

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“EMPODERAMIENTO FEMENINO EN LA GESTACIÓN
Y PARTO A TRAVÉS DE LAS INTERVENCIONES
ENFERMERAS”

Autor: Esther María Guzmán Sánchez

Directora: Dña. M^a Dolores Pereñíguez Olmo

Murcia, a 10 de Mayo de 2021

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Empoderamiento femenino en la gestación y parto a
través de las intervenciones enfermeras”

Autor: Esther María Guzmán Sánchez

Directora: Dña. M^a Dolores Pereñíguez Olmo

Murcia, a 10 de Mayo de 2021

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2020/2021	
Apellidos: Guzmán Sánchez		Nombre: Esther María	
DNI: 23040003Y	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: “Empoderamiento femenino en la gestación y parto a través de las intervenciones enfermeras”			

El Prof/a. Dña. M^a Dolores Pereñíguez Olmo como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 10 de Mayo de 2021

Fdo.: M^a Dolores Pereñíguez Olmo

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo. Por todo.

A mi marido, por estos cuatro años de lucha a mi lado.

A mis padres, que “El amor sólo da de sí y nada recibe sino de sí mismo” (Khalil Gibran).

A Lola, mi tutora. Gracias por acompañarme estos cuatro años y en el empujón final de la redacción de este trabajo. Gracias por poner luz en momentos oscuros, académicos y personales. Por descubrirme lo bonita que es la investigación dando voz a las personas. Por compartir tus maternidades y apoyarme en la mía.

A Aarón, ¡Oh, capitán, mi capitán!, ya soy parte de tu ejército, ahora sí. Gracias por enseñarme que podemos caer al vacío pero que tenemos un paracaídas de amor y compasión para abrir y así la caída es más liviana. No dejes nunca de hacer lo que haces.

A Julia Gil, Yolanda Fuertes y Pilar del Arco, matronas de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca, por enseñarme esa cara de la matronería y reforzar mi ilusión de cuidar a las mujeres como se merecen.

A todas las mujeres, porque tenemos una capacidad de resiliencia que traspasa la historia, y que a pesar de todo, seguimos siendo capaces de crear, gestar y parir hijos e hijas sanos y felices, porque el amor es capaz de moverlo todo.

A las niñas que mañana serán madres, para que luchéis por lo que es vuestro.

“Para cambiar el mundo, hay que cambiar la forma de nacer”

(Michel Odent)

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN	22
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo General	27
2.2. Objetivos Específicos	27
3. MARCO TEÓRICO	28
3.1 Embarazo y parto como proceso natural de la mujer	29
3.1.1. Origen de la atención al parto	29
3.1.2. Medicalización del proceso	30
3.1.3. Humanización del parto	32
3.1.4. La Atención al parto normal	34
3.2 Toma de decisiones informadas	35
3.2.1. Decisión informada	35
3.2.2. El Plan de Parto	36
3.3 Vulnerabilidad en el embarazo y parto	38
3.3.1. Especial protección de la mujer	38
3.3.2. Violencia obstétrica	39
3.3.3. Identificación de la violencia	40
3.4 Empoderamiento en el embarazo y parto	42
3.4.1. Empoderamiento femenino	42
3.4.2. Empoderamiento y Enfermería	43
4. METODOLOGÍA	46
4.1 Diseño.	47
4.2. Sujeto del estudio.	47
4.3. Ámbito y Período del estudio.	47
4.4 Procedimiento de Recogida de información	48
4.4.1. Fuente de información.	48

4.4.2. Procedimiento de información.	49
4.4.3. Procesamiento de los datos.	50
5. RESULTADOS.	51
5.1 Descripción del caso.	53
5.1.1 Datos de la paciente y motivo de ingreso:	53
5.1.2 Exploración física	53
5.1.3 Antecedentes	53
5.1.4 Tratamiento	54
5.1.5 Enfermedad actual	54
5.1.6 Pruebas complementarias	54
5.1.7 Exploración física (ginecológica)	55
5.1.8 Exploración complementaria	55
5.1.9 Tratamiento administrado	55
5.1.10 Tratamiento aconsejado y recomendaciones	55
5.2 Valoración de Enfermería	56
5.3 Diagnóstico de Enfermería	60
5.3.1 Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal	65
5.3.2 Justificación del DxE Principal.	66
5.4 Problemas de Colaboración / Riesgo de Complicación	68
5.4.1 Priorización de los Riesgos de Complicación	70
5.4.2 Justificación de los Riesgos de Complicación.	71
5.5 Planificación	72
5.5.1 Planificación del DxEp.	72
5.5.1.1 Resultado (NOC)	72
5.5.1.2 Intervenciones (NIC)	74
5.5.2 Planificación del RCp	76
5.5.2.1 Resultado (NOC)	76
5.5.2.2 Intervenciones (NIC)	77
5.6. Ejecución	79

5.6.1 Cronograma de Intervenciones/Actividades	79
5.6.2 Redacción de las intervenciones/actividades	80
5.7. EVALUACIÓN	82
5.7.1 Evaluación del Resultado del DxEp	82
5.7.2 Evaluación del resultado del RCp	85
6. DISCUSIÓN	87
6.1. Limitaciones	91
7. CONCLUSIONES	91
8. BIBLIOGRAFÍA	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Triángulo de la Violencia	41
Figura 2: Red de razonamiento de basada en el modelo AREA	65
Figura 3: Red de razonamiento basada en el modelo AREA	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Fases del proceso de defensa.	43
Tabla 2: Selección de documentos tras lectura crítica.	50
Tabla 3. Puntuación NOC del DxEp según escala Likert	72
Tabla 4. Puntuación indicadores del NOC del DxEp según escala Likert	73
Tabla 5. Puntuación NOC del RCp según escala Likert	76
Tabla 6. Puntuación de los indicadores del NOC del DxEp según escala Likert	77
Tabla 7. Cronograma de intervenciones	80
Tabla 8. Evaluación del NOC del DxEp según escala Likert	82
Tabla 9. Evaluación de los indicadores del NOC del DxEp según escala Likert	83
Tabla 10. Evaluación del NOC del RCp según escala Likert	85
Tabla 11. Evaluación de los indicadores del NOC del RCp según escala Likert	85

RESUMEN

Introducción y objetivos: La medicalización del embarazo y parto ha llevado a las mujeres a desconectar de este proceso natural desconfiando de sus cuerpos y sus capacidades. Las enfermeras podemos lograr, mediante el empoderamiento de las pacientes, alejarnos del modelo clásico paternalista y fomentar la toma de decisiones informadas para tomar las riendas de su propio y único proceso. El objetivo principal es desarrollar intervenciones enfermeras para fomentar el empoderamiento de las mujeres en el embarazo y parto.

Metodología: Se ha realizado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso. Para la realización de este estudio se toma como base la valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, así como los diagnósticos de enfermería NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC. El estudio se lleva a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Vega (Murcia) en los meses de octubre de 2020. **Resultados:** Tras escoger el caso y realizar una valoración de la paciente se obtiene como Diagnóstico Principal (00126) Conocimientos deficientes R/C información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje M/P conducta inapropiada, conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones. **Discusión:** Creemos que la principal contribución del trabajo está relacionada con la necesidad de conocer intervenciones enfermeras para fomentar el empoderamiento de las mujeres durante el embarazo y parto. **Conclusiones:** En síntesis, las mujeres embarazadas necesitan empoderarse para tomar decisiones informadas.

Descriptores: embarazo, parto, empoderamiento, enfermería, humanización, decisiones informadas, plan de parto.

ABSTRACT

Introduction and objectives: Medicalization of pregnancy and birth as taken women to complete desconect from the natural process of birth, mistrusting their bodies and capacities. Nurses can make them archieve a new empowerment, taking sides from the paternalistic classic model and encourage them to make infomed decisions to lead the own and unique process of birth. The main objective is to develop nursing interventions to promote women empowerment in pregnancy and birth. **Methodology:** A qualitative research, case study has been made. To develop this project is taken as a base the eleven funtional patters of Marjory Gordon, and NANDA nursing diagnosis, NOC results and NIC interventions. The study was carried out in the emergency services of Hospital Virgen de la Vega (Murcia) between october 2020 and may 2021. **Results:** After choosing the case and carry out the evaluation of the patient, it was choosen as a Principal Nursing Diagnosis (00126) Deficient Knowledge R/T insufficient information, insufficient interest in learning M/B inappropriate behaviour, insufficient knowledge, does not follow instructions. **Discussion:** The principal contributions of this Project is related with the need of knowing nursing interventions to promote women empowerment during pregnancy and birth. **Conclusions:** In summary, pregnant women need to empower to make informed decisions.

Descriptors: pregnancy, birth, empowerment, nursery, humanization, informed decisions, birth plan.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo y parto ha sido a lo largo de la historia considerado algo exclusivamente femenino y, en gran parte también misterioso, pues eran las comadronas las que se dedicaban exclusivamente a atender a las mujeres en este proceso. Las parturientas tenían toda la autoridad sobre su estado, sobre su proceso y sobre el momento del nacimiento, pues no existía un control médico que tomara decisiones por ellas y las matronas eran meras espectadoras de lo que acontecía, actuando en caso de extrema necesidad (Margarita, 2017).

Conforme se ha avanzado en la medicina moderna, se ha retrocedido en este aspecto, ya que se ha producido una sobremedicalización del embarazo y parto, unido a la instrumentalización de estos. Totalmente en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que desde hace más de dos décadas aconseja encarecidamente la baja intervención de los partos, puesto que la medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz.

El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y solo debe intervenir cuando haya complicaciones (OMS, 2018).

Sin duda, durante el embarazo y parto la mujer necesita de atenciones y cuidados pues aun siendo un proceso fisiológico y natural, también es un momento de vulnerabilidad y fragilidad, lo que no implica que deba considerarse el cuerpo de la mujer como un objeto de práctica médica, en el que de forma casi rutinaria se induzcan de manera farmacológica las contracciones, se rompan de forma artificial las membranas amnióticas o se utilicen fórceps u otros instrumentos para acelerar el expulsivo (Tricas, 2012).

En 2007, en España, el Observatorio de la Salud de la Mujer editó el “Documento de estrategia a la atención al parto normal” en el que se pone a la mujer en el centro y se pretende hacer partícipe a las mujeres en la toma de decisiones, responsabilizándola de sus elecciones en cuanto a la asistencia al parto se refiere. Se pretende así humanizar la asistencia, en la que los

profesionales sanitarios también deberán favorecer el clima de confianza, seguridad e intimidad (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2010)

Es por todo esto, que la mujer debe tomar las riendas desde el principio de su embarazo, incluso desde antes de la concepción, puesto que finalmente tendrá que tomar decisiones, decisiones informadas y que respeten sus propios deseos, pero para ello, deberá conocer cuáles son las opciones que existen y cómo pueden abordarse desde el sistema sanitario. Esta será la forma de recuperar el poder perdido en la medicalización y donde, además, el personal sanitario que acompaña a las mujeres en este proceso juega un papel fundamental para que todo ello tome forma. Ese poder arrebatado a las mujeres de tantas formas tiene que ser devuelto con la ayuda de los profesionales, no solo caminando junto a ellas para hacerlo posible, sino también facilitando las herramientas necesarias para que vuelvan a creer en ellas como dadoras de vida: empoderarlas.

El empoderamiento de las pacientes requiere alejarnos drásticamente del modelo clásico paternalista y mediante un consenso, según la evolución del embarazo y el parto, tomar decisiones informadas con la flexibilidad suficiente para que no se caiga en la insatisfacción y frustración de lo que ocurre en su propio y único proceso.

La violencia obstétrica que aparece, en ocasiones, con independencia de la mala praxis sanitaria, por la desinformación y desatención de las propias mujeres a su embarazo y parto, llegando incluso a normalizar situaciones que no se darían en otras consultas sanitarias, ha sido un factor determinante para la realización de este Trabajo de Fin de Grado. En la estancia clínica realizada en el Servicio de Urgencias de un Hospital de la Región de Murcia, donde acudían tanto gestantes como pacientes con patologías diversas, se evidenciaba un trato distinto. Además, se observó cómo las gestantes, en ocasiones, utilizan los servicios de urgencias como medios de información y atención primaria, finalidad que no corresponde a estos servicios. Esa desinformación puede llevar a algunas mujeres al descontrol y ansiedad cuando sería más aconsejable conocer la gestación como un proceso que es natural y propio de la mujer. Las actuaciones de Enfermería deberían estar encaminadas a proteger estas

situaciones desde el inicio del embarazo, durante el parto e incluso en el puerperio, pues no solo es una situación vulnerable sino también es una situación excepcional de cuidados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Desarrollar intervenciones enfermeras para fomentar el empoderamiento de las mujeres en el embarazo y parto.

