

***PROYECTO DE DISEÑO, GESTIÓN E  
INTERVENCIÓN EDUCATIVA***

---

**“IMPLANTACIÓN DE UN CENTRO DE  
NACIMIENTOS EN LA ISLA DE  
TENERIFE”**

**AUTORA:**

Adriana Santos Pérez

**TUTORA:**

Dra. Aythamy González Darias

**COTUTORA:**

Irene González Pérez

**TRABAJO FIN DE GRADO**



**GRADO EN ENFERMERÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, TENERIFE**

**JUNIO 2021**



## RESUMEN

El parto es un proceso fisiológico que vive cada una de las mujeres de forma única y especial. Actualmente, existe una alta tecnificación y medicalización del parto por parte del profesional sanitario, incluso en situaciones que no sería necesario. Las mujeres y familias, en conjunto con asociaciones de matronas, están tratando de cambiar esta visión hacia un nuevo paradigma, donde las mujeres puedan ser capaces de expresar sus deseos y de vivir su parto de la forma más personalizada posible para cada una de ellas.

Si queremos llevar a cabo los partos respetados necesitamos un ambiente tranquilo y acogedor donde las mujeres se sientan libres y comprendidas en todo momento, ahí es donde surge la idea de la creación de un Centro de Nacimientos en la isla de Tenerife. Un espacio seguro y liderado por enfermeras especialistas, donde se lleven a cabo partos normales y sea de cobertura pública para la población.

Para que esta implantación en nuestro sistema sanitario sea llevada con éxito requiere de un plan formativo para las matronas que formarán parte del centro, pues precisamos un cambio en el ejercicio de la profesión donde se sustente un liderazgo real por parte de estas profesionales, convirtiendo el modelo actual de asistencia al parto en uno que realmente integre a la mujer y la familia.

En este proyecto planteamos la implantación de un Centro de Nacimientos en Tenerife, centrando la intervención en el plan formativo destinado a las profesionales que ejercerán la asistencia al parto en este centro.

## PALABRAS CLAVE

*Centro de Nacimientos, matronas, parto normal, enfermería, intervención educativa, mujer.*

## ABSTRACT

Childbirth is a physiological process that each woman experiences in a unique and special way. Currently, there is a high technicalization and medicalization of this process by health professionals, even in situations that would not be necessary. Women and families, in conjunction with midwifery associations, are trying to change this vision towards a new paradigm, where women may be able to express their wishes and live their birth in the best possible way for each one of them.

If we want to carry out respectful births, we need a calm and welcoming environment where women feel free and understood at all times, that is where the idea of creating a Birth Centre on the island of Tenerife arises. A safe space led by specialist nurses, where normal deliveries are carried out and is public coverage for the population.

For this implementation in our health system to be carried out successfully, it requires a training plan for the midwives who will be part of the center, as we need a change in the exercise of the profession where real leadership is sustained by these professionals, turning the current model of childbirth assistance in one that truly integrates the woman and the family.

In this project we propose the implantation of a Birth Centre in Tenerife, focusing the intervention on the training plan for the professionals who will provide childbirth assistance in this center.

## KEY WORDS

*Birth Centre, midwives, normal delivery, nursing, educational intervention, woman.*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|  |         |
|--|---------|
| 1. <b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....  | pág. 1  |
| 2. <b><u>MARCO TEÓRICO</u></b> .....   | pág. 2  |
| <b>2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b> .....  | pág. 2  |
| 2.1.1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL PARTO.....   | pág. 2  |
| 2.1.2. MOVIMIENTOS SOCIALES Y CULTURALES PARA<br>DESMEDICALIZAR LA ASISTENCIA AL PARTO<br>NORMAL.....      | pág. 4  |
| 2.1.3. PAPEL DE LAS MATRONAS Y ENFERMERAS EN<br>DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y LAS<br>FAMILIAS..... | pág. 7  |
| 2.1.4. UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS Y CENTROS<br>DE NACIMIENTOS EN LA ACTUALIDAD.....                   | pág. 8  |
| 2.1.5. RETOS EN LA SANIDAD CANARIA EN RELACIÓN CON<br>LA ASISTENCIA AL PARTO.....                          | pág. 12 |
| 3. <b><u>JUSTIFICACIÓN</u></b> .....   | pág. 13 |
| 4. <b><u>PROBLEMA</u></b> .....  | pág. 14 |
| 5. <b><u>OBJETIVOS</u></b> .....   | pág. 15 |
| <b>5.1. OBJETIVOS GENERALES</b> .....  | pág. 15 |
| <b>5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL CENTRO<br/>                DE NACIMIENTOS</b> .....   | pág. 15 |
| <b>5.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN<br/>                EDUCATIVA</b> .....                   | pág. 15 |
| 6. <b><u>METODOLOGÍA DE LA IMPLANTACIÓN DEL CENTRO DE<br/>                NACIMIENTOS</u></b> .....        | pág. 16 |
| <b>6.1. POBLACIÓN DIANA</b> .....  | pág. 16 |
| <b>6.2. RECURSOS ESTRUCTURALES E INFRAESTRUCTURA</b> .....   | pág. 17 |
| <b>6.3. RECURSOS HUMANOS</b> .....   | pág. 20 |

|  |         |
|--|---------|
| 6.4. <b>UBICACIÓN</b> .....  | pág. 20 |
| 6.5. <b>CIRCUITO DE TRASLADO</b> .....   | pág. 20 |
| <b>7. <u>METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA</u></b> .....  | pág. 23 |
| 7.1. <b>TIPO DE ESTUDIO</b> .....  | pág. 23 |
| 7.2. <b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> .....   | pág. 23 |
| 7.3. <b>LUGAR</b> .....  | pág. 24 |
| 7.4. <b>DURACIÓN</b> .....   | pág. 24 |
| 7.5. <b>CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN E INSCRIPCIÓN</b> .....  | pág. 24 |
| 7.6. <b>MÉTODO DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN</b> .....  | pág. 25 |
| 7.7. <b>INSTRUMENTO DE MEDIDA</b> .....  | pág. 25 |
| 7.8. <b>EVALUACIÓN DE RESULTADOS</b> .....   | pág. 25 |
| 7.9. <b>ENCUESTA PILOTO</b> .....  | pág. 26 |
| 7.10. <b>SESIONES FORMATIVAS</b> .....   | pág. 27 |
| 7.10.1. <b>SESIÓN 1. BIENVENIDA</b> .....  | pág. 27 |
| 7.10.2. <b>SESIÓN 2. CENTRO DE NACIMIENTOS</b> .....   | pág. 28 |
| 7.10.3. <b>SESIÓN 3. ATENCIÓN PERSONALIZADA Y<br/>                  COLABORACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES</b> .....  | pág. 29 |
| 7.10.4. <b>SESIÓN 4. ATENCIÓN ÓPTIMA INTRAPARTO:<br/>                  CÓMO REDUCIR DE FORMA SEGURA LAS<br/>                  INTERVENCIONES INNECESARIAS</b> .....        | pág. 30 |
| 7.10.5. <b>SESIÓN 5. AUSCULTACIÓN INTERMITENTE<br/>                  “INTELIGENTE”</b> .....   | pág. 31 |
| 7.10.6. <b>SESIÓN 6. UNA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN<br/>                  MATERNAL BASADA EN LA AUTONOMÍA PROFESIONAL<br/>                  Y LA ATENCIÓN COMPASIVA</b> ..... | pág. 32 |
| 7.10.7. <b>SESIÓN 7. POSTURAS INTRAPARTO Y LACTANCIA<br/>                  MATERNA EFICAZ</b> .....  | pág. 33 |
| 7.10.8. <b>SESIÓN 8. ATENCIÓN A LA MUJER Y FAMILIA EN<br/>                  EL CENTRO DE NACIMIENTOS</b> .....   | pág. 34 |
| 7.11. <b>CRONOGRAMA</b> .....  | pág. 36 |
| 7.12. <b>RECURSOS DEL PLAN FORMATIVO</b> .....   | pág. 38 |
| 7.13. <b>PRESUPUESTO DEL PLAN FORMATIVO</b> .....  | pág. 39 |

|        |  |         |
|--------|--|---------|
| 7.14.  | <i>CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES</i> .....  | pág. 40 |
| 7.15.  | <i>FACTORES EXTERNOS</i> .....   | pág. 40 |
| 8.     | <b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....   | pág. 41 |
| 9.     | <b><u>ANEXOS</u></b> .....   | pág. 49 |
| 9.1.   | <b><i>ANEXO I. GLOSARIO DE TÉRMINOS</i></b> .....  | pág. 49 |
| 9.1.1. | EL PARTO NORMAL.....   | pág. 51 |
| 9.1.2. | EL PROCESO DE PARTO.....   | pág. 51 |
| 9.1.3. | LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....   | pág. 53 |
| 9.1.4. | ATENCIÓN COMPASIVA EN EL PARTO.....  | pág. 54 |
| 9.1.5. | AMNIORREXIS.....   | pág. 55 |
| 9.1.6. | PRESENTACIÓN CEFÁLICA.....   | pág. 55 |
| 9.1.7. | SUFFRIMIENTO FETAL.....  | pág. 56 |
| 9.1.8. | ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).....   | pág. 57 |
| 9.1.9. | AUSCULTACIÓN INTERMITENTE.....   | pág. 57 |
| 9.2.   | <b><i>ANEXO II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PARTOS FISIOLÓGICOS</i></b> .....                      | pág. 58 |
| 9.3.   | <b><i>ANEXO III. HOJA DE CORRECCIÓN</i></b> .....  | pág. 61 |
| 9.4.   | <b><i>ANEXO IV. CARTEL INFORMATIVO</i></b> .....   | pág. 62 |
| 9.5.   | <b><i>ANEXO V. TRÍPTICO</i></b> .....  | pág. 63 |
| 9.6.   | <b><i>ANEXO VI. FICHA DE DATOS PERSONALES</i></b> .....  | pág. 64 |
| 9.7.   | <b><i>ANEXO VII. EJERCICIO PRÁCTICO: ROLE PLAYING</i></b> .....                                  | pág. 65 |
| 9.8.   | <b><i>ANEXO VIII. EJERCICIO PRÁCTICO: CASO CLÍNICO</i></b> .....                                 | pág. 66 |
| 9.9.   | <b><i>ANEXO IX. EJERCICIO PRÁCTICO: ESFERAS DE “LA ATENCIÓN COMPASIVA” EN EL PARTO</i></b> ..... | pág. 67 |
| 9.10.  | <b><i>ANEXO X. PERMISO PARA EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS</i></b> .....     | pág. 68 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

- **Figura 1.** Habitación de la Unidad de Partos de Baja Intervención Hospital Universitario HM Nueva Belén.....pág. 10
- **Figura 2.** Habitación de la Unidad de Partos de Baja Intervención Hospital Universitario HM Nueva Belén.....pág. 10
- **Figura 3.** Habitación centro de nacimientos Hospital San Joan de Déu de Martorell.....pág. 11
- **Figura 4.** Modelo de diseño para los módulos sanitarios de MyBoxExperience.....pag. 17
- **Figura 5.** Circuito de derivación del Centro de Nacimientos al CHUC.....pág. 22

### Anexos

- **Figura 6.** Las 3 esferas de la atención compasiva en el parto.....pág. 54
- **Figura 7.** Presentación cefálica.....pág. 56
- **Figura 8.** Rangos dependiendo del IMC.....pág. 57

## ÍNDICE DE TABLAS

- **Tabla 1.** Cronograma “Proyecto de Intervención educativa”.....pág. 36
- **Tabla 2.** Recursos del plan formativo.....pág. 38
- **Tabla 3.** Presupuesto del plan formativo.....pág. 39



## 1. INTRODUCCIÓN

El parto es un proceso natural que forma parte de la sexualidad y reproducción femenina, no obstante, hoy en día, en los entornos hospitalarios de forma mayoritaria, se halla supeditado a unos protocolos destinados a promover *la seguridad* de las pacientes y la comodidad de los profesionales en la asistencia. Debido a este paradigma, las mujeres han sido relegadas a un segundo plano ejerciendo un papel de sumisión, como meros agentes secundarios incapaces de tomar decisiones. Con ello se acaba transformando este proceso fisiológico, donde la madre y la familia son los verdaderos protagonistas, pasando a ser subordinados de las decisiones de los profesionales sanitarios durante el proceso de nacimiento.<sup>1</sup>

Los partos en la antigüedad se realizaban en los hogares y eran llevados a cabo por parteras con dudosa formación, los medios en la asistencia no eran los más adecuados y estas intervenciones, en algunas ocasiones, entrañaban peligro para los recién nacidos y para las madres. En España durante la década de los setenta, con el desarrollo de la sanidad y los hospitales, cambió por completo la atención al parto y se fue instaurando la medicalización y tecnificación a este proceso por parte del colectivo médico. Se estandarizaron los cuidados del parto y la realización de diversas intervenciones que, incluso hoy en día, son tema de discusión.<sup>2</sup>

El problema que todo esto conlleva, es que la intervención tan invasiva del proceso de parto en ocasiones conduce a la violencia obstétrica. La tecnificación del parto se excusa en la importancia de que el recién nacido se encuentre bien y finalmente manipulan, patologizando y medicalizando a las mujeres, desestimando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>, la cual lleva más de tres décadas alertando sobre el exceso de medicalización e instrumentalización de los partos.<sup>1</sup>

Actualmente están surgiendo diversas formas de activismo, tanto por parte de las mujeres, de las familias como de las enfermeras y matronas, que tienen el objetivo de informar, formar y presionar a nivel social para que las mujeres vuelvan a ser las protagonistas de sus propios partos. Además, también insisten en la modificación de los protocolos de atención al parto para que estos sean menos invasivos y más humanizados, permitiendo a las gestantes y familias decidir sobre su salud, contemplando la posibilidad de la atención al parto fuera de la organización hospitalaria como una opción efectiva y segura, lo cual viene constatando la evidencia científica desde hace años.<sup>1-4</sup>

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

#### 2.1.1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL PARTO

El punto de partida de la enfermería y las matronas se ha relacionado directamente con la división sexual de las labores, la cual existe desde las épocas más primitivas, donde la mujer asumía la responsabilidad del rol de los cuidados en la supervivencia de la tribu. Desde estos momentos las mujeres fueron las encargadas de ayudar en el trabajo de parto y de prestar sus conocimientos acerca de los cuidados de la mujer embarazada, de la parturienta, de su recién nacido y de los abortos que fueron transmitidos de generación en generación, de madres a hijas.<sup>5</sup>

A comienzos de la Edad Media, las matronas, que no solo utilizaban la transmisión de la palabra como forma de aprendizaje e investigaron para conocer nuevos recursos de ayuda a la mujer, fueron desterradas y asesinadas, acusadas de magia, brujería y superstición.<sup>5</sup> Durante este periodo medieval destaca una reconocida matrona, Trótula de Salerno, a la cual se le atribuyen las obras de obstetricia y ginecología del siglo XI. A diferencia de las demás universidades, la Escuela de Salerno, donde ella estudió, se distinguía por aceptar docentes y alumnas mujeres. Con sus investigaciones sobre salud de la mujer lideró el camino hacia la discusión de los temas médico-femeninos, anteriormente relegados al mundo de la hechicería. Su libro *De Passionibus Mulierum Curandum* contiene 60 capítulos acerca del periodo menstrual, la concepción, el embarazo, el parto, el control de la natalidad, diversas enfermedades ginecológicas y sus remedios. Es el primer tratado de la historia donde se sistematizan asuntos relativos a la ginecología y la obstetricia escrito por una mujer. Trótula es conocida por curar casi todas las patologías relacionadas con el útero, la menstruación, las hemorragias, las enfermedades infecciosas y las lesiones del parto, las cuales remedió utilizando medicinas naturales provenientes de hierbas. Incluso, ideó nuevos métodos para disminuir el dolor en los partos, tales como el uso de opiáceos, una práctica que en esos momentos era perseguida por las autoridades.<sup>6</sup>

Durante el siglo XV en España, se recupera el estatus y el prestigio social de las matronas, que tanto se había castigado a comienzos de la Edad Media. Algunas de ellas fueron llamadas a las Cortes Reales para asistir al parto de reinas, tales como María de Castilla e Isabel La Católica. En 1477 las leyes del Real Tribunal de Protomedicato establecen unas condiciones que deben cumplir

médicos, cirujanos y otros profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión. Las matronas no aparecen en estas condiciones reafirmando la diferencia de oportunidades y derechos por cuestiones de género como una constante a lo largo de la historia. No fue hasta 1498, cuando los Reyes Católicos promulgaron un Decreto que recogía la regulación del oficio o arte de partear.<sup>5-7</sup>

