicio de partos, de la planta de obstetricia y de los cuidados que podrán recibir durante su estancia en el hospital, así como el rango del profesional sanitario que presta cuidados en los distintos momentos del proceso.

2.3.2- Consideraciones éticas.

En España los estudios observacionales sin medicamentos que no implican intervenciones ni la utilización de muestras biológicas de origen humano, que sólo emplean registros

clínicos u otros datos personales anónimos o anonimizados no necesitan la autorización del Comité ético.

Debido a que la intervención se enmarca dentro de las intervenciones propias a desarrollar durante prácticas en el hospital del Salnés y puesto que ninguna de ellas se ha realizado con el fin de realizar o influir en esta intervención, no ha sido necesaria pedir autorización del comité de ética e investigación de Galicia (CEIG).

No obstante, debido a la necesidad de consultar datos pertenecientes a la historia clínica y datos personales de las personas que van a ser observadas, con el fin de identificar como ha sido su atención en relación con el plan de partos y nacimiento e identificar sus aportaciones y satisfacción con respeto a la misma, sí ha sido necesario solicitar la autorización de las mujeres para el acceso y publicación de datos de salud como caso clínico/series de casos. Para pedir dicha autorización ha sido necesaria la utilización de un documento oficial da axencia de coñecemento en Saúde.

En cumplimiento de las leyes de protección de datos del Estado Español, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Una vez fueron seleccionadas las parejas se les dio la información sobre el proyecto de intervención y se les pidió su libre colaboración sin ningún tipo de coacción, asegurando su anonimato y la posibilidad de anular su participación sin que por ello fuesen a sufrir perjuicios durante la prestación de cuidados.

2.3.3 - Descripción y presentación resultados de la intervención durante el Trabajo de parto.

El cuidado se inicia desde la llegada de la mujer al bloque de partos hasta su traslado a la unidad de puerperio. En el momento de ingreso en el BP por trabajo de parto activo, fue revisado nuevamente el plan de parto y nacimiento, en este momento y durante todo el TP fueron realizadas las modificaciones que las parejas desearon, o las que fueron necesarias por la situación clínica.

Las mujeres llegaron a la sala de parto desde el triaje de urgencias o de la unidad de obstetricia, a su llegada fueron recibidas por un EESMO. Cinco de las mujeres atendidas estaban ingresadas, dos habían ingresado en preparto, una de ellas por opción propia y la otra por indicación médica por líquido amniótico poco abundante. El caso de las tres restantes fue debido a la rotura prematura de membranas: Una de estas mujeres presentaba EGB positivo (tratamiento profiláctico), la otra había regresado tras cumplirse

las 24 horas de la rotura prematura de membranas y la que queda fue por opción personal, pues residía lejos de la zona.

Después de las presentaciones pertinentes, se verificó el motivo de asistencia, se realizó la entrevista de enfermería y la anamnesis. Todas las mujeres tenían un embarazo controlado de más de 38 semanas de gestación, la fecha probable de parto según la fecha de la última regla coincidía con lo estimado en las ecografías y las estimativas de peso ecográficas de los fetos estaban dentro de la normalidad, entorno a los 2900-3800g. De las seis mujeres, dos eran primíparas, una de ellas había tenido un aborto anterior; las cuatro restantes ya habían tenido partos anteriores, dos de ellos eutócicos y las otras dos distócicos (ventosas). Una de las mujeres presentaba antecedentes considerados de riesgo para el TP, en un parto anterior durante el alumbramiento había presentado una hemorragia postparto en el que había precisado una transfusión de dos concentrados de hemáties. Respeto a los resultados del cultivo de EGB, cuatro de las mujeres presentaban resultados negativos, en una de ellas el resultado era positivo y en otra desconocida porque no había realizado el estudio. En estos dos últimos casos, como ambas presentaban rotura de membranas se procedió al tratamiento antibiótico profiláctico.

Los registros cardiotocográficos iniciales se mantuvieron de forma intermitente (20-30 minutos), pues fueron normales en todos los casos manteniendo una línea base en torno a los 120-160mmhg, la dinámica uterina estaba establecida de forma regular en cinco de los seis casos, siendo irregular en una de las gestantes que estaba siendo inducida con Propess por RPM superior a 24 horas. En cuanto a los tactos vaginales de valoración indicar que tres de las mujeres se encontraban en período dilatación y otras tres en período expulsivo.

Entre las mujeres que se encontraban en fase de dilatación los resultados fueron diversos, cuatro de las mujeres estaban en etapas iniciales con una dilatación del cuello uterino entre 3 a 5cm, con un borramiento del cuello uterino entre 50% y 100% salvo en una de ellas donde el cuello estaba totalmente formado. Este último caso se trataba de una mujer que se encontraba ingresa para profilaxis antibiótica por RPM y a la que se decide inducción con Propess porque la rotura era mayor a 24 horas y no se encontraba en trabajo de parto (dilatación del cuello uterino 3 cm, sin dinámica uterina), a la hora comienza con dinámica pero irregular y sube nuevamente a la unidad de ingreso.

La duración promedio de esta fase fue de entre siete y ocho horas. Durante la dilatación todas las mujeres optaron por movilizarse por la habitación, cuatro de ellas eligieron el uso

de la pelota de pilates y se les ayudó a realizar diferentes movimientos de rotación, de bote y de balanceo para ayudar a la dilatación del cuello, al descenso fetal y alivio del dolor.

En cuanto a la forma de hacer frente al dolor se han ofrecido las diferentes alternativas disponibles el hospital, cuatro de ellas inicialmente había recogido en su PPN el deseo del uso de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor, optando por el uso saco de semillas caliente. Una de estas, que también había utilizado la inmersión en el agua, con el aumento de la dinámica uterina decidió modificar esta opción y utilizar analgesia epidural para calmar los dolores. Dos de las mujeres ya había expresado en el PPN su deseo de analgesia epidural, por lo que en total fueron tres las que optaron por la analgesia epidural. En uno de los casos se decide junto con la gestante/pareja realizar una rotura artificial de la bolsa amniótica debido a un descenso de la regularidad de las contracciones uterinas a los 8cm y a un lento descenso de la presentación que se mantenía en el plano II de Hodge durante las últimas 5 horas.

Cabe destacar el caso de una mujer que tras ocho horas de TP inicia el expulsivo y que a pesar de estar recibiendo analgesia epidural pudo movilizarse libremente por la habitación, utilizar la pelota de pilates y pudo optar por parir en la silla de partos, donde junto con su pareja observó el descenso de su hijo a través de un espejo colocado en el fondo de la silla dirigido a su vulva, lo que según sus propias palabras “me dio ánimos para empujar con fuerza”.

No todos los casos fueron partos eutócicos, hubo un caso donde se detectó un estancamiento del período expulsivo, tras cuatro horas sin avances de la dilatación ni descenso fetal. Tras referenciarlo con el ginecólogo de guardia se decide la realización de un parto con ventosa (con consentimiento informado). Durante este proceso fue preciso la colaboración de dos especialistas y un auxiliar de enfermería; una de las especialistas se encargó de prestar cuidados a la madre, otra se encargó de colaborar con el ginecólogo y prestar cuidados al RN, mientras la auxiliar se encargaba de preparar todo lo necesario para el procedimiento. Durante toda intervención se intentó, de igual manera, prestar cuidados según la elección de la pareja en la medida de los posible.