2.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las necesidades de las gestantes desde un punto de vista psicosocial.
- Relacionar la toma de decisiones independientes en el embarazo y parto con el conocimiento del proceso natural.
- Investigar la ansiedad materna debida a la desinformación en el embarazo y parto.
- Valorar los aspectos de vulnerabilidad en la participación y toma de decisiones.
- Analizar la actuación de enfermería y la satisfacción materna en el embarazo y parto.
- Elaborar un Plan de Cuidados según la taxonomía NANDA, NOC, NIC y las complicaciones potenciales de Lynda Carpenito para una paciente gestante que presenta dificultades para adoptar sus propias decisiones en cuanto el embarazo y parto debido a la desconexión y desconocimiento del proceso.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Embarazo y parto como proceso natural de la mujer

3.1.1. Origen de la atención al parto

La mujer encargada de acompañar a otra mujer en el proceso de parto ha existido con diferentes nombres en la historia. El término con el que se comenzó a llamar en Roma fue *obstetrix*, palabra que deriva de *obstare* que se traduce como “estar al lado” o “delante de”, dándose finalmente el significado de “mujer que está al lado de la parturienta y le ayuda” (Paz & Vallina, 2015).

Durante siglos, la sabiduría de las mujeres, su propia experiencia y el hecho de ir aprendiendo de otros partos que veían fue más que suficiente para la atención al parto. En el momento del nacimiento siempre fueron necesarios los cuidados y atenciones, a pesar de ser un proceso totalmente fisiológico en la vida de la mujer gestante, pues también se acompaña de vulnerabilidad y fragilidad (Biurrun & Goberna, 2013).

Estos cuidados eran y deberían seguir siendo exclusivos de las matronas, tal y como han sido a lo largo de la historia. Desde la Biblia, en papiros egipcios, en Grecia y Roma y en cualquier otro momento histórico, se puede ver el importante papel que el acompañamiento femenino ha desarrollado en la vida reproductiva de la mujer (Manrique et al., 2014).

Sin embargo, la hegemonía en la asistencia al parto y el prestigio inherente al papel social que desempeñaban las matronas comienza un declive en el siglo XVI, llegando a su momento más crítico cuando en el siglo XVII algunos cirujanos comienzan a interesarse por los partos. El nacimiento, que es un hecho totalmente fisiológico, es arrebatado de las mujeres para pasar a formar parte de la ciencia, de lo desconocido, de lo patológico, en el que se va a comenzar a pensar que la medicina también debe formar parte. Se introduce la medicalización en el proceso de atención al parto (Alemany, 2014).

3.1.2. Medicalización del proceso

La invasión de la medicina en todos los campos de la vida, como forma de control y de sumisión, es lo que se ha conocido como medicalización (Foucault, 1977). La medicalización ha hecho que el poder de la medicina nos lleve a pensar que hay problemas médicos que realmente no lo son, pues simplemente forman parte del ser de las personas, de su vida cotidiana. Sin embargo, se generó, y se sigue haciendo en muchos ámbitos, una dependencia a la medicina que impide a las personas pensar que pueden cuidarse por sí mismas, lo que lleva consigo además una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar. Medicalizar consiste en convertir un conflicto personal o social en un problema médico que necesita ser abordado por profesionales de la salud (Pérez, Bobo & Arias, 2013).

Así, también llega la medicalización al proceso de embarazo y parto, produciéndose ese salto del respeto a la fisiología y humanización del proceso que existía en la atención con comadronas a la instrumentalización mediante fórceps u otros artefactos por lo médicos. La medicina considera que se debe controlar y dirigir también este proceso fisiológico de la mujer, quitándoles todo el poder ya que ellas atendían los partos, de forma profesional o aficionadas, estableciendo una jerarquía precisa, en la que los hombres, normalmente con estudios quirúrgicos o médicos, ocupaban un escalón superior y las mujeres quedaban por debajo (Ruiz-Berdún & Alcaide, 2018).

El galeno Duval, en 1601 llega a describir esa importancia de que fueran los médicos, hombres, los que manejaran el embarazo y el parto, en pro de la salud de las mujeres y los niños, futuro bien y materia del Estado. Lo hace de la siguiente forma:

“Las mujeres son preciosas porque reproducen; los niños son preciosos porque representan una población, y ningún “vergonzoso silencio” debe impedir conocer lo que permitirá justamente salvar esas existencias” (Duval apud Foucault, 2007 [1975]:76-77).

Haciendo referencia el “vergonzoso silencio” a que el parto era exclusivamente femenino, y donde hasta ese momento no se había inmiscuido la medicina androcéntrica (Sala, 2020).

La medicalización aparece acompañada del modelo biomédico o modelo médico hegemónico, que se instaura en Europa alrededor del s. XVIII, en plena Revolución Industrial, momento en el que los Estados comienzan a controlar, dirigir y vigilar absolutamente todo, hasta los procesos biológicos, entre los que se van a encontrar los nacimientos (Foucault, 1976).

Entre las características principales del modelo médico hegemónico encontramos (Campiglia, 2017; Menéndez, 1988):

- El paciente y la enfermedad son entes meramente biológicos, dejando de lado la mirada holística.
- Comercialización de la salud y la enfermedad.
- La práctica médica se basa principalmente en la curación del síntoma, sin tener en cuenta el origen.
- Relación asimétrica entre paciente y médico, en la que este tiene el conocimiento supremo y el paciente solamente puede optar a un rol pasivo.
- El paciente es un consumidor pasivo, ignorante y sin conocimientos para abordar su problema.
- Profesión formalizada.
- Escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural.

Estas características del modelo médico dan lugar a un período de biopoder, donde la más alta función del Estado era “invadir la vida enteramente” (Foucault, 1999). Este modelo tiende a homogeneizar las necesidades de todas las personas, sin tener en cuenta la subjetividad individual. Hay una actitud pragmática con el enfermo y una relación entre el médico y el paciente de absoluta subordinación, dirigiéndose en exclusiva a la curación mediante la tecnología (Arnau, 2012).

En el s. XX, teniendo en cuenta lo anterior, también se producen cambios sociales y políticos que dan paso a trasladar la atención del parto en casa al hospital (Alemany, 2014). Lo que implica que no solo nos encontramos con la medicalización sino también con la institucionalización del nacimiento. Comienza aquí a entenderse el parto como un proceso altamente tecnológico, que se distancia encarecidamente de los conocimientos y estrategias de afrontamiento de las mujeres (Hernández y De Maya, 2019).

La medicalización e institucionalización van a considerar a las mujeres parturientas como objetos patológicos de por sí, que son incapaces de tomar decisiones, incluso de sentir, pues las mujeres van a vivir sus embarazos y partos a través de las personas que las atienden (Hernández & Echevarría, 2014).

La justificación de la medicalización, instrumentalización e institucionalización del nacimiento viene dada por el hecho de un intento de reducir la morbimortalidad de la madre y del neonato (Driéguez et al., 2018), pero ha llevado a un exceso de intervencionismo, o lo que Foucault denominó “iatrogenia positiva”, que ha puesto en jaque no solo los cuidados que deben prestarse sino también que la intervención de forma sistemática en casos de bajo riesgo haya incrementado los riesgos de complicación de un hecho que normalmente simplemente acontece, y no necesita de la medicina para ocurrir de forma natural (Hernández & Echevarría, 2014).

3.1.3. Humanización del parto

Dentro del modelo tecnocrático y paternalista, comienza en la década de los 80 del siglo XX, un movimiento que reivindica unos cuidados de calidad, liderado por las parturientas y por los profesionales que las acompañan, llegando incluso la OMS en 1985 a “revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando por ello su autonomía” (Biurrun & Goberna, 2013).

La intervención en el parto no solo afectaba a las madres gestantes sino también al papel de la matrona que quedaba totalmente relegada a ser una controladora de la tecnología que se había puesto a su alcance, dejando de centrarse en las habilidades de la mujer para parir. Este abuso de la tecnología reforzaba una visión de la maternidad como algo enfermizo, justificando la medicalización e intervención que se había instaurado, convirtiendo a las madres y sus bebés ya antes de nacer en seres humanos problemáticos (Hernández & Echevarría, 2014).

Así que no solo las mujeres pedían un cambio en la asistencia obstétrica, sino que también las matronas demandaban la necesidad de dejar de medicalizar y devolver el parto a la mujer (Carmona, 2007).

El concepto de humanización no llegó hasta mucho después, en la Declaración de Céara (Brasil) en el año 2000, en el que se pone de manifiesto que: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (Sánchez et al, 2012).

A partir de ese momento, la OMS y otros organismos defenderán la humanización del parto como un derecho de las madres y a que estas tengan un papel central en todos los aspectos de su atención, lo que también incluye una participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de su asistencia (Hernández & Echevarría, 2016).

Es más, Biurrun y Goberna (2013) afirman que para humanizar el parto es necesario “empoderar” a la mujer, siendo el centro del proceso y participando activamente en la toma de decisiones en todos los aspectos de su cuidado, utilizando la tecnología necesaria pero basada en la evidencia.

3.1.4. La atención al parto normal

La Organización Mundial de la Salud (1996) y el Ministerio de Sanidad y Consumo (2010) definen el Parto Normal como aquel que cursa con “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España ([FAME], 2007) contempla el Parto Normal como “el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ([SEGO], 2007) califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica”.

Las definiciones de parto normal no deberían ser separadas del concepto de humanización y atención al parto humanizado, pues la humanización no es solo la práctica o no de intervenciones, sino hacer a la mujer protagonista y no meramente observadora del proceso, dándole libertad de decisión en todo momento. Se debe incluir el respeto por el proceso psicológico que supone el parto, así como los tiempos necesarios de cada nacimiento, en el que las intervenciones justificadas pueden ser realizadas, sin excesos, y usar la tecnología y recursos disponibles (Da Silva et al., 2020).

3.2 Toma de decisiones informadas

3.2.1. Decisión informada

El modelo de atención en el parto al que nos hemos ido acercando con el paso de los años es el de “humanización del nacimiento”, que propone que los profesionales sanitarios respeten los aspectos psicológicos, intervengan ética y juiciosamente, y reconozcan los aspectos culturales y sociales de las mujeres, en su autonomía y sus creencias. La protagonista principal es la mujer, en consecuencia, sus decisiones deben respetarse. (Rodríguez et al., 2020).

Por lo tanto, la intervención ética del profesional sanitario debe no solo contemplar sino respetar el principio de autonomía, que es uno de los principios bioéticos fundamentales en la práctica enfermera. Este principio se hace presente a través del consentimiento sin restricciones o presiones indebidas, esto es el consentimiento libre, y además informado, mediante información veraz, objetiva y apropiada a la intervención propuesta. La autonomía, no acaba con la información y el consentimiento en un momento dado, pues también tiene derecho la mujer a decidir hasta dónde quiere ser informada, así como a revocar un consentimiento dado anteriormente. La inclusión de este principio ético en la práctica profesional es el origen del respeto en la toma de decisiones (Garrido, Íñiguez & Tegedor, 2018).

Las decisiones informadas son el opuesto al modelo paternalista y hegemónico, pues el profesional sanitario debe “exponer al paciente las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles y sus posibles cursos de acción con los resultados esperables, información a la que el paciente incorpora sus expectativas, valores y decide la alternativa que mejor se le adapta” (Mendoza, Jofré, & Valenzuela, 2006).

Esto conlleva un cambio de visión por parte de los profesionales sanitarios que atienden los partos y nacimientos, no solamente para humanizar los mismos, sino también, para abandonar totalmente el modelo médico, se debe estar en posesión de toda la información basada en la evidencia científica, y ser capaz de

trasladarla a las pacientes en el momento necesario, mediante la escucha activa, la empatía y el respeto (Biurrun & Goberna, 2013).

3.2.2. *El Plan de Parto*

Sheila Kitzinger desarrolló por primera vez en 1983 el concepto de Plan de Parto con el fin de superponer los valores, creencias y deseos de la mujer gestante por encima de la medicalización que venía ocurriendo en el parto. Este documento escrito sirve para poner valor a las preferencias y necesidades de la mujer (Busquets, 2020).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) establece en su documento Plan de Parto y Nacimiento que “es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento”. Con el fin de facilitar la comunicación entre el profesional sanitario que la va a atender y la mujer con su pareja y acompañante, ya que se tiene en consideración que el momento en el que se encuentran es, tanto física como emocionalmente vulnerable, y la mujer se encuentra centrada en esto y no en la necesidad de tener que prestar atención a otras situaciones, salvo que expresamente se considere fundamental.

Este documento constituye la principal representación del Principio bioético de Autonomía en el momento del parto. Es un documento de carácter legal, en el que se van a expresar deseos y valores personales tras haber recibido la información sobre el embarazo y el proceso de parto, por lo que crea, el que debería ser, eje principal en la relación clínica entre la gestante y los profesionales sanitarios para orientar la asistencia que la mujer desea (Suárez-Cortés, et al., 2015).

Se recomienda que el Plan de Parto sea redactado por la embarazada después de haber sido informada del proceso fisiológico del parto y nacimiento, así como entre otra información: la posibilidad de tomar decisiones, la información sobre parto normal y bajo riesgo, los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, así como los riesgos de intervenciones innecesarias. Además de

las preferencias y expectativas relacionadas con el manejo obstétrico, también se puede incluir la persona de apoyo para la mujer, preferencias en cuanto a la ingesta de agua o comida, posiciones a adoptar en el momento del parto, decisiones en cuanto al recién nacido, así como intervenciones médicas en caso de posibles complicaciones o apuntes culturales que sea preciso conocer (Medeiros et al., 2019).