En los siglos XVIII y XIX el liderazgo de las matronas en la atención obstétrica empieza a desmoronarse, debido a que los cirujanos emprenden la transformación de la asistencia a la parturienta en un arte quirúrgico. Las mujeres de la alta sociedad y de la Corte eligieron este tipo de atención, relegando a las matronas la asistencia del resto de partos de la población urbana y rural, familias con escasos recursos económicos. Bajo este contexto de sociedad androcéntrica, ser matrona implicaba limitar sus competencias para encomendárselas a los cirujanos. Las matronas en Europa comienzan su reivindicación y su lucha por el espacio de poder en la profesión, conscientes de la exclusión que le iban interponiendo los varones médicos y cirujanos.<sup>5-7-8</sup>

A comienzos del siglo XX en España, comienzan a crearse los primeros centros de formación para matronas, tales como la Casa de Salud Santa Cristina, pero estos eran adscritos a facultades de medicina. A finales de siglo, específicamente en el año 1977, el Real Decreto de 23 de julio integra los estudios de ATS en las universidades españolas como Escuelas Universitarias de Enfermería, creándose la titulación de Diplomados en Enfermería. Esto marcó un antes y un después en los estudios de enfermería y de las matronas, pues los conocimientos fueron encaminados a una concepción más integral de los cuidados hacia personas sanas o enfermas y dejaron a un lado al profesional médico como razón de ser de las actividades de enfermería. En 1987, otro Real Decreto regula las nuevas especialidades de enfermería, entre ellas la de matrona, que pasó a llamarse especialista en enfermería obstétrico-ginecológica.<sup>5-8</sup>

La sociedad patriarcal a lo largo del tiempo ha marcado el devenir de una profesión que ha sido tradicionalmente de mujeres y para mujeres. La incorporación de los avances tecnológicos, la hospitalización del proceso del parto y el ejercicio de la medicina desde una perspectiva masculina basada en el estudio de la patología, han sido hitos históricos que han transformado aún más el proceso de parto en un proceso medicalizado y tecnificado en nuestro país.<sup>2</sup> Hoy en día, las matronas y enfermeras intentan separarse de este rol de subordinación, construyendo su autonomía profesional y un cuerpo de conocimientos propio.<sup>5</sup>

Por lo anteriormente descrito, la patologización del parto en Occidente atravesó dos procesos, el primero cuando los partos pasaron de ser atendidos por matronas a ser atendidos por obstetras y cirujanos; y el segundo, cuando estos comenzaron a realizarse sistemáticamente en entornos hospitalarios en vez de en los hogares. La institucionalización de los procesos reproductivos arrasó con el protagonismo de las mujeres durante su embarazo y parto, convirtiéndolas en agentes sin capacidad de decisión en su proceso. Existe una tendencia arraigada por parte del personal sanitario a medicalizar en exceso los procesos fisiológicos de las mujeres, ya sea el embarazo, el parto o la menopausia.<sup>1</sup>

La violencia obstétrica nace de esta visión durante la atención del parto y el embarazo en los centros de salud. Desde entonces, se considera a las mujeres como pacientes (sin que presenten ningún grado de patología), se les aplican protocolos de actuación en entornos enmarcados en escenarios quirúrgicos donde, de forma obligatoria, a todas las mujeres se les canaliza una vía periférica, sueros intravenosos, enemas, rasurado, posiciones anti-fisiológicas como la de litotomía, etc. Como se reconoce en el artículo *Hacia los partos empoderados*<sup>1</sup> escrito por Eva Margarita García, “...a mayor intervencionismo, mayor medicalización...”: si a una mujer se le administra oxitocina sintética para inducir el parto, puede sentir tanto dolor que necesitará un catéter epidural, por lo que el trabajo de parto puede ralentizarse o no evolucionar, y finalmente acabar en una cesárea.

El mantenimiento de protocolos obsoletos va en contra de la evidencia científica más actual, que muestra como el excesivo intervencionismo es altamente determinante en la morbilidad materna. Para la ONU tampoco ha pasado desapercibido en su último informe,<sup>9</sup> constatando que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado, sistemático e institucionalizado. Estos hechos se han dado a conocer gracias a la multitud de testimonios descritos por familias (El Parto es Nuestro en España).

### **2.1.2. MOVIMIENTOS SOCIALES Y CULTURALES PARA DESMEDICALIZAR LA ASISTENCIA AL PARTO NORMAL**

En el año 1985 la OMS redactó un informe acerca de las recomendaciones del proceso de parto, específicamente sobre la utilización de la medicalización y tecnificación.<sup>10</sup> Además, en este se señaló que la gestante tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de esa atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Entre las recomendaciones destacamos algunas, tales como: importancia de informar a

toda la comunidad de los distintos métodos de atención, para que la mujer pueda elegir libremente lo que desea; no está indicado rasurar el vello púbico, la administración de enemas ni colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante todo el proceso de dilatación y expulsivo, debe recomendarse deambular y siempre debemos permitir a la mujer decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo; no se justifica el uso sistemático de episiotomía, debe protegerse el perineo siempre que sea posible; evitar el uso de la epidural como método de rutina para el alivio del dolor en el parto, optando preferiblemente por métodos no farmacológicos; no realizar revisiones de cuello uterino de forma rutinaria, etc.<sup>10-11</sup> Más tarde, en 1996, la OMS creó la *Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal* con el objetivo de evaluar la evidencia de algunas prácticas más comunes en la atención al parto normal y establecer unas recomendaciones claras basándose en la evidencia científica.<sup>12</sup>

Durante el año 2007 en España, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup>, su objetivo es transformar la atención al parto como se contemplaba hasta ese momento hacia una atención basada en las necesidades de la mujer. Proporcionando privacidad y dignidad a las gestantes, así como promover la confianza y la seguridad, otorgando un documento legal donde las mujeres y familias pueden manifestar sus preferencias en cuanto a la atención al parto (plan de parto)<sup>13</sup> e incluyendo que los profesionales deben intervenir en aquellas situaciones que se desvían de la normalidad. En ese mismo año, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), creó *Iniciativa al Parto Normal* (IPN), un documento basado en la evidencia científica donde se expone la asistencia al parto normal por las matronas.<sup>14</sup>

En el año 2010 se realizó la *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*, donde por primera vez las usuarias de dicha guía formaron parte del equipo. Con esta guía se pretende contribuir al cambio en el modelo de atención al parto, para así ofrecer una atención eficaz, segura y personalizada para cada mujer.<sup>15</sup>

Todas estas guías para el parto normal son realizadas con la intención de humanizar al máximo el proceso de parto y, actualmente, no se está consiguiendo en la totalidad de los hospitales españoles. Siguen sin realizarse muchas de estas recomendaciones, y la práctica de procedimientos e intervenciones tales como la posición de litotomía o la epidural como único manejo del dolor, siguen siendo habituales en muchos paritorios de nuestro país.<sup>2</sup> Hoy en día, el 53% de los partos se estimulan con oxitocina y en casi el 42%<sup>13</sup> se realiza episiotomía. Entre 8-9 partos de cada 10 son en posición

de litotomía, que resulta mucho más cómoda para el personal sanitario, pero no para la parturienta. Además, solo en un 60% de los nacimientos se favorece el contacto piel con piel entre madre e hijo.<sup>1</sup>

Debido a la atención desigual en los partos de distintos hospitales del país, el Ministerio de Sanidad ha puesto a disposición de las gestantes los llamados planes de parto<sup>16</sup>, anteriormente definidos, son documentos donde pueden expresar sus deseos o preferencias. Pueden exponer si quieren o no epidural, episiotomía, rasurado y enema, en qué posturas desean parir, por quiénes quieren estar acompañadas, etc. Se recomienda hacer este plan a partir de la semana 28 de gestación y entregarlo en el servicio de atención al usuario del hospital donde se vaya a parir. Aún existiendo este documento, en ocasiones no se respetan los deseos de las madres, de ahí las altas tasas de instrumentalización, aunque la mujer haya entregado un plan de parto previamente.<sup>1-11</sup>

En nuestro país existen diversas asociaciones cuyo objetivo es reivindicar la inclusión de una legislación específica para penalizar la violencia obstétrica, así como para fomentar la atención humanizada del parto, tanto para las madres como para los recién nacidos de una forma informativa y formativa para usuarias y profesionales. Una de las principales es *El Parto Es Nuestro* (EPEN)<sup>17</sup>, una asociación sin ánimo de lucro creada en 2003 con el objetivo fundamental de apoyar e informar a las mujeres respecto al embarazo, parto y postparto. En sus comienzos se centraron en proveer apoyo psicológico a las víctimas de violencia obstétrica y partos traumáticos, aunque fue ampliando sus fronteras hasta el punto de ofrecer información para “prevenir antes que curar”.<sup>17-18</sup> Organiza reuniones periódicas en distintos puntos de España y se mantiene a base de donaciones y de las cuotas de sus socias, entre las cuales encontramos a usuarias y profesionales de todo el territorio español. Además, EPEN colaboró en la redacción de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, donde expusieron que los partos deben ser mínimamente intervenidos, que pertenecen a cada una de las mujeres que los viven y que se trata de actos sexuales, íntimos y, como tales, deben ser respetados al máximo.<sup>18-19</sup>

La segunda agrupación más conocida es la *Associació Catalana per un Part Respectat Dona Llum*, la cual tiene su sede en Cataluña y está formada por usuarias y profesionales del sistema de salud. Su objetivo es mejorar la atención a las mujeres en el embarazo, el parto y postparto en todo el territorio catalán. Asimismo, también ofrece apoyo psicológico a las mujeres que han vivido partos traumáticos y apoyo jurídico para quienes quieran realizar demandas por violencia obstétrica.<sup>1-20</sup>

Otra de las sociedades de profesionales que trabajan para recuperar los partos domiciliarios como alternativas seguras y más respetuosas es la *Asociación Nacer en Casa*. Su objetivo principal es dar a conocer el parto en el hogar como modelo asistencial válido, cuestionando el modelo asistencial hospitalario. De ella forman parte aproximadamente el 90% de los ginecólogos y matronas que realizan asistencia al parto domiciliario en España.<sup>1-21</sup>

### **2.1.3. PAPEL DE LAS MATRONAS Y ENFERMERAS EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y LAS FAMILIAS**

En un estudio realizado por Rosa Llobera, matrona de atención primaria en las Islas Baleares, publicado en el año 2018, se observan las opiniones de las matronas del sistema público de esta comunidad autónoma. La mayoría opinan que la atención obstétrica es, en general, respetuosa y que se ofrece un trato humanizado, pero de sus respuestas emerge un margen de mejora que cabría tener en cuenta. También hacían referencia a que el proceso del embarazo, parto y puerperio normales no siempre son atendidos ni entendidos como procesos fisiológicos, por lo que podemos conocer que existe una sobreintervención innecesaria. En cuanto al aspecto de la autonomía de la mujer, reconocieron la utilidad del plan de parto, aunque indicaron que la actitud de los profesionales sanitarios en algunas ocasiones cambia cuando los deseos de la mujer difieren de su opinión. Igualmente, referían que se favorece la intimidad adaptando los espacios y medidas físicas para ello, pero comentaban que no siempre se limitan los profesionales presentes en el parto y que, en ocasiones, se daba información sin consentimiento de la parturienta a otros familiares distintos al que ella eligió para estar presente en el parto. Cabe destacar la diferencia de respuestas obtenidas en este estudio entre las matronas de hospital y las de atención primaria. En general, las de atención primaria son más críticas respecto al intervencionismo realizado en los partos de las mujeres que acuden a consulta.<sup>22</sup> En definitiva, para poder mejorar los aspectos relevantes sobre la intimidad, el trato, la autonomía y la adecuación de la práctica, es imprescindible tener en cuenta la opinión de las matronas.<sup>23</sup>

Desde hace años, se han creado asociaciones de matronas en España con el fin de velar por esa atención respetada y humanizada del parto. La *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)*, intenta unificar las necesidades de cada una de ellas en una sola. Algunos de sus objetivos principales son: representar las distintas asociaciones de matronas de todo el territorio español; influenciar el desarrollo e implementación de la legislación que concierne al ámbito de la

educación y práctica profesional de las matronas; promover la calidad del cuidado de la salud integral de la mujer y promover la calidad del cuidado de salud del recién nacido; promover políticas que favorezcan los procesos fisiológicos de la salud sexual reproductiva de las mujeres, entre otros.<sup>24</sup> Incluso, han creado una revista llamada *Matronas Profesión* donde se publican artículos de interés para la comunidad de especialistas obstétrico-ginecológicos.<sup>25</sup>

Una de las agrupaciones adscritas a FAME es la *Asociación Canaria de Matronas (ACAMAT)*, una sociedad científica sin ánimo de lucro fundada en el año 2003, la cual pretende mejorar la comunicación entre las matronas de las islas y facilitar el intercambio de información de temas de interés entre los profesionales.<sup>26</sup>

Aún existiendo estas asociaciones de matronas, y las guías y recomendaciones para el parto normal, en las Islas Canarias hay un desfase entre la teoría y la práctica que perpetúa la discriminación hacia la mujer. Un estudio publicado en el año 2017, *La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife* nos muestra que más de la mitad de las mujeres (56,4%) sufrieron violencia obstétrica durante el parto en uno de los hospitales de la isla de Tenerife, siendo los indicadores más frecuentes de esta la participación del alumnado en prácticas sin previo consentimiento de la mujer y el cambio de ritmo en el parto por conveniencia del personal sanitario.<sup>27</sup> Aludiendo a este cambio de ritmo por preferencia de los sanitarios, ha sido publicado en el año 2020, un artículo acerca de por qué las mujeres ya no suelen dar a luz en fines de semana ni días festivos. ¿La razón? Los partos programados. Es decir, los partos inducidos o mediante cesáreas, previamente decididos por los profesionales de la salud, para que se ajusten a los momentos que estos creen más adecuados porque hay más recursos humanos en paritorios o por otras razones que desconocemos.<sup>28</sup>

#### **2.1.4 UNIDADES LIDERADAS POR MATRONAS Y CENTROS DE NACIMIENTOS EN LA ACTUALIDAD**

Actualmente, gracias a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, avaladas por la evidencia científica, se está cambiando el paradigma actual para que se produzca una atención humanizada del mismo. El parto normal hace referencia al parto que se desarrolla de forma fisiológica sin intervenciones innecesarias, en el cual no existen complicaciones durante el embarazo y el parto, y tiene lugar cuando la gestante está a término.<sup>30</sup>



Desde hace años y hasta nuestro presente, se han ido creando unidades lideradas por matronas y centros de nacimientos, con la finalidad de aportar esa atención humanizada y segura a todo el proceso de parto. Estas unidades o centros se han ido estableciendo en Europa desde 1970, son dirigidas por matronas y, con ellas, las mujeres controlan su embarazo y su parto, sin visitas de obstetras, a no ser que clínica o asistencialmente sea necesario. Las usuarias son mujeres sin ninguna patología previa y que comienzan el trabajo de parto de forma espontánea. En estas unidades la matrona prioriza la normalidad y evita intervenciones innecesarias en la gestante. En caso de que sea necesaria la asistencia de un médico obstetra, se debe trasladar a la mujer a la sala de partos vinculada al hospital, ya que estas unidades o centros de nacimientos están restringidos a embarazos y partos de bajo riesgo.<sup>31</sup>