Las mujeres que en el momento de la realización de la intervención llegaron al BP en período expulsivo: Una de estas mujeres procedía del domicilio, tras examinarla se verifica un cuello uterino con 10 cm de dilatación y borrado 100%, el feto se encuentra en un plano III Hodge. La mujer decide meterse en la bañera, se colabora con ella y el acompañante, y se opta por mantener una actitud expectante de supervisión, a los 20 minutos se produce

el nacimiento. Fue la propia mujer la que dirigió y sostuvo al RN desde su exteriorización hasta su salida.

Las otras dos mujeres se encontraban ingresadas en el hospital; una de ellas había vuelto desde el domicilio tras RPM por aumento de la dinámica uterina y había decidido ingresar en la unidad de obstetricia, a la hora se produce un aumento de la dinámica y sensación de presión, al tacto vaginal se evidencia dilatación completa y descenso fetal en el plano III de Hodge, a los 30 minutos se produjo el nacimiento. El otro, era el caso de la mujer inducida con Propess que a las 5 horas de su colocación manifiesta mayor dinámica y baja nuevamente al BP donde tras su valoración se verifica dinámica uterina regular con un cuello uterino de 9 cm de dilatación que a los 10 minutos alcanza los 10 cm y completa el expulsivo, parto eutócico vaginal.

En cuanto a la tercera fase del TP se ha optado por una actitud expectante, favoreciendo el alumbramiento espontáneo cuando la situación lo permitía, en estos casos la duración osciló entre los 5 y 10 minutos. Fueron tres los casos donde fue necesario realizar un alumbramiento dirigido con la administración de 10UI de oxitocina, en el parto distócico con ventosa por sangrado y por antecedentes de hemorragia postparto. En este último caso a pesar de administrar los 10ui de oxitocina intravenosa, pasados 20 minutos se decide la inyección de otros 10ui a través del codón umbilical, tampoco fue efectivo y se informa a la ginecóloga de guardia que decide realizar una extracción manual de la placenta y comprueba que se trataba de un caso de acretismo placentar. En este caso además y tal y como recomienda la OMS (2015) se administró una dosis de antibiótico profiláctico.

La salida de las placentas y membranas fueron integra en cinco de los casos, excepto en el caso donde fue necesaria la extracción manual, donde salieron fragmentadas y aparentemente completas después de la revisión manual de la cavidad uterina. Tras la revisión de los perinés en tres de las mujeres estaban íntegros y uno de los casos apenas presentó un desgarro de 1º grado no sangrante. Los otros dos casos precisaron de sutura, uno por presentar un desgarro de 2º grado y en el otro para la reparación de la episiotomía (parto por ventosa).

Tras el nacimiento todos los RN fueron colocados en contacto piel con piel con la madre, en cinco de los casos el corte de cordón fue realizado por los padres, excepto en un caso donde la pareja deseó que fuese la especialista la que cortase el cordón. Durante el período de 2 horas tras el parto se mantuvo la intimidad de la pareja con sus RN y se procuró el inicio de la lactancia materna en aquellos casos en los que era pretendido. En uno de los

casos los padres decidieron lactancia artificial, se explicó y ayudo a los padres a dar el primer biberón a su hijo.

Se han prestado a las gestantes intervenciones dirigidas a su confort, todas las mujeres optaron por permanecer en el paritorio con el camión disponibilizado por el hospital, todas optaron en su PPN por acomodación ambiental. Fueron cinco las que utilizaron dispositivos musicales propios y dos de ellas las que desearon colocación de velas y del dispositivo de aromaterapia, todas ellas desearon disminuir la intensidad lumínica.

Entre los planes de parto cubiertos se ha observado que lo que las mujeres desean en general es una menor intervención del parto. Todas desearon estar acompañadas por sus parejas, usar material de apoyo ofertado por el hospital, poder movilizarse libremente durante su proceso de TP, monitorización fetal intermitente, no canalización de vía endovenosa salvo que fuese necesario, contacto piel con piel y la administración de profilaxis a sus RN (Vitamina K intramuscular y pomada oftálmica). En cuanto a los métodos de analgesia fueron dos mujeres las que deseaban administración de analgesia epidural, otras dos preferían el uso de otro tipo de analgesia disponibilizada por el hospital y dos de ellas no deseaban aplicación de ningún tipo de analgesia farmacológica. En lo referente al corte del cordón umbilical la mayoría pretendía que fuese cortado por la pareja, excepto una de ellas que deseaba que fuese el personal sanitario el que realizase el corte.

Puesto que el plan de parto es un documento abierto que admite modificaciones durante todo el transcurso del TP no podemos hablar en términos de cumplimiento o no del mismo, siempre que se sigan las decisiones y se respete el consentimiento informado de las parejas. Por eso se ha optado por referenciar las modificaciones realizadas durante la prestación de cuidados por parte de las mujeres/parejas. Las mayores modificaciones se registraron en el deseo inicial de no canalización de acceso venoso donde en la mayoría de los casos si fue preciso, bien para administración de la sueroterapia por protocolo durante la aplicación de analgesia epidural o para la administración de tratamiento profiláctico. Otra modificación fue la relacionada con la monitorización cardiotocográfica donde en tres de las mujeres fue precisa realizarla de forma continua tras la analgesia epidural. Ambas intervenciones se recogían en el documento del PPN, donde se indica que no se desea vía endovenosa salvo que sea necesario o la necesidad de RCTG continuo en caso de analgesia epidural y/u oxitocina.

En menor medida se realizaron modificaciones en lo referente al dolor, como ya se ha referenciado una de las mujeres que inicialmente optó por medidas no farmacológicas durante el TP se decidió a optar por analgesia epidural. En cuanto a la posición durante el

expulsivo, se puede afirmar solamente en una de los casos no se cumplió la elección de la mujer que tuvo que optar por la posición ginecológica por tratarse de un parto distócico con ventosa; el resto de las mujeres han tenido partos eutócicos en las posiciones que deseadas en ese momento: dos de ellas en decúbito lateral izquierdo, una de cuclillas, una en la silla de partos y un parto en el agua.

2.3.4 - Encuesta a las parejas sobre su Trabajo de Parto y resultados.

Como última parte de intervención se entregó a las mujeres/parejas una encuesta de satisfacción para comprobar si se han cumplido o no sus expectativas sobre el trabajo de parto y las aportaciones que el PPN ha tenido para ellos (Apéndice I).

El centro de investigaciones sociológicas define la encuesta como una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos. Por medio de las encuestas se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos.

La definición de la satisfacción no es fácil, Linder (1982) definen la satisfacción de un paciente como la valoración positiva de actuaciones sanitarias complejas, basándose más en la cobertura de las expectativas previas que en los sentimientos. Otros autores vinculan la satisfacción con la concordancia entre las expectativas y lo que realmente fue experimentado. En cualquier caso, se demuestra la relación entre la insatisfacción y la no cobertura de las expectativas (Aranda et al., 2014).

