



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

utad

UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

La Satisfacción de la Mujer tras el Parto Normal Liderado por
Midwives

Alexandra Sánchez de la Fuente

Viana do Castelo, marzo de 2025



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

La Satisfacción de la Mujer tras el Parto Normal Liderado por *Midwives*

Relatório de Estágio de Natureza Profissional de la candidatura al grado de Mestre en Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica en la Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo en consorcio con el Instituto Politécnico de Bragança y de la Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, al amparo del Despacho nº 12705/2022 en el Diário da República, 2ª série — N° 211 — 2 de noviembre de 2022.

Alumna: Alexandra Sánchez de la Fuente

Orientadora: Andreia Vanessa Afonso Soares Gonçalves, Professora Adjunta

Viana do Castelo, marzo de 2025

Sánchez de la Fuente, A. (2025). *Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional: La Satisfacción de la Mujer tras el Parto Normal Liderado por Midwives*. Viana do Castelo: [s.n.]. *Relatório Final del Estágio de Natureza Profissional del Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de la Escola Superior de Saúde del Instituto Politécnico de Viana do Castelo*, Portugal.

Trabajo elaborado expresamente como *Relatório de Estágio* original, para la obtención del grado de *Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, y presentado en la *Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo*.

Palabras-clave: *enfermeiros obstétricos*; mujeres; parto normal; satisfacción del paciente

"Cuando las mujeres se reúnen para compartir sus historias de parto, se crea una energía poderosa que cambia cómo vemos nuestras capacidades."

Ina May Gaskin

AGRADECIMIENTOS

Una vez finalizado este viaje, una etapa especialmente importante de mi vida, no puedo más que agradecer a todas las personas que me ayudaron a hacerlo posible.

Doy las gracias en primer lugar a las profesoras Andreia Gonçalves y Conceição Freitas por la dedicación y exigencia, no solo a nivel profesional, sino también a nivel personal. Sin su apoyo y cariño habría abandonado casi antes de empezar. Sus alumnos tienen la suerte de poder contar con ellas como sostén y guía.

Agradezco también a la profesora Augusta Delgado y al director de la escuela Luís Graça por la ayuda recibida, además de a todos los profesores y funcionarios que formaron parte del camino.

A todo el equipo de los servicios de puerperio, ginecología, neonatología, materno-fetal y paritorio de los hospitales del norte de Portugal en los que he estado, así como del centro de salud, por la forma en la que me recibieron y acogieron, y la comprensión recibida por el hecho de ser extranjera y no manejar bien el idioma. Siempre me hicieron sentir una más.

Al hospital español que me acogió, a las matronas que me acompañaron y a la matrona supervisora del paritorio, pues estas prácticas son de especial relevancia para mi futuro profesional.

A las mujeres, familias y recién nacidos que consintieron que fuera partícipe de una etapa tan importante para ellos. No me acuerdo de todos sus nombres, pero sus historias seguirán conmigo el resto de mi vida.

A todas mis compañeras de clase, con especial mención a Margarida, Bruna, Raquel y Tatiana. Ellas saben que sin su ayuda no habría llegado hasta aquí. Me llevo amigas para toda la vida.

Por último, aunque no con menor importancia a mi familia, que en la distancia siempre estuvo presente, además de por todos los esfuerzos que hicieron por mí.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE TABLAS	8
LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	12
PARTE I: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	14
1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	15
1.1 Caracterización del contexto de realización de las prácticas.....	15
1.2 Objetivos del Estágio de Natureza Profissional.....	18
1.3 Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis.....	19
2. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS.....	21
2.1 Competencias comunes a los enfermeros especialistas.....	21
2.2 Competencias específicas del Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	23
2.3 Experiencias mínimas requeridas para la adquisición del título.....	32
3. ANÁLISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DEL ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	34
PARTE II: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN – La Satisfacción de la Mujer tras el Parto Normal liderado por <i>Midwives</i>.....	35
1. INTRODUCCIÓN.....	36
2. METODOLOGÍA.....	38
2.1 Objetivo y finalidad del estudio.....	39
2.2 Pregunta de investigación.....	39
2.3 Tipo de estudio.....	39
2.4 Criterios de inclusión.....	40
2.5 Estrategia de búsqueda.....	41
2.6 Selección de estudios.....	43

2.7 Extracción de datos.....	43
2.8 Cuestiones éticas.....	44
3. RESULTADOS.....	44
4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52
5. CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	56
CONCLUSIÓN GENERAL.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÉNDICES.....	66
Apéndice 1: Instrumento de recogida de datos.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estrategia de búsqueda.....	42
Figura 2: Diagrama de flujo PRISMA.....	45
Figura 3: Síntesis de los resultados.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Experiencias mínimas y experiencias realizadas en el ENP.....	33
Tabla 2: Presentación de los resultados.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AWHONN – *Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses*

CCE – *Conselho das Comunidades Europeias*

CMESMO – *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

CTG – *Cardiotocografia*

DGS – *Direção-Geral da Saúde*

ESMO – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

EEESMO – *Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

ENP – *Estágio de Natureza Profissional*

FCF – *Frecuencia Cardíaca Fetal*

ICM – *International Confederation of Midwives*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MESMO – *Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE – *Ordem dos Enfermeiros*

OMS – *Organización Mundial de la Salud*

PAE – *Proceso de Atención de Enfermería*

PQCEESMO – *Padrões de de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*

RENP – *Relatório de Estágio de Natureza Profissional*

RN – *Recién Nacido*

RESUMEN

Introducción: La formación en *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* requiere de una estrecha interacción con las mujeres a lo largo de las diferentes etapas del ciclo reproductivo, incluyendo uno de los momentos más sensibles: la atención intraparto. El nacimiento de un hijo es un momento extraordinario y único en la vida de las mujeres y, sin embargo, muchas de ellas consideran esa experiencia como negativa. Este período representa una fase de alta vulnerabilidad física y emocional, en la que la calidad del acompañamiento profesional, tanto a la mujer como a la persona significativa, influye notablemente en la vivencia del parto y en la percepción de la asistencia recibida. A pesar de los avances en la atención obstétrica, muchas mujeres siguen describiendo esta experiencia como desagradable, lo que subraya la importancia del papel de los *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* en la promoción de un parto positivo, respetuoso y centrado en la mujer y en la familia. Esta realidad despertó el interés por comprender qué factores contribuyen a una experiencia de parto positiva, con el fin de integrar este conocimiento a la futura práctica profesional y mejorar la calidad de los cuidados prestados.

Objetivo: Los principales objetivos de este documento son exponer y reflexionar sobre las competencias adquiridas y las actividades desarrolladas durante el *Estágio de Natureza Profissional*. El estudio de investigación tiene como objetivo principal mapear y describir la evidencia existente sobre la satisfacción de la mujer con la atención al nacimiento liderada por *Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* tras el parto normal.

Metodología: Se realiza un análisis crítico y reflexivo de las actividades desarrolladas a lo largo del *Estágio de Natureza Profissional*. Durante el mismo, los cuidados prestados se basaron en la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. En relación con la componente de investigación de este documento, el método de estudio utilizado es una *Scoping Review* con base en los principios del *Joana Briggs Institute*, teniendo en cuenta el principal objetivo de este. Se realiza una búsqueda en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Scopus, además de una pesquisa de la literatura gris. La síntesis de los resultados sigue una estrategia narrativa para integrar, describir y presentar los hallazgos de forma estructurada y comprensible.

Resultados: Se adquieren durante la formación las competencias necesarias para la prestación de cuidados en el área de *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*, y se

cumplen las experiencias mínimas requeridas. En lo que se refiere a la revisión realizada, se incluyen 18 estudios, y se identifican tres factores para la satisfacción materna: necesidad de información, apoyo psicológico y sensación de seguridad.

Conclusiones: Se cumplen los objetivos requeridos para el Estágio de Natureza Profissional, y se adquieren las competencias necesarias para la práctica de la Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. La componente de investigación permite identificar qué dice la literatura sobre la satisfacción de las mujeres tras ser acompañadas durante el parto por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. La evidencia revisada identifica tres aspectos señalados por las mujeres que influyen en la percepción de satisfacción con los cuidados recibidos por parte de los profesionales que las acompañan, que son la necesidad de información, el apoyo psicológico y la sensación de seguridad. El acompañamiento por parte de estos profesionales se posiciona en la mayor parte de los artículos revisados como un elemento relevante para mejorar la experiencia del parto, priorizando un enfoque centrado en la persona y sus necesidades. El estudio evidencia la necesidad de que las instituciones de salud apoyen su rol, promoviendo su autonomía para ofrecer cuidados personalizados, seguros y centrados en la mujer y la familia, hacia un modelo de atención más satisfactorio.

Palabras-clave: *enfermeiros obstétricos*; mujeres; parto normal; satisfacción del paciente

ABSTRACT

Introduction: This Professional Internship requires close interaction with women throughout the different stages of the reproductive cycle, including one of the most sensitive moments: intrapartum care. The birth of a child is an extraordinary and unique moment in a woman's life; however, many women perceive this experience as negative. This period represents a phase of high physical and emotional vulnerability, where the quality of professional support, both for the woman and her significant other, significantly influences the childbirth experience and the perception of the care received. Despite advancements in obstetric care, many women continue to describe this experience negatively, highlighting the crucial role of the Midwife in promoting a positive, respectful, and woman and family-centered birth experience. This reality sparked an interest in understanding the factors that contribute to a positive childbirth experience, with the aim of integrating this knowledge into future professional practice and improving the quality of care provided.