Estructuralmente, estos lugares son diseñados más acogedores y cálidos que los paritorios de hospitales convencionales. Ocultan con cortinas y muebles de madera la tecnología médica, dando la sensación de encontrarte en una habitación de hotel.<sup>31</sup> Muchos mamíferos eligen por instinto, para el momento del parto, espacios donde no se sientan en peligro y, como mamíferos que somos, hemos heredado esta directriz.<sup>31-32</sup> Por ello, es muy importante que la mujer se encuentre en un entorno tranquilo, atractivo y con iluminación regulable que es de lo que se encarga la arquitectura de maternidades.<sup>32-33</sup> Esto hará que la mujer y su familia se sientan mucho más seguras y puedan vivir mejor el nacimiento de su hijo. Para la decoración, se opta por posters de paisajes o motivos relajantes, además de la utilización de cortinas sencillas de color o dibujo agradable.<sup>34</sup> Además, también existe la posibilidad de poner música a elección de la parturienta, al igual que hacer uso de la aromaterapia para conseguir tranquilizarse a base de olores y sonidos. En cuanto a los materiales de apoyo al parto, estos lugares suelen contar con bañeras de agua caliente para utilizar su efecto relajante y analgésico durante la dilatación. También podemos encontrar pelotas elásticas, cuerdas colgadas del techo para sujetarse durante la contracción, cojines, almohadas y mecedoras. En relación con la temperatura de la habitación, esta nunca debe ser fría, pues es perjudicial tanto para la mujer como para el recién nacido.<sup>32-34</sup>

En gran parte del territorio español, el sistema de atención al nacimiento continúa siendo institucionalizado y medicalizado. Existe un proceso de concienciación y de cambio, pero avanza lentamente y el nivel de intervencionismo sigue siendo elevado. Nuestro marco legal contempla la integración de nuevos espacios para el nacimiento, sin embargo, el hospital sigue siendo el único lugar destinado para el nacimiento de cobertura pública de forma generalizada.<sup>35</sup>

Por ello, las unidades lideradas por matronas o centros de nacimientos suelen ser de tipo privado.<sup>35</sup> Una de las unidades más famosas, por su Primer Premio de Diseño de Interior en Infraestructuras Sanitarias, es la Unidad de Parto de Baja Intervención del Hospital Universitario HM Nuevo Belén en Madrid, que cuenta con espacios especialmente diseñados para favorecer el proceso del parto fisiológico. Cada habitación cuenta con zonas de movimiento y descanso, de luz y de agua, con una bañera de dilatación y un aseo con ducha. Las salas cuentan con luz natural y luz artificial regulable y tienen a disposición de la parturienta todo el material necesario de apoyo: pelota, silla, liana, barra de agarre, etc. (*Figura 1, Figura 2*) Su programa ofrece la posibilidad de disfrutar del parto, siendo natural, respetado y mínimamente intervenido, por ello han situado la ubicación de la Unidad en una zona muy tranquila del hospital, aportando la privacidad necesaria durante este proceso. Además, en estas habitaciones pueden llevarse a cabo tanto la dilatación como el expulsivo y el postparto inmediato, sin tener que cambiar de entorno.<sup>36</sup>

En relación con la enfermería, en estas unidades la matrona es la encargada de vigilar todo el proceso, y orienta a la mujer sobre técnicas de manejo del dolor como la hidroterapia, la aromaterapia, la música y otros recursos.<sup>37</sup>



(Figura 1) \*



(Figura 2) \*

\**Figuras 1 y 2.* Habitaciones de la Unidad de Partos de Baja Intervención, Hospital Universitario HM Nuevo Belén. <sup>36-37</sup>

En relación con los centros de nacimientos, los primeros que se crearon en España fueron construidos en Cataluña y de manera privada, llamados Migjorn y Aura Naixement. En el ámbito público, encontramos dos centros de nacimientos asociados al hospital, uno en la Comunidad Valenciana y otro en Cataluña. El de Cataluña es el del Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, el cual se inauguró en diciembre del 2017, es gestionado por matronas y fue el primer hospital público

catalán en contar con un espacio de esas características. (**Figura 3**) Referente a la Comunidad Valenciana, el centro de nacimientos se encuentra en el Hospital de Manises, se inauguró en el 2014 y es el primero que estuvo integrado en la red pública de hospitales españoles.<sup>35</sup>



(**Figura 3.** Habitación centro de nacimientos Hospital Sant Joan de Déu de Martorell) <sup>38</sup>

La implantación de estas unidades lideradas por matronas o centros de nacimientos conlleva una formación *de nuevo* a las y los profesionales implicados. La necesidad urgente formativa y de actualización de las personas profesionales se debe a una práctica asistencial sustentada en el intervencionismo, que, durante muchos años, ha relegado en el olvido el principio fundamental del cuidado y el respeto por la fisiología, base fundamental de nuestra disciplina.

La asistencia de las matronas y enfermeras de las áreas de paritorios requiere de una revisión de buenas prácticas que actualicen los conocimientos donde se rechacen o abandonen las prácticas nocivas que se realizan de forma rutinaria en el ámbito hospitalario. Así se recoge en el Informe Final de la Estrategia de Atención al Parto Normal en España (2012)<sup>17</sup>, un 45% de los y las profesionales que desarrollan su actividad asistencial en este ámbito, demandan formación para actualizar conocimientos y habilidades prácticas, y describen las dificultades encontradas para asistir a dicha formación –horarios, desplazamiento, permisos y sustituciones, etc. En cuanto a la formación de profesionales sanitarios residentes (enfermeras/os, matronas, ginecólogos/as, pediatras, ...) en materia de humanización a la asistencia al nacimiento y la lactancia destaca la IHAN,<sup>39</sup> una iniciativa que persigue formar a los y las residentes en buenas prácticas. En Canarias, los tres grandes hospitales de la red del Servicio Canario de la Salud se han sumado a lograr la acreditación que certifique sus buenas prácticas en materia de lactancia materna y la formación y capacitación del personal sanitario, al igual que la isla de Fuerteventura (Especializada y Primaria) y diversos centros de Atención Primaria de las islas de Gran Canaria, Tenerife, La Palma y Lanzarote.

Sin embargo, en el ámbito de la asistencia al parto, y más aún en el caso de una implantación de este tipo de asistencia al nacimiento liderada por matronas, requiere que los profesionales estén formados en continuidad de cuidados, autonomía profesional, modelo de asistencia biopsicosocial, toma de decisiones de derivación segura, cuidados óptimos reduciendo intervenciones innecesarias, asistencia al parto en el agua, técnicas no farmacológicas de alivio de dolor, acompañamiento compasivo, etc. Estas actualizaciones en el paradigma de las matronas en Canarias son urgentes para poder mejorar e implantar, de forma segura y exitosa, los Centros de Nacimientos.

A nivel de Canarias no existen actualmente centros de nacimientos, ni en el ámbito público ni en el privado. La evidencia científica actual reconoce que estas unidades son seguras y, comparadas con los entornos hospitalarios, son más coste-efectivas y obtienen mejores resultados obstétricos, pues hay mayores porcentajes de partos vaginales espontáneos y menor tasa de intervenciones. Según la experiencia personal de las mujeres, los resultados obtenidos demuestran mayor satisfacción por su parte al realizar sus partos en estas unidades, que los resultados obtenidos por mujeres que han dado a luz en hospitales. En los centros de nacimientos ellas se sienten más escuchadas, con mayor asesoramiento y participación en la toma de decisiones, además de sentir el respaldo de las matronas.<sup>28-29</sup> Y estas últimas, las profesionales encargadas del parto, como son las que llevan todo el proceso, también se sienten más reconocidas en su profesión y se sienten líderes, lo cual repercute positivamente en su actitud, su motivación y en su desenvolvimiento con las mujeres a las que acompañan.<sup>40</sup>

### **2.1.5 RETOS EN LA SANIDAD CANARIA EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA AL PARTO**

Tras la aprobación por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en octubre de 2007, de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*, el Servicio Canario de Salud se incorpora a trabajar en dichas estrategias y elabora el *Protocolo de Atención al Parto Normal*, publicado en 2010. Con este documento se pretende unificar los protocolos de atención al parto en todos los entornos hospitalarios de las Islas Canarias, utilizando la evidencia científica del momento acerca de la humanización y los partos de baja intervención.<sup>41</sup>

Aún así, las tasas de cesáreas son superiores a las recomendadas por la OMS (21,92% de mujeres en 2016 en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias) y, en muchos casos, no se puede realizar el método *piel con piel* tras cesáreas entre madres e hijos debido a que no existen unidades habilitadas para tal fin, ni se cuenta con un ratio matrona-gestante *one to one*. Por lo tanto, estos indicadores de calidad recomendados por toda la evidencia científica actual se ven disminuidos.<sup>42</sup> En relación a la realización del método piel con piel, en el año 2019 la Asociación Canaria de Matronas visibilizó este problema en los medios de comunicación e iniciaron una petición para la creación de áreas postquirúrgicas donde pudiera llevarse a cabo este contacto entre la madre y el recién nacido,<sup>43</sup> además de insistir en la necesidad de mejorar el ratio de matronas en nuestras islas.<sup>44</sup> Actualmente estos retos siguen en vigor y el colectivo de matronas pertenecientes a ACAMAT sigue luchando por un parto respetado, íntimo, digno y personalizado para cada mujer y sus familias.

### 3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad son muchas las mujeres que buscan tener un parto natural de baja intervención. La creación de centros de nacimientos, en la isla de Tenerife, son una necesidad innegable si queremos ofrecer la mejor atención al parto a las mujeres de bajo riesgo. En estos centros o unidades aumenta considerablemente la probabilidad de tener un parto vaginal y de no necesitar analgesia o anestesia durante el trabajo de parto, disminuyendo las intervenciones e incrementando la tasa de lactancia materna y de contacto piel con piel y su duración. De la misma manera, aumenta la satisfacción de las mujeres usuarias y la de las matronas. Además, fomentan la participación familiar y se llevan a cabo en habitaciones acogedoras, que hacen sentir a la parturienta la sensación de naturalidad e intimidad del proceso.

Su existencia en nuestro sistema público contribuiría a una mejora en la gestión de los servicios, pues podríamos diferenciar entre las mujeres de bajo riesgo y alto riesgo para así tratar a cada una de ellas de forma personalizada. Las de alto riesgo llevarían a cabo sus partos en entornos hospitalarios por si necesitaran apoyo médico o farmacológico y las de bajo riesgo podrían acudir a estos centros para llevar a cabo su parto de la manera más fisiológica posible.

A nivel económico también presenta claras ventajas. Un centro de nacimiento es más costo-efectivo que un servicio de paritorios de un hospital, pues se caracterizan por la ausencia de personal

facultativo, erradicando así el coste que esa medicalización y tecnificación conllevan, y con ello, minimizando el riesgo de violencia obstétrica por sobreintervencionismo a la díada madre-hijo.

Sin embargo, para que esta implantación en nuestro sistema sanitario sea llevada con éxito, requiere de un plan formativo para nuestros profesionales; precisa un cambio de paradigma en el ejercicio de la profesión donde se sustente un liderazgo real por parte de las matronas, convirtiendo la asistencia al parto sanitizada actual, en un modelo de atención integral a la mujer y familia, aportando continuidad de cuidados y otorgando de nuevo, el protagonismo que las nuevas familias se merecen, todo ello sustentado en las buenas prácticas, evidencia científica y acompañamiento compasivo profesionalizado.

En este proyecto planteamos la implantación de un Centro de Nacimientos centrando la intervención en el plan formativo destinado a los y las profesionales que ejercerán el liderazgo en la asistencia al parto en estos centros.

#### **4. PROBLEMA**

Actualmente, la mayoría de las mujeres que tienen un parto normal lo hacen en unidades obstétricas hospitalarias convencionales sometidas a intervencionismos innecesarios. Por ello, se debe crear un espacio de partos de baja intervención, donde las matronas estén plenamente formadas en este tipo de asistencia, y donde se pueda llevar a cabo este proceso con el acompañamiento activo de la familia.

Este proyecto engloba una acción de gestión sanitaria con la implantación del primer centro de nacimientos en el Servicio Canario de la Salud y la estrategia de formación del personal que liderará esta unidad.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVOS GENERALES**

- Diseñar el modelo de implantación de un Centro de Nacimientos en la isla de Tenerife.
- Desarrollar un plan formativo basado en el modelo biopsicosocial de asistencia.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL CENTRO DE NACIMIENTOS**

- Especificar los espacios estructurales y los recursos materiales específicos y necesarios para implantar un centro de nacimiento en el área norte de la isla de Tenerife.
- Identificar los recursos humanos para efectuar dicha implantación.
- Definir los circuitos de traslado del centro de nacimiento a otra unidad.

### **5.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA**

- Establecer un programa formativo específico dirigido a las matronas, que defina el cambio de paradigma en la atención al parto fisiológico en los centros de nacimientos.
- Explicar la atención especializada que se presta en los centros de nacimientos a las matronas, dirigida a las mujeres y familias, desde el inicio del proceso de parto hasta el alta.
- Definir la atención óptima intraparto, reduciendo de forma segura las intervenciones innecesarias y estimando las diferencias fundamentales entre la atención tradicional hospitalaria y el nuevo modelo de atención que se presta en los centros de nacimientos.

## **6. METODOLOGÍA DE LA IMPLANTACIÓN DEL CENTRO DE NACIMIENTOS**

La implantación del centro de nacimientos en la isla de Tenerife supondría la creación de un espacio físico, específico y preparado para acompañar a las mujeres que han tenido un embarazo sin complicaciones y de las que se espera un parto normal. Los servicios están planificados, gestionados, coordinados y provistos por matronas que deben cubrir los períodos preparto, intraparto y postparto hasta el momento del alta.

### **6.1. POBLACIÓN DIANA**

Las mujeres que tienen acceso al Centro de Nacimientos son aquellas de las que se espera un parto de bajo riesgo, entendiendo que se trata de mujeres sanas que presentan trabajo de parto espontáneo entre 37 y 42 semanas de gestación, donde el embarazo ha evolucionado sin complicaciones, y sin antecedentes o condiciones médicas que puedan prever complicaciones en el parto. Dentro de los criterios de admisión de las mujeres tenemos los siguientes:

- Gestación única y presentación cefálica del feto.
- Tiempo de gestación entre 37 hasta las 42 semanas.
- Edad materna entre 15-40 años.
- Tener menos de 5 embarazos (cumplidos) previos.
- IMC de  $> 18,5$  y  $< 30$  al inicio del embarazo.
- No anemia materna diagnosticada ( $Hb > 9$  mg / dl); Hematocrito  $> 25\%$ .
- Inicio espontáneo de trabajo de parto.
- No patología o anomalía fetal conocida.
- No sospecha de sufrimiento fetal en el momento de la admisión en el centro de nacimiento.
- Membranas íntegras o tiempo de amniorrexis inferior a 24 horas en el momento de la admisión en el centro de nacimiento. Sin signos de infección.



## 6.2. RECURSOS ESTRUCTURALES E INFRAESTRUCTURA

El Centro de Nacimientos estará formado por la unión de varios módulos sanitarios, también conocidos como casa-contenedor, con todo lo necesario para llevar a cabo el buen funcionamiento del centro. (**Figura 4**)



(Figura 4. Modelo de diseño para los módulos sanitarios de MyBoxExperience) <sup>45</sup>

En cuanto a los espacios por los que debe estar formado el Centro de Nacimientos tenemos los siguientes:

### 1. Sala de valoración/admisión.

Este será el lugar donde se recibe a la mujer y sus acompañantes, previo al ingreso.

El espacio debe ser de al menos 15 m<sup>2</sup> útiles. La dotación debe ser de:

- Escritorio y silla.
- Ordenador con conexión a internet para acceder a la historia clínica.
- Material básico de oficina.
- Cama para valoración.
- Asiento para el acompañante.
- Material de auscultación fetal.
- Material para la toma de presión arterial.
- Lavamanos y dispensador de jabón y papel.
- Mobiliario integrado para almacenamiento.
- Luz de exploración.
- Material fungible: empapadores, guantes estériles, espejos, tiras reactivas pH...
- Baño para las mujeres (lavabo + WC).

## 2. Sala polivalente para el plan de acogida

Esta sala será utilizada para dar la información del plan de acogida, por lo que hay que garantizar que la sala preserve la confidencialidad necesaria para informar a las mujeres y personas que la acompañan. El espacio debe ser de mínimo 8 m<sup>2</sup> útiles. En cuanto a la dotación debe disponer de mesa, sillas y aseo adaptado para las mujeres.

## 3. Dos habitaciones de atención al nacimiento

En estos espacios se atenderá a las mujeres durante todo el proceso de parto y nacimiento, y entre las 4-6 horas posteriores al parto, hasta que la madre y el recién nacido se vayan de alta o, hasta que otra mujer esté de parto y la madre y el bebé junto con las personas que la acompañan se trasladen a la habitación de corta estancia.