La encuesta fue entregada en el período de puerperio inmediato (respetando la intimidad y este momento especial de las parejas), dando un amplio margen de tiempo para cubrirla, las 48 horas de ingreso. Comienza con un apartado de caracterización de la muestra donde fueron pedidos datos de carácter sociodemográficos (Edad, nivel de estudios académicos, profesión, situación laboral, estado civil y nacionalidad). A lo largo de su desarrollo recoge nueve cuestiones, siete son preguntas abiertas donde se cuestiona sobre: el motivo por el cual han decidido realizar un plan de parto, si han podido cumplimentarlo informados correctamente según sus deseos y expectativas, el profesional que le ha dado la información y la/s persona/as que le han ayudado a tomar las decisiones; sus sentimientos y sus experiencias durante el TP; si consideran que su plan de parto ha sido respetado en esta asistencia y que aportación consideran que ha tenido su aplicación. En la parte final aparecen preguntas sobre lo que resaltarían de este tipo de atención y lo que consideran

que debe ser modificado, así como la nota de satisfacción que darían en escala numérica del 1 al 10. Las dos últimas preguntas son cerradas sobre si consideran que sus expectativas han sido cumplidas y si volverían a repetir esa experiencia.

Los resultados de las encuestas revelaron que las parejas realizaron el plan de parto y nacimiento con el fin de poder enfrentarse al parto con mayor información y que optaron por un parto respetado para poder tener control sobre su parto y tomar decisiones. Whitford (2014) reconoce que este documento permite a la mujer ejercer mayor control durante su proceso de parto y nacimiento y una mejor comunicación entre mujer y cuidador, pero establece que debe ser cumplimentado después de que la mujer obtenga toda la información necesaria, con evidencia científica, aportada por el ESSMO de referencia para evitar peticiones poco realistas. Suarez (2015) reconoce que los PPN influyen positivamente en el proceso de parto, aumentando la seguridad, efectividad y satisfacción de las mujeres y su empoderamiento. La información sobre el plan de parto en todas ellas fue dada por el EESMO, los cuales además ayudaron a su cumplimentación. Las especialistas como personal de referencia en la atención del embarazo y parto de bajo riesgo (OMS, 1996) son vistas por las mujeres como fuentes proveedoras de información y de experiencia, la fiabilidad de su acompañamiento y su presencia en la toma de decisiones contribuye a una experiencia positiva en el parto (Brauer, 2016). Todos los casos consideraron que su parto sí había sido respetado, de forma general lo definieron como una experiencia positiva, manifestaron que con la elaboración del plan de parto han conseguido hacer frente a los temores que tenían ante este momento, sintiéndose más informados y protegidos, desenlace transcendental en todas las mujeres en TP reconocido por la OMS (2018) junto a tener su parto en un ambiente seguro clínica y psicológicamente. Las mujeres embarazadas, a raíz de participar en los grupos de discusión prenatal, aumentan su conocimiento en salud a la vez que aprenden a conversar con los cuidadores y a participar en la toma de decisiones. Estos hechos aumentan la sensación de control en las embarazadas. Todo esto hace que se fomente la confianza entre los EESMO y la gestante y ello contribuye a que esta tenga una experiencia de parto positiva (Su-Chen, 2010).

Como principal aportación indicaron la información, el conocer de antemano como es el proceso y como puede transcurrir; el poder indicar previamente a los profesionales sus deseos para este proceso, el sentirse partícipes y el respeto por sus sentimientos, Crespillo et al., (2013) reconocen que el conocer previamente las preferencias de las gestantes permite mejorar la calidad de cuidados facilitando la comprensión y participación activa de las parejas en el proceso.

El aspecto más resaltado fue el trato personalizado por parte de los profesionales, la familiaridad, cercanía y el respeto por su intimidad. Peplau (1990) reconoce en las enfermeras un poder superior a los otros profesionales de salud para lograr la participación de los pacientes en sus propios cuidados mediante la empatía y la relación de confianza para lograr resultados satisfactorios, Leninger (1999) reconoce en la enfermera un papel único para entender y conocer a las personas cuidadas de cuidados respetuosos con su cultura, modos de vida y deseos. Solo una de las parejas encontró un aspecto negativo, el exceso de ruido proveniente de la calle. Todas las parejas se mostraron satisfechas dando una nota de entre 8-10 en una escala numérica de 0 a 10, Aranda et al., (2014) demuestran que la satisfacción tiene que ver con la cobertura de las expectativas. En lo referente a sus expectativas, cinco de los casos manifestaron que sí habían sido cumplidas, en un caso se indicó que no se habían cumplido del todo en la fase de expulsivo debido a que su parto acabó siendo por vetosa, a pesar de ello, recalcaron que se habían sentido respetados en todo el proceso y que sus expectativas si fueron cumplidas en las demás fases del TP. Finalmente, todas las parejas indicaron que si volverían a repetir la experiencia.

3 - CONCLUSIONES E RECOMENDACIONES.

Del análisis de los resultados de la intervención asistencial dirigida a mujeres/parejas que contaban con un plan de parto y nacimiento previo a la atención durante el trabajo de parto, se puede concluir que la duración media de los trabajos de parto del grupo de seis mujeres/parejas seguidas fue de en torno a las 10 horas, aunque también hubo casos donde el tiempo total fue menor a 4 horas. Durante toda la asistencia los cuidados fueron realizados siguiendo su plan de parto y nacimiento, realizando las modificaciones indicadas por las mujeres/parejas o que la situación clínica requería. En el transcurso de la asistencia se respetaron las decisiones iniciales de cada mujer/pareja, a excepción de la modificación relativa a las medidas de alivio del dolor por opción de una de las mujeres; la canalización de la vía endovenosa que ha sido necesaria en cinco de los casos; la realización del registro cardiotocográfico continuo por indicación clínica en tres de los casos y la realización de un parto por ventosa. Ante la necesidad de realizar modificaciones asistenciales las parejas fueron informadas y se le pidió su consentimiento informado.

En toda la prestación de cuidados se han llevado a cabo intervenciones recomendadas por la evidencia científica, incluyendo a la mujer y pareja en la planificación de las mismas e informando de la evolución del proceso.

Relativamente a las expectativas y a la percepción del parto, las parejas procuraron la realización del plan de parto y nacimiento con el fin de poder obtener información y poder decidir libremente entre las intervenciones disponibles, teniendo la certeza de una prestación de cuidados segura y con profesionales sanitarios que conocen previamente sus deseos, que le prestan un cuidado personalizado, respetando su intimidad y sus decisiones. Con este tipo de asistencia las mujeres se muestran satisfechas. La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y con la asistencia sanitaria recibida se asocia con el respeto por su intimidad, su autonomía en la toma de decisiones, la seguridad aportada por la estructura hospitalaria y por los profesionales, el sentimiento de vinculación con los profesionales sanitarios que les aportan confianza, familiaridad y cercanía.

La relación que se establece entre las mujeres y el profesional sanitario que participa en el proceso de parto tiene especial relevancia, confían en ellos y esperan un trato cercano de los profesionales, valorando positivamente la calidez y la proximidad en el trato.

Ante los resultados de esta intervención parece oportuno encontrar propuestas de intervención que contribuyan a la mejora de la práctica de cuidados en la asistencia a la

mujer/pareja durante el trabajo de parto a través del plan de partos y nacimiento, concretamente:

- Divulgar los resultados en contextos de formación de profesionales o en contextos de prácticas clínicas para la valorización y la realización del PPN por la mujer/pareja.
- Crear oportunidades a la mujer/pareja para la concretización de su plan de parto a través de momentos individuales y de grupo en la vigilancia prenatal.
- Realizar estudios sobre el tema para profundizar estos resultados.