Este documento sirve además a las mujeres como técnica de gran valor para la preparación al parto, sobre todo como un proceso de reflexión durante el embarazo para la toma de decisiones basadas en sus valores, creencias y expectativas, que afectaran, se entiende, de forma positiva a desarrollar su rol maternal (Suárez et al., 2015).

El Plan de Parto no va a sustituir en ningún momento a la información que deben proporcionar los profesionales sanitarios durante el embarazo, el parto y el nacimiento, pues si surgen circunstancias en las que la actuación es pertinente que sea distinta a la que aparece reflejada en el documento, el equipo aconsejará la más oportuna y se realizará tras el consentimiento de la mujer (García, 2016).

Sin embargo, los Planes de Parto, pueden tener un efecto contrario al de la facilitación de la comunicación y confianza entre la mujer y los profesionales sanitarios, pues llegan a irritar al personal sanitario generando actitudes negativas por parte de estos. Principalmente debido a la sensación de pérdida de autonomía profesional, ya que las mujeres pueden cuestionar el juicio médico (Molina & Muñoz, 2010).

A lo que añadimos que este documento es de obligado cumplimiento legalmente, “lo que requiere una gran personalización y flexibilización de la asistencia sanitaria, de difícil implantación en un contexto donde la atención y el consentimiento están estandarizados, protocolizados y burocratizados” (Busquets, 2020).

Para que todo esto no ocurra, y el Plan de Parto no se convierta en el enemigo de la mujer durante uno de los procesos más importantes de su vida, es necesaria la comunicación con los profesionales, la comunicación entre la atención primaria y la atención hospitalizada, ya que será en la atención primaria

donde van a recibir la información sobre el día del parto, así como una formación adaptada al momento actual para proporcionar unos cuidados de calidad y basados en la última evidencia científica (Molina & Muñoz, 2010).

“Los planes de parto dan cabida a una autonomía en la que están presentes la razón y la objetividad, pero también la corporalidad, la fragilidad, la interdependencia o la vulnerabilidad” (Busquets, 2020).

3.3 Vulnerabilidad en el embarazo y parto

3.3.1. Especial protección de la mujer

El embarazo y el parto necesitan de especial protección jurídica, así lo recoge la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer de 1979 y su Recomendación General nº 24 referente a “Mujer y Salud”, pues se considera discriminación el no respetar los derechos de la mujer en cuanto a autonomía y consentimiento informado (Busquets Gallego, 2017)

Sin embargo, el cuerpo de la mujer sigue quedando relegado a ser el contenedor de un bien mayor, el feto, pues es, para la obstetricia moderna, el principal foco de interés en cuanto al cuerpo reproductivo de la mujer (Goberna, 2016).

Creando esta situación cierto conflicto, en tanto en cuanto, las gestantes reciben durante el embarazo y el parto intervenciones directamente sobre su cuerpo, que en muchas ocasiones entrañan riesgos para ellas mismas, no siendo ellas las beneficiarias sino el bebé que engendran (Busquets, 2017).

Esta es en la mayoría de las ocasiones nuestra principal reflexión en cuanto a la protección necesaria de la mujer en el momento del embarazo y el parto, pero también es imprescindible atender a otras disparidades como son las sociales, raciales, incluso económicas que afectan a la posibilidad de ser más vulnerables en los derechos de autonomía y consentimiento informado (Busquets, 2019).

Pues, aunque el derecho de autonomía es importante, el necesario respeto a la vulnerabilidad no puede ser olvidado, no pudiendo dissociar uno de otro en el momento del parto (Goberna, 2012).

3.3.2. *Violencia obstétrica*

A raíz de todo lo anterior, surge en el año 2014 un documento de la Organización Mundial de la Salud bajo el título “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, erigiéndose por primera vez el término de violencia obstétrica.

El documento afirma que:

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (OMS, 2014).

No existe una definición específica y clara de la violencia obstétrica, precisamente por la amplitud, variedad y dimensión de sus manifestaciones. Lo que sí que queda claro, es que es una violencia que se produce en el ámbito del embarazo y parto hacia las mujeres a causa de su capacidad reproductiva (Busquets Gallego, 2019). Pudiendo incluirse otros muchos aspectos de la salud sexual y reproductiva, ampliándose incluso a la atención a la pérdida y duelo gestacional y perinatal (Al Adib, Ibañez, Casado & Santos, 2017).

Encontramos en el Observatorio de la Violencia Obstétrica en España en su informe anual del año 2016, en una encuesta realizada a 1921 mujeres, datos que ratifican esta violencia como es que el 50,7% no fueron informadas de las intervenciones que se les iban a realizar en su proceso de parto, el 76,6% tampoco fueron informadas de otras alternativas y el 50,1% ni siquiera dieron el consentimiento. Además, el 65,8% manifiesta que su plan de parto no fue respetado, ni en un 74,7% se respetó su elección de postura durante el expulsivo (Busquets, 2019).

El verdadero problema es que esta forma de violencia no es percibida de esta manera por los profesionales sanitarios que acompañan el embarazo, parto y nacimiento, sino que consideran que son prácticas necesarias para asegurar la seguridad de la mujer y el bebé. Así, los profesionales ejercen su autonomía profesional como si tuvieran absoluta libertad sin considerar el conocimiento y derecho de las mujeres. La falta y ausencia de entendimiento de las necesidades de la mujer, sumado al predominio de los intereses individuales de los profesionales en cuanto al cuidado, es lo que lleva a diario a la violencia obstétrica en la mujer (Ribeiro et al., 2020).

3.3.3. Identificación de la violencia

La violencia forma parte de una estructura social, pues la visión que existe del parto es desde la patología y no desde la fisiología, por lo que son las propias mujeres, replegándose a este paradigma, las que sienten mayor seguridad delegando sus decisiones, perdiendo el control de sus partos, aceptando el intervencionismo como deseable, resignándose a la tecnología y, al final, asumiendo un papel pasivo hacia sus cuerpos (García, 2018).

Así es como también definió el sociólogo Galtung (2003) en su “Triángulo de la Violencia”, la violencia visible y la invisible. Siendo la punta del iceberg, lo que vemos, la violencia directa, la que se realiza sobre las personas de forma física o verbal, la que es más fácil de combatir. Pero esta se asienta sobre otras dos violencias invisibles, la cultural y la estructural. La cultural es más bien simbólica, encontrándose en manifestaciones culturales dentro de la sociedad que crean un marco del que es imposible salir, “porque siempre se ha hecho así”. La estructural, es la que podríamos denominar más peligrosa, porque permite las desigualdades e injusticias, simplemente por que sí.



Figura 1. Triángulo de la Violencia.

Fuente: Creación propia basada en el Triángulo de la Violencia de Galtung (2013)

Por lo que, los profesionales que atienden partos pueden llegar a ejercer estos 3 tipos de violencia, por el simple hecho de no cuestionar sus propias prácticas, solamente considerándolas dentro de su saber científico-técnico, pero dejando de lado los aspectos más espirituales que comprenden el parto (Margarita, 2017).

Las razones para ejercerla, además, variadas, entre las que encontramos la falta de formación y habilidades técnicas para afrontar la sexualidad y parte emocional del parto, así como el propio trauma de la iatrogenia en el parto, siendo la única estrategia una actuación defensiva ante un suceso considerado peligroso (Olza, 2014).

Todo esto, aumentado con el miedo de las madres, un miedo también cultural y estructural, que se convierte en un arma muy poderosa dentro del contexto sanitario para conseguir una sumisión total de la mujer arrebatándole silenciosamente el protagonismo (Margarita García, 2018).

3.4 Empoderamiento en el embarazo y parto

3.4.1. Empoderamiento femenino

El concepto de empoderamiento se relaciona con cualquier colectivo vulnerable, pero cuando hablamos de la mujer, no es hasta la IV Conferencia de Acción de Beijing cuando comienza a usarse. “El concepto de empoderamiento se relaciona con el poder entendido como capacidad de las mujeres de aumentar su autoconfianza e influir en los cambios” (Fernández y Fernández-Arroyo, 2017).

El empoderamiento femenino va a abarcar muchísimos aspectos de la vida de la mujer, pero en cuanto a la atención perinatal, que es lo que nos ocupa, es especialmente relevante, pues si no existe ese empoderamiento, no va a ser posible la mejora en la calidad de la salud, porque es necesario, para que esto ocurra, involucrar a los pacientes (Guanais, 2017).

Según Martín-Bellido (2020) el hecho de empoderar a la mujer en su proceso reproductivo y concretamente en el entorno de los cuidados perinatales, no significa que Enfermería deje única y exclusivamente en mano de las gestantes la responsabilidad de la toma de decisiones en cuanto a la atención que necesitan, sino que el proceso de empoderamiento conlleva una orientación que genera un aumento de la autonomía, libertad y de la capacidad de decisión de las mujeres que gestan.

Es por esto por lo que, el empoderamiento comienza con la información, pues nadie exige un derecho que desconoce, así cuando las mujeres desconocen sus derechos, se les hace más vulnerables a que se ejerza esa relación de poder apropiándose de sus cuerpos y de sus decisiones (Correa et al., 2021).

3.4.2. Empoderamiento y Enfermería

Nos encontramos en un momento en el que la Enfermería lucha por un entorno respetuoso con la mujer, pero sin embargo “se encuentra todavía influenciada por los aspectos patriarcales de la estructura social y del sistema sanitario, lo que dificulta la realización de actividades participativas y colaborativas con las gestantes” (Martín-Bellido, 2020).

A pesar de todo, la Enfermería desde el inicio de sus tiempos, debe tener como objetivo la defensa de los pacientes, tal y como sentó las bases Florence Nightingale y desarrollaron posteriormente otras teóricas, insistiendo además en la calidad del cuidado. Esta defensa es la que va a garantizar el respeto por la autonomía y la autodeterminación de los pacientes. Esto es lo que va a realmente empoderar a las mujeres.

Según Gerber (2018), el proceso de defensa lo podemos dividir en 4 fases, como se muestra en el cuadro a continuación:

Tabla 1. Fases del proceso de defensa.

PRIMERA FASE: Evaluación de las necesidades	Centrándose en el paciente, en la situación, en el marco, en los riesgos y en los recursos sanitarios disponibles.
SEGUNDA FASE: Identificación de los objetivos concretos	La Enfermería debe incentivar sobre todo el proceso de toma de decisiones, ayudando a los pacientes a expresar sus deseos.
TERCERA FASE: Implementar el plan de defensa	Las enfermeras van a facilitar la comunicación con todo el equipo sanitario, apoyando a los pacientes y

	haciendo concesiones cuando surjan conflictos de interés.
CUARTA FASE: Evaluación de la actividad defensora	Se incluye al paciente, a los familiares, a los cuidadores y a otros miembros del equipo sanitario.

Fuente: Creación propia en base a Gerber (2018)

Unido a esta defensa, nos encontramos como pieza clave del empoderamiento, la relación interpersonal entre Enfermería y las mujeres, como elemento esencial de la calidad de la atención.

Cuando las enfermeras entran a esa relación interpersonal, y no de superioridad por su saber, es cuando realmente van a centrar su atención en la individualidad de la paciente, lo que hará que la mujer se sienta acompañada y cuidada, y propiciará su participación de manera activa en el proceso (López, Galeano & Blandón, 2020).

Esta relación interpersonal, se basa en la teoría de Hildergard Peplau y su paradigma de integración, cuyas cuatro fases se pueden aplicar a la mujer embarazada y su proceso ante el parto:

1. Fase de Orientación: en la que el paciente conoce de su necesidad y la enfermera le ayuda a reconocer la situación, valorar y entenderla.
2. Identificación: la enfermera debe facilitar la expresión de sentimientos, mediante lo cual la enfermera tendrá también herramientas para enfocarse en el proceso enfermero.
3. Aprovechamiento: en la que el paciente obtiene un beneficio de tener esa relación con el personal sanitario.
4. Resolución: se va dando paso a esa independencia necesaria, buscada y luchada, del paciente.

Peplau enfoca la enfermería desde la educación, para mediante esa relación de interdependencia, contribuir al desarrollo de la persona (Hernández, 2011).

Es por todo esto que los cuidados humanizados, el respeto de autonomía de las pacientes, la escucha activa, la información y formación a las gestantes, la colaboración entre profesionales y pacientes para la elaboración de un plan de parto forma parte de esa concepción de que cada mujer es única, y que por esto, necesita unos cuidados propios de esa individualidad, por lo que, lo que sirve a una no sirve a todas, y Enfermería tiene un papel fundamental en la relación con las mujeres gestantes, incluso antes de que se produzca el embarazo (Borges, Sixto & Sánchez, 2018).

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño.

Se trata de una investigación cualitativa, tipo Estudio de Caso. Según Taylor y Bogdan, la investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos referidos a las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Taylor y Bogdan, 1987).

Dentro de esta metodología, el estudio de casos es el diseño que se empleará para la realización de este trabajo, el cual conlleva un análisis sistemático y en profundidad de un caso que nos interesa por sus características particulares (Vallés, 2000).