El espacio físico es de 22 m<sup>2</sup> como mínimo, con baño adaptado de 5-6 m<sup>2</sup>. Preferentemente con iluminación y ventilación naturales, y con sistema de renovación de aire. Además, es importante el aislamiento acústico del espacio. En el caso de instalar una bañera se debe garantizar que el espacio es adecuado y que la estructura resiste el peso de la bañera llena de agua.

La dotación de este espacio será de:

- Cama.
- Lavamanos con dispensador de jabón y papel.
- Toma de oxígeno, vacío y de aire.
- Sistema de aspiración.
- Timbre de emergencia y timbre de llamada a personal.
- Teléfono.
- Pasamanos (al menos en una de las paredes).
- Silla de parto.
- Pelota de esferodinamia.
- Balancín.
- Liana.
- Butaca.
- Material para el alivio del dolor: TENS, óxido nitroso, bolsas por calor local.
- Mobiliario integrado por almacenamiento de material para asistencia al parto.
- Luz frontal y orientable.

- Luz de intensidad regulable.
- Material para escuchar música.
- Material para auscultación / monitorización fetal.
- Material para toma de presión arterial.
- Termómetro.
- Material para la atención al período expulsivo.
- Bañera específica para atención dilatación-parto.
- Baño con ducha.
- Cuna térmica.
- Material de reanimación neonatal.
- Báscula.
- Espacio y contenedores para material de desecho y contaminado.
- Otros elementos a consideración del centro.

El material fungible de este espacio debe ser almacenado en armarios abatibles para reducir al máximo la sensación de ambiente medicalizado.

#### 4. Habitación de corta estancia

Este espacio será de uso opcional para liberar la habitación de nacimiento, en función de si la actividad hace prever solapamiento de procesos de parto. El espacio físico mínimo debe ser de 12 m<sup>2</sup> con baño de 4 m<sup>2</sup>. Debe incluir una cama, fuente de calor, baño con ducha y butaca.

#### 5. Sala de descanso y cocina para los usuarios del centro de nacimientos

Esta sala está pensada para los usuarios del centro de nacimientos, para que puedan prepararse algo de comer y descansar durante su estancia. El espacio físico mínimo deber ser de 8 m<sup>2</sup>. Contará con un microondas, una nevera, una cocina eléctrica doble, una mesa, dos sillas y un sofá.

#### 6. Espacio de apoyo para los profesionales

Este espacio será de 16 m<sup>2</sup> para uso del personal. Se dividirá en dos zonas de 8 m<sup>2</sup> cada una. Una de ellas será donde se lleve a cabo el almacenamiento de documentación necesaria de las parturientas, donde se prepare la medicación y donde se pueda hacer seguimiento del trabajo asistencial. Este espacio cuenta con mesa de trabajo y sillas,

ordenador, armarios para almacenar la documentación clínica y teléfono. La otra zona será un espacio de descanso para los trabajadores y cuenta con un lavamanos, un microondas, una nevera, una cocina eléctrica doble, una mesa, 2 sillas y un sofá.

### **6.3. RECURSOS HUMANOS**

Los recursos humanos estimados serán 10 matronas y 10 auxiliares de enfermería, 4 de cada profesión por turno, y 2 matronas y 2 auxiliares de enfermería para cubrir los días libres y vacaciones de las otras profesionales.

### **6.4. UBICACIÓN**

Se propone que el Centro de Nacimientos esté situado cercano al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), para así poder realizar un circuito de traslado rápido, pero donde el centro no se encuentre completamente adherido al hospital y las mujeres puedan disfrutar de un clima menos invasivo y medicalizado. El CHUC se encuentra en la Carretera General La Cuesta, 38320, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife y este centro se situaría a escasos metros de él, en el terreno situado por debajo del parking del hospital.

### **6.5. CIRCUITO DE TRASLADO**

El circuito de traslado se llevará a cabo entre el Centro de Nacimientos y el CHUC. Se contactará telefónicamente con las plantas a las que sería trasladada la mujer o el bebé. Las profesionales encargadas del traslado serán la matrona, la cual acompañará a la mujer durante el parto y permanecerá con ella, aunque haya sido trasladada, y la auxiliar de enfermería. Para poder realizar el circuito de traslado, primero debemos conocer cuáles son las razones de traslado de las mujeres o recién nacidos.

#### **1. Factores maternos de traslado:**

- Deseo de la mujer.
- Petición de analgesia epidural.
- Presión arterial diastólica superior a 110 mmHg o presión arterial sistólica de 160 mmHg o superior, durante 2 lecturas separadas con una diferencia de 30 minutos.
- Temperatura superior a 38°C.
- Taquicardia materna >120 latidos por minuto entre contracciones.

- No evolución confirmada de la primera o segunda fase del parto.
- Emergencia obstétrica.
- Hemorragia postparto.
- Retención placentaria.
- Lesión perineal de tercer o cuarto grado o cualquier trauma perineal complicado que requiera sutura.
- Aparición de otros signos durante el parto que indican sospecha de complicaciones.
- Retención urinaria.

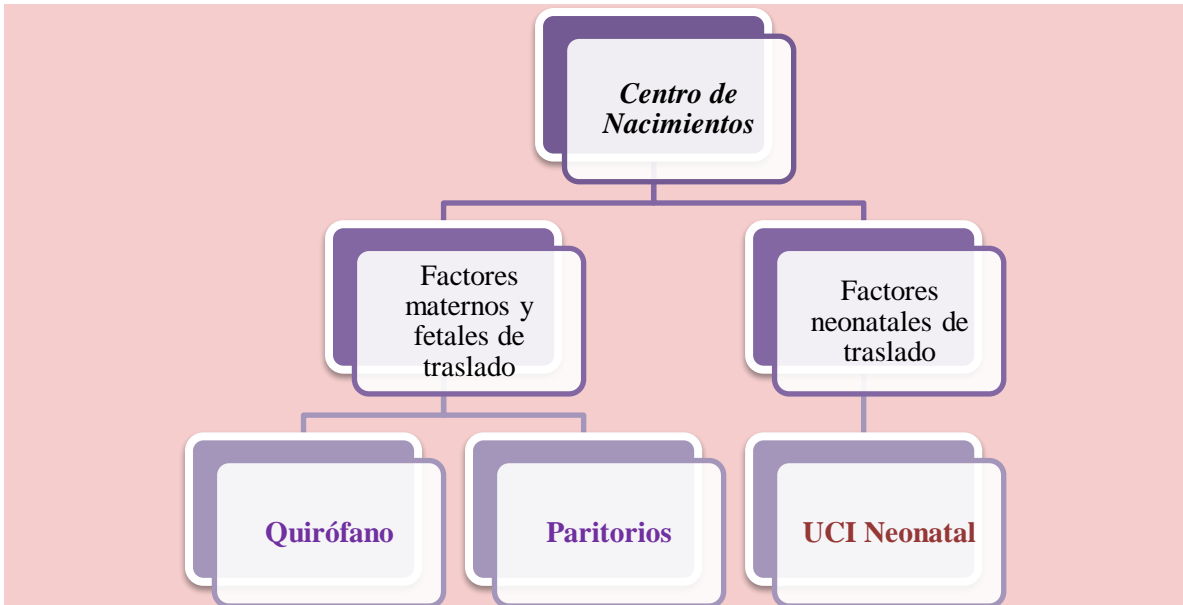
2. Factores fetales de traslado:

- Presentación anormal, incluyendo la presentación del cordón umbilical.
- Alteración del latido fetal: menos de 110 lpm o más de 160 lpm.
- Deceleración de los latidos fetales oídos en la auscultación intermitente.

3. Factores neonatales de traslado:

- Necesidad de reanimación neonatal.
- Presencia de meconio espeso.
- Puntuación en el test de Apgar <7 a los 5 minutos.
- Deficiente adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

El circuito de traslado que se llevará a cabo entre el Centro de Nacimientos y el CHUC es el siguiente (**Figura 5**):



(Figura 5. Circuito de derivación del Centro de Nacimientos al CHUC, elaboración propia)

En este circuito se contempla que las mujeres que necesiten urgentemente una cesárea sean trasladadas directamente a quirófano, mientras que las que necesiten medicalización y tecnificación en el proceso de parto, puedan ir a la unidad de paritorios del CHUC (2ª Planta), ya sea por factores maternos o fetales. En el caso de los recién nacidos, se trasladarán directamente a la UCI Neonatal del CHUC en la planta 4ª IMPAR.

## 7. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Esta intervención educativa, hacia las matronas que formarán parte del personal del Centro de Nacimientos, surge de la necesidad de proporcionar a las mujeres y familias la mejor calidad asistencial, en uno de los momentos más importantes de sus vidas.

El desarrollo de este proyecto consiste en realizar una evaluación longitudinal pre y post intervención. Se intervendrá mediante diferentes talleres de formación en aspectos clave de los partos de baja intervención, y serán dirigidos a las matronas seleccionadas para formar parte del equipo del Centro de Nacimientos.

### **7.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se llevará a cabo un estudio experimental de corte longitudinal (8 semanas), a través de un cuestionario el cual las matronas realizarán en dos ocasiones, una vez previo a la formación, para discernir los conocimientos que ya tienen las matronas, y uno posterior a los talleres, donde podremos comprobar la calidad de la formación y los conocimientos adquiridos. (**Anexo II**).

### **7.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El proyecto de intervención se realizará en el CHUC, y está dirigido a las 10 matronas que formarán parte del personal del Centro de Nacimientos, las cuales deben cumplir con unos requisitos mínimos para poder liderar el centro de baja intervención.

- Los criterios de inclusión son:
  - Matronas que han trabajado en ámbito hospitalario, atendiendo partos, durante al menos 2 años.
  - Matronas que deseen formar parte del proyecto de implantación de los centros de nacimientos.
  - Matronas con experiencia previa en centros de nacimientos.
  
- Los criterios de exclusión son:
  - Matronas sin experiencia en el ámbito hospitalario.
  - Matronas que han realizado la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica fuera de España y no la han homologado.

Cada taller contará con las 10 matronas nombradas anteriormente, puesto que son un número reducido de personas y podrá mantenerse la precisa calidad en la educación formativa.

### **7.3. LUGAR**

La intervención educativa tendrá lugar en el CHUC, el cual se encuentra ubicado en el municipio de San Cristóbal de La Laguna. Específicamente en la Carretera General Ofra S/N, La Cuesta, código postal: 38320. Su número de teléfono es el 922 67 80 00.<sup>46</sup>

Los diferentes talleres formativos se llevarán a cabo en la sala de formación continuada y en el gimnasio de rehabilitación de este complejo.

### **7.4. DURACIÓN**

El proyecto tendrá una duración de 8 semanas, con una sesión semanal de 4 horas en turno de tarde (16:00-20:00 horas). Esta sesión será los martes.

### **7.5. CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN E INSCRIPCIÓN**

Las matronas se captarán mediante una oferta de empleo para trabajar como enfermera especialista obstétrico-ginecológica en el nuevo Centro de Nacimientos de la isla de Tenerife. Se contará con el apoyo de medios de comunicación, redes sociales e intranets, además de carteles informativos dispuestos en los Centros de Salud de Tenerife y los centros hospitalarios Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (**Anexo IV**). Incluido en estos folletos encontraremos un código QR con el que es posible realizar la descarga de un tríptico en formato PDF con la información necesaria de los talleres formativos (**Anexo V**). El Servicio Canario de Salud será el encargado de hacer las entrevistas y cumplir con los criterios de inclusión y exclusión nombrados anteriormente para su elección de las matronas.

La inscripción y asistencia al programa es obligatoria para las 10 matronas seleccionadas para trabajar en el Centro de Nacimientos. Esta formación será completamente gratuita. En la ficha de inscripción al taller que se proporcionará por parte del Servicio Canario de Salud tras las entrevistas, se deberá adjuntar los datos personales de cada una de ellas con el fin de poder contactarlas: nombre, apellidos, teléfono de contacto, DNI, dirección, correo electrónico y número de colegiado. (**Anexo VI**)



Las 10 matronas que hayan sido seleccionadas por el Servicio Canario de la Salud para este trabajo serán contactadas vía correo electrónico o teléfono móvil para comunicarles la fecha de inicio de los talleres, lugar y hora. Asimismo, se les remitirá una breve información acerca de las intervenciones educativas y los objetivos que se quieren conseguir con estas.

### **7.6. MÉTODO DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN**

Este proyecto contará con la contratación de dos matronas especializadas en formación específica sobre la asistencia en partos fisiológicos para desarrollar los talleres. La exposición de las actividades tendrá lugar en el aula de formación continuada y/o gimnasio de rehabilitación del CHUC una vez a la semana, todos los martes de 16:00 a 20:00 durante 8 semanas.

En la primera sesión formativa se pasará un cuestionario para ver los conocimientos que tienen de base relacionados con los partos de baja intervención, y en la última, al finalizar la presentación teórica prevista para ese último día, se pasará el mismo de nuevo para ver la evolución gracias a los talleres formativos.

Con excepción de la primera y última sesión nombradas anteriormente, todas las demás seguirán el mismo patrón. En la primera parte de cada sesión formativa se llevarán a cabo las presentaciones pertinentes al temario y se expondrán contenidos teóricos, y para terminar con el taller se llevará a cabo una puesta en común para compartir en grupo preguntas, dudas o ideas y, en algunos talleres también se llevarán a cabo actividades grupales o individuales para fomentar el aprendizaje del contenido.

A las 10 matronas seleccionadas se les facilitará el número de teléfono de cada una de las profesionales para que puedan preguntar dudas relacionadas con el temario que necesiten resolver. También podrán contactar con ellas mediante correo electrónico.

### **7.7. INSTRUMENTO DE MEDIDA**

- Nivel de conocimientos en partos fisiológicos. (**Anexo II**)

### **7.8. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

Para evaluar la eficacia de la intervención educativa, como se ha mencionado anteriormente, se pasará a las matronas un cuestionario pre-intervención y el mismo post-intervención, al finalizar todas las sesiones, y habiendo acudido a todas ellas. En la última sesión se pasará la hoja de

corrección, con las respuestas correctas, para que las participantes puedan corregir el examen durante el taller. (**Anexo III**)

Este cuestionario es de elaboración propia y consta de 22 preguntas de opción múltiple y verdadero o falso, relacionadas con la atención al parto de baja intervención y con los centros de nacimientos. Solo una de las opciones de respuesta puede ser la correcta.

Para evaluar la eficacia de la intervención educativa propuesta se compararán el porcentaje de respuestas acertadas en la encuesta realizada pre-intervención con el porcentaje de respuestas acertadas de la encuesta post-intervención. Las respuestas correctas tendrán valor de 1 y las incorrectas valor 0. De esta forma la nota máxima es de 22 puntos.

### **7.9. ENCUESTA PILOTO**

Hemos realizado una encuesta piloto del cuestionario “*Nivel de conocimientos en partos fisiológicos*”, para probar si es necesaria esta intervención educativa para matronas. Se ha creado un formulario de Google con las mismas preguntas que contiene el cuestionario y se ha pasado a matronas del Servicio Canario de Salud, al cual han respondido 42 personas. La manera de evaluarlo ha sido la misma explicada anteriormente, cada pregunta vale 1 punto si es correcta y 0 si es incorrecta, con la puntuación máxima a obtener de 22 puntos.

Los resultados obtenidos han sido, por una parte, que el valor medio de las respuestas solo ha alcanzado 14 puntos de 22 totales. Y, por otra parte, que el intervalo de respuestas se mantuvo entre 11 y 19 puntos. Nadie consiguió alcanzar la puntuación total.

En relación con las preguntas más falladas en el cuestionario, tenemos dos que solo fueron acertadas por 6 de las participantes. Una de ellas hace referencia a un término traducido del inglés, la “atención compasiva”, lo cual puede crear dudas al no ser una traducción literalmente buena en nuestro idioma. La otra pregunta que ha supuesto problemas para resolver ha sido acerca de la temperatura del agua en la hidroterapia, y creemos que quizás es necesario ampliar el rango de temperatura para esta respuesta.

Como conclusión, lo que obtuvimos gracias a esta encuesta piloto, es resolver nuestra hipótesis acerca de la intervención, y verificar que es rotundamente necesaria una nueva formación para las matronas, la cual haga referencia a los nuevos modelos biopsicosociales de atención al parto y de respuesta a las necesidades de las gestantes y sus familias en los centros de nacimientos.