CONSIDERACIONES FINALES

El exceso de intervencionismo y la medicalización del parto no es apoyado por la evidencia científica y es fuertemente rechazado por la sociedad. En los últimos años se han dado movimientos reivindicativos que reclaman un cambio en la estrategia de atención al parto, buscan una prestación de cuidados desde una concepción del parto como un proceso fisiológico y no patológico, dar visibilidad a la mujer como eje central y parte activa durante toda la prestación de cuidados con la finalidad de otorgarle el protagonismo en la decisión de como parir, preservando las garantías sanitarias. Conscientes de las demandas de la sociedad han sido numerosos organismos como la OMS, NICE, SEGO o la FAME entre otras, e instituciones como el MSPS o la OE los que han abordado el problema. A través de sus publicaciones, continuamente revisadas, tratan de conseguir el abandono de las intervenciones innecesarias en la práctica clínica de atención al parto, mediante la búsqueda continuada de la calidad en los cuidados y la unificación de las intervenciones asistenciales. Para que las buenas prácticas sean la norma es necesario, además, que se adopten unas prácticas clínicas durante el parto y posparto respetuosas y eficaces, lo que necesita una profunda transformación de los servicios sanitarios. Cada vez son más los contextos, que conocedores de esta realidad, apuestan por mejorar la calidad en la prestación de cuidados con base en la evidencia científica e incorporan estas recomendaciones en sus servicios buscando la humanización del parto, el parto respetado y la satisfacción de las mujeres/acompañantes.

La OMS (1996) reconoce al enfermero especialista en obstetricia como profesional de referencia para la atención del parto de bajo riesgo. Entre las competencias del EESMO está el cuidar a la mujer durante el trabajo de parto y efectuar 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.

La atención al parto implica la concepción de la mujer como ser biopsicosocial, como agente intencional de comportamientos, con dignidad propia y derecho a auto determinarse. Para prestar unos cuidados enfermeros de calidad es fundamental establecer una relación interpersonal entre enfermera y paciente (Peplau, 1990) que oriente a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural y espiritual y que dirija el cuidado en sus dimensiones física, social y mental. También es fundamental la aplicación de cuidados transculturales (Leninger, 1999), pues convivimos en un contexto multicultural donde se

vuelve necesaria la prestación de unos cuidados que se ajusten, de modo razonable, a las necesidades, valores, creencias y a los modos de vida de las diferentes mujeres.

Conscientes de que el parto es un acontecimiento vital muy significativo e importante para las mujeres/acompañantes, durante las prácticas de naturaleza profesional se ha procurado la prestación de cuidados de calidad basados en la evidencia científica y, en la medida de lo posible, se ha tratado de planificar el parto en cooperación con la mujer/acompañante explicando cada paso, informando sobre cada valoración, sobre las posibles intervenciones a realizar y pidiendo su consentimiento informado.

Los planes de parto son una herramienta clave para lograr un parto respetado, su importancia radica en el respeto al principio bioético de autonomía, aumentando de este modo el control que tienen las mujeres sobre el proceso del parto y contribuyendo a producir un efecto positivo sobre la satisfacción. Este documento aporta a la mujer un papel activo, donde puede expresar sus deseos y expectativas, eligiendo entre las diferentes alternativas de intervención que la evidencia científica recomienda para cada momento del trabajo de parto. Su objetivo es guiar los cuidados de forma personalizada, no planificar su parto, responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues ante cualquier necesidad clínica pueden ser modificadas las intervenciones que allí se recogen bajo el consentimiento informado.

En este sentido, estas PNP permitieron al EESMO el reconocimiento de las competencias técnicas, científicas, relacionales, socioculturales y éticas de cuidados especializados en enfermería de salud materna y obstetricia. Competencias éstas, inherentes a la autonomía de la prestación de cuidados y a la toma de decisiones basadas en conocimientos sustentados por la evidencia científica, promotores tanto de la mejora de la calidad en la prestación y gestión de cuidados especializados, como de la investigación y formación continua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic*, 13(6)6. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

Aguilar, J. L., Mendiola, M.A & Sala-Blanch, X. (2012). *Bloqueo y anestesia epidural I*. Universidad de Córdoba. Recuperado de <https://www.coursehero.com/file/14381738/BLOQUEO-Y-ANESTESIA-EPIDURAL/>.

Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G.M. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 31(5). doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub2.

Alligood, MR. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: Editorial Elsevier.

Altabella, C. (2015). *Proyecto de guía práctica clínica del dolor tratado en el parto con terapias alternativas y complementarias*. Trabajo de final de grado. Escuelas universitarias de Góndomar, Cantabria.

Álvarez, E. & Arnedillo, M.D.S. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Revista matronas Matronas Profesion*, 11(2), 64-8.

American Academy of Pediatrics & American College of Obstetrician and Gynecologists (AAP). (1997). *Postpartum and follow-up care*. In *Guidelines for Perinatal Care*. Washington: Committee on Postpartum and Follow-up Care. Recuperado de <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>.

Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D. & Howell, C.J. (2006). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.

Aranda, A.M., Reina, M.J., Rodríguez, I.M., Delgado, E., De Las Heras, J. & Lobato, L. (2014). Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Biblioteca las casas*, 10(3). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascas/documentos/lc0794.phpp>.

Ardell, S., Offringa, M., Ovelman, C. & Soll, R. (2018). Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*, 5 (2), doi: 10.1002/14651858.CD008342.pub2.

Arredondo, C.P & Siles, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados, una mirada desde la Teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enfermería*, 18(1):32-6.

Avellaneda, M.R., Lupión, R. & Fernández, R. (2000). Asistencia a la puérpera en su estancia hospitalaria. *Matrona Revista matronas- Profesión*, 1 (1), 14-20.

Ballesteros, C., Carrillo, C., Meseguer, M., Canteras, M. & Martínez, M.E. (2016). La episiotomía y su relación con distintas variables clínicas que influyen en su realización. *Rev. Latino-Americana de enfermagem*, 24. doi: 10.1590/1518-8345.0334.2686.

- Barreda, A., Ruiz, J., Guerrero, j., Cartón, A.J., Barreda, A.C., Menéndez, J.J. & Ruiz, J.A. (& Cartón, A.(20178). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. Madrid, España:Editorial Medica Panamericana S.A.
- Basevi, V. & Lavender, T. (2014). Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 11(2). Oxford: Update Software Ltd. Retriever from: <https://www.cochrane.org/es/CD001236/rasurado-perineal-sistematico-en-el-ingreso-la-sala-de-partos>.
- Begley, CM., Gyte, GM., Devane, D., McGuire, W. & Weeks A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Systemic Reviews*, 9(11). doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub3.
- Berghella, V., Baxter, J.K. & Chauhan, S.P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *Obstetric Gynecology*, 199(5),445-454. doi:10.1016/j.ajog.2008.06.093.
- Biurrun, A & Goberna, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *MatronaMatronas Profesión*, 14(2),62-66.
- Biurrun,A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Doctorado en Ciencias Enfermeras. Universitat de Barcelona, España.
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M.D. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ª ed). Loures, Portugal: Lusociência.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R.K. & Cuthbert A. (2017) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Brauer, S. (2016). Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine Health Care and Philosophy*, 19(1),45-54.
- Bugg, G.J., Siddiqui, F. & Thornton, J.G. (2008). Oxytocin versus placebo or no treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD007123.
- Calais, B & Vives., N. (2015). *Parir en movimiento*. Barcelona, España: Editorial La liebre de marzo.
- Carroli, G. & Belizán, J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal. *La biblioteca Cochrane Plus*, 3. Oxford, Update Software Ltd. Retriever from: <http://www.update-software.com>.
- Carvajal, J.A. & Fuenzalida, J. (2014). *Manejo de la embarazada con isoimmunización por anticuerpos irregulares*. Revista chilena de obstetricia y ginecología,79(4). doi: [org/10.4067/S0717-75262014000400011](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400011).
- Cheng, Y.W., Hopkins, L.M. & Caughey, A.B. (2011). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstetric Gynecology*, 191(3),933-8. doi:10.1016/j.ajog.2004.05.044.
- Cluett, E.R., Nikodemmm, C.V.C., McCandlish, R.E. & Burns, E. (2009). Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
- Coromoto,G. (2014). *Multiculturalidad, embarazo y parto*. Trabajo fin de máster.