Objectives: The main objectives of this document are to present and reflect on the competencies acquired and the activities carried out during the Professional Internship. The primary objective of the research study is to map and describe the existing evidence on women's satisfaction with childbirth care led by Midwives after a normal birth.

Methodology: A critical and reflective analysis of the activities carried out during the Professional Internship is conducted. During this period, the care provided was based on Afaf Meleis' Theory of Transitions. The study method is a Scoping Review following the principles of the Joanna Briggs Institute, considering its primary objective. A search is conducted in the Cochrane, PubMed, and Scopus databases, in addition to an exploration of the grey literature. The synthesis of the results follows a narrative strategy to integrate, describe, and present the findings in a structured and comprehensible manner.

Results: During the training, the necessary competencies for providing care in the field of Maternal and Obstetric Health Nursing are acquired, and the required minimum experiences are fulfilled. A total of 18 studies were included in the analysis, identifying three factors for maternal satisfaction: the need for information, psychological support, and a sense of security.

Conclusions: The goals set for the Professional Internship were achieved, and the necessary competencies for the practice of Maternal and Obstetric Health Nursing are

acquired. The research component has made it possible to identify what the literature says about women's satisfaction after being accompanied during childbirth by Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing. The reviewed evidence highlights three key aspects reported by women that influence their perception of satisfaction with the care received from these professionals: the transmission of information, psychological support, and a sense of security. In most of the reviewed articles, the presence of these professionals is positioned as a crucial factor in improving the childbirth experience, emphasizing a person-centered approach that prioritizes individual needs. The study underscores the need for healthcare institutions to support their role, promoting their autonomy to provide personalized, safe, and woman- and family-centered care, contributing to a more satisfactory care model.

Keywords: midwife; women; normal birth; patient satisfaction

PARTE I: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

La primera sección del *Relatório de Estágio de Natureza Profissional* (RENP) se divide en tres capítulos. En el primer capítulo se contextualiza la formación recibida durante el Estágio de Natureza Profissional (ENP) y se describen los entornos en los que se llevó a cabo la prestación de cuidados, además de enumerar los objetivos y desarrollar los principios teóricos que guiaron la práctica de cuidados durante el periodo de formación. El segundo capítulo habla de las competencias adquiridas durante el ENP, incluyendo tanto las competencias generales del enfermero especialista como las específicas para el Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Finalmente, el tercer capítulo está dedicado al análisis y la reflexión crítica sobre el proceso de adquisición y desarrollo de competencias durante el ENP.

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

En el segundo año del *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (CMESMO) se decide optar por la vía de la formación práctica mediante el ENP, para profundizar en los conocimientos adquiridos, mejorar las competencias y así poder obtener el título de EEESMO por la *Ordem dos Enfermeiros* (OE). A modo de demostrar el nivel obtenido se elabora este informe final de prácticas.

Según la *International Confederation of Midwives* (ICM, 2013) los programas de estudios para adquirir las habilidades necesarias y ejercer la profesión deben conseguir que los alumnos cumplan los requisitos que la organización define. Entre esos requisitos, se encuentra que al menos la mitad de la formación se base en la práctica clínica.

Se realizan por tanto como estudiante de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) las horas requeridas de práctica clínica basadas en cuidados hospitalarios en el paritorio, de febrero a julio de 2024. Se lleva a cabo así mismo una rigurosa contabilización de experiencias, así como el registro de asistencia supervisado por el EEESMO que nos acompaña.

1.1 Caracterización del contexto de realización de las prácticas

La formación transcurre en dos contextos diferentes, una parte en un hospital del norte de Portugal y la otra en un hospital del norte de España, ambos de tercer nivel. Resulta ser un desafío exigente como estudiante de ESMO, aunque enriquecedor en muchos aspectos, pues a pesar de que nos encontremos bajo el marco de la normativa europea con directrices comunes, siempre existen algunas diferencias en relación con los protocolos de cada hospital, e incluso diferencias marcadas por la cultura o el idioma. La salud materna y obstétrica es un área en la que se entabla una relación estrecha con la mujer y la persona significativa, por lo que se necesita una comunicación de calidad, con la misión de acompañar eficazmente a la familia en este proceso.

La estancia en Portugal se realiza en el paritorio de un hospital de referencia, con una arquitectura moderna y múltiples especialidades, donde se pueden obtener experiencias tanto en partos de bajo riesgo como en situaciones patológicas y emergencias. Los cuidados en este establecimiento se basan en la humanización, en atender a las necesidades individuales de cada mujer, incentivar el proceso fisiológico y evitar intervenciones innecesarias.

En cuanto a los recursos humanos, el equipo está formado por 49 médicos especialistas en obstetricia y ginecología, con un mínimo de cinco profesionales asignados a cada turno, además de un médico anestesista disponible las 24 horas del día y dos pediatras localizados en el servicio de Neonatología. El equipo de ESMO está formado por 35 profesionales, con cinco EEESMO por turno, tres exclusivamente para el paritorio, uno para el servicio de urgencias y otro para el bloque quirúrgico en caso de haber cesáreas urgentes. Los *assistentes operacionais* forman el resto del equipo con tres profesionales por turno, indispensables para el apoyo logístico, entre otras tareas.

El departamento de obstetricia cuenta en una misma zona con servicio de urgencias de obstetricia/ginecología, consulta externa de obstetricia/ginecología, varios paritorios, internamiento de ginecología, internamiento de puerperio e internamiento de embarazadas de riesgo. Hay además dos despachos médicos, sala de enfermería, cocina, vestuarios, secretaría, varios almacenes y sala de sucios. El servicio de Neonatología está justo al lado con entrada directa a los paritorios.

El paritorio está constituido por ocho estancias muy amplias, con baño propio y ducha. Entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) recomiendan la movilidad entre otras medidas como técnica de alivio del dolor, y es fácil conseguirlo en un espacio apropiado para ello. En cuanto al equipamiento disponible, los monitores de Cardiotocografía (CTG) son inalámbricos y sumergibles. Además, cada habitación está equipada con una cuna de reanimación neonatal, lo que implica la atención inmediata del equipo de pediatría sin necesidad de que el recién nacido (RN) abandone el campo visual de los padres.

En la misma planta se encuentra también un quirófano para cesáreas urgentes y electivas, que cuenta con otra cuna de reanimación neonatal y una sala de despertar propia, que permite seguir manteniendo el contacto piel con piel con el RN, siempre con un EEESMO encargado específicamente de esta tarea.

La admisión de la embarazada se realiza a través de las urgencias generales, para posteriormente ser derivada al servicio de urgencias de obstetricia/ginecología. Es ahí donde es atendida por el equipo médico y el EEESMO, que la deriva al paritorio o al internamiento de embarazadas según la situación. Tal y como recogen las directrices de la *Direção-Geral da Saúde* (DGS, 2023), todas las actividades y toma de decisiones casos de mujeres sanas de bajo riesgo son independientes para el EEESMO, en colaboración con el equipo médico. Como recomienda la OMS (2018), se promueve una política de demora del ingreso hospitalario hasta el período de dilatación activa en caso de gestaciones saludables de bajo riesgo, aunque es una decisión consensuada con la mujer. Cabe destacar que, durante todo este proceso, la embarazada o parturienta

puede estar acompañada por la persona significativa en todo momento, y así favorecer el bienestar de la familia.

En cuanto a la metodología de trabajo, cada EEESMO es responsable de atender a un máximo de tres parturientas y sus respectivos RN. Los registros se realizan mediante el programa informático Glinnt.

El proceso de integración como estudiante de ESMO en este servicio transcurre de manera progresiva, permitiéndome comprender las rutinas, los protocolos institucionales y la metodología de trabajo implementada. La colaboración y disponibilidad de todos los EEESMO que conforman el equipo fue fundamental para facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias. Este período de adaptación también resultó clave para identificar ciertos desafíos iniciales, especialmente en lo que respecta a la complejidad y las particularidades de este entorno tan exigente. Al principio, gestionar situaciones de mucho volumen de trabajo que requerían respuestas rápidas y eficientes me generaba cierto miedo, ya que implicaba tomar decisiones bajo presión. Sin embargo, una vez superadas estas dificultades iniciales, noté una mejora progresiva en mi capacidad para actuar con iniciativa y autonomía, así como en la colaboración efectiva con el equipo multidisciplinario.

La parte de las prácticas realizadas en un hospital español se lleva a cabo también en un centro de referencia. La preferencia para realizar la segunda parte del ENP en este hospital parte del hecho de querer conocer un nuevo contexto, y así poder experimentar diferentes modelos de prestación de cuidados, así como conocer nuevas instalaciones e interactuar con otros equipos de trabajo.

En cuanto a los recursos humanos, el equipo médico está constituido por cinco especialistas en obstetricia y ginecología por turno, un anestesista durante las 24 horas y dos pediatras localizados en el servicio de Neonatología.