## 7.10. SESIONES FORMATIVAS

### “CENTRO DE NACIMIENTOS: Una nueva visión de la atención al parto desde una perspectiva de autonomía profesional de las matronas”

- **Sesión 1.** Bienvenida.
- **Sesión 2.** Centro de Nacimientos.
- **Sesión 3.** Atención personalizada y colaboración en la toma de decisiones.
- **Sesión 4.** Atención óptima intraparto: cómo reducir de forma segura las intervenciones innecesarias.
- **Sesión 5.** Auscultación intermitente “inteligente”.
- **Sesión 6.** Una nueva forma de atención maternal basada en la autonomía profesional y la atención compasiva.
- **Sesión 7.** Posturas intraparto y lactancia materna eficaz.
- **Sesión 8.** Atención a la mujer y familia en el Centro de Nacimientos.

#### 7.10.1. SESIÓN 1. BIENVENIDA

##### Objetivo

Presentar el proyecto de intervención educativa y exponer la necesidad de atención de calidad en la asistencia al parto.

##### Contenido

- Presentación de las matronas que impartirán el proyecto. (30 min).
- Presentación del proyecto. (30 min)
- Explicar los principales objetivos que se pretenden conseguir con la intervención. (30 min)
- Nombrar las diferentes sesiones que se llevarán a cabo. (30 min)
- Presentación de las 10 matronas seleccionadas. (30 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas relacionadas con el proyecto. (60 min)
- Cuestionario pre-intervención educativa: “*Nivel de conocimientos en partos fisiológicos.*” (30 min).

**Actividad:**

El taller de bienvenida comenzará con la presentación de las matronas que llevarán a cabo la formación y realizarán una exposición y explicación del proyecto. Además de hablar acerca de los objetivos que se quieren alcanzar con esta formación. También se hará un resumen acerca de cada uno de los talleres que conforman esta intervención educativa.

Asimismo, cada participante se presentará y explicará su motivación por formar parte de un Centro de Nacimientos, el interés que tiene del programa y lo que espera aprender asistiendo al mismo.

Para concluir, se hará una puesta en común para resolver posibles dudas y luego, se entregará el cuestionario pre-intervención para valorar los conocimientos que las matronas poseen acerca de este tipo de atención al parto. El tiempo para llevar a cabo el cuestionario será de 15 minutos, tras este tiempo, será recogido por las matronas encargadas de la formación.

**7.10.2. SESIÓN 2. CENTRO DE NACIMIENTOS****Objetivo**

Enseñar el propósito de las unidades de baja intervención y su necesidad en nuestro sistema de salud.

**Contenido**

- Descripción de las características clave de una unidad de partos de baja intervención. (30 min)
- Descripción de los servicios de maternidad actuales, las políticas y la provisión de las unidades lideradas por matronas. (60 min)
- Impacto y necesidad de desarrollar más unidades de este tipo en Europa. (30 min)
- Componentes clave para un desarrollo óptimo de una unidad de baja intervención llevada por matronas. (60 min)
- Desafíos a los que se pueden enfrentar las matronas y soluciones prácticas para mejorar. (30 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)

### Actividad

Se llevará a cabo una sesión teórica donde se hablará de las unidades de partos de baja intervención como los Centros de Nacimientos, y su propósito, mostrando el estudio actual sobre las unidades lideradas por matronas que se ha llevado a cabo en Inglaterra.<sup>46</sup> Este módulo dentro de sus objetivos pretende apoyar a las matronas que están trabajando para influir y promover el desarrollo de unidades de partos, así como para crear escuela investigadora y divulgación científica entre las alumnas o alumnos.

Tras la parte teórica, se hará una puesta en común por si surgen dudas tras la exposición del temario.

### **7.10.3. SESIÓN 3. ATENCIÓN PERSONALIZADA Y COLABORACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES.**

#### Objetivo

Explicar la importancia de brindar a las mujeres y familias una atención personalizada y darles autonomía para la toma de decisiones intraparto.

#### Contenido

- Comprender la importancia de las experiencias maternas de las mujeres y sus familias. (30 min)
- Descripción de los principios éticos y legales que sustentan la autonomía de la mujer. (30 min)
- El impacto de la cultura del riesgo. (30 min)
- El impacto de la cultura organizacional. (30 min)
- ¿La continuidad del cuidador es parte de la solución? (30 min)
- Consejos prácticos sobre cómo desarrollar un plan de parto personalizado. (30 min)
- Ejercicio práctico: *Role playing*. (45 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (15 min)

#### Actividad

En este taller la intervención educativa se centra en una exposición acerca de los conceptos de autonomía de la mujer, atención personalizada y asociación en la toma de decisiones. La guía a través de los factores históricos que llevaron a sistemas impersonales de atención de maternidad,

mientras se refiere a la legislación que empodera a las mujeres para sobrevivir, prosperar y transformarse.<sup>47</sup>

El taller también aborda la gestión del riesgo y la cultura organizacional en la atención materna. Además, se refiere y explora la continuidad del cuidador como parte de la solución a las unidades de baja intervención, describiendo el beneficio de los planes de atención personalizada (planes de parto).

Tras la exposición teórica se llevará a cabo un ejercicio práctico de *role playing*, donde las matronas tendrán que ponerse en la piel del rol que se les imponga y deberán actuar ante el caso que se expone, de forma que puedan ver cómo se debería tratar a la mujer o familia en esos casos. (**Anexo VII**)

Finalmente, se llevará a cabo una puesta en común por si surgen dudas o preguntas durante la exposición del temario.

#### **7.10.4. SESIÓN 4. ATENCIÓN ÓPTIMA INTRAPARTO: CÓMO REDUCIR DE FORMA SEGURA LAS INTERVENCIONES INNECESARIAS.**

##### **Objetivo**

Enseñar la atención intraparto óptima para responder a las preferencias y necesidades de la gestante y lograr disminuir las intervenciones innecesarias.

##### **Contenido**

- Cultura de la unidad de maternidad de baja intervención y su impacto en la atención recibida por las familias. (60 min)
- Límites de normalidad en el trabajo de parto y el nacimiento. (60 min)
- Descripción e implementación de los 10 pilares de la atención intraparto óptima. (30 min)
- Ejercicio práctico: Caso clínico. (60 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)

##### **Actividad**

Se realizará una exposición donde se explorará las filosofías compartidas que promueven la seguridad y se identificarán estrategias basadas en evidencia para optimizar los resultados del parto a

través de la comprensión de enfoques pragmáticos y seguros para reducir las intervenciones innecesarias en la atención de maternidad.<sup>47</sup>

Tras la exposición se llevará a cabo un ejercicio práctico del tema, donde se expondrán dos casos clínicos que las matronas deberán resolver por parejas. (**Anexo VIII**) Se corregirán en grupo y finalmente habrá 30 minutos libres para preguntas o dudas referentes al temario y la práctica expuestos.

#### **7.10.5. SESIÓN 5. AUSCULTACIÓN INTERMITENTE “INTELIGENTE”.**

##### **Objetivo**

Aprender a usar adecuadamente la auscultación intermitente (AI) en las embarazadas.

##### **Contenido**

- Fisiología del corazón fetal y tipos de hipoxia. (120 min)
- Evidencia de la AI en relación con mujeres con embarazos sin complicaciones. (30 min)
- Hallazgos anormales de AI y cómo actuar sobre ellos. (30 min)
- Errores comunes y consejos sobre cómo evitarlos. (30 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)

##### **Actividad**

Esta exposición teórica se centra en el uso adecuado de la AI, también conocida como auscultación inteligente. El material de aprendizaje está respaldado por investigaciones basadas en evidencia y explora la importancia de la auscultación intermitente y la justificación de su uso para mujeres con embarazos sin complicaciones.<sup>47</sup>

Tras la exposición de la teoría se hará una puesta en común para resolver dudas o preguntas relacionadas con el tema tratado.

### 7.10.6. SESIÓN 6. UNA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN MATERNAL BASADA EN LA AUTONOMÍA PROFESIONAL Y LA ATENCIÓN COMPASIVA.

#### Objetivo

Definir una nueva forma de atención a las mujeres basada en la autonomía profesional y la atención compasiva, determinando sus repercusiones y beneficios en las familias.

#### Contenido

- ¿Qué es “atención compasiva”? (15 min)
- Experiencias y reflexiones de mujeres que han sido atendidas bajo este nuevo paradigma. (15 min)
- Métodos para proporcionar esta nueva forma de cuidado de manera óptima. (30 min)
- Las esferas que componen “atención compasiva”: *Being with me* (estar presente con la mujer y familia), *Relationship with me* (intervención y comunicación con la mujer y familia) y *Empowering me* (empoderar y animar a la mujer y familia). (30 min)
- ¿Es necesario que todas las esferas se mantengan equilibradas? Importancia de la balanza del “atención compasiva”. (30 min)
- Ejercicio sobre el tema. (30 min)
- Llamada por Google Meet con mujeres que han recibido esta atención al parto. (60 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)

#### Actividad

Se llevará a cabo una presentación donde se expondrán los contenidos teóricos del tema proporcionando una ventana a la naturaleza de las experiencias vividas por las mujeres durante su parto atendido por matronas que llevan a cabo el modelo de atención “atención compasiva”. Además, hablaremos acerca del modelo dinámico de cuidados en equilibrio, que proporciona una herramienta muy necesaria para la práctica, la educación y las políticas de los centros de nacimientos, la balanza de la “atención compasiva”. También analizaremos, desde el punto de vista de la matrona, todo lo que nos ofrece esta nueva forma de atención maternal a las familias, centrándonos en las mujeres en diversas circunstancias, entornos y culturas, y en la comprensión de las experiencias vividas por ellas.<sup>48</sup>

Tras profundizar en los contenidos teóricos, se realizará un ejercicio sobre el tema, que se basará en que cada una de las matronas escriba 10 formas de realizar “atención compasiva” y que las



engloben en cada una de las 3 esferas que componen este nuevo modelo de atención. Este ejercicio será entregado en papel por parte de las matronas encargadas del taller. (**Anexo IX**)

La siguiente parte del taller es una parte didáctica muy importante de cara al trabajo en el Centro de Nacimientos, pues se realizará una videollamada por Google Meet con mujeres que han sido acompañadas durante su parto con el modelo de asistencia biopsicosocial. En esta podrán hablar con ellas acerca de su vivencia, cómo se sintieron, si alguna ha tenido otros partos de forma diferente y si esta forma de hacerlo es mejor a las demás, consejos para las matronas, etc. De esta forma, podrán comprender de manera más clara, cómo lo vivieron esas mujeres y cómo deben ellas hacerlo para respetar en todo momento a la mujer y la familia.

Cuando se haya finalizado el ejercicio, se pasará a la puesta en común de dudas o preguntas en relación con el tema.

#### **7.10.7. SESIÓN 7. POSTURAS INTRAPARTO Y LACTANCIA MATERNA EFICAZ**

##### **Objetivo**

Recordar la forma correcta de realizar la lactancia materna para la madre y el bebé, además de las posturas que se pueden llevar a cabo durante el parto en un centro de nacimientos.

##### **Contenido**

- Posturas más utilizadas durante el parto. (30 min)
- Posturas recomendadas para el proceso de expulsivo. (30 min)
- Cuidados del periné intraparto. (30 min)
- Anatomía y fisiología de la lactancia materna. (30 min)
- Técnicas de lactancia. (30 min)
- ¿Cómo dar apoyo a las madres para comenzar con la lactancia materna? (30 min)
- Ejercicios prácticos. (30 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)

### Actividad

La sesión tendrá lugar en el gimnasio de rehabilitación, para así poder llevar a la práctica los distintos tipos de posturas y la forma correcta de dar lactancia materna. Al comienzo de la sesión todas las matronas se sentarán en círculo en el suelo y las matronas que dan los talleres explicarán todos los puntos nombrados anteriormente de forma teórica.

Tras esta primera parte, comenzarán con los ejercicios prácticos. Para el ejercicio de posturas, las matronas que llevan la sesión irán diciendo posturas de las que se han nombrado, las cuales algunas de las matronas que se presten voluntarias pueden recrear, y las demás deberán decir de manera ordenada cuáles son las ventajas y desventajas de su utilización en el proceso de parto. Para el ejercicio de la lactancia materna, se dará a cada una de las matronas un globo y se inflará de manera que parezca un pecho. De esta forma, podremos utilizarlo para explicar la forma correcta de tocar y agarrar el pecho durante la lactancia materna.

Tras esto, habrá un periodo de 30 minutos para resolver dudas o preguntas relacionadas con el tema tratado.

### 7.10.8. SESIÓN 8. ATENCIÓN A LA MUJER Y FAMILIA EN EL CENTRO DE NACIMIENTOS.

#### Objetivo

Dar información a las matronas acerca de cómo se debe gestionar y actuar con las mujeres y familias que vayan a llevar a cabo su parto en el Centro de Nacimientos.

#### Contenido

- Ruta del Centro de Nacimientos dirigida a las familias. (60 min)
- Educación para la familia en el proceso de parto. ¿Qué pueden hacer ellos para ayudar? (30 min)
- ¿Cómo se llevará a cabo el seguimiento por las matronas? (30 min)
- ¿Qué esperan las familias de la atención al parto en un Centro de Nacimientos? (30 min)
- Puesta en común de dudas o preguntas. (30 min)
- Cuestionario post-intervención educativa: “*Nivel de conocimientos en partos fisiológicos.*” (60 min)

### **Actividad**

La primera parte de este último taller se centra en que las matronas puedan reconocer las dudas que las familias pueden plantearse y cómo solucionarlas previamente al momento de parto. Por ello, es importante saber dar una buena información a estas mujeres y familia, con el fin de que todo salga de la mejor manera posible para ellos. Se llevará a cabo de manera teórica en el aula de formación continuada.

Cuando se haya finalizado con la teoría, se pasará a la puesta en común de dudas o preguntas en relación con el tema. Y, tras esto, se entregará el cuestionario de finalización de la intervención educativa, el cual tendrán 10 minutos para responder. Tras hacerlo, será revisado en común, gracias a la hoja de respuestas correctas que será visualizada en la pantalla y dependiendo de las preguntas correctas o incorrectas, se pondrá una nota sobre 22. Finalmente, será recogido por las matronas encargadas de la formación y revisado por estas.