Universidade da Coruña, España.

Crespillo, E., Higuero, J.C., Mérida, J.M., Matín SR., Pérez, E. & Mañón, J.C. (2013). Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Revista matronas Matronas Profesión*, 14(3-4), 84-91.

De la Rosa, M., Rivas, M.T. & Valle, M. (2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14 *Revista matronas Profesión*, 14 (1), 19-23.

Di Renzo, G.C., Roura, L.C., Facchinetti, F., Antsaklis, A., Breborowicz, G., Gratacos, E., ... Ville.Y. (2011). Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 24(5), 659-667.

Díaz, M.D.L.C., Hurtado, F., Copado, S. & Herrera, S. (2013). *Atención al parto normal. Evidencia científica*. Retrieved from <https://docplayer.es/64772338-Atencion-al-parto-normal-evidencia-cientifica.html>.

Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Dunn, P. (2000). Dr Carl Credé (1819-1892) and the prevention of ophthalmia neonatorum. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 83(2), 158–159. Doi: 10.1136/fn.83.2.158.

Eason, E., Labrecque, M., Wells, G. & Feldman, P. (2010). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*. 95 (3), 464-71.

Elers, Y. & Gibert, M.P. (2016). *Relación enfermera-paciente una perspectiva es de las teorías de las relaciones interpersonales*. Universidad de ciencias médicas. La Habana. Cuba.

Espinilla, B., Tome, E., Sadormil, M.E. & Albillos, L. (2016). *Manual de obstetricia para matronas*. Madrid, España: Editorial Difácil.

Esteban, M.L. (2013). *La maternidad como cultura*. En Perdiguero E, Comelles JM (eds.). *Algunas cuestiones sobre la lactancia materna y el cuidado infantil*. (pp. 207-226). Barcelona, España: Bellaterra.

Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan K., et al. (2010). Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 39(8): 656-62. Doi: 10.1016/j.jgyn.2010.06.007.

Federación de Asociaciones de matronas de España. (2008). *Iniciativa al parto normal: Documento de consenso da Federación de Asociaciones de Matronas de España*. Barcelona, España: FAME.

Federación de Asociaciones de matronas de España. (2011) *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*. Pamplona, España: FAME.

Fernandez, R.I. (2013). *Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con atención hospitalaria*. Trabajo fin de grado de enfermería. Universidad de Oviedo, España.

Festin, M. (2003). Antibióticos para la rotura prematura de membranas. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

FIGO. (2016). *Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring*. Retrieved from:

<http://www.jsog.or.jp/international/pdf/CTG.pdf>.

García, E., Guillén, D. & Acevedo M. (2010). Humanismo durante la atención del trabajo de parto. *Rev Conamed*, 15(3), 152–4.

Gary, F., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Dashe, J.S., Hodffman, BM., Casey, M. & Spong, C.Y. et al. (2017). *Williams Obstetrics* (25e). New York, Estados Unidos: Mc GrawHill.

George, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos á prática profissional*. Portoalegre: Artmed, pp,301.

Gómez, A., Baiges, T., Batiste, M.T., Marca, M.M., Nieto, A. & Closa, R. (1998). Método canguro en la sala de partos. *An Esp Pediatr*, 48(6), 631-633.

González, E., Fabre, E., Laila, J.M. & González, J. (2013). *Obstetricia* (Spanish Edition). Madrid: Editorial: Elsevier.

Guerrero, J., Cartón, A.J., Menender, J.J & Ruiz, J.A. (2018). Manual e diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid, España: editorial médica Panamericana.

Gupta, J.K., Hofmeyr, G.J. & Smyth, R.M.D. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5). doi:10.1002/14651858.CD002006.pub3.

Hastings, M., Vincent, D., Emeis, C. & Francisco, T. (2007). Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *BMC Pregnancy Childbirth*, 32(3),158-64. doi:10.1097/01.NMC.0000269565.20111.92.

Hatem, M., Sandall , J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 8(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

Herrera, B., Gálvez, A., Carreras, I. & Strivens, H. (2013). Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *MatronaRevista matronas profesión*, 7(1), 27-33.

Herrera,B. (2018).Pujos: ¿Dirigidos o espontáneos?". Retriever from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/pujos-dirigidos-o-espontaneos>.Retriever from: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/pujos-dirigidos-o-espontaneos>.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2014). Continuous support for women during childbirt. *Cochrane Database of Systematic. Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub.5.

Imdad, A., Bautista, R.M., Senen, K.A., Uy, M.E., Mantaring, J.B. & Bhutta Z.A. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Data base of Systematic Reviews*,5. doi: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

Jamal, A. & Kalantari, R. (2014). High and low dose oxytocin in augmentation of labor. *Obstetric Gynecology*, 87(1), 6-8. doi:10.1016/j.ijgo.2004.06.004.

Janni, W., Schiessl, B., Peschers, U., Huber, S., Strobl, B., Hantschmann, P. & Kainer, F. (2012). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetric Gynecologic Scand*, 81(3), 214-21. Retriever from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11966477>.

Kettle, C., Dowswell, T. & Ismail, K.M.K. (2010). Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,

6. doi: 10.1002/14651858.CD000006.pub2.

Kettle, C., Hills, R.K. & Ismail, K.M.K. (2013). Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD000947.pub3 10.1002/14651858.CD000947.pub2.

Kubli, M., Scrutton, M.J., Seed, P.T. & O'Sullivan, G. (2002). An evaluation of isotonic "sport drinks" during labor. *Anesthesia Analgesia*, 94(2):404-8.

Lacarrubba, J., Galván, I., Barreto, N., Adler, E. & Céspedes, E. (2011). *Guías prácticas de manejo en neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano*. Barcelona. Comité de pediatría, sociedad paraguaya de pediatría, .38(2), 683-9803.

Lavender, T., Cuthbert, A., Smyth, R.M.D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane database of Systematic Reviews*, 8, 1475-1858. doi: 10.1002/14651858.CD005461.

Lavender, T., Hart, A. & Smyth, R.M. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10;(7). doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Leininger, M. & Teóricas, F. (1999). Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad. *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid, España: Harcourt.

Leite, D. M. (2014). *Efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto, na mulher primípara*. Relatório de estágio. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior Enfermagem do Porto, Portugal.