4.2. Sujeto del estudio.

Gestante primigesta de 35 semanas de gestación que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Vega por presentar sensación de mareo y astenia desde hace más de 3 días, acompañados en ocasiones de vómitos. Refiere pérdida de líquido por la vagina que no sabe si es normal, ya que tiene mucho flujo. Indica que en los días previos a la menstruación tiene una sensación parecida. Se observa en la Historia Clínica de la paciente que es frecuente su visita al Servicio de Urgencias, por diversos motivos, pero en repetidas ocasiones refiere los síntomas descritos.

4.3. Ámbito y Período del estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Vega (Murcia) en el período de prácticas del Practicum III del 4º curso de Enfermería comprendido entre el 1 de octubre y el 15 de noviembre del año 2020.

Por otro lado, la revisión bibliográfica se llevó a cabo en el período comprendido entre los meses de enero y marzo de 2021.

Y, la redacción del informe final se realizó entre enero y abril del año 2021.

4.4 Procedimiento de Recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Como fuentes de información se han utilizado los siguientes instrumentos:

- Valoración de enfermería
- Historia clínica.
- Examen físico del paciente.
- Registros de evolución médica y enfermera.
- Observación directa.
- Búsqueda bibliográfica (detallada a continuación).

La revisión de la evidencia científica se ha realizado utilizando las siguientes bases de datos: Cuiden, SciElo, Dialnet, Science Direct, PubMed, CINAHL y EBSCOhost. Para ello, se usaron como descriptores en español: parto, parto natural, plan de parto, empoderamiento, violencia obstétrica, embarazo, medicalización, enfermería y en inglés natural birth, birth empowerment, birth plan, midwives, pregnancy and nurse.

También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, revistas, protocolos y guías de práctica clínica.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de datos se realizó tras la autorización del paciente y del responsable del servicio para la realización del estudio. Durante todo el proceso se ha garantizado la confidencialidad de los datos no figurando ninguna reseña de identificación del paciente. La observación y la valoración de enfermería se llevaron a cabo en un momento acordado con el paciente y sin que interfiriera en la rutina clínica de la unidad.

Tras la autorización, la recogida de la información se realizó en tres fases:

- En primer lugar, se procedió a la revisión de la historia clínica de la paciente. Se extrajeron datos como los antecedentes familiares y personales (alergias, operaciones anteriores, enfermedades crónicas etc.), el motivo de consulta, los resultados de las pruebas diagnósticas, exploraciones y exámenes, el diagnóstico médico principal, la evolución médica de la paciente, la evolución de los cuidados enfermeros y el registro de las actividades e intervenciones. Con ello se consiguió una descripción completa del caso elegido.
- En segundo lugar, se procedió a realizar una valoración de enfermería a la paciente. La valoración se realizó en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Gordon, 2003) a través de una entrevista personalizada y utilizando los indicadores empíricos y las exploraciones pertinentes para la valoración de cada uno de los patrones. Con ello se consiguió identificar los principales diagnósticos de enfermería para la realización de un plan de cuidado individualizado.
- En tercer lugar, se realizó la revisión de la evidencia científica en las bases de datos y documentos anteriormente mencionados. Para ésta se siguió la siguiente estrategia de búsqueda: se fijaron límites según criterios de fecha, de manera que se limitó la búsqueda de información a partir del año 2010 hasta la actualidad. No obstante, se tuvieron también en cuenta documentos de referencia publicados en años anteriores.

Tras la lectura crítica se clasificaron los documentos, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 2: Selección de documentos tras lectura crítica.

FUENTE	Nº de documentos seleccionados
Gestor BUSCAM	29
Scielo	15
Academic Search Complete	10
CINHAL Complete	6
PubMed	2
Otras bases de datos: Dialnet, Redalyc,...	12
Otros documentos: manuales, libros, protocolos	7

Fuente: Creación propia.

4.4.3. *Procesamiento de los datos.*

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera. Tras la valoración del paciente en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Gordon, 2003), se procedió a la selección del diagnóstico y problema de colaboración principal mediante la realización de una red de razonamiento crítico (MODELO ÁREA) (Pesut y Herman, 1999) de priorización diagnóstica. Una vez seleccionados el diagnóstico y el problema de colaboración principal se procedió al establecimiento de los criterios de resultado (NOC) (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019) e intervenciones (NIC) (Butcher, 2019). Tras la ejecución de las actividades de enfermería, se realizó una evaluación en base a los criterios de resultado establecidos en el diseño de plan de cuidados, con el fin de investigar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas.

En cuanto al procesamiento de los datos provenientes de la revisión de la evidencia científica, se realizó un análisis crítico exhaustivo por área de interés procesando y clasificando las informaciones más relevantes.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

5.1.1 Datos de la paciente y motivo de ingreso:

Paciente no respiratorio, gestante de 35 semanas que refiere sensación de mareos y astenia desde hace 3 días, acompañados en ocasiones de vómitos. También refiere pérdida de líquido por la vagina que no sabe si es normal, ya que tiene mucho flujo.

GO: Primigesta

Edad: 25 años.

Acude sola al servicio de Urgencias.

5.1.2 Exploración física

- Buen estado general. Bien perfundido y coloreado. Buen estado de nutrición. Bien hidratado.
- FC: 80. Tonos rítmicos, sin soplos, ni roces.
- Buen murmullo vesicular. Ventilan bien todos los campos. Eupneica. Sat O₂: 98%
- Signos meníngeos negativos. Sin focalidad neurológica.
- MMSS/MMII: No edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos presentes.
- Abdomen globuloso, por útero grávido, depresible.

5.1.3 Antecedentes

AMC: Penicilina y derivados.

Quemadura corporal de 50% de 2º y 3º grado a los 18 años.

Amigadloadenoidectomía, apendicectomía, y fragmento óseo secundario a fractura de cúbito derecho 3 años después de la fractura ocasionada por la explosión que condicionaba déficit de movilidad del brazo derecho.

A+. Transfundida como consecuencia de la quemadura y fractura de cúbito derecho.

Alergias alimentarias: Huevo e intolerancia a la lactosa.

Diagnosticada por neurología de trastorno paroxístico no epileptiforme.

Hipotiroidismo.

5.1.4 Tratamiento

EUTIROX 125

5.1.5 Enfermedad actual

Refiere episodio de movimiento involuntarios de las extremidades, sin pérdida de conocimiento, ni control de esfínteres, de aparición súbita y remisión espontánea en corto período de tiempo (segundos) con posterior cefalea. Mareos y astenia desde hace más de 3 días, y en ocasiones vómitos. Refiere cuadros similares previos que relacionan con los días previos a la menstruación. Salida de líquido por la vagina.

5.1.6 Pruebas complementarias

ECG: ritmo sinusal sin trastornos en la repolarización.

Bioquímica: Glucosa 91 mg/dL. Urea 17 mg/dL. Creatinina 0,35 mg/dL. Aspartato Amino Transferasa 13 U/L. Alanina Amino Transferasa 22 U/L. GGT 9

U/L. FA 75 U/L. Bilirrubina total 0,50 mg/dL. Bilirrubina directa 0,10 mg/dL. Sodio 138 mMol/L. Potasio 4.10 mMol/L. Cloruros 100 mMol/l

Proteínas: Proteína C reactiva 21,70 mg/l

5.1.7 Exploración física (ginecológica)

Útero grávido, blando como amenorrea. Abdomen blando y depresible.

5.1.8 Exploración complementaria

ECOGRAFÍA: Gestación viva e íntegra acorde a tiempo de embarazo con niña. Placenta anterior normal.

PROMTEST: Negativo

5.1.9 Tratamiento administrado

VIAFLO CLORURO SÓDICO 0,9% SOL. PARA PERFUSIÓN IV.

5.1.10 Tratamiento aconsejado y recomendaciones

Continuar con pautas dadas por su ginecólogo.

Se explican los signos de alarma y urgencia.

Se observa en la Historia Clínica de la paciente que es frecuente su visita al Servicio de Urgencias, por diversos motivos, pero en repetidas ocasiones

refiere los episodios de mareos y astenia, así como la salida por líquido de la vagina.

En la mayor parte de sus visitas al servicio, se realiza control por el ginecólogo de guardia, ecografía, pero no es necesario administrar tratamiento, ni ninguna otra prueba complementaria, tras la exploración por el ginecólogo. Se muestra muy ansiosa.

5.2 Valoración de Enfermería

Se realiza valoración de la paciente gestante en base a los 11 patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon (Gordon, 2007).

La valoración se realiza el 19 de octubre de 2020 en el Servicio de Urgencias del Hospital La Vega.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD: PATRÓN ALTERADO.

El patrón percepción-manejo de la salud se encuentra alterado en esta paciente debido, sobre todo, a su forma de gestionar un embarazo sano y saludable, con alteraciones normales debido a la gravidez, pero que sin embargo, la llevan a acudir frecuentemente al servicio de Urgencias. De hecho, ni siquiera se plantea el control por su matrona de Centro de Salud sino que acude directamente al servicio de Urgencias. Los síntomas y signos que refiere en sus visitas, no parecen acordes a las exploraciones físicas y neurológicas realizadas.

En todas las ocasiones que ha sido explorada tanto por el médico de guardia, como posteriormente por el ginecólogo de guardia del servicio, no se han presentado alteraciones con entidad suficiente para necesitar ni tratamiento, ni posteriores pruebas complementarias. En esta última visita, se administra simplemente un suero fisiológico por control mientras se espera a resultados de analítica de sangre y orina.

La paciente presenta un gran desconocimiento de su estado de gravidez y los cambios relacionados con el embarazo y parto.

Incluso antes de confirmar el embarazo, en las primeras semanas de ausencia de menorrea, se observa en su historia clínica dos visitas al servicio de urgencias por el simple hecho de la amenorrea y con ligero dolor pélvico.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO: PATRÓN ALTERADO.

La paciente presenta este patrón alterado debido al hipotiroidismo que sufre debido a la descompensación de las hormonas tiroideas en el embarazo. Es una afección bastante frecuente y que se encuentra controlada con la medicación prescrita.

Refiere presentar vómitos en alguna ocasión.

No presenta ningún otro factor de alteración del patrón, ya que tiene un peso normal, adecuado al estado en el que se encuentra.

En la exploración física también se observa que se encuentra en buen estado general, buen estado nutricional y buena hidratación.

PATRÓN 3. PATRÓN ELIMINACIÓN: PATRÓN EFICAZ.

A pesar del embarazo, no presenta dificultades en la excreción intestinal, ni en la urinaria. No hay más datos para abordar este patrón, ni en la anamnesis del servicio de urgencias ni en la historia clínica de la paciente.

PATRÓN 4. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO: PATRÓN ALTERADO.

En la exploración física de la paciente podemos ver que la valoración del estado respiratorio, cardiovascular y general ha sido totalmente satisfactoria.

En la historia clínica observamos que acude un día a Urgencias con problemas de deambulación por un pinzamiento, pero el día de la valoración no

presenta dificultades y según podemos interpretar hace una vida totalmente normal.

PATRÓN 5. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO: PATRÓN EFICAZ.

No hay datos para valorar este patrón como alterado.

PATRÓN 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL: PATRÓN ALTERADO.

La paciente manifiesta sufrir sensación de mareos y astenia, además en la revisión de su historia clínica también refiere en otras visitas al servicio de Urgencias haber tenido desvanecimientos sin llegar a perder la conciencia en alguna ocasión.

No presenta alteraciones perceptivas.

Se encuentra consciente y orientada.

Manifiesta sensación de dolor en la zona abdominal con frecuencia.

Se encuentra temerosa y con muchas dudas en relación con el embarazo.

PATRÓN 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO: PATRÓN ALTERADO.

En relación con este patrón, aunque no tenemos muchos datos, hemos podido comprobar que la paciente presenta inquietud, un patrón emocional ligeramente inestable por el temor que sufre y la ansiedad que también ha manifestado. Condicionada en cierta forma por el accidente sufrido y que le ocasionó tener que ser intervenida y las quemaduras que sufrió.

Esto se puede observar por el tono de voz y la conversación que mantiene con el médico de urgencias y posteriormente con el ginecólogo.

Los cambios que ha presentado su cuerpo en relación con el embarazo, también se hacen presentes en tono de queja.

PATRÓN 8. PATRÓN ROL-RELACIONES: PATRÓN EFICAZ.

Los datos para valorar este patrón son escasos pero no parece existir alteración.

PATRÓN 9. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN: PATRÓN ALTERADO.

En su historia clínica pudimos observar alteraciones del ciclo menstrual, pero en este momento de la valoración no encontramos problemas relacionados, ya que todo el embarazo discurre dentro de la normalidad.

Primigesta, con grandes dudas y desconocimiento de la maternidad y del proceso de crianza.

PATRÓN 10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS: PATRÓN ALTERADO.

Nos encontramos con un patrón visiblemente alterado, ya que a cada mínimo cambio que nota o los cambios que afronta debido al embarazo le generan un nivel de ansiedad que necesita acudir al servicio de Urgencias para que le confirmen que esta todo bien.

Se muestra ansiosa y tensa debido al desconocimiento de lo que ocurre y de que le pueda suceder algo malo.

PATRÓN 11. PATRÓN CREENCIAS-VALORES: PATRÓN EFICAZ.

No hay datos para considerar que exista una alteración del patrón.