La designación de la figura del EEESMO es Matrona en España, por lo que voy a referirme a estas profesionales de este modo en esta parte de descripción del contexto, para ser rigurosa con el nombre de la titulación de cada país. Trabajaban cinco matronas por la mañana, además de la matrona supervisora que da apoyo cuando es necesario. Dos matronas atienden exclusivamente los paritorios, una dirige el servicio de urgencias, otra profesional atiende el hospital de día y por último otra matrona colabora en las cesáreas. Durante el resto del día la plantilla se compone de tres matronas, dos para los paritorios y una para la atención de urgencias. Esta última profesional da apoyo en todos los turnos al paritorio, pues no existe separación física entre las zonas.

Conforman el resto del equipo dos auxiliares durante el día y una durante la noche, un celador para el transporte de las mujeres y el servicio de limpieza, imprescindibles para el correcto funcionamiento de la unidad.

Hay cinco paritorios amplios y con mucha luz natural, que tienen aseo, pero no ducha. Los monitores de CTG no tienen telemetría, y cuentan con un monitor central en dos salas de enfermería. Hay además una consulta de hospital de día, una sala de urgencias, un quirófano, una sala para la reanimación neonatal, dos paritorios específicos para la atención médica, un despacho médico, almacén, una cocina y una sala de sucios.

La admisión de la embarazada es similar a la de Portugal, pues se realiza en el servicio de urgencias general, para posteriormente ser derivada a las urgencias del paritorio, donde es valorada por la matrona y por el equipo médico si se requiere. Ahí se decide en consonancia con los deseos de la mujer el destino, promoviendo así mismo la demora del ingreso en la fase latente de partos saludables de bajo riesgo. La mujer está acompañada por la persona de su elección durante todo este proceso.

En cuanto a la metodología de trabajo, cada matrona es responsable durante el turno de dos paritorios. Los registros se realizan a través de un programa informático denominado *Gacela*, además del registro en un partograma en papel.

1.2 Objetivos del Estágio de Natureza Profissional

Los objetivos generales del ENP fueron desarrollar habilidades en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados especializados en ESMO, garantizando una intervención basada en la evidencia científica, y aplicado a lo largo del ciclo vital en el contexto de la familia, grupos y comunidad. Otro propósito fue la integración de principios éticos y legales que rigen la profesión, permitiendo la realización de acciones autónomas e interdisciplinarias adaptadas a cada situación clínica. Se enfatizó la importancia de sistematizar la evidencia, consolidando conocimientos técnicos, científicos, éticos y relacionales. Finalmente, se fortaleció la capacidad de argumentación para respaldar la toma de decisiones clínicas ante situaciones complejas.

En esta fase de la formación en el paritorio, mis objetivos personales como estudiante de ESMO se centraron en optimizar los procesos fisiológicos del trabajo de parto, en proporcionar una atención segura, personalizada y respetuosa tanto a la madre

como al RN, abordando las necesidades físicas, emocionales y sociales del proceso de parto. Estos objetivos incluyeron una atención integral y humanizada del parto y el apoyo continuo a la mujer, a la familia y a la persona significativa, respetando sus deseos y preferencias. Según la OE, durante el trabajo de parto el EEESMO cuida de la mujer, “(...) garantizando la asistencia en un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y del feto/recién nacido y contribuir para una experiencia de parto positiva” (OE, 2021, p.7). Fue un objetivo personal para la formación promover un entorno seguro y confortable durante el trabajo de parto, para prevenir, identificar y gestionar situaciones de emergencia tales como hemorragias tras el parto, distocia de hombros, sufrimiento fetal o prolapso de cordón umbilical. También identificar signos de alerta en el recién nacido y promover el contacto piel con piel con la madre. Percibí tras superar las dificultades iniciales, que experimenté una evolución gradual en mis capacidades para gestionar estas situaciones de forma segura y eficiente, siempre con la colaboración del equipo multidisciplinar.

Como último objetivo, se buscó completar los requisitos mínimos obligatorios no alcanzados en la primera mitad del CMESMO, establecidos por la OE y por el *Conselho das Comunidades Europeias* (CCE), que incluyen procedimientos y vigilancias propias del paritorio.

1.3 Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis

Con el fin de garantizar una atención integral y de calidad, además de mejorar los resultados, los cuidados fueron guiados por el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), método sistemático y organizado que busca proporcionar cuidados individualizados y efectivos para los pacientes. El profesional identifica, planifica, implementa y evalúa las necesidades de salud de la persona, familia o comunidad (PAE, 2019). En este caso, el EEESMO centra estos cuidados en el proceso de transición que implica el nacimiento de un hijo.

A lo largo del ENP, utilicé como sustento de la práctica de cuidados el modelo conceptual de la Teoría de las Transiciones de Afaf Meleis. Una transición, es definida por los *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (PQCEESMO) de la OE como “un proceso organizado en una determinada secuencia y que se desarrolla a lo largo de diversas fases (...). El proceso conduce, a lo largo del tiempo, a la incorporación de cambios en el modo de vivir, con la consecuente reorientación del modo de ser y estar del individuo que la vive” (OE, 2021, p. 22). Estas transiciones implican la incorporación de nuevos conocimientos y la

modificación de comportamientos, que otorgan al individuo un nuevo papel en la sociedad.

El enfermero según Meleis (2010), incluyendo a los EEESMO, tiene un papel crucial a lo largo de los mencionados procesos de transición, desarrollando una relación terapéutica basada en ofrecer información y soporte, a través de un proceso de adquisición de nuevas competencias relacionadas con la experiencia de transición. Este profesional posee según la autora competencias para intervenir con personas que viven procesos de transición, cuyo objetivo es aplicar el conocimiento en la práctica, y no solo conocer la teoría.

El parto, que se trata de un proceso fisiológico, es también un evento psicológico y emocional para la mujer y acompañante. Son normales los sentimientos de ansiedad o miedo, pero es fundamental que los profesionales que acompañan esta transición intenten transformar este momento en una experiencia satisfactoria.

Afaf Meleis elabora una teoría de medio alcance y la nombra Teoría de las Transiciones, que aborda un asunto relevante para la ESMO, como lo es la comprensión del desarrollo del ser humano frente a los cambios previsibles o no en su vida, así como su respuesta ante situaciones desafiantes (Meleis, 2010).

Para la autora las transiciones pueden ser definidas como el cambio en una fase de vida, condición, o de un estado a otro. Se refiere tanto al proceso como a los resultados de la interacción entre la persona y el ambiente, que caracteriza como compleja, y puede referirse a más de una persona, relacionada con el contexto de la situación.

Esta teoría de Afaf Meleis (2010) está formada por la naturaleza de las transiciones (tipos, patrones y propiedades); condiciones favorables y desfavorables para la transición (personales, comunidad y sociedad); patrones de respuesta (indicadores de procesos y resultados) e intervenciones terapéuticas tanto de enfermería como de ESMO.

Meleis (2010), describe cuatro tipos de transición según su naturaleza. Las transiciones de desarrollo están relacionadas con cambios en el ciclo vital, cambios como el embarazo, el parto y la maternidad. Las transiciones de situación se producen como respuestas a circunstancias específicas de la vida, que pueden conllevar a algún tipo de cambio de rol. Las transiciones de salud-enfermedad implican cambios relacionados con el estado de salud, como puede ser el diagnóstico de una enfermedad. Por último, las transiciones organizacionales están relacionadas con cambios en el entorno de atención sanitaria.

La autora nos dice que el proceso de transición se caracteriza en base a la existencia de condiciones favorables o desfavorables. Por ello, para comprender las experiencias de las personas, se necesita conocer las condiciones de cada una de ellas, de la comunidad y de la sociedad, que pueden ir en contra o a favor de la transición saludable. Están relacionadas por tanto con las creencias culturales y actitudes de la persona, el estado de su economía, la preparación y el conocimiento.

Los patrones de respuesta a las transiciones pueden ser monitorizados a través de indicadores que determinan el nivel de conocimiento y desempeño imprescindibles a las nuevas situaciones y contextos, así como el impacto del evento en la salud. Las repuestas de las personas son denominadas indicadores, que pueden ser de proceso o de resultado. Son considerados según esta teoría indicadores de proceso el sentirse ligado, interactuar, sentirse situado y desenvolver confianza y *coping*. La maestría y la identidad integradora fluida son indicadores de resultado (Meleis,2010).

Las intervenciones terapéuticas de enfermería son comprendidas como una acción continua en el proceso de transición. Las Teoría de las Transiciones actúa de guía para identificar las necesidades de cuidado en momentos críticos de cambio, facilitar la adaptación del paciente y la familia, así como diseñar intervenciones personalizadas que apoyen la transición saludable.

Se ha procurado durante todo el ENP utilizar esta teoría para comprender el proceso de transición que las mujeres y las familias vivencian, y así poder acompañar durante el proceso de forma adecuada.

2. ANÁLISIS Y REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE EL PROCESO DE ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS

2.1 Competencias comunes a los enfermeros especialistas

Las competencias comunes de los enfermeros especialistas son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que todos los enfermeros especialistas deben poseer, independientemente de su área de especialización, y están definidas en el *Reglamento* 140/2019 de la OE. Estas competencias garantizan una práctica profesional avanzada y centrada en el paciente, respaldada por evidencia científica con un enfoque ético. A continuación, se presentan los cuatro dominios principales, que son la responsabilidad profesional ética y legal, la mejora continua de calidad, la gestión de los cuidados y el desarrollo de aprendizaje profesional (OE, 2019).