Leno, E. (2013). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gaceta antropológica*.22(32). Retriever from: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2681>.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del Estado Español, Madrid, 15 de noviembre de 2002, 274.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En cumplimiento de las leyes de protección de datos del estado español. Boletín Oficial del Estado Español. Madrid, 14 de diciembre de 1999, revisión vigente desde el 31 de Julio de 2018, 298.

Linder, S.U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Societe Sciences Medical*,16(5):577-82.

Lucas, AM., Mosquera, L. & Tizón, E. (2014). La pelota de parto. Redescubriendo un recurso no farmacológico de gran importancia en el proceso del parto. *Revista Rol Enfermería*, 37(3), 188-194.

Luque, M. & Oliver, M. (2015). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. *Index de enfermería*, 14,48-49.

Marriner, A. & Raile, M. (1999). Modelos y Teorías en enfermería. Madrid, España: Editorial Harcourt Brace.

Martín, J., Carlos, A.M., Rodríguez, R., Villegas, R., Romero, L. & Flores, S. (2011) Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding of the newborn. *Farm Hospi*,35(3):148-55. doi: 10.1016/j.farma.2010.09.001.

Martis, R. (2008). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *BSR La Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS*. Retrieved from <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage-29>.

Mata, M.J., Rodríguez, V. & Bueno, E. (2016). *Plan de Parto y Nacimiento: origen, evolución y aspectos legales*. Retriever from:<http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/plan-de-parto-y-nacimiento-origen-evolucion-y-aspectos-legales/>.

Matronas, servicio de ginecología y servicio de pediatría del hospital del Salnés. (2015). *Vía clínica de atención al parto y nacimiento*. Pontevedra, España: CHOP.

McCandlish.R. (2010). Perineal Trauma: Prevention and Treatment. *The journal of midwifery & womens & women Health*, 46(6), 396-401. *Matronas Profesión*; 14 (1), 19-23.

McCandllish,R. (2011). Cuidado del periné durante el período expulsivo del parto. *.Revista matronas Profesión*, 2 (6), 9-12.

McDonald, S.J., Middleton, P., Dowswell, T. & Morris, P.S. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1465-1858. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

Mckenna, H.P. & Slevish, O.D. (2009). *Nursing Models, Theories and practice*. Londres, Inglaterra: Editorial Blackweel Publishing.

Mendelson, C. (1946). The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia. *Am J Obst Ginecol*, 52, 191- 205.

Ministerio de Sanidad y Política Social e igualdad. (2011). *Primer documento de análisis de situación de las terapias naturales*. Madrid. Retriever from: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema nacional de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social. (2010). *Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones.

Mizuno, K., Mizuno, N., Shinohara, T & Noda, M. (2004). Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatric*, 93(12), 1640-1645.

Moore, E.R., Bergman, N., Anderson, G.C. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4I.

Moraes, M., Asconeguy, J., Medina, A., Le Pera, V. & Borbonet, D. (2011). Administración de vitamina K en la profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido. *Arch Pediatr Urug*, 82(3).

Mori, R., Ullman, R., Pledge, D. & Walkinshaw, S.A. (2008). High dose versus low dose oxytocin for augmentation of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, doi: 10.1002/14651858.CD007201.

Nápoles, D., Bajuelo, A.E., Téllez, M.D.S. & Couto, D. (2004). El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *Medisan*, 8(4), 64-72.

National institute for health and care excellence. (2007). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*, London: RCOG Press.

National institute for health and care excellence. (2017). Intrapartum care overview. London: NICE.

Noguera, J.J. (2012). La profilaxis de Credé. *Arch Soc Esp Oftalmol*, 87(12). Retriever from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2012.10.006>

Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J & Marowitz A. (2014) Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Journal Midwifery Women Health*, 59(3): 286-319.

O'Sullivan, G., Liu, B., Hart, D., Seed, P. & Shennan A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetrics outcome: randomised controlled trial. *BMJ*, 338-784. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b784>.

Odent M. (2009). *El bebé es un mamífero*. 2ª ed. Madrid, España: Ob Stare.

Okwundu, C.I., Afolabi, B.B. (2013). Intramuscular versus intravenous anti-D for preventing Rhesus alloimmunization during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 31(1); doi: 10.1002/14651858.CD007885.pub2.

Ordem dos enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa, Portugal

Ordem dos enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especi-alizados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: informe completo* [WHO

recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud.(2015). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el parto*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. *The Lancet*,2, 436-437.

Orte,E. (2012). *Aspectos culturales del dolor en el parto y uso de anestesia epidural en las gestantes del hospital Reina Sofía de Tudela en el año 2012*. Trabajo fin de máster. Universidad pública de Navarra, España.

O'Sullivan, G., Liu, B., Hart, D., Seed, P. & Shennan, A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial.*BMJ*,24,338-784.doi: 10.1136/bmj.b784.

Pacheco, MJ., Corral, M.E. & García, M. (2015). Tercera fase del parto; tipos de alumbramiento y sus repercusiones. Retriever from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/i_jornada_partos/3_tercera_fase_del_parto.pdf.

Palacios, JL., Muños, A., Pérex, C. & Cruz, Y. (2017). Retención urinaria posparto: conducta clínica y modelos experimentales para su estudio. *Ginecología y Obstetricia Mexico*, 85(7),457-465.

Passos, F., Cardoso, K., Coelho, A.M., Graça, A., Clode, N. & Mendes da Graça L. (2012). Antibiotic prophylaxis in premature rupture of membranes at term: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012, 120(5),1045-1051.

Peplau.H.E (1990) *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Editorial Masson-Salvat. Versión española de la obra original inglesa *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* publicada por Macmillan Education Ltd. de Houndmills, Basingstoke.

Perez, E. (2015). *Las diferentes posiciones maternas en el parto*. Trabajo fin de grado. Universidad de Jaén facultad de ciencias de la salud, España.

Pérez, I., Serrano, M. & Morón, J. (2015). *Manejo del alumbramiento: conducta expectante frente a conducta activa*. Revisión de la bibliografía autores. Editorial Panamericana. Retriever from: <https://docplayer.es/5317916-Manejo-del-alumbramiento-conducta-expectante-frente-a-conducta-activa-revision-de-la-bibliografia>.Retriever:http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2015/Volumen9/Articulos/1MANEJO_DEL_ALUMBRAMIENTO_art.pdf.

Pérez, L. (2013). Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Revista matronas Profesión*, 7(1),14-22.

Perry, S.E., Lowdermilk, DL. & Cashion, K. (2008). *Manual clínico. Maternidad y salud de la mujer* Manual Clínico. Maternidad y salud de la mujer. Barcelona, España:Editorial Elsevier.

Pratt, R J., Pellowe, C., Loveday, H.P. & Robinson N. (2012). *The Development of National Evidence-based Guidelines for Preventing Hospital-acquired Infections in England-Standard Principles: Technical Report*. London: Thames Valley University.

Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and

implications of birth positioning?. *Women Birth*, 25(3),:100-6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.