### 7.11. CRONOGRAMA

**Tabla 1.** Cronograma “Proyecto de Intervención educativa.”

| Sesiones/<br>Semanas   | SEMANA<br>1 | SEMANA<br>2 | SEMANA<br>3 | SEMANA<br>4 | SEMANA<br>5 | SEMANA<br>6 | SEMANA<br>7 | SEMANA<br>8 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Sesión 1:</b><br>Bienvenida.  |             |             |             |             |             |             |             |             |
| <b>Sesión 2:</b><br>Centro de<br>nacimientos.  |             |             |             |             |             |             |             |             |
| <b>Sesión 3:</b><br>Atención<br>personalizada<br>y colaboración<br>en la toma de<br>decisiones.                                    |             |             |             |             |             |             |             |             |
| <b>Sesión 4:</b><br>Atención<br>óptima<br>intraparto:<br>cómo reducir<br>de forma<br>segura las<br>intervenciones<br>innecesarias. |             |             |             |             |             |             |             |             |
| <b>Sesión 5:</b><br>Auscultación<br>intermitente<br>“inteligente”.   |             |             |             |             |             |             |             |             |
| <b>Sesión 6:</b><br>Una nueva<br>forma de<br>atención  |             |             |             |             |             |             |             |             |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| maternal basada en la autonomía profesional y la atención compasiva.          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Sesión 7:</b><br>Posturas intraparto y lactancia materna eficaz.           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Sesión 8:</b><br>Atención a la mujer y familia en el Centro de Nacimientos |  |  |  |  |  |  |  |  |

**7.12. RECURSOS DEL PLAN FORMATIVO**
**Tabla 2. Recursos del plan formativo.**

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>HUMANOS</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 matronas</li> </ul>   |
| <b>MATERIALES</b>      | <p><b><u>Fungibles:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folios</li> <li>• Bolígrafos</li> <li>• Carteles informativos</li> <li>• Globos</li> <li>• Tinta de impresora</li> </ul> <p><b><u>No fungibles:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aula formación continuada CHUC</li> <li>• Gimnasio de rehabilitación CHUC</li> </ul> |
| <b>TÉCNICOS</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo para exposiciones de material audiovisual</li> <li>• Ordenador</li> <li>• Impresora</li> </ul>   |
| <b>INSTITUCIONALES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección del Servicio Canario de Salud</li> <li>• Complejo Hospitalario Universitario de Canarias</li> </ul>   |

**7.13. PRESUPUESTO DEL PLAN FORMATIVO**
**Tabla 3. Presupuesto del plan formativo.**

| CONCEPTO  | UNIDAD DE MEDIDA      | CANTIDAD | UNIDAD                   | TIEMPO        | TOTAL                  |
|---|-----------------------|----------|--------------------------|---------------|------------------------|
| <b>MATRONA</b><br>(contratación, alojamiento y desplazamientos) | PERSONA               | 2        | 500 EUROS c/u por sesión | 8<br>SESIONES | 4.000<br>EUROS         |
| <b>COSTE DEL PERSONAL</b>                                       |                       |          |                          |               | <b>8.000<br/>EUROS</b> |
| CONCEPTO  | UNIDAD DE MEDIDA      | CANTIDAD | UNIDAD                   | TIEMPO        | TOTAL                  |
| <b>ORDENADOR PORTÁTIL</b>                                       |                       | 1        | 500 EUROS                |               | 500<br>EUROS           |
| <b>IMPRESORA</b>  |                       | 1        | 50 EUROS                 |               | 50<br>EUROS            |
| <b>PROYECTOR</b>  |                       | 1        | 300 EUROS                |               | 300<br>EUROS           |
| <b>TINTA DE IMPRESORA</b>                                       | CARTUCHOS             | 6        | 20 EUROS/ UNIDAD         |               | 120<br>EUROS           |
| <b>FOLIOS DIN A4</b>  | PAQUETE DE 500 FOLIOS | 3        | 7 EUROS/UNIDAD           |               | 21<br>EUROS            |
| <b>BOLÍGRAFOS</b>   | PACK DE 20 BOLÍGRAFOS | 2        | 0,15 CÉNTIMOS/UNIDAD     |               | 6<br>EUROS             |
| <b>GLOBOS</b>   | PAQUETE DE 30 GLOBOS  |          | 1 EURO                   |               | 1<br>EURO              |
| <b>CARTELES INFORMATIVOS</b>                                    |                       | 50       | 2 EUROS/UNIDAD           |               | 100<br>EUROS           |
| <b>GASTOS MATERIALES</b>  |                       |          |                          |               | <b>1.048<br/>EUROS</b> |
| <b>TOTAL</b>  |                       |          |                          |               | 9.048<br>EUROS         |

#### **7.14. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

Para llevar a cabo esta intervención educativa a las matronas que formarán parte del personal sanitario del Centro de Nacimientos de la isla de Tenerife, será necesaria la concesión de permisos por parte del comité ético del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, en el cual queremos llevar a cabo la formación. (**Anexo X**)

#### **7.15. FACTORES EXTERNOS**

El logro de los objetivos propuestos dependerá de factores externos ajenos a la planificación, elaboración del proyecto de intervención y al equipo de matronas que lo conforma, pues para llevar a cabo dicha intervención educativa es necesaria la implantación de un Centro de Nacimientos en la isla de Tenerife.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Margarita García E. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. [Internet]. Repositori.uji.es. 2017 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/168611/Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Pérez López G. Parto intervenido vs. Parto no intervenido [Internet]. Gredos.usal.es. 2018 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/137617>
3. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Iris.paho.org. 2019 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
4. Jerez C. “PARTOS EMPODERADOS”: CLASE Y GENERO EN LA CRÍTICA A LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES EN LOS PARTOS. [Internet]. Cdsa.academica.org. 2014 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <https://cdsa.academica.org/000-081/1588.pdf>
5. Linares Abad M. Mujeres matronas, un recorrido por la Historia con perspectiva de Género. [Internet]. Revistacodice.es. 2009 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.revistacodice.es/publi\\_virtuales/i\\_con\\_h\\_mujeres/documentos/ponencias/ponenciaMLINARES.pdf](https://www.revistacodice.es/publi_virtuales/i_con_h_mujeres/documentos/ponencias/ponenciaMLINARES.pdf)
6. Terrizzano A. Trótula de Salerno: el mito que fue realidad [Internet]. Almarevista.com. 2018 [citado 10 diciembre 2020]. Disponible en: <http://almarevista.com/revista/wp-content/uploads/2020/06/ALMA.V4N3.26-33.pdf>
7. Valle Racero J. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. [Internet]. 2002 [citado 10 diciembre 2020]. Disponible en: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31329293/El\\_saber\\_y\\_la\\_practica\\_%28Mat\\_Prof%29\\_2002.pdf?1370055283=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D2002\\_El\\_saber\\_y\\_la\\_practica\\_de\\_las\\_matr.pdf&Exp](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31329293/El_saber_y_la_practica_%28Mat_Prof%29_2002.pdf?1370055283=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D2002_El_saber_y_la_practica_de_las_matr.pdf&Exp)

[res=1617639593&Signature=NFjVZNaJOcFohx17jRws7pjFETQ~z5KYBvP4CoyvJ20GH-RzABEJu7F6yDFzRE2kudXkKimOSNliARA3nveBmjYp9jXnuoaUGqrVahH6SbxE4Ucj9IjX7dveoHOYhgMfGxTRbDwCOmuJhBzpmma-nio7HAYEcAYlqFxbL-x9UQv4ccV62N0eDBRXdON0OfysjzrP-GEDSRIRzagXhXVx~4-Iu9HW8~ZiloC94wxgyc19Va55Kdut0Rl8ua5Dnra-nzyBqH2nI9dC9ESiKpa3cFWpNEOaYgpLzeVua6c~bKe8otXj5B50a2ryG9Jcej96VhTbfnFWA9cbKs36EfVcwZw\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7152/TFG_GONZALEZ%20ROMERO,%20JUAN.pdf?sequence=1)

8. González Romero J. Evolución histórica de las matronas y la partería. [Internet]. Repositorio.ual.es. 2018 [citado 2 enero 2021]. Disponible en: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7152/TFG\\_GONZALEZ%20ROMERO,%20JUAN.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7152/TFG_GONZALEZ%20ROMERO,%20JUAN.pdf?sequence=1)
9. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Organización de las Naciones Unidas. [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 2019 [citado 2 enero 2021]. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a\\_74\\_137-es.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf)
10. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento [Internet]. Ascalema.es. 1985 [citado 7 enero 2021]. Disponible en: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>
11. Méndez F, Ferrer L, Muñoz M, Gómez J, Jaime A. El empoderamiento de la gestante y su satisfacción durante el parto [Internet]. Dilemata.net. 2018 [citado 7 enero 2021]. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000189>
12. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 1996 [citado 7 enero 2021]. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)

13. Estrategia de Atención al Parto en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Mscbs.gob.es. 2012 [citado 15 enero 2021]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
14. Iniciativa al Parto Normal [Internet]. Federacion-matronas.org. 2018 [citado 15 enero 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
15. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal [Internet]. Mscbs.gob.es. 2010 [citado 15 enero 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
16. Plan de Parto y Nacimiento [Internet]. Mscbs.gob.es. [citado 15 enero 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
17. Villarrea S, Olza I, Recio A. El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España [Internet]. Dilemata.net. 2015 [citado 15 enero 2021]. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/387>
18. Monteiro A, Fernández A, Franco V. EL PARTO ES NUESTRO. Abordando la singularidad del nacimiento [Internet]. Trabajosocial.unlp.edu.ar. [citado 15 enero 2021]. Disponible en: [http://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el\\_parto\\_es\\_nuestro\\_abordando\\_la\\_singularidad\\_del\\_nacimiento\\_fernandez\\_aldana\\_franco\\_vanesa\\_y\\_monteiro\\_anaclara.pdf](http://trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_parto_es_nuestro_abordando_la_singularidad_del_nacimiento_fernandez_aldana_franco_vanesa_y_monteiro_anaclara.pdf)
19. Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil [Internet]. Dialnet.uniroja.es. 2006 [citado 21 enero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=1985570>

20. DONA LLUM - Associació Catalana per un Part Respectat [Internet]. Donallum.org. [citado 21 enero 2021]. Disponible en: <https://www.donallum.org/>
21. Asociación Nacer en Casa [Internet]. nacerencasa.org. 2020 [citado 21 enero 2021]. Disponible en: <http://nacerencasa.org/>
22. Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. [Internet]. Federacion-matronas.org. 2018 [citado 21 enero 2021]. Disponible en: [https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original\\_Humanizacion.pdf](https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf)
23. Silva Andréa Lorena Santos, Nascimento Enilda Rosendo do, Coelho Edméia de Almeida Cardoso. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 [citado 2 febrero 2021]; 19 (3): 424-431. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000300424&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300424&lng=en)
24. FAME | Federación de Asociaciones de Matronas de España [Internet]. federación-matronas.org. [citado 2 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/>
25. Matronas Profesión [Internet]. federacion-matronas.org. [citado 2 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/>
26. Asociación Canaria de Matronas | Web de la Asociación Canaria de Matronas (ACAMAT) [Internet]. asociacioncanariadematronas.es. [citado 2 febrero 2021]. Disponible en: <https://asociacioncanariadematronas.es/>
27. Ramos P, Ávila L. La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife [Internet]. Revistes.ub.edu. 2017 [citado 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/19651>
28. Gea P, Borraz M, Sánchez R. Por qué las mujeres ya no dan a luz en fin de semana ni días festivos [Internet]. ElDiario.es. 2020 [citado 16 febrero 2021]. Disponible en:

[https://www.eldiario.es/nidos/no-ninos-nacen-toca-dar-luz-semana-21-probable-hacerlo-lunes-viernes\\_1\\_6400307.html](https://www.eldiario.es/nidos/no-ninos-nacen-toca-dar-luz-semana-21-probable-hacerlo-lunes-viernes_1_6400307.html)

29. López M. Plan de Partos como herramienta para el parto de baja intervención [Internet]. Repositorio.ual.es. 2013 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2440/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. López G, Jiménez M. Las casas de parto dentro del sistema hospitalario [Internet]. Federacion-matronas.org. 2009 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol10n2pag12-15.pdf>
31. Arnau J, Martínez M, Castaño M, Nicolás M, Martínez M. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. [Internet]. scielo.org. 2016 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a08.pdf>
32. Müller Á, Parra M. ARQUITECTURA INTEGRAL DE MATERNIDADES [Internet]. Sergas.es. 2008 [citado 1 marzo 2021]. Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/91/Arquitectura\\_maternidades%2008.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/91/Arquitectura_maternidades%2008.pdf)
33. MU Standards | midwiferyunitnetwork.org [Internet]. Midwiferyunitnetwork.org. 2019 [citado 1 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards/>
34. Arnau J. Estudio Exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la Mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia [Internet]. researchgate.net. 2012 [citado 13 marzo 2021]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Arnau-2/publication/261027050\\_Estudio\\_exploratorio\\_de\\_la\\_humanizacion\\_en\\_la\\_atencion\\_perinatal\\_de\\_la\\_mujer\\_del\\_area\\_I\\_de\\_salud\\_de\\_la\\_Region\\_de\\_Murcia/links/5ba12abb45851574f7d56c84/Estudio-exploratorio-de-la-humanizacion-en-la-atencion-perinatal-de-la-mujer-del-area-I-de-salud-de-la-Region-de-Murcia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Arnau-2/publication/261027050_Estudio_exploratorio_de_la_humanizacion_en_la_atencion_perinatal_de_la_mujer_del_area_I_de_salud_de_la_Region_de_Murcia/links/5ba12abb45851574f7d56c84/Estudio-exploratorio-de-la-humanizacion-en-la-atencion-perinatal-de-la-mujer-del-area-I-de-salud-de-la-Region-de-Murcia.pdf)
35. Angulo T, Rey L, Macors S, Barberá N. Casas de nacimientos en España. ¿Una opción segura? [Internet]. Federacion-matronas.org. 2019 [citado 13 marzo 2021]. Disponible en:

<https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/e27-REVISION-BIBLIO-CASAS.pdf>

36. Parto Natural, Parto en el Agua y Parto de Baja Intervención | HM Nuevo Belén [Internet]. Hmnuevobelen.com. [citado 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.hmnuevobelen.com/especialidades/recien-nacidos-y-partos/parto-natural-y-parto-en-el-agua-parto>
37. La Unidad de Parto de Baja Intervención y Parto Natural [Internet]. entuparto.com. [citado 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.entuparto.com/asistencia-al-parto#:~:text=La%20Unidad%20de%20Parto%20de%20Baja%20Intervenci%C3%B3n%20y%20Parto%20Natural&text=Una%20matrona%20de%20equipo%20de%20masajes%20en%20puntos%20clave%2C%20etc>
38. Glasser A. Así son las nuevas 'casas de parto' de los hospitales catalanes [Internet]. elperiodico.com. 2019 [citado 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20190425/las-casas-de-parto-un-modelo-emergente-en-los-hospitales-catalanes-7417897>
39. iHan | Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [Internet]. Ihan.es. 2021 [citado 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>
40. 8. Turnball D, Reid M, McGinley M, R. Sheilds N. Changes in midwives' attitudes to their professional role following the implementation of the midwifery development unit. [Internet]. ScienceDirect. 1995 [citado 18 marzo 2021]. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026661389590025X?casa\\_token=MGwQ0a5OJqMAAAAA:B59TXXtXXVZi7nePh3Va-sHzAPHe7ggS8ltNwsbj6CCsJCgK4KISsLnvPNkT4zMCbyhyfdPiqg](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026661389590025X?casa_token=MGwQ0a5OJqMAAAAA:B59TXXtXXVZi7nePh3Va-sHzAPHe7ggS8ltNwsbj6CCsJCgK4KISsLnvPNkT4zMCbyhyfdPiqg)
41. Protocolo de Atención al Parto Normal [Internet]. Www3.gobiernodecanarias.org. 2007 [citado 18 marzo 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cd295228-0324-11e3-8241-7543da9dbb8a/ProtocoloPartoNormal.pdf>

42. Pérez Martín P. Descripción del contacto piel con piel durante las cesáreas realizadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante los años 2015 y 2016 [Internet]. Riull.ull.es. 2017 [citado 18 marzo 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5363/DESCRIPCION%20DEL%20CONTACTO%20PIEL%20CON%20PIEL%20DURANTE%20LAS%20CESAREAS%20REALIZADAS%20EN%20EL%20COMPLEJO%20HOSPITALARIO%20UNIVERSITARIO%20DE%20CANARIAS%20DURANTE%20LOS%20ANOS%202015%20Y%202016.pdf?sequence=1>
43. CONTACTO PIEL CON PIEL | Buenos Días Canarias [Internet]. youtube.com. 2019 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=BJABspv\\_NjA](https://www.youtube.com/watch?v=BJABspv_NjA)
44. Boletín Enero 2020 [Internet]. Asociacioncanariadematronas.es. 2020 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: <https://asociacioncanariadematronas.es/wp-content/uploads/2020/02/BOLETIN-ENERO-2020.pdf>
45. MyBOX Experience - Espacios con contenedores marinos [Internet]. Myboxexperience.com. [citado 4 abril 2021]. Disponible en: <http://www.myboxexperience.com/box.html>
46. Hospital Universitario de Canarias [Internet]. Www3.gobiernodecanarias.org. [citado 4 abril 2021]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
47. midwiferyunitnetwork.org | Promoting and Supporting Midwifery Units [Internet]. Midwiferyunitnetwork.org. [citado 4 abril 2021]. Disponible en: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/>
48. Bailey E, Lees S, Menage D, Coad J. Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional [Internet]. ELSEVIER. 2020 [citado 4 abril 2021]. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820300358?casa\\_token=6Fc0Li bge7UAAAAA:A2G0NHytDH1q\\_jvyfFEOBzHrwtEfaoRRvPavJrBkf7gnCkdGyTe8DC\\_KVgdkCWO5z1TI49k4yw](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613820300358?casa_token=6Fc0Li bge7UAAAAA:A2G0NHytDH1q_jvyfFEOBzHrwtEfaoRRvPavJrBkf7gnCkdGyTe8DC_KVgdkCWO5z1TI49k4yw)