Las competencias profesionales ético-legales se basan en actuar de acuerdo con los documentos que regulan el ejercicio de la profesión, como la *Deontologia da Profissão de Enfermagem* (OE, 2015). El respeto por las normas y protocolos basados en la evidencia científica se ha procurado mantener como estudiante de ESMO a lo largo de todas las prácticas con rigurosidad, así como se ha garantizado la confidencialidad y privacidad de la información e intimidad de los pacientes. Promover la equidad y justicia en la prestación de cuidados sin discriminación se convierte en un punto fuerte en un mundo cada vez más interconectado, y que nos crea diferentes desafíos. Acompañé como estudiante de ESMO a mujeres con diversas culturas y tradiciones, priorizando la comunicación eficaz mediante mecanismos como el traductor del teléfono, y también respetando sus deseos. Muy relacionado con este último punto, está defender los derechos de los usuarios, especialmente en situaciones vulnerables.

En cuanto al segundo dominio, que contempla la mejoría continua de la calidad, se basa en promover la concepción e implementación de proyectos y programas, teniendo en cuenta las mejores prácticas profesionales (OE, 2019). Durante el ENP, asistí a diferentes formaciones dirigidas al equipo de EEESMO, que fueron positivas para mi aprendizaje, como una formación en reparación perineal, una formación sobre el uso de los monitores de CTG y una formación sobre la gasometría en el RN. Pude así mismo asistir y contribuir en la discusión de mejoras necesarias para la atención de la mujer embarazada en Portugal en el *Congresso Nacional de Enfermeiros Obstetras*, integrando la mejor y más actual evidencia científica. También reflexioné con la ayuda de los profesionales experimentados que me acompañaban sobre la calidad de los cuidados ofrecidos, desempeñando un papel activo en la mejora continua de los mismos.

La organización de la gestión de cuidados es el tercer dominio, liderado en nuestra categoría por la supervisora de los EEESMO y el responsable de turno, que distribuye a los profesionales y supervisa las necesidades del servicio y de las familias, para garantizar la calidad de los cuidados (OE, 2019). Pude participar durante el ENP en algunas tareas inherentes a esta función, como la distribución de recursos humanos, la gestión de material y la coordinación con el equipo multidisciplinario, entre otras. Además, fue posible gestionar la prestación de cuidados estableciendo prioridades de acuerdo con las necesidades de las mujeres y familias. Colaboré por tanto activamente como estudiante de ESMO con el equipo multidisciplinar, intentando fomentar el respeto por las normas, y recibiendo de forma asertiva las valoraciones de profesionales con amplia experiencia.

El cuarto dominio es el de desarrollo del aprendizaje profesional, ya que esta profesión se basa en un aprendizaje continuo, no solo durante la formación académica, sino a lo largo de toda la vida laboral. Durante el ENP, he fundamentado mi práctica en la evidencia científica, asegurando que los cuidados prestados estuvieran alineados con las mejores prácticas, y siguiendo con rigurosidad los protocolos específicos de cada hospital. En cuanto al desarrollo del autoconocimiento y la asertividad, he sido consciente de mis fortalezas y áreas de mejora en la práctica clínica. En situaciones de duda o inseguridad al realizar alguna técnica o procedimiento, he solicitado apoyo al EEESMO responsable, demostrando una actitud proactiva y abierta al aprendizaje. Posteriormente, he recurrido a la literatura científica para esclarecer mis dudas y reforzar mis conocimientos, lo que me ha permitido ganar confianza en mi desempeño y tomar decisiones fundamentadas. Este proceso ha sido clave para mi crecimiento profesional, promoviendo una praxis más autónoma y segura.

La importancia de estas competencias reside en asegurar que los futuros EEESMO brinden cuidados seguros, eficaces y de calidad, así como contribuir al avance del conocimiento y la práctica de la ESMO (OE, 2019). Considero que he conseguido desarrollar eficazmente estos dominios, que podrán ser mejorados en un futuro en base a la experiencia.

2.2 Competencias específicas del Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Las competencias específicas de los EEESMO conforman junto a las comunes un marco regulador para la certificación de estas, permitiendo que los ciudadanos sean conocedores de lo que pueden esperar de los cuidados, y son definidas en el *Reglamento* 391/2019 de la OE (2019). Estas competencias fueron adquiridas y desarrolladas durante el ENP.

Durante la formación, se cuida a la mujer integrada en la familia y comunidad durante el trabajo de parto, procurando un ambiente seguro, en el sentido de optimizar la salud de la parturienta y el RN en su adaptación a la vida extrauterina (OE, 2019).

La admisión de la embarazada se lleva a cabo en ambos contextos hospitalarios por el EEESMO. En estas situaciones durante el ENP, realicé una primera entrevista para recolectar la información detallada y comprensiva de toda la historia de la mujer relevante para el proceso de parto. Esta información incluye alergias, historia familiar relevante o uso de alguna medicación. Pregunté por la historia obstétrica, anterior y reciente, incluyendo toda la historia durante la gestación actual. Evalué todos los

resultados de rastreos e investigaciones (sangre, ecografías) realizadas durante el embarazo, así como todas las admisiones y consultas realizadas. También sobre el número de gestaciones, si existen abortos o interrupciones, partos previos y semanas de gestación. Así mismo, realicé la medición de signos vitales y pregunté acerca de la frecuencia de las contracciones, pérdida vaginal de fluidos, intensidad del dolor o cambios en las características del movimiento fetal. Me aseguré de realizar esta entrevista siempre después de identificarme como estudiante de ESMO, para saber si la familia se encontraba conforme con mi presencia. En este momento, también me interesé por las expectativas y deseos de la mujer y la persona significativa, y así ofrecer cuidados de calidad.

Tras la admisión de la embarazada en el paritorio, evalué la fase del trabajo de parto en la que se encuentra para ajustar los cuidados, dividiéndose esta en cuatro etapas: primera etapa o dilatación (latente o activa), segunda etapa o período expulsivo, tercera etapa o alumbramiento y cuarta etapa o hemostasia (Cunningham et al., 2022).

Cabe destacar que es prioritario en ambos locales priorizar el acompañamiento por la persona significativa si la mujer así lo desea, como forma de promocionar el confort y bienestar de la familia. Tuve este aspecto siempre presente durante la formación, a modo de prestar los cuidados con la mayor calidad posible.

Cuando me encontré como estudiante de ESMO ante la atención de una mujer sana que acude a la consulta con una gestación de bajo riesgo y un inicio de trabajo de parto espontáneo, realicé las maniobras de Leopold y se evaluó el bienestar fetal mediante la auscultación. En caso de estar indicado, realicé también un tacto vaginal tras el consentimiento verbal de la mujer, con la intención de identificar y monitorizar la presencia de un trabajo de parto activo, que en estos casos resulta oportuno para valorar las opciones de la parturienta.

Un período activo de parto según la OMS (2018) se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas y regulares, cuello uterino con grandes modificaciones y dilatación de cinco o más centímetros.

En caso de encontrarse ante una parturienta en la fase latente, período previo a la situación anterior, tal y como refleja el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en su guía *Intrapartum care*, se informa a la mujer de que no existe una duración estándar de esta fase y que se recomienda la demora en el ingreso siempre y cuando se mantengan las condiciones de bienestar (NICE, 2023).

Cuando el deseo de la mujer era el de proceder al ingreso aún en fase latente, era derivada a la parte de hospitalización de obstetricia, para dar tiempo a la evolución del parto en un ambiente más distendido.

Atendí durante el ENP muchos casos de rotura prematura de la bolsa amniótica en embarazos saludables sin factores de riesgo. En esta situación, valoré las horas de evolución de la rotura, la presencia de infección por estreptococo del grupo B y las características del líquido. En estos casos, como refiere la guía NICE (2023), se ofrece a la mujer la posibilidad de mantener una actitud expectante durante veinticuatro horas, siempre que se mantengan las condiciones de bienestar, o la posibilidad de realizar una inducción. Como estudiante de ESMO, alerté a la mujer sobre síntomas de riesgo como la presencia de líquido con meconio o con mal olor, aumento de la temperatura corporal, sangrado vaginal, reducción de los movimientos fetales, dolor abdominal continuo, sensación de malestar y la recomendación de usar antibióticos si el cultivo de estreptococo es positivo (NICE, 2023).

Según la ya mencionada guía *Intrapartum care*, los profesionales deben de encorajar a la mujer a preguntar, a valorar las opciones propuestas y así ayudarla a tomar decisiones informadas. En la primera fase del parto, tras el ingreso de una paciente sana en evolución espontánea y bajo riesgo, actué de acuerdo con el plan de parto elaborado previamente o deseos de la mujer, garantizando así intervenciones individualizadas (NICE, 2023).