Priego, I. (2014). Adaptación Neurosensible del recién nacido. Estudio de las mejores prácticas. *Revisión Bibliográfica*. Madrid. Retriever from: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/1466047F-19AF-4BDC-B518-AD3A7DFCD606/79008f3f-108d-42a2-8630-e5fa15c0af68/79008f3f-108d-42a2-8630-e5fa15c0af68.pdf>

Rabe, H., Diaz, J.L., Duley, L. & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane database systematic reviews*, 15(8). doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub3

Ramírez, H. & Rodríguez, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. *Revisión bibliográfica. Matronas Profesión*, 15(4)1-6.

Ramírez, P. & Muggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.004

Reveiz, L., Gaitán, H.G. & Cuervo, L. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.

Roa, I.M. (2018). La aplicación de compresas calientes durante el expulsivo en el parto como método de prevención del traumatismo perineal. *Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz*. Retriever from: <http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/la-aplicacion-de-compresas-calientes-durante-el-expulsivo-en-el-parto-como-metodo-de-prevencion-del-traumatismo-perineal/>.

Rodríguez-Trujillo, A., Cobo, T., Vives, I., Bosch, J., Kacerovsky, M., Posadas, D.E. & Palacio, M. (2016). Gestational age at delivery is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(8), 926-33.

Sánchez, M.I. (2014). Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enfermería docente*, 97, 2732.

Sánchez, MJ & De la Rosa, M. (2012). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas 2012. Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud.

Santos, P. & Al-Adib, M. (2013). *Estrategia de atención al parto normal en el servicio extremeño de salud*. Documento de adhesión a la EAPN del SNS y Protocolos de aplicación práctica. Servicio Extremeño de Salud.

Segado, M.I., Arias, J., Domínguez, F., Casas, M.L., López, A. & Izquierdo, C. (2011). *Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto?* Servicios de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor y de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Ourense.

Silva, L., Oliveira, S.M. & Barbosa, S.F.M. (2011). Uso da bola Suíça no trabalho de parto. *Acta paul. Enferm*, 24(5), 656-673.

Simpson, H. (1992). *Modelo de Peplau*. Barcelona: Elsevier.

- Simpson, K.R. (2013). Underwater birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(5): 588-94.
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G.M. (2014). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub.
- Smyth, R.M., Alldred, S.K. & Markham, C. (2013) Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CS006167.pub 2.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2003). Rotura prematura de membranas. Protocolos asistenciales en obstetricia. Madrid: SEGO.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2008). Protocolos: analgesia del parto 2008. Madrid. Retrieved from: <http://www.elpartoestuestro.es/recursos/sego-protocolo-analgnesia-parto-2008>.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2008). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid. Retrieved from: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf.
- Somuah, A. & Smyth, J. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3.
- Souza, A. & González, M.L. (2006). A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwifery Womens Health*, 51, 106-11.
- Suárez, M., Armero, D., Barranco, Canteras, M & Martínez, M.E. (2015). Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3):520-6. doi: 10.1590/0104-1169.0067.2583
- Su-Chen, K. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1):806-814.
- Tran, S.H., Cheng, Y.W., Kaimal, A.J & Caughey, A. B. (2008). Length of rupture of membranes at term and infectious maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 198(6). doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.031.
- Uceira, S., Loureiro, R., Barcia, M.I., Valderrábano, I., González, I., Silva, M & Rodríguez, M. (2015) Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barbanza. *Matronas Prof.* 2015; 16(1): 12-17.
- Ümran, D., Aslı, Er, K., Kafiye, E., Belkis, K. & Ali, Y. (2013). Sacral Region Massage as an Alternative to the Urinary Catheter Used to Prevent Urinary Retention after Cesarean Delivery. *Ikan Med J*; 30(1), 58–63. doi: 10.5152/balkanmedj.2012.083
- Urrutia, M.T., Abarca, C., Astudillo, R., Llevaneras, S & Quiroga, N. (2005). Alimentación durante el trabajo de parto ¿Es necesario el ayuno?. *Rev Chil Obstetric Ginecol*; 70(5), 296-302.
- Uwins, C. & Hutchon, D. (2014). *Delayed umbilical cord clamping after childbirth; potential benefits to baby's health*. Retrieved from: <https://www.dovepress.com/delayed-umbilical-cord-clamping-after-childbirthpotential-benefits-to-peer-reviewed-fulltext-article-PHMT>.
- Varendi, H., Porter, R.H. & Winberg, J. (1998). Does the newborn baby find the nipple by

smell?. *Lancet*,344(8928),989-90.

Vargas, K. &Vargas, C. (2014). Rotura prematura de membranas. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica* (613),719-723.

Vázquez, B. (2014). *El plan de parto. Una herramienta para la visibilización de las mujeres*. Trabajo fin de máster. Universidad Jaume I, Barcelona, España.

Vico, I. (2008). *Analgoanestesia en el parto*. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. Retriever from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.analgoanestesia_parto.pdf.

Villacorta, A. (2013). *Monografía sobre la atención de enfermería durante la fase activa del primer período del trabajo de parto normal en España*. Trabajo fin de grado. Universidad de Cantabria, España.

Villela, F., De Almeida, A.M., Spanó, A.M., Azevedo,F. & Sanchess, M. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Esc. Anna Nery*, 11(3), 466-471. Retriever from:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300011>.

Wei, S., Wo, B.L., Qi, H.P., Xu, H., Luo, Z.C., Roy, C. & Fraser, W.D. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,8, doi: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.

Whirtford, H.M., Entwistle, V.A., Van, E., Aitchison, P.E., Davidson, T., Humphrey, T & Tucker, J.S. (2014). Use of a birth plan within woman-held maternity records: A qualitative study with women and staff in Northeast Scotland. *Birth*, 41(3), 283-9. doi: 10.1111/birt.12109.

Woiciesze, A.M., Stock,O.M & Flenady,V. (2014). Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term: Base de datos de Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 10. Doi: 10.1002/14651858.CD001057.pub7.

Zupan, J., Garner, P. & Omari, A.A. (2014). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,3. doi: 10.1002/14651858.CD001057.pub2.

ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO I: PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.

Plan de parto y Nacimiento.

HOJA RESUMEN "PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO"

Madre:

Nombre bebé:

SS Madre/Padre

1. LLEGADA AL HOSPITAL

Acompañamiento: Participación activa de la pareja/acompañante:

- Durante mi parto, deseo estar acompañada por _____
- Durante mi parto, deseo estar acompañada solo por el equipo asistencial.
- Deseo decidirlo en el momento del parto.

Intimidad:

- Desearía usar mi ropa.
- Deseo usar ropa facilitada por el hospital.

Se adaptará el ambiente de la habitación, regulando la luz , escuchar su propia música , traer objetos personales

2. PERÍODO DE DILATACIÓN: ASISTENCIA, CUIDADOS Y ALIMENTACIÓN.

Líquidos durante la dilatación

Se aconseja beber líquidos claros (agua, zumos sin pulpa, té o bebidas isotónicas,...). Consultar previamente al profesional, para descartar contraindicación.

Movilidad y confort durante el parto

Es aconsejable no permanecer acostada todo el tiempo, moverse, cambiar de posición buscando aquella que resulte más cómoda. En algunos casos puede que la matrona le recomiende una posición concreta que facilite el descenso del bebé por el canal del parto.

- Preferencias _____

Tratamiento y manejo del dolor

Existen diferentes opciones para el manejo del dolor. Puede elegir uno o varios métodos según la evolución del parto, el alivio que desee y dentro de las opciones disponibles.