49. Sánchez J, Roche M, Viguera M, Peña E, López R, Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia [Internet]. Dialnet. 2012 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4849595>
50. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto [Internet]. Vitoria-Gesteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 21 marzo 2021]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/>
51. Viciano Sánchez M. El Parto Natural [Internet]. Uvadoc.uva.es. 2016 [citado 29 marzo 2021]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17765/TFG-H461.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Santana Herrera D. “Evaluación del grado de satisfacción de la mujer con respecto al uso la analgesia epidural durante el periodo del parto” [Internet]. Riull.ull.es. 2020 [citado 29 marzo 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20284/Evaluacion%20del%20grado%20de%20satisfaccion%20de%20la%20mujer%20con%20respecto%20al%20uso%20de%20la%20analgesia%20epidural%20durante%20el%20periodo%20del%20parto..pdf?sequence=1>
53. Atención al Parto Normal Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares [Internet]. Sergas.es. 2010 [citado 29 marzo 2021]. Disponible en: [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/87/guia\\_atencion\\_parto\\_mujeres.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/87/guia_atencion_parto_mujeres.pdf)
54. Prieto Marcos A. La violencia obstétrica desde una perspectiva legal: recomendaciones para la mejora de la atención a la mujer [Internet]. Gredos.usal.es. 2020 [citado 29 marzo 2021]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/143524>
55. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. BOE.es. 2002 [citado 1 abril 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>



56. Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado 1 abril 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
57. Menage D, Bailey E, Lees S, Coad J. A concept analysis of compassionate midwifery [Internet]. PubMed. 2017 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27917534/#:~:text=Compassionate%20midwifery%20is%20defined%20as,through%20negotiation%2C%20knowledge%20and%20skills>
58. Rotura artificial de bolsa (Amniorexis) [Internet]. Elpartoesnuestro.es. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/rotura-artificial-de-bolsa-amniorexis>
59. Rotura de aguas y amniorrexis [Internet]. Hospital Nuestra Señora del Rosario. 2020 [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalrosario.es/rotura-aguas-amniorrexis/>
60. Presentaciones de parto: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002060.htm>
61. Cefálica | El Parto es Nuestro [Internet]. Elpartoesnuestro.es. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/cefalica>
62. Posición Cefálica [Internet]. Canal Chupete. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://canalchupete.com/semana-38-de-embarazo/posicion-cefalica-en-la-semana-38/>
63. Ortega L. Sufrimiento o pérdida de bienestar fetal: qué es, cuáles son sus síntomas y qué lo ocasiona [Internet]. Bebes Y Más. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/parto/sufrimiento-fetal-que-cuales-sus-sintomas-que-ocasiona>
64. Índice de Masa Corporal (IMC) ¿Qué es? ¿Cómo se calcula? [Internet]. CuidatePlus. [citado 18 abril 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/alimentacion/diccionario/indice-masa-corporal-imc.html>

65. Jiménez M, Pérez A. El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. [Internet]. Federacion-matronas.org. 2021 [citado 12 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n2pag5-11.pdf>

## 9. ANEXOS

### 9.1. ANEXO I. GLOSARIO DE TÉRMINOS

#### 9.1.1. EL PARTO NORMAL

Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y la OMS se hace referencia al parto normal como: *“El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas, y después del alumbramiento tanto la madre como el recién nacido se encuentran en condiciones óptimas”*.<sup>49-50</sup>

Por otro lado, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) lo define como: *“El proceso fisiológico 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”*.<sup>51</sup>

Por lo tanto, podemos concluir que es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término, culmina con el nacimiento de un bebé sano y tanto el periodo de alumbramiento como el puerperio deben transcurrir también dentro de los límites de la normalidad fisiológica.<sup>52-53</sup> Son partos atendidos por matronas y en ellos no se realizan intervenciones innecesarias ni se aplican protocolos rutinarios por sistema. Es lo que denominamos partos eutócicos.<sup>51</sup>

#### 9.1.2. EL PROCESO DE PARTO

El trabajo de parto consiste en contracciones rítmicas y progresivas, producidas por la musculatura uterina para conseguir las condiciones oportunas para que se produzca el nacimiento del bebé. Comienza, generalmente, una o dos semanas antes de la fecha que se estima que se dará a luz.<sup>15-</sup>  
<sup>52</sup> Desde que comienza hasta que termina el proceso de parto podemos diferenciar varias etapas, que podemos desglosar en:

### **Primera etapa del parto: DILATACIÓN**

Es la etapa más larga del trabajo de parto, en la cual se produce el borramiento del cuello uterino y su dilatación hasta los 10 cm de diámetro. El borramiento consiste en la disminución progresiva del grosor del cérvix, gracias a las contracciones uterinas, finalizando con su desaparición y con la formación de un anillo.<sup>4</sup> Este periodo de dilatación consta de dos partes<sup>15-52</sup>:

- Fase latente: comprende el espacio de tiempo entre el inicio del parto y los 4 centímetros de dilatación. No podemos conocer la duración de esta fase y, por ello, tampoco determinar el comienzo del parto de manera exacta. Los criterios de admisión en Maternidad son: dinámica regular, borramiento >50% y dilatación de 3-4 centímetros.
- Fase activa: se concibe como el espacio de tiempo que transcurre entre los 4 y los 10 centímetros de dilatación con dinámica uterina regular. Desciende la presentación fetal hacia la pelvis. Su tiempo de duración es variable y depende del número de partos previos. En múltiparas oscila entre 5 y 12 horas, mientras que en primigestas nulíparas entre 8 y 18 horas. Durante este periodo de dilatación se llevan a cabo valoraciones clínicas y exploraciones cervicales periódicas.

### **Segunda etapa del parto: EXPULSIVO**

Esta fase tiene lugar desde la dilatación completa (10 centímetros), hasta la expulsión fetal. Su duración aproximada es de hasta 4 horas, en función de sus partos previos. En ella también podemos distinguir dos etapas<sup>15-52</sup>:

- Periodo de Expulsivo pasivo: no hay contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo de Expulsivo activo: existen contracciones involuntarias de expulsivo o sensación de pujo materno.

### Tercera etapa del parto: ALUMBRAMIENTO

Esta fase hace referencia al transcurso de tiempo acontecido entre la expulsión completa del feto y la expulsión de la placenta con sus membranas ovulares. Generalmente, suele ocurrir durante los 30 minutos posteriores al nacimiento del recién nacido, pudiendo alargarse como máximo hasta los 60 minutos.<sup>15-52</sup> Es importante recordar que debemos esperar a que la placenta se desprenda por sí sola y, en ningún caso, tirar del cordón umbilical para sacarla, pues podría romperse o podría arrastrar el útero junto con ella.<sup>52</sup>

#### 9.1.3. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El concepto de violencia obstétrica (VO) es un término poco conocido actualmente. Los primeros en definir este tipo de violencia de género fueron Venezuela, Argentina y México.<sup>54</sup> El primero de ellos en reconocerla como concepto legal ha sido Venezuela. En su *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, publicada el 19 de marzo de 2007, hacen referencia a la VO como: “*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*”.<sup>17-54</sup>

A nivel mundial, la OMS respalda que todas las mujeres tienen el derecho de recibir el mejor nivel de cuidados de salud, incluyendo una atención digna y respetuosa, así como el derecho a no sufrir ningún tipo de violencia ni discriminación.<sup>54</sup>

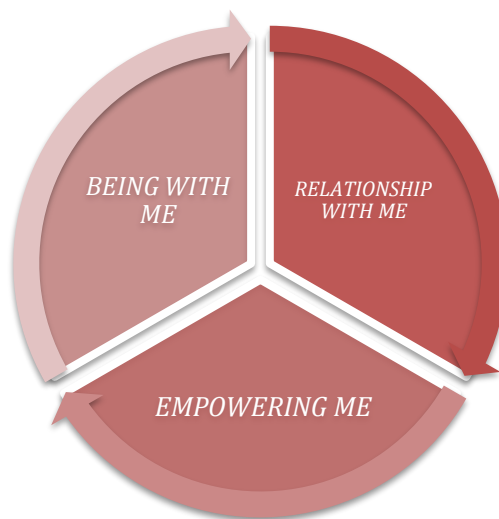
En España no tenemos una ley específica para la violencia obstétrica, pero podemos considerar que esta vulnera una ley fundamental, *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*<sup>55</sup>. En el Art. 1 hace referencia a la obligatoriedad del cumplimiento de los derechos fundamentales del paciente en los centros y servicios sanitarios tanto públicos como privados. También debemos destacar de esta Ley 14/2002 la “voluntad de humanización de los servicios sanitarios”, que en referencia al tema que nos ocupa sería el llamado “parto humanizado”.<sup>16-</sup>

En cuanto a nuestro Código Deontológico de la Enfermería Española también lo vulnera, debido a que la VO incumple los artículos 5 y 6.<sup>56</sup> La definición de este concepto insiste en la “*pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo*”<sup>54</sup> y estos artículos nos hablan de la protección al paciente ante tratos que dañen la dignidad personal del paciente y la obligación de nuestros profesionales a respetar la elección y el control de los usuarios acerca de la atención que se les presta.<sup>56</sup>

#### 9.1.4. ATENCIÓN COMPASIVA EN EL PARTO

La atención compasiva en el momento de parto se define como las interrelaciones, entre la mujer y la matrona, donde se lleve a cabo la presencia auténtica de la profesional, notando el sufrimiento, la empatía, la relación o conexión entre ambas, el trabajo emocional y la motivación por ayudar y apoyar. El objetivo es empoderar a las mujeres y aliviar el sufrimiento a través de la negociación, el conocimiento y las habilidades propias de la matrona.<sup>57</sup>

Dentro de la atención compasiva podemos diferenciar 3 esferas de las que se ocupa esta nueva forma de cuidados al parto.<sup>48</sup> (**Figura 6**)



(Figura 6. Las 3 esferas de la atención compasiva en el parto, elaboración propia)

La primera esfera, “*Being with me*”, hace referencia a estar presente en todo momento con la mujer y la familia, por eso antes se hacía referencia al término de “presencia auténtica”. Debe apreciarse una clara implicación por parte de la matrona durante todo el transcurso del parto.<sup>48</sup>

La segunda esfera “*Relationship with me*”, se define como la intervención y comunicación activa que se lleva a cabo con la mujer y su familia durante todo el proceso de parto. Esto se llevará a cabo tratando de entenderles y ayudarles en todo lo que necesiten, con una comunicación tanto verbal como no verbal sosegada y pacífica para hacer sentir a la mujer una mayor tranquilidad y, por tanto, una disminución del dolor.<sup>48</sup>

La tercera esfera, “*Empowering me*”, hace referencia a empoderar y animar a la parturienta y familia durante todo el parto. El objetivo es hacerla sentir más segura de sí misma y de su potencial como mujer, provocando una mejoría de su actitud frente a este proceso tan importante en su vida.<sup>48</sup>

#### **9.1.5. AMNIORREXIS**

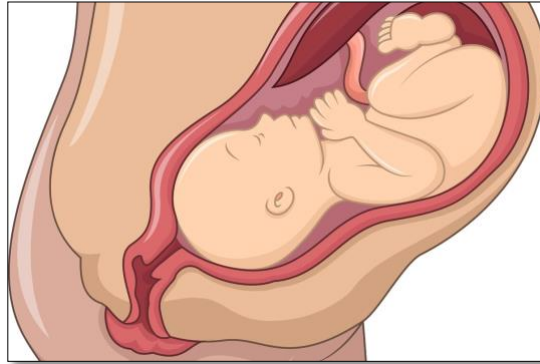
La amniorrexis hace referencia a la rotura de membranas de la bolsa amniótica previas al trabajo de parto, es decir, antes de las contracciones. La rotura implica la salida al exterior del líquido amniótico y la comunicación de la cavidad amniótica con el canal cervical y la vagina.<sup>58-59</sup>

Cuando la rotura de membranas se produce antes de las 24 semanas, se denomina “amniorrexis antes de la viabilidad fetal”. Si ocurre entre las 24-37 semanas se denomina amniorrexis pretérmino. Finalmente, si ocurre a partir de las 37 semanas se conoce como “amniorrexis a término”.<sup>59</sup>

El diagnóstico suele realizarse por exploración física, mediante tacto vaginal o por visualización de líquido amniótico por el orificio cervical tras la colocación de un espéculo.<sup>59</sup>

#### **9.1.6. PRESENTACIÓN CEFÁLICA**

La presentación fetal es la manera en la que está colocado el feto para salir por el canal de parto durante el proceso de expulsivo. La presentación cefálica hace referencia a la postura de la cabeza del feto hacia abajo, muy cerca de la pelvis.<sup>60-61</sup> (**Figura 7**)



(Figura 7. Presentación cefálica) <sup>62</sup>

Además, dentro de la presentación cefálica encontramos dos subtipos, anterior y posterior. La presentación cefálica anterior es aquella en la que la espalda del feto está pegada al vientre de la mujer.<sup>61</sup> (Figura 7) Mientras que, en la presentación cefálica posterior, la espalda del feto se encuentra más pegada y cerca de la espalda de la mujer.<sup>61</sup>

### 9.1.7. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal o distrés fetal hace referencia a una complicación del parto en la que el feto no recibe el oxígeno necesario, lo cual puede producirle daños neurológicos. Los signos que podrían indicar que el feto presenta sufrimiento fetal son: cambios en la frecuencia cardíaca (taquicardia o bradicardia), presencia de meconio en el líquido amniótico, disminución de los movimientos del feto y acidosis fetal.<sup>63</sup>

Algunos de los motivos por los que puede producirse el sufrimiento fetal son: lesiones o alteraciones en la placenta, problemas hemodinámicos maternos, crecimiento intrauterino retardado (CIR), problemas del cordón umbilical, anemia fetal, anomalías cardíacas fetales, fiebre materna intraparto, compresión de la vena cava inferior por la postura materna e infecciones.<sup>63</sup>



### 9.1.8. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

El IMC es un método o herramienta para estimar la cantidad de grasa corporal que presenta un individuo y determinar con ello, si está dentro del rango normal o, por el contrario, se tiene sobrepeso, obesidad, o bajo peso. El cálculo se realiza mediante una fórmula que divide el peso (en kilogramos), entre la altura (en metros al cuadrado). Para la mayoría de los adultos, un IMC en rangos normales estará entre 18,5 y 24,9.<sup>64</sup> (**Figura 8**)

| Índice de Masa Corporal | Tu rango                               |
|-------------------------|--|
| 15 o menos              | Delgadez muy severa                    |
| 15 – 15.9               | Delgadez severa                        |
| 16 – 18.4               | Delgadez                               |
| 18.5 – 24.9             | Peso Saludable                         |
| 25 – 29.9               | Sobrepeso                              |
| 30 – 34.9               | Obesidad Moderada                      |
| 35 – 39.9               | Obesidad severa                        |
| 40 o más                | Obesidad muy severa (obesidad mórbida) |

(Figura 8. Rangos dependiendo del IMC) <sup>64</sup>

### 9.1.9. AUSCULTACIÓN INTERMITENTE

La auscultación intermitente hace referencia a la observación del latido fetal durante el parto, la cual se realiza mediante un estetoscopio de Pinard o un Sonicaid, durante unos periodos de tiempo previamente establecidos. Los intervalos de tiempo en los que debe utilizarse la auscultación intermitente son:<sup>65</sup>

- Durante la fase de dilatación, el latido fetal se tendría que auscultar y registrar cada 15 minutos.
- Durante la fase de expulsión, el latido fetal se debería auscultar y registrar cada 5 minutos.

La auscultación intermitente tiene como ventaja principal que no limita la movilidad de la mujer durante el proceso de parto. “La posibilidad de adoptar diferentes posturas durante el periodo de dilatación y expulsivo se ha asociado con una mejor tolerancia al dolor, una menor utilización de anestesia epidural, una reducción del periodo de dilatación y expulsivo, y una disminución de registros patológicos”.<sup>65</sup>

## **9.2. ANEXO II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN PARTOS FISIOLÓGICOS**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

1. **¿Qué es “atención compasiva” en el parto? Señala la respuesta incorrecta.**
  - a. Una forma de atención al parto utilizada en UK.
  - b. Cualidades que las profesionales deben tener.
  - c. Uno de sus propósitos es aliviar el sufrimiento.
  - d. Va muy ligado a la empatía y la motivación.
  
2. **Si una mujer está de parto en el Centro de Nacimientos y comienza con TA de 150/80 mmHg y febrícula. ¿Cuál será el procedimiento a seguir?**
  - a. Se espera hasta que la TA diastólica sea superior de 160 mmHg para derivar.
  - b. Se deriva a paritorios del hospital.
  - c. Se espera hasta que aumente la febrícula para derivar.
  - d. No se hace nada al respecto, salvo vigilar a la parturienta.
  