En algunas ocasiones, la parturienta acude al hospital con un formulario de plan de parto, que se elabora junto con el EEESMO durante el período prenatal en consulta propia. La proporción de mujeres que presentaban este documento no era mayoritaria, pero sí se trataba de un número significativo. Los deseos expresados en los planes de parto eran variados e integrables fácilmente en la atención habitual, como la preferencia por un ambiente tranquilo, el uso limitado de intervenciones, o la elección de ciertas posturas durante el trabajo de parto. En general, fue posible responder a la mayoría de los pedidos sin dificultad, siempre que la situación clínica lo permitiera y sin comprometer la seguridad materno-fetal. En cuanto a la actitud de las mujeres que traían este documento, en muchos casos se mostraban más participativas y conscientes de sus derechos y deseos. El plan de parto contribuyó por tanto de forma general a aumentar la satisfacción de las mujeres, ya que les permitía expresar sus expectativas y sentirse escuchadas. En caso de no contar con este documento, las peticiones de la mujer y acompañante son escuchadas y respetadas igualmente mediante la comunicación efectiva, además de que muchos de los requerimientos ya forman parte del protocolo interno, basado en la evidencia científica y en las recomendaciones internacionales.

En ambos contextos se prioriza la libertad de movimiento, y tal y como recomienda la OMS (2018) se promueven la movilidad, las posiciones asimétricas y la

verticalidad. Los ejercicios más aceptados por las mujeres y persona significativa durante el ENP según mi experiencia con estudiante de ESMO fueron los realizados sobre la bola de pilates. Involucré también al acompañante en técnicas manuales para el alivio del dolor como el masaje o aplicación de calor, ambas prácticas recomendadas como terapias alternativas al uso de fármacos durante el trabajo de parto (OMS, 2018).

En cuanto al alivio del dolor mediante analgesia epidural, cooperé como estudiante de ESMO con el servicio de anestesia en la implementación de intervenciones de promoción, prevención y control del dolor (OE, 2019). En ambos contextos se cuenta con un profesional para este fin durante las veinticuatro horas del día. La analgesia epidural fue sin duda la medida farmacológica más utilizada, y colaboré en múltiples ocasiones durante el ENP en la colocación de esta. Según Graça (2017), es el método más inocuo y eficaz para el alivio del dolor tanto en la parturienta como en el feto. Para garantizar la seguridad y el bienestar de ambos, llevé a cabo diversas intervenciones como verificar que la mujer no tiene contraindicaciones para su administración, asegurar la preparación del material necesario, monitorizar los signos vitales maternos, administrar sueroterapia y realizar un período de monitorización fetal. Durante el procedimiento, colaboré con el anestesista instrumentando el material y la medicación, y ofrecí apoyo emocional a la mujer. Posteriormente, vigilé los posibles efectos adversos, como pueden ser la hipotensión materna, bradicardia fetal, bloqueo motor elevado, reacción al anestésico local o punción accidental de la duramadre, y me aseguré de que el efecto fuese el deseado. Presencié durante el ENP alguna de estas situaciones, que a continuación se relatan. En casos de elevado bloqueo motor, intenté promover los cambios de postura y el uso de almohadas para evitar la presión en la misma zona, vigilé una posible retención urinaria y valoré suspender la infusión en caso de ser necesario. También me encontré con casos de hipotensión, que resultaron desafiantes por la rapidez de respuesta necesaria. En estos casos mantuve la sueroterapia, coloqué a la parturienta en decúbito lateral izquierdo, avisé al equipo médico y preparé la medicación intravenosa de emergencia por si fuera necesaria.

Los tactos vaginales, exceptuando circunstancias especiales que nos puedan preocupar, como puede ser un registro fetal sospechoso, o una pérdida hemática abundante, se realizan cada cuatro horas durante la primera fase de parto, con el previo consentimiento verbal de parturienta (Portugal, 2013). El tacto vaginal busca determinar las condiciones del cuello uterino (posición, borramiento, dilatación, consistencia y plano), así como la situación, presentación y variedad fetal. Además, se intenta efectuar la valoración preferentemente por el mismo profesional. Durante el ENP, salvo que se refirieran grandes dudas, los tactos no fueron repetidos por el EEESMO responsable,

pues adquirí una experiencia importante en la primera parte de la formación del CMESMO. Antes de realizar este examen, me aseguré de que aportara información relevante para la toma de decisiones, ya que se trata de un procedimiento invasivo que puede resultar angustiante para la mujer (NICE, 2023).

Realicé como estudiante de ESMO a lo largo de esta etapa un seguimiento periódico de la frecuencia de las contracciones, los signos vitales maternos (tensión, temperatura y frecuencia cardíaca), frecuencia cardíaca fetal (FCF), evaluación del dolor, ingesta y micción, siempre de acuerdo con la necesidad individual de cada mujer a mi cuidado. La OMS (2018) recomienda la monitorización intermitente como práctica estándar en situaciones de embarazo de bajo riesgo, añadiendo que la monitorización continua debe reservarse para casos de riesgo o complicaciones específicas durante el trabajo de parto. La FCF se evalúa mediante la auscultación intermitente o interpretación del registro de CTG en las situaciones referidas anteriormente, para identificar signos de bienestar o de posibles complicaciones que requieran intervención. Los componentes principales del registro son la frecuencia cardíaca basal (110-160 latidos por minuto), la variabilidad de la FCF y la presencia de aceleraciones o desaceleraciones (NICE, 2023). Realicé múltiples monitorizaciones de la FCF y valoraciones del registro de CTG, lo que resultó ser un desafío, relacionado con la correcta interpretación del trazado y las desviaciones de la normalidad, por lo que se necesitaron muchas horas de observación y apoyo por parte del equipo del paritorio. Todos estos datos los registré en el partograma junto con los hallazgos del tacto vaginal y características del líquido amniótico en caso de rotura de bolsa, entre otros.

La alimentación de las mujeres durante la fase activa de trabajo de parto se mantenía con líquidos y comida ligera según las preferencias. Informé a la paciente de que las bebidas isotónicas pueden ser más benéficas que el agua, y también de que estas pautas serían modificadas en caso de ser administrada analgesia con opioides o que se desarrollen factores de riesgo que puedan derivar en una cesárea (NICE, 2023).

Durante el expulsivo o segunda fase del trabajo de parto, acompañé como estudiante de ESMO el proceso en la posición preferida por la parturienta, tanto si se encontraba bajo los efectos de la analgesia farmacológica como si no (OMS, 2018).

En esta fase del parto, intenté como estudiante de ESMO favorecer el avance fisiológico del mismo. Informé a la parturienta de que este período tiene una duración variable, y que se completa normalmente en tres horas en el primer parto y en dos en los partos subsecuentes. Cuando la mujer no estaba bajo los efectos de la analgesia epidural, animé a empujar de forma espontánea escuchando a su cuerpo, sincronizando sus esfuerzos con las contracciones uterinas. Cuando existía falta de percepción de las

contracciones debido a la epidural, apoyé el esfuerzo materno durante la presencia de la contracción. En estos casos, si era necesario se retrasaba la acción de pujar entre una y dos horas desde la dilatación completa, o hasta que se recuperase la percepción del pujo (OMS,2018). Durante la formación, percibí la importancia en esta fase de gestionar los descansos, de promover los cambios de posición y de mantener una comunicación fluida, clara, respetuosa y directa con la mujer debido a la exigencia del propio proceso.

En esta etapa, evalué la FCF fetal de forma intermitente cada cinco minutos siempre que se mantuviesen las condiciones de bajo riesgo, comparándola con la frecuencia materna (NICE, 2022).

Atendí partos durante el ENP en posición de litotomía en la mayoría de los casos, además de partos en decúbito lateral, en cuclillas y en cuatro apoyos. La posición de litotomía según Gupta et al. (2017), puede estar asociada con varios efectos adversos, como puede ser un mayor riesgo de parto instrumentado. Además, esta posición se asocia con una mayor probabilidad de episiotomía y desgarros perineales severos, particularmente de tercer y cuarto grado. Otro aspecto importante es que esta posición puede comprometer la circulación materna, lo que podría afectar el suministro de oxígeno al feto. Asimismo, se ha reportado que la posición supina puede generar mayor dolor durante el trabajo de parto, debido a la presión sobre el sacro y la reducción del diámetro pélvico. Las posiciones verticales o laterales pueden ser por tanto más beneficiosas.

Utilicé la aplicación local de compresas calientes en el periné siempre y cuando la mujer expresase alivio con la misma, y también masaje como alternativa si la paciente lo prefería.

Colaboré activamente durante el ENP en múltiples situaciones que requirieron la actuación médica como el uso de ventosas, fórceps o cesáreas de emergencia, derivadas en la mayoría de los casos de un trazado cardiotocográfico patológico. Se destaca la exigencia de una situación concreta en la que uno de los EEESMO diagnosticó un prolapso de cordón, y que se solucionó con éxito tras la entrada en el quirófano de la madre. Según Boushra et al., (2023), el prolapso de cordón umbilical es una complicación obstétrica en la que el cordón desciende a través del cuello uterino o vagina antes que el RN durante el trabajo de parto. Es una emergencia que requiere de atención inmediata. Los autores refieren que, en cuanto al posicionamiento materno, existen varias opciones para aliviar la presión sobre el cordón umbilical. Se puede optar por la posición de rodillas al pecho, la posición de Trendelenburg o el decúbito lateral para disminuir la presión sobre el cordón. Si el cordón es accesible y está comprimido,

se puede realizar una descompresión manual, elevando el cordón hacia el útero para reducir la compresión y permitir el flujo sanguíneo. Simultáneamente, se debe administrar oxígeno a la mujer mediante mascarilla y mantener una monitorización continua tanto materna como fetal. Si el prolapso no puede corregirse manualmente o si el feto presenta signos de sufrimiento fetal, la indicación es una cesárea de emergencia. En este caso, mi papel fue de observadora de la situación, pero me sirvió como estudiante de ESMO para aprender sobre el manejo de la situación y reflexionar sobre la importancia de trabajar de forma cohesionada con el resto del equipo multidisciplinar. Tras el diagnóstico de esta situación, la mujer fue trasladada al quirófano rápidamente, y se realizó una cesárea que dio lugar al nacimiento de un recién nacido sano que no necesitó ninguna atención especial por parte del equipo de neonatología.