- Prefiero otros tipos de analgesia (inmersión en agua caliente, inyecciones de agua estéril en rombo de Michaelis, uso materiales de apoyo,...)
- No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica.
- En principio deseo analgesia epidural.

Desearía: _____

Otro material de apoyo para el parto

Se podrán usar elementos de apoyo como pelotas, espejos, almohadas,...

Desearía: _____

Otros cuidados

• *Monitorización fetal*

Durante el parto se debe controlar el latido del bebé. Se puede hacer:

- De forma intermitente.
- De forma continua. Opción necesaria en caso de que se administre analgesia epidural o oxitocina.

• *Canalización de vía venosa*

- Deseo que se me canalice una vía venosa.
- No deseo que se me canalice una vía salvo que sea necesario.

Sugerencias sobre otras intervenciones: _____

3. PERÍODO EXPULSIVO (NACIMIENTO DEL BEBÉ).

Posturas

Durante el expulsivo puede adoptar diversas posturas (acostada, de pie, sentada en la silla de partos, cuclillas,...) según sus necesidades o deseos. Si hay un motivo clínico para aconsejar alguna postura en esta fase, la matrona que la acompaña le informará de todo lo que necesite saber.

Preferencias para este momento _____

Pujo:

En un parto normal se debe empujar cuando la dilatación es completa y la mujer siente la necesidad de hacerlo. Si se produce una disminución de la sensibilidad y del deseo de empujar (analgésia epidural), los profesionales pueden orientar a la mujer sobre el momento más adecuado para empujar.

Preferencias durante el nacimiento _____

Contacto piel con piel

El contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto es una práctica beneficiosa y recomendable para el bebé y la madre.

- Deseo que pongan a mi hijo en contacto piel con piel conmigo.
- Deseo que el contacto lo haga mi pareja.

Corte del cordón (transcurridos 2 minutos tras el nacimiento o cuando deje de latir)

- Deseo cortar yo misma el cordón.
- Deseo que lo corte mi pareja/acompañante.
- Deseo que lo corte el profesional sanitario.

Donación de sangre de cordón: Si No

Opciones sobre el corte del cordón umbilical _____

Alimentación del bebé

- Quiero dar el pecho.
- He decidido dar leche de fórmula a mi bebé..
- Tomaré la decisión más adelante.
- Deseo recibir información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna de mi comunidad.

4. PUERPERIO HOSPITALARIO

Cuidado y atención al recién nacido durante el puerperio hospitalario

Se procederá a la administración a todos los/las recién nacidos/as de:

- **Pomada oftálmica** para prevenir infecciones oculares severas.
- **Vitamina k** para la prevención de hemorragias siendo la vía **intramuscular** la más recomendada.(Una dosis única)

Deseo que se administre la **vitamina K ORAL** a mi bebé tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo con la pauta que se prescriba. (Una vez a la semana durante 12 sem.)

Otras sugerencias: _____

Higiene del bebé en planta de maternidad:

- Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé
- Otras opciones: _____

OTRAS OPCIONES NO CONTEMPLADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO _____

Yo y mi pareja damos nuestro consentimiento a que se apliquen los cuidados recogidos en este Plan de Parto y Nacimiento. Así mismo manifiesto que la matrona nos dio información sobre las opciones a elegir, pudimos hacer las preguntas oportunas y nos aclaró las dudas .

FIRMAS:

MADRE

PADRE

MATRONA

Vilagarcía de Arousa a

**ANEXO II: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACCESO Y PUBLICACIÓN DE
DATOS DE SALUD COMO CASO CLÍNICO/SERIES DE CASOS**

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA ACCESO Y PUBLICACIÓN DE DATOS DE SALUD COMO CASO CLÍNICO/SERIES DE CASOS

HOJA DE INFORMACION AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Parto respetado: aportación del plan de parto y nacimiento para la mujer/pareja.

PROFESIONAL EN FORMACIÓN: Eva Taboada González

CENTRO: Hospital Do Salnés.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre su plan de parto y nacimiento y sobre su aplicación durante el trabajo de parto, como parte de la asistencia al parto prestada en este centro.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es dar a conocer el plan de parto y nacimiento, su aplicación y las aportaciones que tiene para las mujeres/acompañante, así como, la satisfacción en el trabajo de parto respetado. Esta intervención forma parte del relato final del máster de la especialidad en enfermería de salud materna y obstetricia.

¿Qué me están solicitando?

Ud. fue o está siendo atendido en este centro para la asistencia al parto respetado según lo indicado en su plan de parto y nacimiento, siempre y cuando, su situación clínica y la de su recién nacido así lo permitan.

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.

La publicación se incluye como parte de la formación de la especialidad de enfermería en salud materna y obstetricia.

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, en publicaciones de formación dirigidas a estudiantes o profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente. Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni DNI, ni número de historia clínica, ni número de Seguridad Social ni código de identificación personal contenido en su tarjeta sanitaria. Aun así, **no podemos garantizar el anonimato absoluto**: podría ocurrir que alguien que le conoce le identifique en la publicación.

El profesional autor de la publicación no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con el servicio de partos del Hospital Do Salnés preguntando por Eva Taboada González. Teléfono:986568058. Correo-electrónico: Evatg20@hotmail.com.

Muchas gracias por su colaboración.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dª.....Leí la información contenida en este documento, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen. Se incluye plan de parto y nacimiento, datos ginecológicos y sobre el parto de mi historia clínica.

Fdo.: El/ la paciente
Nombre y apellidos:
Fecha:

Fdo.: El/la profesional que solicita el consentimiento
Nombre y apellidos:
Fecha:

APÉNDICE I: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA de SATISFACCIÓN

Parto respetado: Aportación del plan de parto y nacimiento a la mujer/pareja.

Objetivos:

Comprender el motivo para la realización del plan de parto y la vivencia sobre su experiencia en la elaboración y en el trabajo de parto en base a este documento.

Identificar los factores favorecedores y los que se deben modificar en este tipo de asistencia.

Identificar el grado de satisfacción de la mujer/pareja sobre su experiencia con el plan de parto través de una escala numérica.

Comprender la aportación del plan de parto y nacimiento para la mujer/pareja y si este cumple sus expectativas.

MADRE:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS ACADÉMICOS:

PROFESIÓN:

SITUACIÓN LABORAL:

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

PAREJA:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS ACADÉMICOS:

PROFESIÓN:

SITUACIÓN LABORAL:

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

Hábleme de su experiencia en realización con el Plano de parto y nacimiento. Para ayudar en su relato se agrupan las siguientes cuestiones.

1 ¿Por qué ha decidido realizar un plan de partos?

2 ¿Han podido cumplimentar su Plan de parto correctamente informada/os según sus deseos y expectativas? ¿Quién les ha informado? ¿Quién ayudo a la toma de decisiones para su elaboración?

3 Relate brevemente su experiencia y como se sintió/erón durante el trabajo de parto:

4 ¿Considera que su plan de partos ha sido respetado?

5 ¿Qué aportación considera que ha tenido para ustedes la realización de un plan de parto y nacimiento?

6 ¿Qué aspectos resaltaría de este tipo de atención? ¿Cuáles considera que deberían ser modificados?

7 ¿Qué nota le daría a su satisfacción en general en una escala del 1 al 10?

8 ¿Considera que sus expectativas han sido cumplidas?

9 ¿Volvería a repetir la experiencia?