5.3 Diagnóstico de Enfermería

Los Diagnósticos de Enfermería seleccionados de la Taxonomía II NANDA I (2018-2020) (Herdman & Kamitsuru, 2019), en base a los patrones que hemos encontrado alterados en la paciente del caso son los que se desglosan a continuación:

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD: PATRÓN ALTERADO.

(00078) Gestión ineficaz de la salud R/C percepción de la gravedad del problema M/P decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.

DEFINICIÓN: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

DOMINIO 1: Promoción de la salud

CLASE 2: Gestión de la salud

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO: PATRÓN ALTERADO.

(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C pérdida excesiva de líquidos por las vías no habituales M/P debilidad

DEFINICIÓN: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida sólo de agua, sin cambios en el sodio.

DOMINIO 2: Nutrición

CLASE 5: Hidratación

(00015) Riesgo de estreñimiento R/C embarazo, desequilibrio electrolítico.

DEFINICIÓN: Susceptible de una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio

CLASE: 2 Función gastrointestinal

(00134) Náuseas R/C embarazo, temor, ansiedad M/P sensación de náuseas.

DEFINICIÓN: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

PATRÓN 4. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO: PATRÓN ALTERADO.

(00094) Riesgo de intolerancia a la actividad R/C pérdida de la condición física

DEFINICIÓN: Susceptible de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo

CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

PATRÓN 6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL: PATRÓN ALTERADO.

(00126) Conocimientos deficientes R/C información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje M/P conducta inapropiada, conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones

DEFINICIÓN: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición

CLASE: 4 Cognición

(00251) Control emocional inestable R/c Conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas M/P expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante

DEFINICIÓN: Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición

CLASE: 4 Cognición

PATRÓN 7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO: PATRÓN ALTERADO.

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c alteración del funcionamiento corporal, lesión M/P alteración del funcionamiento corporal, alteración de la estructura corporal, preocupación por el cambio

DEFINICIÓN: Confusión en la imagen mental del yo físico.

DOMINIO: 6 Autopercepción

CLASE: 3 Imagen corporal

PATRÓN 9. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN: PATRÓN ALTERADO.

(00227) Riesgo de proceso de maternidad ineficaz R/c confianza materna baja, conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad, visitas sanitarias prenatales inconsistentes.

DEFINICIÓN: Susceptible de incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar.

DOMINIO: 8 Sexualidad

CLASE: 3 Reproducción

PATRÓN 10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS: PATRÓN ALTERADO.

(00069) Afrontamiento ineficaz r/C sentido de control insuficiente m/p estrategias de afrontamiento ineficaces m/p incapacidad para manejar la situación

DEFINICIÓN: Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

(00146) Ansiedad r/C estresores m/p preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre, nerviosismo, temor, náuseas, disminución de la habilidad para resolver problemas, preocupación

DEFINICIÓN: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

(00148) Temor r/C respuesta aprendida a la amenaza m/p disminución de la capacidad de aprendizaje

DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

(00214) Disconfort r/c control insuficiente sobre la situación m/p ansiedad, inquietud, temor

DEFINICIÓN: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

(00141) Síndrome postraumático r/c Percepción traumática del acontecimiento m/p Ansiedad, Cefaleas, Temor

DEFINICIÓN: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

CLASE: 1 Respuestas postraumática

5.3.1 Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal

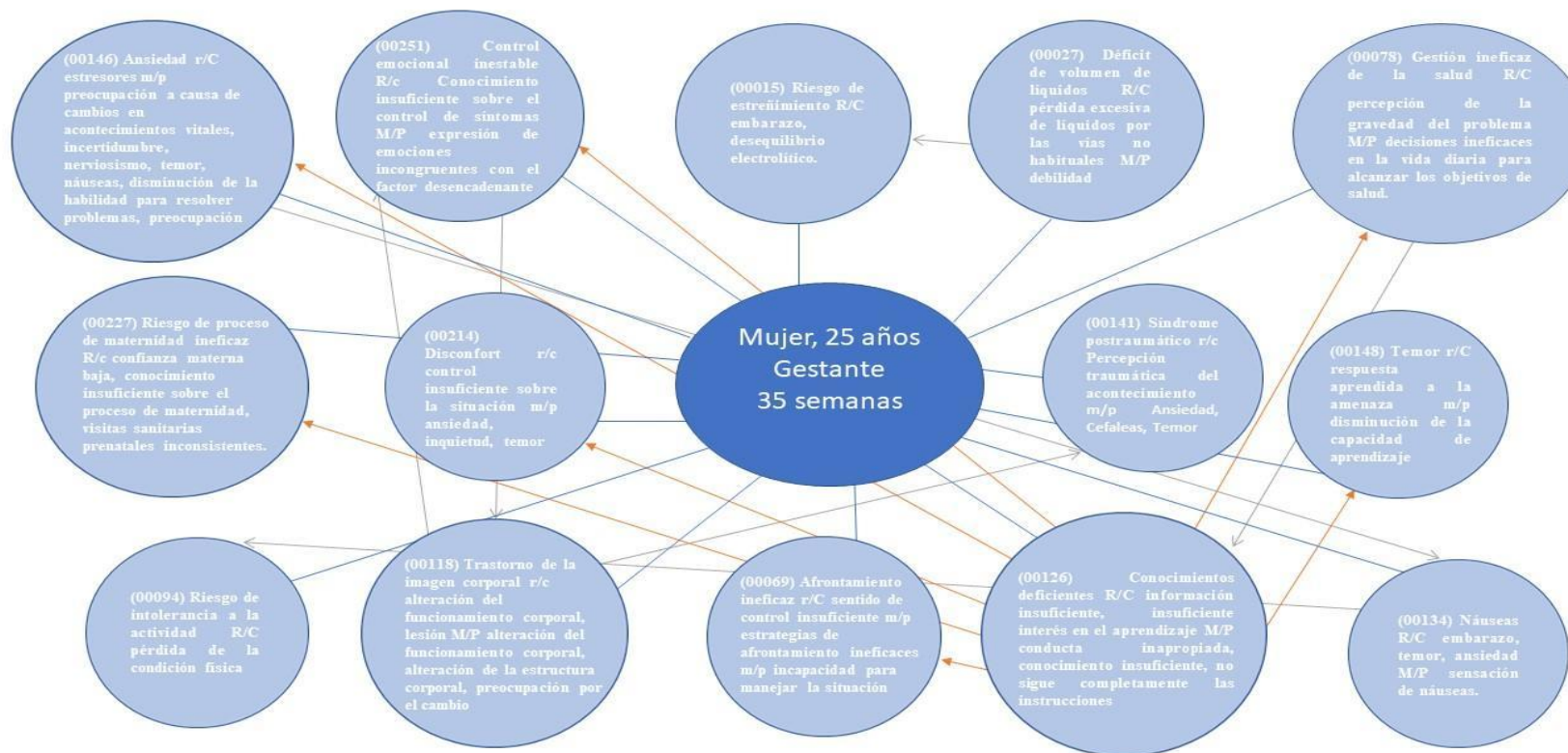


Figura 2: Red de razonamiento de basanda en el modelo AREA

Fuente: Creación propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1999)

5.3.2 Justificación del DxE Principal.

La Organización Mundial de la Salud espera de la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas una preparación al embarazo y parto que las acompañe a un parto natural y con las menores maniobras médicas posibles, ya que se ha demostrado en numerosas ocasiones que la cascada de intervenciones durante el parto puede conllevar que este deba ser finalmente instrumentalizado o incluso acabar en cesárea. Para ello, es necesario que la mujer comprenda y disfrute del proceso de embarazo y parto, así como que se le den las herramientas necesarias para aumentar su confianza y empoderamiento durante este proceso. (Bahini, Khosravani & Azadeh, 2018).

Las mujeres que se preparan durante el embarazo, incluso previamente a la gestación, con la simple decisión de que un embarazo sea buscado o no, tienden a resolver de forma más eficiente los conflictos o cualquier incidencia que ocurre durante la gestación, incluso el vínculo creado posteriormente con el bebé es más sencillo. (Osorio-Castaño, Caravajal-Carrascal, & Rodríguez-Gázquez, 2017).

En este caso el diagnóstico principal de Enfermería obtenido a través de la Red de Razonamiento del modelo AREA es **(00126) Conocimientos deficientes R/C información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje M/P conducta inapropiada, conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones** relacionado a su vez con los siguientes diagnósticos : **(00214) Disconfort r/c control insuficiente sobre la situación m/p ansiedad, inquietud, temor, (00148) Temor r/C respuesta aprendida a la amenaza m/p disminución de la capacidad de aprendizaje, (00146) Ansiedad r/C estresores m/p preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre, nerviosismo, temor, náuseas, disminución de la habilidad para resolver problemas, preocupación, (00069) Afrontamiento ineficaz r/C sentido de control insuficiente m/p**

estrategias de afrontamiento ineficaces m/p incapacidad para manejar la situación, (00227) Riesgo de proceso de maternidad ineficaz R/c confianza materna baja, conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad, visitas sanitarias prenatales inconsistentes, (00251) Control emocional inestable R/c Conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas M/P expresión de emociones incongruentes con el factor desencadenante.

Se observa, que el hecho de desconocer la situación que está viviendo, y su proceso, le provoca malestar, así como una incertidumbre general, que la llevan a vivir el embarazo, que suele ser una de las etapas más gratificantes de la vida de las mujeres, en un estado ansioso. La ansiedad en el embarazo es más frecuente de lo que podemos imaginarnos, ya que “se trata de una situación estresante que hace desequilibrar el sistema psicosocial de la mujer y su entorno” (Silva-Vera, Parrado-Soto & Oneto-Fernández, 2018) por lo que enfermería debe atender a las mujeres que se encuentren en esta situación con independencia del servicio que estén visitando y tomarlo en consideración.

“La presencia de ansiedad puede afectar negativamente el proceso de gestación al ser considerada mediadora de cambios endocrinos y de comportamientos de riesgo, tales como el hábito de fumar, inadecuado acceso a control prenatal y/o demoras en el inicio del mismo, ganancia de peso gestacional inadecuada, entre otros”. (Mojica-Perilla, Redondo-Rodríguez & Osma-Zambarano, 2019). Las demoras en el inicio del control prenatal, como dicen las investigaciones relacionadas, pueden llegar afectar a mayores niveles de ansiedad, que como ocurre en el caso que estamos viendo, haga un mal uso de los servicios sanitarios acudiendo a urgencias, donde no se va a solucionar la contrariedad que tiene.

Por lo que la importancia de conocer, y sobre todo reconocer un cuadro de ansiedad durante el embarazo, va a determinar el desarrollo de este a muy diferentes niveles, desde el proceso de conocimiento y control prenatal, hasta el

desenlace de este, pues en diversos estudios como el de Aguilera et al. (2014) se demuestra la relación entre la ansiedad y un parto pretérmino. Es por esto, que desde los profesionales de salud han de tener en cuenta los factores psicosociales y hacer mucho énfasis e ímpetu en la educación para las embarazadas.

Sin dejar de lado, como culturalmente se nos educa a las mujeres en la maternidad (embarazo, parto y postparto), que suele ser desde una perspectiva biomédica y patriarcal, en la que la mujer tiene poca capacidad de decisión y todo debe ser consensuado con el médico, lo que todavía puede aumentar esa ansiedad, que ya tenemos de base en nuestra paciente, y por ende, sus visitas a urgencias también se incrementan, pues ella no es dueña de lo que ocurre, y le corresponde a otra persona, tomar las decisiones sobre lo que está pasando (Marín, 2018).