La evaluación de la necesidad de realizar una episiotomía fue otra competencia adquirida. Según la *Sociedade portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal* (2022), la episiotomía está indicada en la reducción del segundo estadio del trabajo de parto, sospecha de hipoxia fetal y la prevención de lesiones obstétricas en el esfínter anal en partos vaginales distócicos o cuando haya ocurrido lesión en el esfínter anal en partos anteriores. A lo largo del ENP, fue posible observar la realización de esta técnica, principalmente en partos distócicos. Durante la práctica, realicé una episiotomía, debido a una sospecha de hipoxia fetal. Tras el análisis de la situación en colaboración con el EEESMO responsable de la formación, informé a la mujer que consintió de forma verbal y procedí a realizar una incisión medio lateral para acortar el tiempo de salida del bebé. Fue un momento tenso, en el que me centré en compartir la información de la situación con la mujer y a la persona significativa, para involucrarlos en el proceso y disminuir la angustia.

En el alumbramiento o tercera fase del parto el manejo fue activo, pues administré uterotónicos profilácticos (oxitocina) para la prevención de la hemorragia posparto, tal y como recomienda la OMS (2018). Según la guía NICE (2023), la gestión activa del tercer estadio del trabajo de parto reduce el riesgo de hemorragia posparto en comparación con un enfoque expectante o fisiológico, por lo que se recomienda su aplicación. La hemorragia posparto es una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, y la administración de uterotónicos es la estrategia más efectiva para prevenirla (OMS, 2018). En mi práctica clínica, llevé a cabo el pinzamiento tardío del cordón umbilical, coloqué al RN piel con piel de inmediato y ofrecí a la madre o acompañante el corte del cordón, práctica que se recibía con mucha emoción por la familia en la mayoría de los casos acompañados.

Tras el alumbramiento, llega la cuarta fase de trabajo de parto. En esta etapa, procuré verificar la correcta contracción uterina y evaluar si la pérdida hemática era fisiológica. Posteriormente, también realicé una inspección detallada del canal vaginal y del periné, con el fin de comprobar la integridad de los tejidos y, si era necesario, proceder a su corrección mediante sutura continua. Llevé a cabo durante el ENP la corrección de desgarros de primer grado (afectan a la piel y a la mucosa del periné) y de segundo grado (afectan a la piel, mucosa y músculos perineales). En los primeros, se corrigen solamente los bordes de la piel que permanezcan separados o con sangrado activo mediante sutura continua, ya que se relaciona con la disminución del dolor. En los segundos, se debe de realizar una sutura continua del músculo y mucosa, terminando con una sutura intradérmica de la piel, para verificar la hemostasia y alineación de los tejidos. Es importante en esta fase, informar a la mujer, solicitar su consentimiento, comprobar que se encuentra en una posición confortable y verificar el grado de analgesia en la zona en caso existir, para proceder a la anestesia local si se requiere (*Labour Ward Forum*, 2021). Para adquirir experiencia en esta técnica, fue necesario combinar la formación teórica adquirida previamente, el entrenamiento recibido en las clases mediante simulación y finalmente su práctica bajo supervisión del EEESMO responsable.

En cuanto al RN, evalué de forma inmediata su estado de adaptación a la vida extrauterina tras el nacimiento como indica la OE (2019). Valoré concienzudamente en esta fase la coloración, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, los reflejos y la frecuencia cardíaca. Procuré mantener su calor corporal mediante el contacto directo con la madre, promoviendo así mismo la lactancia materna si era el deseo de la familia en la primera hora tras el nacimiento. Transcurridas dos horas de vida en las que no se interrumpe el contacto con la madre, administré un miligramo de vitamina K al RN por vía intramuscular (OMS, 2018).

Finalmente, tras dos horas en el paritorio, se traslada a la puérpera y al RN al internamiento de obstetricia. Realicé previamente en estos casos la monitorización de los signos vitales y evaluación del bienestar general. Retiré el catéter epidural en caso de existir, evalué la movilidad de los miembros inferiores y verifiqué que no existieran zonas ulceradas. Además, revisé si el sangrado era fisiológico, la altura del fondo uterino y su correcta contracción. También valoré la presencia de edema en la vulva, estado de las mamas y estado de la sutura en caso de existir. Realicé la higiene pertinente en caso de necesitar mi ayuda, y si no acompañé a la mujer a la ducha siempre bajo condiciones de seguridad. Para terminar, me aseguré de que el estado emocional de la

familia fuese bueno, brindando escucha, validación de emociones y resolución de dudas en un momento tan desafiante.

En otro tipo de situaciones, cuando identifiqué algún tipo de riesgo materno o fetal durante el trabajo de parto en colaboración con el EEESMO responsable, informé al equipo médico y cooperé con el mismo. Colaboré durante ambas estancias formativas de forma multidisciplinar en diferentes situaciones, que a continuación se enumeran.

Participé durante el ENP en la atención de múltiples amenazas de parto antes del término, casos de hipertensión y preeclampsia, diabetes gestacional insulínica y abortos. En el manejo de la hipertensión durante el parto se debe controlar de forma periódica la presión arterial, el balance urinario, la presencia de cefalea, edemas, escotomas o dolor epigástrico, evaluar de forma continua el bienestar fetal, administrar medicación en caso de ser necesario, revisar los resultados analíticos e incluso finalizar la gestación mediante inducción o cesárea si el equipo médico lo considera necesario.

En cuanto a la diabetes insulínica, se destaca durante la formación el caso de una inducción de parto de una mujer con obesidad de grado tres y un mal control glucémico, que acompañé durante un turno de doce horas. Controlé de forma horaria los valores de glucosa y presencia de cetonuria. Inicié y mantuve una infusión intravenosa de insulina según el protocolo del hospital, una infusión de fluidos y una infusión de oxitocina. También coloqué y mantuve una monitorización interna del registro de CTG del feto, por la dificultad para captar la señal debido al porcentaje de grasa abdominal. Por último, colaboré con el anestesista en la colocación del catéter de analgesia epidural, procedimiento que derivó en un bloqueo importante de los miembros inferiores de la parturienta. Resultó ser un caso muy exigente para mí como estudiante de ESMO, debido a la continuidad de cuidados que requieren este tipo de situaciones, así como lo fue para la mujer, que con tantas conexiones a su cuerpo tenía muy poca libertad de movimiento. En este caso, tras llegar a dilatación completa con mi acompañamiento y el del EEESMO responsable, acabó en cesárea urgente por parto detenido.

En este caso destaco el desafío que supuso como estudiante el acompañar este trabajo de parto inducido. Además de los procedimientos y técnicas realizadas, fue crucial transmitir la información de manera clara a la pareja y acompañarlos física y emocionalmente durante la cirugía.

La inducción del parto es un procedimiento médico utilizado para iniciar artificialmente el trabajo de parto antes de que comience de manera espontánea. Se lleva a cabo cuando existen indicaciones médicas o situaciones específicas que hacen

necesario adelantar el nacimiento para proteger la salud de la madre o el bebé (NICE, 2021). Durante el ENP participé en inducciones mecánicas mediante amniotomía o balón cervical, y también en inducciones farmacológicas con prostaglandinas y oxitocina. Como forma de unificar la toma de decisión en relación con el método de inducción seleccionado, se utiliza el índice de *Bishop*, que evalúa las condiciones del canal cervical mediante cinco características, que son la dilatación, la extinción, la consistencia, la posición y la altura de la presentación (Bonilla-Musoles, 2007). Los motivos de estas inducciones fueron patologías como la preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino o diabetes mal controlada, además de la edad gestacional avanzada (normalmente sobre las 41 semanas y cinco días). La inducción del trabajo de parto puede estar asociada a algunas complicaciones, como la actividad uterina excesiva e hipoxia fetal aguda. Por lo tanto, realicé en estas parturientas una vigilancia más estricta para detectar de manera temprana signos y síntomas de posibles complicaciones. Esta vigilancia incluyó la monitorización continua de la FCF y de la contractilidad uterina, la evaluación de los signos vitales y la observación de las características del líquido amniótico cuando existía rotura de bolsa, entre otras (NICE, 2021).

Durante mi estancia en el paritorio, me esforcé por actuar con minuciosidad y por estar abierta a diferentes enfoques. Pienso que mejoré y fortalecí mis habilidades, actuando siempre bajo la evidencia científica, y buscando favorecer los procesos fisiológicos. La formación adquirida contribuyó sin duda al desarrollo de competencias esenciales para la práctica de la ESMO.