3. **Señale la respuesta incorrecta.**
  - a. En España en el año 2019 había una tasa de 42% de episiotomías.
  - b. Solo existen dos casas de parto en España.
  - c. Los centros de nacimientos son originarios de UK.
  - d. En los centros de nacimientos se utiliza la aromaterapia.
  
4. **Criterios de exclusión maternos para la atención en un centro de nacimientos.**
  - a. Gestación múltiple.
  - b. Tiempo de amniorrexis inferior a 24 horas.
  - c. Más de 5 embarazos cumplidos previos.
  - d. a y c son correctas.
  
5. **Factores maternos de traslado a paritorios.**
  - a. Temperatura superior a 37°C.
  - b. Lesión perineal de segundo grado.
  - c. Deseo de la mujer.
  - d. Lesión perineal de primer grado.
  
6. **Si una parturienta se encuentra en el Centro de Nacimientos y nos pide analgesia epidural, ¿cuál será nuestra actuación?**
  - a. Le explicamos que no existe esa posibilidad.
  - b. Preparamos su traslado a paritorios.
  - c. Intentamos que entre en razón y lleve su parto de manera natural, sin fármacos.
  - d. Nos ceñimos a su plan de parto, donde especifica que no quiere anestesia epidural.
  
7. **Señala la respuesta incorrecta de las posturas de lactancia materna.**
  - a. La postura de balón de rugby es adecuada para gemelos.
  - b. La posición de caballito está contraindicada en caso de retromicrognatia (mandíbula pequeña).
  - c. En la postura de crianza biológica la madre se coloca recostada en ángulo de entre 15 y 65°.
  - d. En la posición invertida el cuello del bebé debe estar deflexionado.

- 8. ¿En qué modelo de cuidados se basan los centros de nacimientos?**
- Paternalista.
  - Modelo biopsicosocial de cuidados.
  - Maternalista enfermero.
  - Modelo deliberativo.
- 9. Las gestantes asistidas por matronas obtienen (señale la respuesta incorrecta):**
- Los mismos resultados perinatales que aquellas Asistidas por obstetras o matronas y obstetras.
  - Mejores tasas de lactancia materna.
  - Mayores tasas de anestesia epidural.
  - Mejores experiencias de parto.
- 10. El entorno físico y las instalaciones desempeñan un papel clave para determinar las experiencias de parto de las usuarias.**
- Verdadero.
  - Falso.
- 11. Tipos de centros de nacimientos (señala la opción verdadera):**
- Hospitalarios y extrahospitalarios.
  - Casas de partos.
  - Extrahospitalario.
  - Independiente.
- 12. En caso de traslado a la unidad obstétrica, la matrona que acompaña a la mujer en el centro de nacimientos irá también con ella, puesto que el uso de un modelo de cuidados que incluya la continuidad del cuidador logra los mejores resultados perinatales y emocionales.**
- Verdadero.
  - Falso.
- 13. El ratio matrona-gestante del centro de Nacimientos es:**
- 1:1
  - 1:2
  - 1:3
  - 1:4
- 14. Señala la respuesta incorrecta con respecto a las actividades que se llevan a cabo en un centro de nacimientos:**
- Valoración de una matrona de referencia tanto por teléfono, en casa o en el centro.
  - Tramitar el alta del centro de nacimientos.
  - Apoyo a la lactancia materna, valoración y examen del recién nacido, cribado auditivo del recién nacido, etc.
  - Registro cardiotocográfico para valorar bienestar fetal.
- 15. Si las mujeres lo desean deben poder permanecer en la misma habitación durante el parto, el nacimiento y la estancia postparto:**
- Verdadero.
  - Falso.
- 16. ¿Qué se entiende por alta precoz tras un parto normal? Alta ... horas después del nacimiento.**
- 24
  - 12
  - 6
  - 8
- 17. En las habitaciones de los centros de nacimientos, los equipos clínicos y de Emergencia se deben almacenar de manera que no estén visibles.**
- Verdadero.
  - Falso.

**18. Las instalaciones de los centros de nacimientos NO incluyen:**

- a. Área de eliminación de residuos y ropa sucia.
- b. Área común para la comida de los usuarios.
- c. Acceso independiente con puerta de entrada directa a la calle.
- d. Quirófano.

**19. Señala la afirmación correcta:**

- a. En los centros de nacimientos no se realiza ninguna intervención.
- b. Se debe colocar vía venosa periférica a todas las gestantes.
- c. Durante la fase de dilatación, se debe auscultar el latido fetal cada 5 minutos, y tras la contracción, durante 1 minuto.
- d. La frecuencia cardíaca materna debe monitorizarse durante el trabajo activo de parto.

**20. En presencia de meconio, se debe trasladar siempre a la gestante a la unidad obstétrica ya que es necesario iniciar la monitorización continua (registro CTG).**

- a. Verdadero.
- b. Falso.

**21. Un resultado positivo de Estreptococo B se considera criterio de exclusión del centro de nacimientos:**

- a. Verdadero.
- b. Falso.

**22. En caso de hacer uso de la hidroterapia, la temperatura del agua no debe ser superior a:**

- a. 36, 5°
- b. 37°
- c. 37, 5°
- d. 38°

**9.3. ANEXO III. HOJA DE CORRECCIÓN.**

| <b><u>PREGUNTA</u></b> | <b><u>A</u></b> | <b><u>B</u></b> | <b><u>C</u></b> | <b><u>D</u></b> |
|------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1                      |                 | X               |                 |                 |
| 2                      |                 |                 |                 | X               |
| 3                      |                 | X               |                 |                 |
| 4                      |                 |                 |                 | X               |
| 5                      |                 |                 | X               |                 |
| 6                      |                 | X               |                 |                 |
| 7                      |                 | X               |                 |                 |
| 8                      |                 | X               |                 |                 |
| 9                      |                 |                 | X               |                 |
| 10                     | X               |                 |                 |                 |
| 11                     | X               |                 |                 |                 |
| 12                     | X               |                 |                 |                 |
| 13                     | X               |                 |                 |                 |
| 14                     |                 |                 |                 | X               |
| 15                     | X               |                 |                 |                 |
| 16                     |                 |                 | X               |                 |
| 17                     | X               |                 |                 |                 |
| 18                     |                 |                 |                 | X               |
| 19                     |                 |                 |                 | X               |
| 20                     |                 | X               |                 |                 |
| 21                     |                 | X               |                 |                 |
| 22                     |                 |                 |                 | X               |

#### 9.4. ANEXO IV. CARTEL INFORMATIVO

## ¿ERES MATRONA Y QUIERES FORMAR PARTE DEL EQUIPO DE UN CENTRO DE NACIMIENTOS?

Si quieres dar una atención integral a la mujer y su familia durante el proceso de parto, además de aprender una nueva forma de trabajo, donde se sitúe la autonomía profesional de las matronas:

**¡TE ESTAMOS BUSCANDO!**

ESCANEA EL  
CÓDIGO QR  
PARA  
CONOCER LA  
FORMACIÓN  
GRATUITA



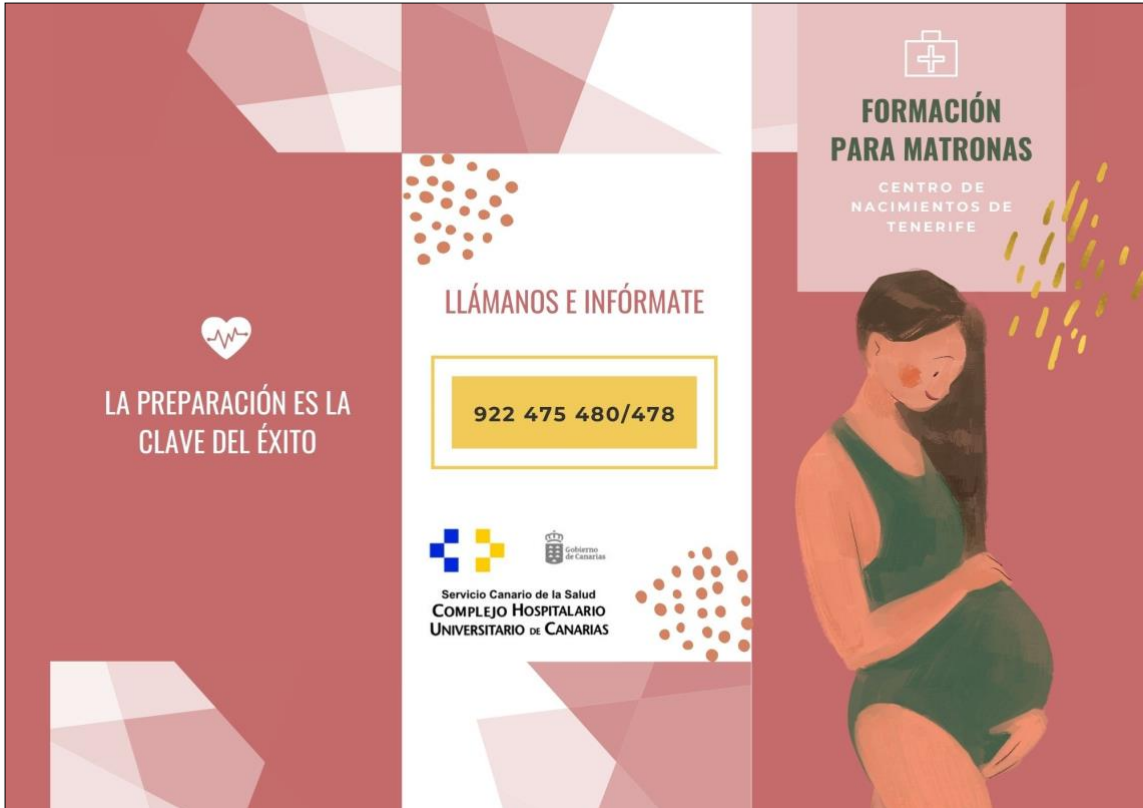
**Teléfono:**

922 475 480 / 478



Servicio Canario de la Salud  
COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

**9.5. ANEXO V. TRÍPTICO (al escanear el código QR del folleto se puede obtener en PDF):**



LA PREPARACIÓN ES LA CLAVE DEL ÉXITO

LLÁMANOS E INFÓRMATE

922 475 480/478

Servicio Canario de la Salud  
**COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS**

**FORMACIÓN PARA MATRONAS**  
CENTRO DE NACIMIENTOS DE TENERIFE



**SOBRE LA FORMACIÓN**

Los talleres formativos son gratuitos y serán impartidos a las matronas seleccionadas para formar parte del nuevo Centro de Nacimientos de la Isla de Tenerife.

Esta formación será en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y tendrá una duración de 8 semanas.

Los talleres serán cada martes y tendrán una duración de 4 horas.

“**CON ESTA FORMACIÓN, OFRECEMOS MÁS QUE ENSEÑAR UNA NUEVA FORMA DE ATENCIÓN AL PARTO. OFRECEMOS UN NUEVO COMIENZO DENTRO DE TU PROFESIÓN.**”

**TALLERES FORMATIVOS**

Sesión 1. Bienvenida.

Sesión 2. Centro de Nacimientos.

Sesión 3. Atención personalizada y colaboración en la toma de decisiones.

Sesión 4. Atención óptima intraparto: cómo reducir de forma segura las intervenciones innecesarias.

Sesión 5. Auscultación intermitente "inteligente".

Sesión 6. Una nueva forma de atención maternal basada en la autonomía profesional y la atención compasiva.

Sesión 7. Posturas intraparto y lactancia materna eficaz.

Sesión 8. Atención a la mujer y familia en el Centro de Nacimientos.

**9.6. ANEXO VI. FICHA DE DATOS PERSONALES**

FOTO

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>NOMBRE:</b>               |  |
| <b>APELLIDOS:</b>            |  |
| <b>DNI:</b>                  |  |
| <b>TELÉFONO DE CONTACTO:</b> |  |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   |  |
| <b>DIRECCIÓN:</b>            |  |
| <b>Nº DE COLEGIADO:</b>      |  |



## 9.7. ANEXO VII. EJERCICIO PRÁCTICO: ROLE PLAYING

**SESIÓN 3:** *Atención personalizada y colaboración en la toma de decisiones.*

### EJERCICIO DE ROLE PLAYING

- **Actividad 1:**

- Contexto: Una mujer embarazada acude al Centro de Nacimientos para decidir en qué lugar quiere llevar a cabo su parto tras haber pasado una vez por un parto con violencia obstétrica.

- Personaje 1. Mujer embarazada que no está segura de si el Centro de Nacimientos es un sitio seguro para ella y su bebé. Intenta buscarle inconvenientes a todo lo que se le propone.

- Personaje 2. Matrona del Centro de Nacimientos. Dar razones a la mujer para que no dude de la óptima atención al parto en este centro.

- **Actividad 2:**

- Contexto: Durante el parto de una mujer en el Centro de Nacimientos, se deben realizar cambios en sus deseos de plan de parto debido a signos de alarma en el feto.

- Personaje 1. Mujer de parto dolorida y asustada por los cambios en la situación fetal.

- Personaje 2. Marido de la mujer, el cual se encuentra disgustado por las decisiones que se han tomado.

- Personaje 3. Matrona que lleva el parto. Tranquilizar a la familia.

## 9.8. ANEXO VIII. EJERCICIO PRÁCTICO: CASO CLÍNICO

**SESIÓN 4:** *Atención óptima intraparto: cómo reducir de forma segura las intervenciones innecesarias.*

### EJERCICIO DE CASO CLÍNICO

- **CASO CLÍNICO 1:**

Mujer primigesta de 27 años, que acude por amniorraxis al Centro de Nacimientos. Tras dilatar 2 cm comienza con TA sistólicas de 160 mmHg y con febrícula (37,5°C). Esto persiste durante media hora sin cambios.

- ¿Cuáles son los signos de alarma?
- ¿Qué harías ante esta situación?
- ¿Cómo se lo explicarías a la mujer y familia?

- **CASO CLÍNICO 2:**

Mujer de 38 años, la cual ha tenido 4 partos por vía vaginal. Tras este último, llevado a cabo en el Centro de Nacimientos, se observa que se produce una hemorragia puerperal precoz, pues al hacer revisiones cada media hora no se detiene el sangrado. Se estima una pérdida sanguínea de más de 600 ml.

- Circuito de derivación de la puérpera.
- ¿Cuáles son las posibles causas de la hemorragia precoz?
- ¿Qué ocurre con el recién nacido durante el traslado?

## 9.9. ANEXO IX. EJERCICIO PRÁCTICO: ESFERAS DE LA “ATENCIÓN COMPASIVA” EN EL PARTO

**SESIÓN 6:** *Una nueva forma de atención maternal basada en la autonomía profesional y la atención compasiva.*

### EJERCICIO DE ESFERAS

**Actividad:** Describe 10 formas de realizar “atención compasiva” en el parto y engloba cada una de ellas en una de las esferas que componen esta nueva forma de atención al parto.

| COMPASSIONATE MIDWIFERY<br>ES... | ESFERA |
|----------------------------------|--------|
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |
|                                  |        |

**9.10. ANEXO X. PERMISO PARA EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO DE CANARIAS**

Adriana Santos Pérez  
Facultad de Enfermería y Fisioterapia  
Universidad de La Laguna

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias  
Carretera General Ofra S/N  
La Cuesta 28320

**A la atención de la Gerente:**

D<sup>a</sup> Adriana Santos Pérez, estudiante de 4º Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna.

**Expone:**

Actualmente estoy realizando un proyecto de intervención educativa para la asignatura de Trabajo de Fin de Grado. Este proyecto se basa en formar, mediante talleres, a las enfermeras obstétrico-ginecológicas, que serán contratadas para el nuevo Centro de Nacimientos de la isla de Tenerife, en partos de baja intervención.

Valoro que la realización del proyecto de intervención tendrá una duración de 8 semanas, con una sesión semanal de 4 horas.

**Solicito:**

Su permiso para utilizar un aula de formación continuada y el gimnasio de rehabilitación con la finalidad de realizar las sesiones formativas oportunas.

Le agradezco de antemano su atención y que valore mi propuesta.

Un cordial saludo,  
Adriana Santos.