5.4 Problemas de Colaboración / Riesgo de Complicación

Encontramos los siguientes problemas de colaboración y riesgos de complicación según el Manual de Diagnósticos Enfermeros de Lynda Juall Carpenito (Carpenito, 2017):

PC Hipertiroidismo

RC Crisis tiroidea

RC disritmias cardíacas

PC Trastornos convulsivos

RC de estado epiléptico

PC Hiperemesis gravídica

RC Equilibrio nitrogenado negativo

RC Eclampsia

RC Rotura prematura de membranas

5.4.1 Priorización de los Riesgos de Complicación

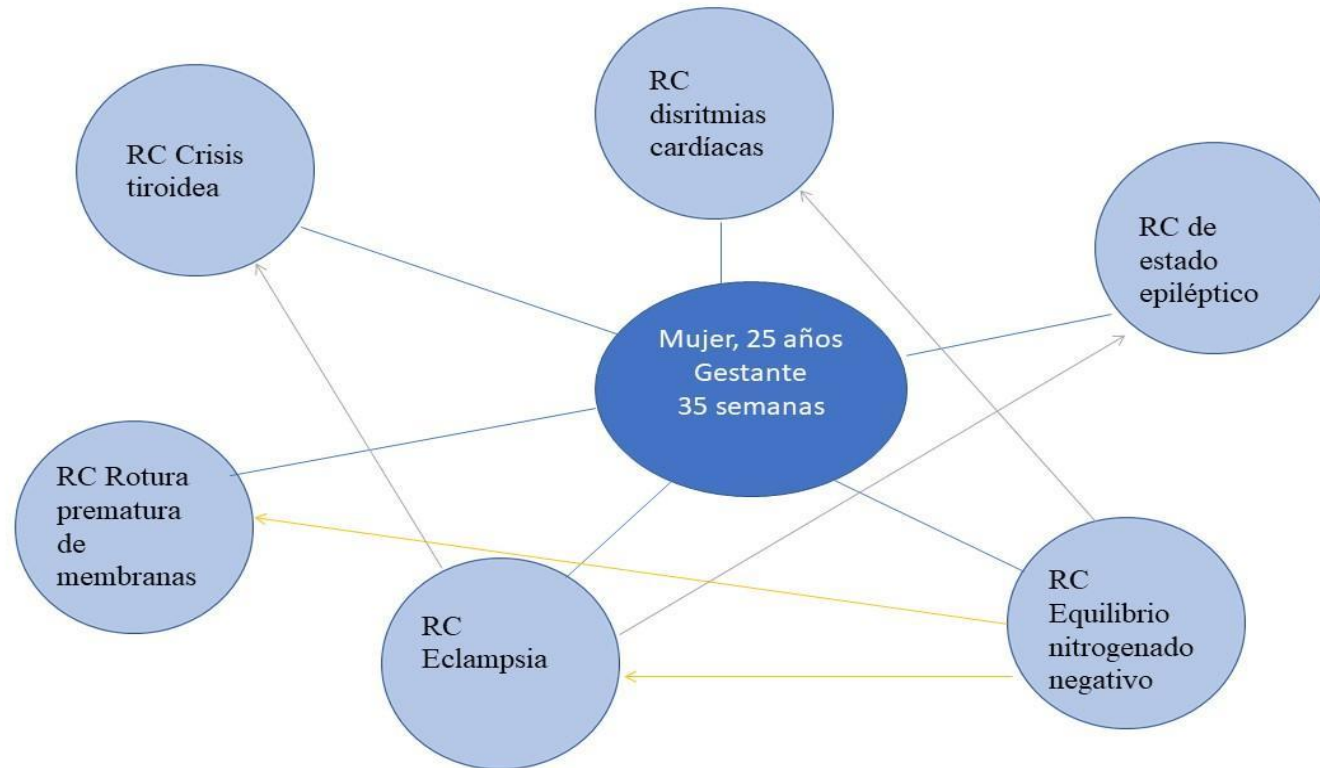


Figura 3: Red de razonamiento basada en el modelo AREA

Fuente: Creación propia basada en el modelo AREA de Pesut & Herman (1999).

5.4.2 Justificación de los Riesgos de Complicación.

Según la red de razonamiento podemos determinar que el RC principal es la Eclampsia, que es una afección y complicación grave del embarazo, que ocurre posterior a una preeclampsia.

Una paciente con un estado depresivo se ha documentado que aumenta el riesgo de preeclampsia junto con el incremento en la presentación de complicaciones en el recién nacido, como pueden ser un parto prematuro, bajo peso al nacer según edad gestacional, Apgar con baja puntuación, entre otras complicaciones. (Martínez-Paredes, & Jacome-Perez, 2019).

Según el cuadro clínico de la paciente, y los síntomas que refiere, se necesita un control médico estrecho de la misma, por eso se procede a la toma de constantes vitales, y reposición de líquidos, pues los síntomas que podemos encontrar en esta complicación son la presencia de convulsiones tónico-clónicas, acordes a lo que refiere cuando llega al servicio de Urgencias. (Oyarzún, & Kusanovic, 2011).

Otro de los riesgos de complicación también asociados a la clínica que presenta la paciente podría ser la rotura prematura de membranas, que conlleva además otra serie de complicaciones asociadas, como es la infección de la cavidad uterina, si esta rotura se ha producido durante largo tiempo, para lo que se realiza un test rápido que determina si el líquido vaginal es líquido amniótico. (Musilova, et al., 2016), ya que refiere la pérdida de líquido por la vagina.

En cuanto al riesgo de hiperémesis gravídica, ya que también refiere náuseas y vómitos, razón por la que también se le administran líquidos, es una complicación frecuente. Aunque las náuseas y vómitos son fisiológicos en el embarazo, hay que diferenciar, cuando estamos ante esta situación normal, y cuando puede tratarse de una complicación, que se dan cuando la gestante no puede ni siquiera llegar a alimentarse, y puede terminar con un cuadro de deshidratación, alteraciones nutricionales y metabólicas, con complicaciones digestivas y neurológicas (González, 2011).

5.5 Planificación

El Diagnóstico Principal de Enfermería es **(00126) Conocimientos deficientes R/C información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje M/P conducta inapropiada, conocimiento insuficiente, no sigue completamente las instrucciones.**

En base a este diagnóstico vamos a realizar la planificación y para ello se desglosan el resultado NOC que se ha considerado como principal y el NIC junto con sus actividades para este DxEp:

5.5.1 Planificación del DxEp.

5.5.1.1 Resultado (NOC)

El objetivo NOC a realizar para el DxEp, establecidos por Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan (2018):

Tabla 3. Puntuación NOC del DxEp según escala Likert

NOC	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D.)	Tiempo
(1810) Conocimiento: gestación	2	3	1 hora

Fuente: Creación propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

Tabla 4. Puntuación indicadores del NOC del DxEp según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D)	Tiempo
[181003] Signos de alarma de las complicaciones del embarazo	2	3	10 minutos
[181005] Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo	2	3	5 minutos
[181006] Cambios psicológicos asociados al embarazo	2	3	5 minutos
[181014] Autocuidado apropiado de las molestias de la gestación	2	3	10 minutos
[181018] Signos y síntomas del parto	2	3	15 minutos
[181027] Importancia de la educación prenatal	1	3	5 minutos

[181030] Cambios emocionales asociados al embarazo	2	3	10 minutos
Escala: 1. Ningún conocimiento; 2. Conocimiento escaso; 3. Conocimiento moderado; 4. Conocimiento sustancial; 5. Conocimiento extenso.			

Fuente: Elaboración propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

5.1.1.2 Intervenciones (NIC)

Las actividades para realizar en base a las intervenciones NIC seleccionadas para el DxEp son las siguientes:

(6960) Cuidados prenatales

DEFINICIÓN: Provisión de cuidados sanitarios durante el período de gestación.

DOMINIO: 5 Familia

CLASE: W Cuidados de un nuevo bebé

ACTIVIDADES:

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias de la paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.
- Ofrecer orientación anticipatoria sobre los cambios y molestias fisiológicos y psicológicos (p. ej., náuseas, vómitos, cambios musculoesqueléticos, temores y sensibilidad mamaria).

- Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar los cambios y aliviar las molestias asociadas con el embarazo.
- Ayudar a la paciente a prepararse para el trabajo de parto y el expulsivo (es decir, comentar las opciones para el control del dolor, revisar los signos y síntomas del trabajo de parto, comentar las circunstancias especiales que requieran una intervención médica y fomentar la implicación planificada de la pareja o familia de la paciente).

(5330) Control del estado de ánimo

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

DOMINIO: 3 Conductual

CLASE: R Ayuda para el afrontamiento

ACTIVIDADES:

- Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario.
- Animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.

(5520) Facilitar el aprendizaje

DEFINICIÓN: Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

DOMINIO: 3 Conductual

CLASE: P Terapia cognitiva

ACTIVIDADES:

- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Relacionar la información con los deseos y necesidades personales del paciente.
- Proporcionar información acorde con la situación de control del paciente.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes.

5.5.2 Planificación del RCp

5.5.2.1 Resultado (NOC)

(0802) Signos vitales

DEFINICIÓN: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica

CLASE: I Regulación metabólica

Tabla 5. Puntuación NOC del RCp según escala Likert

NOC	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D.)	Tiempo
(0802) Signos vitales	4	5	3 horas

Fuente: Elaboración propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

Tabla 6. Puntuación de los indicadores del NOC del DxEp según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación Diana (P.D.)	Tiempo
[80201] Temperatura corporal	4	5	3 horas
[80204] Frecuencia respiratoria	4	5	3 horas
[80205] Presión arterial sistólica	4	5	3 horas
[80206] Presión arterial diastólica	4	5	3 horas
Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.			

Fuente: Elaboración propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

5.5.2.2 Intervenciones (NIC)

Las intervenciones seleccionadas para alcanzar el NOC del RC principal son:

(6482) Manejo ambiental: confort

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: E Fomento de la comodidad física

ACTIVIDADES:

- Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.
- Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.
- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.

(5820) Disminución de la ansiedad

DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

DOMINIO: 3 Conductual

CLASE: T Fomento de la comodidad psicológica

ACTIVIDADES:

- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

(4140) Reposición de líquidos

DEFINICIÓN: Administración rápida de los líquidos intravenosos prescritos.

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: N Control de la perfusión tisular

ACTIVIDADES:

- Obtener y mantener un acceso i.v. de gran calibre.
- Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (suero salino fisiológico y Ringer lactato) como coloides (hetalmidón, fracción proteica plasmática), según corresponda.
- Administrar líquidos i.v., según prescripción.
- Observar si hay sobrecarga de líquidos.
- Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda.

5.6. Ejecución

5.6.1 Cronograma de Intervenciones/Actividades

Tabla 7. Cronograma de intervenciones

TURNO TARDE								
	4:30	5:00	5:30	6:00	6:30	7:00	7:30	20:00
(6960) Cuidados prenatales	X							
(5330) Control del estado de ánimo	X							
(5520) Facilitar el aprendizaje		X						

(6482)		X						
Manejo ambiental: confort								
(5820)		X		X		X		
Disminución de la ansiedad								
(4140)			X					
Reposición de líquidos								

Fuente: Creación propia

5.6.2 Redacción de las intervenciones/actividades

En cuanto a las intervenciones llevadas a cabo con la paciente gestante destacamos el **Control del Estado de ánimo y Disminución de la ansiedad** así como el **Manejo ambiental: confort** como actividades en las que Enfermería debe prestar especial atención, puesto que van a aportar un factor de bienestar, comodidad, confianza y apoyo, incluyendo el emocional, que otros profesionales sanitarios no son tan idóneos para ofrecerlo. (Da Silva, et al., 2019).

Para llevar a cabo estas actividades, dedicamos un tiempo específico para hablar detenidamente con la paciente, saber cómo se encuentra, y por qué ha venido al servicio. Aunque debido a su estado no podemos tratarla farmacológicamente, pero si podemos usar otras técnicas como escuchar con atención, dejar que muestre sus sentimientos y emociones, y además buscar un sitio especial para ella mientras le ponemos el tratamiento prescrito. Ante la situación de Covid-19 que vivimos, las embarazadas que acuden a servicios de urgencias se muestran todavía más ansiosas pensando que pueden contagiarse, por lo que darles un espacio único y especial, donde apenas hay concurrencia de pacientes, y pueden encontrarse tranquilas, favorecerá también el resto de actividades que estamos desarrollando.

Las intervenciones de **Cuidados Prenatales y Facilitar aprendizaje**, también van unidas, ya que el objetivo principal, es que la mujer conozca cuales son los signos de alarma y cuando debe acudir a urgencias, e incluso cuando se encuentra en el momento de parto, porque todo esto también va a ayudar a **Disminuir la ansiedad**. Durante el tiempo que tenemos en urgencias, no podemos dedicar mucho tiempo a esto, pero como la paciente ya ha venido en diversas ocasiones a urgencias con la misma sintomatología y sobre todo, mucha ansiedad por el desconocimiento, consideramos que debemos dedicar un espacio a la escucha y facilitar que comprenda en el momento en el que se encuentra. La preparación a la maternidad se ha convertido en una prioridad sanitaria a escala mundial, en el que las mujeres comprenden sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, parto y puerperio. (Guijarro, et al., 2016).

Consideramos importante, en primer lugar, atender a las necesidades emocionales de esta gestante, que, aunque ya son pocas las semanas las que quedan para el parto, este es un momento de gran importancia también de este proceso, y al que debería acudir lo más tranquila posible, para que el desarrollo del mismo pudiera ser de forma natural, entendiéndolo con la menor de las intervenciones médicas y la evitación de la cesárea. (Carvajal et al., 2017).

Según el estudio de Olarte (2020), la ansiedad ante el parto, por considerarse un proceso doloroso y de sufrimiento, ocasionado por historias de personas allegadas e incluso sus propias vivencias en torno al dolor, pueden generar estados de tensión, ansiedad, y/o miedo. Por lo que, según la teórica Swanson, la enfermería debe estar presente y cuidando desde el primer momento de la vida, primando en todo momento la humanización y la atención totalmente personalizada de nuestras pacientes, desde un cuidado integral teniendo en cuenta el binomio materno-fetal.

Además, también vamos a atender a las necesidades fisiológicas, y como refiere que ha tenido vómitos, por prescripción médica, vamos a canalizar una vía y para poner un suero fisiológico y **reponer los líquidos**, pues la deshidratación en una embarazada puede desembocar en un parto prematuro. (Gonzales, 2015).