2.3 Experiencias mínimas requeridas para la adquisición del título

Durante la formación, el estudiante de ESMO debe de completar una serie de experiencias mínimas para que se le reconozca el título de especialista por la institución que lo regula, que en el caso de Portugal es la OE. Estas experiencias mínimas están establecidas en la legislación, específicamente en el punto 5.1-B del Anexo II de la Ley n.º 9/2009 del 4 de marzo, en la redacción dada por la Ley n.º 25/2014 del 2 de mayo (p.2587-2588). A lo largo del CMESMO, adquirí todas las competencias necesarias para la obtención del título de EEESMO, que a continuación se enumeran (Ver tabla 1).

Tabla 1: Experiencias mínimas y experiencias realizadas en el ENP

Experiencias mínimas requeridas	Experiencias Realizadas
Realización de 100 exámenes prenatales	Realizados 117 exámenes prenatales
Vigilancia y cuidados de 40 parturientas	Realizada vigilancia de 76 parturientas
Realización de por lo menos 40 partos	Realización de 40 partos eutócicos, y participación en múltiples partos eutócicos y distócicos
Participación por simulación de un parto en presentación pélvica	Realizada una simulación de parto pélvico en contexto formativo
Práctica de episiotomía e iniciación a la sutura	Realizada una episiotomía y respectiva episiorrafia Realizadas suturas de desgarros de grado uno y dos
Vigilancia y cuidados a 40 embarazadas, durante y después del parto, en situación de riesgo	Realizada vigilancia y cuidados de 67 embarazadas en situación de riesgo
Vigilancia y cuidados, incluyendo examen, de por lo menos 100 puérperas y 100 RN normales	Realizada vigilancia, cuidados y examen de 100 puérperas Realizada vigilancia, cuidados y examen de 117 RN normales
Observación y cuidados de RN que necesiten cuidados especiales	Observación y cuidados de 16 RN que necesitaban cuidados especiales (prematuridad, patología respiratoria, infecciones, etc.)
Cuidados a mujeres con patologías en el dominio de la ginecología y obstetricia	Realizados cuidados a 14 mujeres con diversas patologías (histerectomía, vulvectomía, cáncer de mama, etc.)

3. ANÁLISIS CRÍTICO Y REFLEXIVO DEL ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Las fortalezas adquiridas como futura EEESMO son el respeto por la fisiología del parto sin descuidar las condiciones de seguridad ni los deseos y expectativas de la mujer y la familia, la mejoría en la calidad del acompañamiento emocional incluso en situaciones de emergencia, la aplicación de los conocimientos teóricos en la práctica manejando técnicas propias de la especialidad, así como identificar riesgos y actuar de forma preventiva y la mejora en el desarrollo del trabajo en equipo, para garantizar una atención integral.

Los desafíos encontrados durante las prácticas son cierta sobrecarga laboral en algunos momentos, hecho que puede mermar la calidad de los cuidados, además del uso extendido de medicalización, siendo en ocasiones muy rigurosos los tiempos de evolución del trabajo de parto en mujeres sanas de bajo riesgo. La conquista de la autonomía que desarrollé con el ENP fue así mismo un desafío, aspecto que me permitirá entrar en la vida profesional. La independencia como futura EEESMO mejorará la calidad de mi atención, beneficiando tanto a las madres como a los bebés y a las familias.

Las áreas de mejora identificadas son el incremento en la formación que permita la mejora de los cuidados con una perspectiva intercultural dadas las características de la población y el empoderamiento profesional, promoviendo la autonomía de los EEESMO en el paritorio. También fomentar la intervención en el diseño de políticas y protocolos en salud materna y obstétrica, con la participación de las mujeres y de las familias.

PARTE II: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN – La Satisfacción de la Mujer tras el Parto Normal liderado por *Midwives*

La segunda sección del *Relatório de Estágio de Natureza Profissional* (RENP) se divide en cinco capítulos: introducción, metodología, resultados, discusión de los resultados y por último conclusión del estudio de investigación.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico que forma parte de la vida sexual y reproductiva de la mujer, siendo generalmente una señal de salud.

Existen en la literatura diversas formas de definir el proceso de parto, formas que probablemente no coincidan con la percepción de las mujeres y de su entorno. Oxorn (1989) define el parto como un proceso natural en la mujer en el que el feto, el líquido amniótico, la placenta y las membranas son separados y expulsados del útero a través del canal vaginal hacia el exterior. La definición de este autor representa lo que ocurre de forma literal durante el parto, sin embargo, para la gran mayoría de mujeres el nacimiento de un hijo es un evento único a lo largo de su vida, y no solo una simplificada exteriorización de partes del cuerpo.

Además, el modo en el que este proceso es vivido determinará el bien estar psicológico y la relación de la mujer con el bebé, pues según Gouveia (2011) si la experiencia de parto es positiva, podrá facilitar la transición para la maternidad y promover el vínculo. En el caso contrario, si la experiencia fuese negativa puede traducirse en efectos no deseados, principalmente problemas de salud mental como el trastorno de ansiedad, estrés post traumático o depresión.

Entidades como la *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN, 2015), refieren que el parto constituye una experiencia muy poderosa para las mujeres, además de ser un momento de especial vulnerabilidad, ansiedad y cambios emocionales que pueden comprometer toda la maternidad. Es posible entonces describir el nacimiento como un proceso físico de diferentes formas, sin embargo, no se puede restar importancia al hecho de que es un evento emocional y psicológicamente relevante para la madre.

La OE (2012, p.18) define el parto normal como el “Parto de inicio espontáneo, de bajo riesgo al inicio, manteniéndose así hasta el nacimiento. El bebé nace espontáneamente en presentación cefálica de vértice, entre las 37 y 42 semanas completas de embarazo. Después del parto, la madre y el bebé se encuentran en buenas condiciones”. Pueden ser incluidos en esta clasificación partos con intervenciones, no aplicadas por rutina si no basadas en la evidencia científica. El parto normal puede favorecer el establecimiento del vínculo madre-bebé, dado que la puérpera generalmente está más alerta, y el contacto piel con piel, así como la lactancia materna pueden ser inmediatos.

La satisfacción del paciente es definida según los *Descritores em Ciências da Saúde* (2023) como el nivel en que una persona percibe que un servicio o producto de salud, así como la forma en que es proporcionado por el profesional, es beneficioso, eficaz y cumple con sus necesidades.

El estudio de la satisfacción de la mujer percibida en el proceso de parto ha suscitado especial interés en los últimos años, interés que puede estar relacionado con la aparición de dificultades cuando la vivencia se convierte en negativa para la mujer. Una mala experiencia puede traducirse en una menor tasa de lactancia materna, en el aumento de la incidencia de depresión posparto, o la disminución del deseo de tener más descendencia (Alfaro et al., 2017). Existen incluso estudios que relacionan el momento del parto con el desarrollo de enfermedades en el niño como el asma (Dahlen et al., 2013).

Conocer la satisfacción tras el nacimiento resulta de relevancia no solo para identificar las áreas de mejora, si no para evaluar la calidad asistencial de los servicios sanitarios por parte de los gestores. En el parto la satisfacción de las mujeres puede variar significativamente con base en diferentes factores, incluyendo sus experiencias previas y expectativas, el apoyo recibido durante el proceso, el ambiente, la salud física y emocional tanto de la madre como del bebé tras el nacimiento (Alfaro et al., 2017).

El interés por conocer la satisfacción de la mujer tras el parto atendido por EEESMO surge como forma de evaluar la percepción de calidad en la atención por parte de las mujeres, para así determinar si esta cumple con las expectativas y necesidades de las familias. Además, su recolección permitirá identificar los factores que influyen en la experiencia materna con el objetivo de optimizar el acompañamiento y mejorar la atención durante el proceso de parto. Esto podrá contribuir a una atención humanizada, centrada en los derechos y decisiones de la mujer y en el respeto por la fisiología. Los hallazgos pueden ser una herramienta valiosa para la toma de decisiones en el ámbito sanitario, además de visibilizar el papel de los EEESMO en la atención al parto. Por este motivo, en el presente estudio, nos enfocaremos en la satisfacción derivada de la atención por parte de los profesionales de salud, pues el apoyo de un equipo comprensivo, respetuoso y capacitado durante el trabajo de parto y parto puede ser fundamental para la experiencia de la mujer. Cabe aclarar que, a lo largo de este documento, los términos “mujer” y “mujeres” incluyen a todas las personas que poseen la capacidad reproductiva para el embarazo y el parto, lo que abarca a personas transgénero y de género diverso, así como adolescentes.

Según Simkin (2002), el apoyo durante el parto se describe como un cuidado no médico enfocado en reducir la ansiedad, el malestar, la sensación de soledad y el cansancio de la mujer. Su objetivo es ayudarla a descubrir y utilizar sus propias fortalezas, asegurándose de que sus necesidades y deseos sean comprendidos y respetados. Este apoyo incluye medidas para brindar comodidad física, soporte emocional, orientación, defensa de sus intereses y respaldo para su pareja. La OMS (2018) recomienda para una experiencia de parto positiva que los cuidados en la maternidad sean respetuosos, de un modo en el que se mantenga la dignidad, privacidad y confidencialidad, integridad física y tratamiento adecuado, que permitan una elección informada y un apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto. También recomienda los modelos de continuidad de cuidados liderados por EEESMO en ambientes donde existan programas efectivos de salud materna y obstétrica.