5.7. EVALUACIÓN

5.7.1 Evaluación del Resultado del DxEp

El objetivo NOC a realizar para el DxEp, establecidos por Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan (2018):

Tabla 8. Evaluación del NOC del DxEp según escala Likert

NOC	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D.)	Puntuación Alcanzada (P.A.)	Tiempo
(1810) Conocimiento: gestación	2	3	3	1 hora

Fuente: Creación propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

Tabla 9. Evaluación de los indicadores del NOC del DxEp según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D)	Puntuación Alcanzada (P.A.)	Tiempo
[181003] Signos de alarma de las complicaciones del embarazo	2	3	3	10 minutos
[181005] Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo	2	3	3	5 minutos
[181006] Cambios psicológicos asociados al embarazo	2	3	3	5 minutos
[181014] Autocuidado apropiado de las molestias de la gestación	2	3	2	10 minutos
[181018] Signos y síntomas del parto	2	3	2	15 minutos

[181027] Importancia de la educación prenatal	1	3	2	5 minutos
[181030] Cambios emocionales asociados al embarazo	2	3	2	10 minutos
Escala: 1. Ningún conocimiento; 2. Conocimiento escaso; 3. Conocimiento moderado; 4. Conocimiento sustancial; 5. Conocimiento extenso.				

Fuente: Creación propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

En relación al objetivo marcado, junto con sus indicadores, debido al tiempo que se disponía para atender a la paciente y encontrarnos en un servicio de Urgencias, no se podía proponer una puntuación más alta. A pesar de ello, pensamos que hubiera sido posible también, si hubiera otra predisposición por parte de la paciente, pero al encontrarse ya en la fase final del embarazo, sus preocupaciones sobre la educación maternal, y lo que le podían ayudar, tenía un interés mínimo, pensando que el parto podía desarrollarse en un período de dos semanas, sin tener en cuenta, que podían llegar a ser incluso 4 o 5.

Es por esto, que también nos parece importante recalcar que también juega un papel fundamental la educación sobre el proceso de embarazo y parto aquí, pues a partir de la semana 37 parece que también comienza a aumentar la ansiedad con el momento de la llegada del parto, cuando aún puede tardar algunas semanas más en que eso ocurra, favoreciendo a su vez, más visitas a los servicios de urgencias, por dudas sobre si lo que sienten con contracciones activas de parto o no.

5.7.2 Evaluación del resultado del RCp

(0802) Signos vitales

DEFINICIÓN: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica

CLASE: I Regulación metabólica

Tabla 10. Evaluación del NOC del RCp según escala Likert

NOC	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación diana (P.D.)	Puntuación alcanzada (P.A.)	Tiempo
(0802) Signos vitales	4	5	5	3 horas

Fuente: Creación propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

Tabla 11. Evaluación de los indicadores del NOC del RCp según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial (P.I.)	Puntuación Diana (P.D.)	Puntuación alcanzada (P.A.)	Tiempo
-------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------------	--------

[80201] Temperatura corporal	4	5	5	3 horas
[80204] Frecuencia respiratoria	4	5	5	3 horas
[80205] Presión arterial sistólica	4	5	5	3 horas
[80206] Presión arterial diastólica	4	5	5	3 horas
Escala: 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.				

Fuente: Creación propia basada en el libro del NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, Mass & Faan, 2019)

El objetivo NOC se alcanzó sin mucha complicación en el caso de esta paciente, ya que se encontraba en una situación basal muy buena. Posiblemente las ligeras desviaciones en cuanto a los signos vitales que presentaba se trataban fundamentalmente por la ansiedad, nervios, temor que sufría, más que por una patología en sí. Por lo que se logra conseguir el resultado máximo en todos los indicadores, y lograr, al menos, desde el punto de vista físico, un resultado excelente.

6. DISCUSIÓN

La revisión de la literatura científica consultada nos muestra que las mujeres se encuentran desconectadas de su sexualidad desde su inicio hasta el final; la menstruación, embarazo, parto y menopausia son procesos invisibilizados y sobre todo desnormalizados (Margarita, 2017; Fornes, 2009; Gómez y Moreno, 2012). Concretamente, Margarita (2017) indica que esta desconexión tiene su origen en la medicalización, patologización y la consideración de estas etapas en la vida de la mujer como “enfermedad”, en vez de que se asuman como procesos naturales, parte de su cuerpo y de su propia vida.

Esta despersonalización de un proceso tan íntimo, propio e importante en la vida de la mujer está llevando a un paternalismo en la actuación de los profesionales sanitarios que aleja todavía más a la mujer de su cuerpo generando incertidumbre, ansiedad y pérdida de control, tal y como nos dice Sánchez, Martínez-Ros, Castaño-Molina, Nicolás-Vigueras y Martínez-Roche (2016).

Hernández y Echevarría (2016) exponen en su estudio cualitativo a madres tras su parto que son catalogadas en el ámbito hospitalario como “las que no saben”, frente al personal sanitario que son “los que saben”. Dando lugar a una jerarquía invisible que sigue existiendo en torno a la mujer, más si cabe, como ya se ha descrito, en relación con sus procesos sexuales, como es el embarazo o parto.

La paciente objeto de estudio, tal y como vemos en su diagnóstico principal de Enfermería, tenía conocimientos deficientes en torno a la maternidad, la desconexión y desinformación la llevan a acudir a Urgencias ante cualquier signo o síntoma que saliese de lo que consideraba normal, considerando cualquier cambio como patológico y no como natural.

Driéguez, López, Avilés & Conesa (2018) explican que el parto fue trasladado del domicilio al hospital, por esta necesidad de saber médico, de control y de prevención de riesgos. Pero, por otro lado, al mismo tiempo supuso, según confirma Arnau et al. (2012), arrebatar a las mujeres sus procesos, limitar la toma de decisiones y dejar totalmente al margen todo aspecto biopsicoemocional relacionado con esta parte de su vida, pues lo importante era el “producto”, en este caso, el feto, sin importar nada más.

Esto ha llevado a las mujeres a no tomar conciencia de la necesidad de tomar decisiones en torno a su embarazo o parto, porque no las necesitan, sino que son meras espectadoras de lo que tiene que ocurrir bajo orden médica. Lo que deriva en escaso conocimiento del proceso natural, y por consiguiente encontramos estados de ansiedad, preocupación, miedo e inseguridad durante el estado de gravidez de la mujer, que debería estar rodeado de alegría, autoeficacia, seguridad y satisfacción, como indican Álvarez-Valverde, Pérez-Rivera & Andina-Díaz (2020).

Por otro lado, Klabbers et al. (2016), afirman que este estado de miedo y ansiedad también puede venir por una experiencia anterior traumática o una situación personal previa que sea la que se lo produzca, pero no es este el caso de la paciente objeto de estudio que es primípara y sin antecedentes ginecológicos relevantes.

Encontramos en la paciente a estudio toda esta serie de sentimientos y emociones negativos, que además son obviados, no prestándoles atención a la parte biopsicosocioespiritual. Tal y como reflejan Gómez y Moreno (2012), Enfermería es la responsable de los cuidados y como tal, debe velar por ellos, como también prevenir ciertas situaciones. En una paciente con reiteradas visitas a Urgencias, se deberían haber abordado cuestiones no sólo físicas sino también psicológicas, en aras a realizar el cuidado holístico que caracteriza a nuestra profesión.

En el caso de la paciente del estudio hubiera sido necesaria esa prevención desde el inicio del embarazo, cuando comienzan las visitas, para evitar llegar a la semana 35 de embarazo con estos sentimientos de ansiedad, miedo, disconfort, que no son los ideales para afrontar el parto.

Es por ello, que este abordaje integral debe hacerse desde el momento que se detecta, por lo que durante la exploración física aprovechamos, mediante la escucha activa, para conocer un poco más cómo se encontraba así como los apoyos que tenía, e incluso que expresara esas emociones que le afectaban.

Las mujeres embarazadas necesitan apoyo emocional y no sólo físico, como vemos claramente en nuestro caso, y así lo corroboran diversos estudios como el de Da Silva et al. (2019), en el que indican la necesidad de la gestante de tener cubiertas sus requerimientos emocionales encaminando esto a un proceso de gestación más tranquilo y beneficioso para la salud de la madre y el bebé.

A pesar de que como establece Olza et al. (2020), la mujer embarazada debe ser vista desde un punto de vista holístico, teniendo en cuenta aspectos psicológicos que, a día de hoy, todavía no son del todo abordados en la práctica clínica a no ser que sean un problema de salud mental mayor.

Incluso la Organización Mundial de la Salud se hizo eco de esta necesidad en varias de sus directrices, que ha dejado como recomendaciones para una atención a la mujer y al parto más humanizado. Ahondando en las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia positiva” (OMS, 2019), en la que refiere expresamente que el deseo de las mujeres es tener una experiencia agradable, en cuanto a “un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas”.

Por lo que la toma de decisiones durante el parto, y anteriormente también durante el embarazo, es un derecho de fundamental protección por parte de los profesionales que acompañan a estas pacientes durante todo su proceso (Garrido et al., 2018), que además conlleva el empoderamiento de la mujer y alcanzar mayores niveles de satisfacción (Rodrigues et al., 2020)

Una importante herramienta con la que se cuenta para educar, introducir y reflejar de forma fehaciente esa toma de decisiones durante el embarazo y parto, es el Plan de Parto, incluido tanto en la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2001) como en nuestro Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), como una práctica favorecedora para poder cumplir los objetivos y expectativas de la mujer ya que inclinan a una mayor comunicación entre las partes. Dada la importancia de esa comunicación en nuestro caso, se le preguntó a la paciente si sabía de la existencia de este documento, el Plan de Parto, para ayudarla a conocer el proceso de parto, así como las intervenciones médicas sobre las que podía decidir y consultarnos antes de que llegase el día. Ante su negativa, le hicimos saber que se trata de un documento oficial que podía encontrar fácilmente en internet, y la animamos a cumplimentarlo y llevarlo en su próxima visita prenatal para comentarlo con su matrona o ginecólogo.

Pero tal y como observamos en la diferente literatura científica, como el estudio llevado a cabo en 2019 por Medeiros, Figueiredo, Correa y Barbieri, sobre las repercusiones del uso del plan de parto, es necesario que para que la mujer pueda realizarlo se le haya informado con anterioridad de todas las opciones posibles, que incluye el tratamiento no farmacológico del dolor, los riesgos de intervenciones innecesarias como puede llegar a ser una cesárea sin indicación clínica, así como las preferencias en cuanto al acompañamiento, la posibilidad de beber y comer o cuidados deseados en el recién nacido, entre otras. A grandes rasgos pudimos comentar con la paciente algunos aspectos relacionados con información relevante, como cuando acudir al hospital en caso de rotura de bolsa, aspecto normal del líquido amniótico, control de la respiración para el manejo del dolor, etc, sintiéndose la paciente aliviada, no sólo de saber que en su visita médica todo estaba bien, sino que podía esperar que ocurriese próximamente.

El trabajo con esta información y con el conocimiento del proceso natural es lo que realmente nos va a acercar a unos cuidados personalizados de la paciente, sin embargo, y sobre todo a pesar de las recomendaciones vistas, estudios como el de López-Gimeno et al. (2021), indican que sólo una de cada dos mujeres presentaron su Plan de Parto siendo la razón principal de no hacerlo que no hubo por parte de Enfermería ni de sus matronas información o preocupación al respecto. A la paciente no se le había preguntado anteriormente por sus preferencias, ni siquiera se le había dado información al respecto, por lo

que nos encontramos con una mujer con poca o nula experiencia sobre su proceso y también totalmente desinformada por parte de los profesionales.

La literatura consultada además establece que algunos profesionales sanitarios consideran que el Plan de Parto puede empeorar las relaciones con la paciente, ya que su cumplimentación sin la información y apoyo adecuado puede llevar a solicitar deseos que no sean acordes con la evidencia científica, tal y como expresan Muñoz y Molina (2010). Pero el papel de Enfermería, como ya se ha comentado, es una pieza imprescindible en todo el proceso, tanto en la elaboración de estos planes como en la información, acompañamiento y apoyo a la mujer gestante, que además favorecerá una satisfacción mayor en el culmen de este proceso que es el parto.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- La principal ha sido el tiempo, ya que cuando una paciente va a urgencias, y como en nuestro caso, sin patología que requiera una estancia prolongada en el servicio, es difícil poder crear esa relación de confianza y profundizar en los temas que necesite. A pesar de todo, se puede.
- Otra limitación la encontramos en el seguimiento de la paciente para comprobar si ha tenido algún efecto en ella las intervenciones realizadas. En un servicio de Urgencias, no es posible realizar este seguimiento con las pacientes.

7. CONCLUSIONES

- Enfermería puede desarrollar un gran abanico de intervenciones con el fin de lograr el empoderamiento de las gestantes, entre las que se encuentran la educación, escucha activa, apoyo emocional, presencia, proporcionar información y ayuda en la toma de decisiones. Todo esto es lo que va a favorecer un empoderamiento gestacional y una humanización real de la asistencia, frente a un adoctrinamiento de lo que debe hacerse, pues el embarazo y el parto no es un proceso patológico que exima a la mujer de capacidad para decidir sobre su cuerpo y su bebé.
- Los aspectos psicosociales en torno al embarazo y el parto son generalmente dejados de lado, a pesar de la importancia que tienen para la gestación, simplemente por esa tendencia a la patologización de procesos naturales, por lo que es algo que debe ser una prioridad en la atención enfermera. Las mujeres necesitan sentirse acompañadas, física y emocionalmente, comprendidas, respetadas en sus decisiones y deseos, sin ser juzgadas en sus elecciones, ni influenciadas a realizar actos médicos para seguir unos protocolos que difieren de sus anhelos, siempre que la evidencia científica las acompañe.
- Para poder tomar decisiones independientes, basadas en la evidencia científica y empoderadas es preciso el conocimiento del proceso natural. Saber qué ocurre y cómo ocurre cuando no tenemos intervenciones médicas innecesarias en un embarazo sano, pero encontramos muchas mujeres que llegan a este momento de su vida sin el conocimiento necesario o información para poder tomar una decisión, sino simplemente “dejarse hacer”.
- La desinformación y desconocimiento de lo que ocurre o va a ocurrir en la gestación provoca en las pacientes grandes niveles de ansiedad, estando desde Enfermería en posición de hacer que esto no ocurra, con las

intervenciones que se han mencionado y que deberían ser parte de nuestra práctica clínica diaria, para favorecer embarazos, partos y postpartos más saludables a nivel emocional.

- Las mujeres son un colectivo vulnerable, sólo por el hecho de ser mujeres. Los cuerpos femeninos han sido menospreciados a lo largo de la historia, usados para la investigación sin el consentimiento de la propia mujer por lo que aunque ya existe un cambio en la humanización de la asistencia sanitaria hacia las mujeres y sobre todo en torno al embarazo y parto, es el momento de darles voz propia mediante su empoderamiento, tomando decisiones informadas gracias al personal que las acompaña.

- El acompañamiento durante el embarazo y parto, tal y cómo se realizaba en otros momentos de la historia, es una pieza imprescindible del cuidado, teniendo Enfermería una gran implicación en que esto ocurra, pues somos las enfermeras las que estamos al cuidado de las pacientes desde el momento que se informa del embarazo, hasta el parto e incluso el puerperio. Por lo que los cuidados necesarios, no sólo abarcan cuestiones físicas, sino también emocionales para que se produzca una mayor satisfacción materna. Cuando realmente se perciben estos cuidados por parte de las pacientes, se genera una confianza en ellas mismas, que tiene unos resultados muy positivos en su experiencia. Esa confianza se traduce en el empoderamiento de su proceso.

- Con la elaboración del plan de cuidados se puede identificar la necesidad de atender a aspectos biopsicosociales durante el embarazo y de cara al parto, ya que van a afectar de manera importante en el proceso de la gestante y a su vez cómo se relacione con el personal sanitario. Se comprueba la mejora en la comunicación, la toma de decisiones, la estabilidad emocional y en definitiva el empoderamiento gestacional tras la aplicación de este.

8. BIBLIOGRAFÍA

- AAVV, Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.
- Aguilera Elizarraraz, N. L., Vega Argote, G., Montañez Frausto, M. A., & Montesinos Toscano, L. (2014). Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 21-25.
- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
- Alemaný Anchel, M. J. (2014). Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo xx. De mujeres y partos. [Tesis Doctoral]
- Álvarez-Valverde, S., Pérez-Rivera, F. J., & Andina-Díaz, E. (2020). Percepciones y deseos sobre el parto en gestantes a término en Zamora. *Enfermería Clínica*, 30(6), 411–418.
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., & Álvarez Munáriz, L. (2012). Los Conceptos Del Parto Normal, Natural Y Humanizado. El Caso Del Área 1 De Salud De La Región De Murcia. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225–247.
- Arnau, J. (2012). Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia [Tesis doctoral] Universidad de Murcia.
- Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.

- Biurrun Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.
- Borges Damas, L., Sixto Pérez, A., & Sánchez Machado, R. (2018). Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(3).
- Butcher, H. K. (2019). Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC), séptima edición. Elsevier España.
- Campiglia Calveiro, M. (2017). La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto [Tesis doctoral]
- Carmona Samper, E. (2007). La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico. Congreso Nacional de Enfermería. Universidad de Almería. [Póster].
- Correa Castañeda, N., Aguirre Arenas, J. A., Camacho Prada, J. Y., & Posada Morales, M. N. (2021). Derechos durante el parto, según recomendaciones OMS (2018): Percepción de las mujeres. Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina, (13), 239-251.
- Da Silva Lira, I.M., Santos e Silva Melo, S., De Oliveria Gouveia, M. T., Cipriano Feitosa, V. & Melo Guimares, T.M. (2020). Educational intervention to improve normal childbirth care. *Enfermería Global*, 19(2), 247-256.
- Da Silva Tarouco, V., Roggia Piexak, D., de Souza Santana, C., Calçada de Oliveira, A. C., Amaral de Pinho, L., & do Pinho Martins, K. (2019). Cuidados De Enfermagem Frente a Dimensão Espiritual No Período Gestacional. *Enfermagem Em Foco*, 10(5), 185–190.
- Da Silva Tarouco, V., Roggia Piexak, D., de Souza Santana, C., Calçada de Oliverira. A., Amaral de Pinho, L., & do Pinho Martins, K. (2019). Cuidados de enfermagem Frente a Dimensao Espiritual No Periodo Gestacional. *Enfermagem Em Foco*, 10(5), 185-190.

- Driéguez Castaño, C., López Martínez, E. M., Avilés Sáez, Z., & Conesa Ferrer, M. B. (2018). Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cultura de Los Cuidados*, 22(52), 77–91.
- Fernández y Fernández-Arroyo, M. (2017). Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(1), 3-20.
- Fernández, I. O. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (111), 79-83.
- Fornes, V. L. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas 1o Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2>
- Foucault, M. (1976). Crisis de la Medicina o la Antimedicina. *Revista Educación Médica y Salud*, 10 (2), 152-170.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad. La voluntad del saber (Vol. 1)*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Gallego, M. B. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado= Obstetric violence as a violation of autonomy and informed consent rights in pregnancy and childbirth. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251.

- Gallego, M. B. (2020). El plan de parto como documento de instrucciones previas. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 5(1), 47-58.
- Galtung, J. (2003). Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. Gernika, Bakeaz.
- García, E. M. G. (2018). La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Madrid.
- García, N. G. (2016). Plan de parto: Nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 1(2), 35-51.
- Garrido, A. B., Íñiguez, C. P., & Tegedor, B. V. (2018). El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 01-12.
- Goberna Tricas, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso del parto. *ENE. Revista de Enfermería*, 2012, vol. 6, num. 1, p. 70-77.
- Gómez Cantarino, S., & Moreno Preciado, M. (2012). La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. *Cultura de Los Cuidados*, 16(33), 67–74.
- Gonzales Felipa, E. (2015). Hiperémesis gravídica como factor de riesgo para parto prematuro. Hospital regional docente de Trujillo, 2010—2014. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO.
- González-González, A., Álvarez-Silvares, E., Veiga-Vázquez, A., & Gómez-Mosquera, M. D. (2011). Síntomas y signos digestivos durante la gestación: Náuseas y vómitos/hiperemesis gravídica. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 37(10), 559-564.

- Guanais, F. (2017). El empoderamiento de los pacientes puede mejorar la calidad de la atención de la salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. [internet] 2017; 95:489-490. <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/7/17>
- Guijarro Villar, C., Martínez-Lorca, M., González González, J., Zabala-Baños, M.ª C., & Martínez-Lorca, A. (2016). Conocimiento de la estimulación prenatal en los programas de educación maternal en Atención Primaria por parte de las mujeres gestantes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(2), 83-90.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & NANDA International. (2019). NANDA International, Inc.: Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación: 2018-2020. Elsevier España.
- Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69(2), 327-348.
- Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), e025.
- Hernández Garre, J.M. & de Maya Sánchez, B., (2019) Culturas Cosmopolitas del Parto. Constrastando sus bases antropológicas desde la perspectiva Bioética. *Acta Bioética*, 25(2), 225-234.
- Hernández Garre, J.M. (2011). Fundamentos Teóricos de Enfermería: Teorías y modelos.
- Klabbers, G. A., van den Heuvel, M. M. A., van Bakel, H. J. A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments. *Psihologijske Teme / Psychological Topics*, 25(1), 107–127.
- Lopez, C. P. H., Galeano, S. P. O., & Blandón, D. A. S. (2020). Relación entre el personal de enfermería y las gestantes durante el trabajo de parto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 71-84.

- López-Gimeno, E., Falguera-Puig, G., Vicente-Hernández, M. M., Angelet, M., Garreta, G. V., & Seguranyes, G. (2021). Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21(1), 1–9.
- Manrique Tejedor, J., Fernandez Cuesta, A. I., Echevarría, Amado-Loriga, P., Figuerol Calderó, M. I, Teixidó Badia, J. & Barranco Moreno, MP. (2014). Historia de la profesio de matrona. *Agora de Enfermería*, 18(1), 26-28is.
- Margarita García, E. (2017). Hacia los partos empoderados: Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers feministes*, 22, 87-106.
- Martín Bellido, M. D. C. (2020). La construcción del Empoderamiento Femenino: visibilizando la violencia obstétrica.
- Martín Casado, A. M., & Martín Casado, A. M. (2018). Ansiedad, parto y género: Estudio longitudinal del valor predictivo de la ansiedad sobre el parto analizado desde la perspectiva de género [Tesis Doctoral] Universidad Complutense de Madrid.
- Martínez Rojo, C., Siles González, J., & Martínez Roche, M. (2014). Los manuales escritos por matronas europeas (1609-1710): el origen de cuidados humanizados en el embarazo. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 106-110.
- Martínez-Paredes, J., & Jacome-Perez, N., 2019). *Depresión en el embarazo*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58-65.
- Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. D. P., & Barbieri, M. (2019). Repercusiones de la utilización del plan de parto en el proceso de parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.
- Mendoza, S., Jofré, V., & Valenzuela, S. (2006). La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Investigación y educación en enfermería*, 24(1), 86-92.

- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S., & Esperanza Osma-Zambarano, S. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22(2), 200-212.
- Molina Fernández, I. D., & Muñoz Sellés, E. (2010). El plan de parto a debate. ¿Qué sabemos de él?. *Matronas prof*, 53-57.
- Moorhead, S., Swanson, E. A., Johnson, M., Maas, M., Echevarría Pérez, P., Morales Moreno, I., Guillén Martínez, D., & Elsevier España (Firm). (2019). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en salud.
- Musilova, I., Bestvina, T., Hudeckova, M., Michalec, I., Cobo, T., Jacobsson, B., & Kacerovsky, M. (2016). Vaginal fluid IL-6 concentrations as a point-of-care test is of value in women with preterm PROM. *American journal of obstetrics and gynecology*.
- Olarte, G., Ortega, M. A., Acosta, M. F., Garzon, A. L., & Pérez, L. M. (2020). Intervención de enfermería para la disminución de la ansiedad ante el parto vaginal. *Revista Médica Panacea*, 9(1), 31-35.
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarrea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*, 15(7), 1–15.
- Oyarzún, E. E., & Kusanovic, P. J. P. (2011). Urgencias en obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 316-331.
- Oyarzún, E., & Kusanovic, P. (2011). Urgencias en obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 316-331.

- Paz, E. D., & Vallina, A. C. (2015). Origen y evolución de la matronería. *Nuberos Científica*, 2(15).
- Pérez, M. J. C., Bobo, M. T., & Arias, A. R. (2013). Medicalización de la vida.«Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.». *Atención Primaria*, 45(8), 434-438.
- Ribeiro, D. D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N. D., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Violencia obstétrica en la percepción de multíparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.
- Rodrigues Duarte, M., Herdy Alves, V., Pereira Rodrigues, D., Soanno Marchiori, G. R., Vieira Guerra, J. V., & Machado Pimentel, M. (2020). Perception of Obstetric Nurses on the Assistance to Childbirth: Reestablishing Women's Autonomy and Empowerment. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 12(1), 903–908
- Rodriguez Duarte, M., Herdy Alves, V., Pereira Rodrigues, D., Soanno Marchiori, G.R., Vieira Guerra, J.V. & Machado Pimentel, M. (2020). Perception of Obstetric Nurses on the Assistance to Childbirth: Reestablishing Women's Autonomy and Empowerment. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 12(1), 903-908.
- Ruiz-Berdún, D., & Alcaide, R. M. (2018). La importancia del género en la historia de la atención al parto: La incorporación de los hombres a la profesión de matrona en España. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 41(85), 191-216.
- Sala, V. V. V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (34), 90-107.
- Sánchez, J. A., Martínez-Ros, M. T., Castaño-Molina, M. Á., Nicolás-Vigueras, M. D., & Martínez-Roche, M. E. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370–381. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.8>

- Sánchez, J. A., Roche, M. E. M., Viguera, M. D. N., Peña, E. B., López, R. M., & Munárriz, L. Á. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Silva-Vera, M.E., Parrado-Soto, M.B. & Oneto-Fernández, L. del P. (2018). Mujer gestante con trastorno adaptativo en la etapa final del embarazo. A propósito de un caso. *Metas de Enfermería*, 21 (6), 69-74.
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista latino-americana de enfermería*, 23(3), 520-526.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós Básica.
- Valles, M.S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Velasco Vázquez, D. (2015). Relación entre el seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico y educación para la salud por parte de la matrona de atención especializada y las gestantes que acuden por pródromos de parto a las urgencias hospitalarias. <https://abacus.universidadeuropea.es/handle/11268/4440>