Se define el modelo de atención liderado por EEESMO como aquel en el que estas profesionales son las principales proveedoras de atención durante el embarazo, parto y posparto, así como en la salud sexual y reproductiva. Este modelo se basa en un enfoque holístico, centrado en la persona y en la continuidad de cuidados, garantizando la seguridad y bienestar de la madre y del bebé (OMS, 2018).

Aunque entidades como la OMS (2018) recomiendan un modelo de atención al parto basado en el respeto, la dignidad y el apoyo continuo dentro de enfoques liderados por EEESMO bajo el modelo de *Continuity Midwifery-Led Care*, la implementación de estas prácticas varía según el contexto. En Portugal y España, estas prácticas aún no están plenamente reflejadas. Desde la perspectiva de una estudiante en formación, es fundamental sintetizar y mapear el conocimiento sobre los aspectos que impactan la satisfacción de las mujeres bajo cuidados liderados por EEESMO, consolidando la evidencia sobre este modelo de atención. Una revisión exhaustiva puede ayudar a comprender el impacto de estos modelos en la experiencia de las mujeres y orientar la mejora de los servicios de salud.

2. METODOLOGÍA

En este capítulo serán contempladas las bases metodológicas que guiaron el desarrollo del estudio a lo largo de su realización.

2.1 Objetivo y finalidad del estudio

Como objetivo principal del estudio se encuentra mapear y describir la evidencia existente sobre la satisfacción de la mujer tras el trabajo de parto normal atendido por EEESMO. El objetivo secundario es identificar los factores que influyen en la satisfacción de la mujer tras el trabajo de parto normal atendido por EEESMO. La finalidad del estudio es contribuir para la mejoría de los cuidados proporcionados por estos profesionales a las mujeres y a las familias. Además, se busca identificar vacíos en la investigación y áreas para futuras exploraciones sobre este tema.

2.2 Pregunta de investigación

Según Fortin (1999, p.51), “Una pregunta de investigación es una interrogación explícita relativa a un dominio que se debe de explorar con vistas a obtener nuevas informaciones. Es un enunciado interrogativo claro y no equívoco que necesita las palabras-clave, especifica la naturaleza de la población que se quiere estudiar y sugiere una investigación empírica”.

A raíz de los objetivos anteriormente citados, surge la pregunta de investigación: “Como ha sido estudiada la satisfacción de la mujer tras el parto normal liderado por EEESMO?”

2.3 Tipo de estudio

De acuerdo con la pregunta de investigación, que construye la base del diseño de la investigación, la metodología que resulta más pertinente es la *scoping review*.

Se define la *scoping review* (Mak y Thomas, 2022) como un tipo de revisión sistemática de la literatura, que tiene como objetivo mapear ampliamente un campo de estudio específico siguiendo un proceso estructurado. El investigador busca identificar toda la gama de literatura disponible, lo que puede conllevar a la revisión de una gran cantidad de literatura académica, así como documentos no académicos y literatura gris.

Se justifica la selección de este tipo de estudio por la necesidad de explorar de forma amplia la satisfacción de las mujeres durante el parto normal en relación con las profesionales que las acompañan. El presente estudio no evalúa la calidad metodológica de los artículos seleccionados ni el alcance de estos, si no que se procura conocer lo

que las mujeres tienen que decir en cuanto a su propia satisfacción. La *scoping review* resulta además apropiada para crear los cimientos de futuras investigaciones más específicas (Pham et al., 2014).

El estudio es realizado de acuerdo con la metodología que nos propone el *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021).

2.4 Criterios de inclusión

Con el objetivo de responder a la pregunta de investigación y definir las fuentes de información a considerar en esta revisión, se establecieron criterios de inclusión, de acuerdo con la metodología propuesta por el JBI. En este sentido, los criterios de inclusión deben contemplar los participantes, el concepto y el contexto, pudiendo además abarcar los tipos de fuentes utilizadas (Aromataris et al., 2024).

Los participantes del estudio son mujeres (sin restricción de edad u otras características personales) que han tenido un parto normal liderado por EEESMO.

El concepto se centra en la satisfacción relacionada con los cuidados recibidos referida por las mujeres, así como los factores que contribuyeron a esa sensación.

El contexto está formado por los trabajos de parto normal liderados por EEESMO.

Las fuentes consultadas para esta *scoping review* no se ven restringidas por la metodología utilizada. Se incluyen además artículos de literatura gris que respondan a la pregunta de investigación. En base a la capacidad de comprensión de las investigadoras, se incluyen estudios redactados en español, inglés y portugués. Solamente se incluyen artículos con acceso libre. No se limita temporalmente la búsqueda, pues se entiende que no es relevante para este tipo de revisión. Restringir la búsqueda por fecha puede ser útil cuando la revisión se centra en una intervención o innovación más reciente. Sin embargo, si el límite establecido es demasiado reciente, es posible que se excluyan estudios relevantes, así como investigaciones pioneras en el campo (Aromataris et al., 2024).

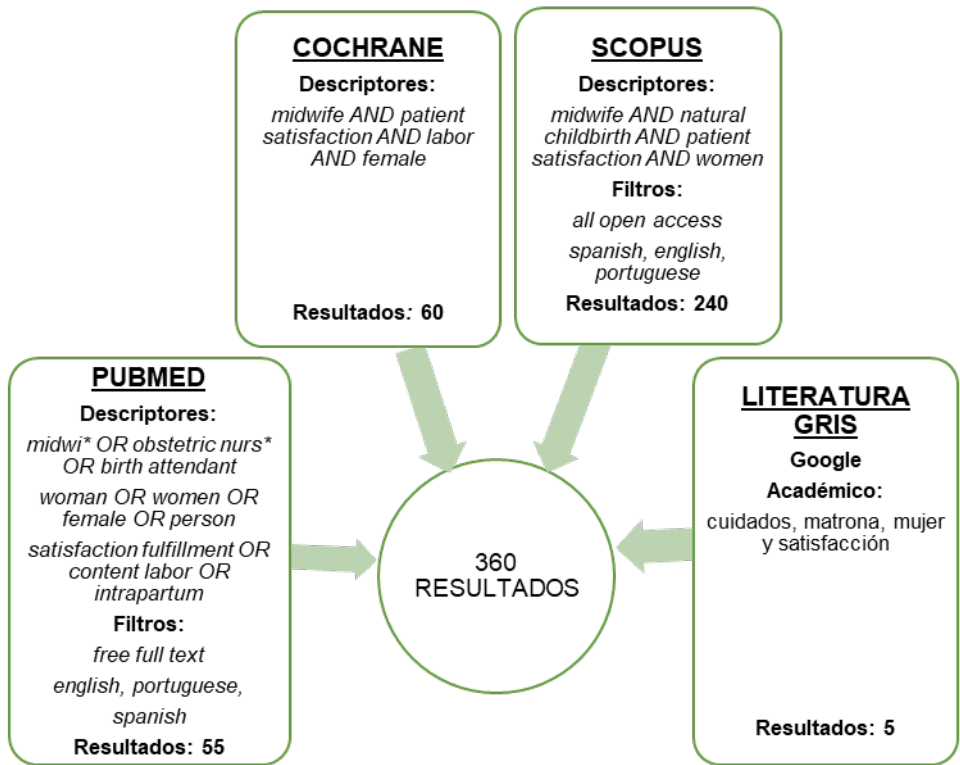
2.5 Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda sigue un abordaje sistemático y progresivo, que comienza con una pesquisa inicial para identificar las palabras clave. A este primer rastreo le sucede una búsqueda más amplia en múltiples bases de datos y distintas fuentes, para finalmente ser completada por la revisión de las listas de referencia de los estudios. Esta estrategia en tres fases se recomienda dado que garantiza una búsqueda extensa sobre el asunto de interés (JBI, 2021).

Existe entonces una fase inicial en la que el investigador realiza una búsqueda preliminar en al menos dos bases de datos, situando el foco en el título y resumen. En una segunda fase se analizan los términos indexados y las palabras clave. Finalmente, el investigador revisa las restantes bases de datos relevantes (JBI, 2021).

La primera búsqueda se realiza en febrero de 2024 en las bases de datos Cochrane, PubMed y Google Académico, con términos libres como: cuidados, matrona, mujer y satisfacción, que se traducen a la lengua inglesa para aportar amplitud: *care*, *midwife*, *woman* y *satisfaction*. A partir de este rastreo surgen las palabras clave para el estudio, que son validadas previamente en la plataforma DeCS/Mesh - Descritores em Ciências da Saúde (2023). Los términos resultantes son: *enfermeiros obstétricos*; mujeres; parto normal y satisfacción del paciente, que así mismo se introducen en inglés: *obstetric nurse* o *midwife*; *women*; *natural childbirth* y *patient satisfaction*. Estos descriptores son combinados en noviembre de 2024 con los operadores booleanos “AND” y “OR”, y utilizados de formas diferentes según la plataforma para abarcar la mayor cantidad de evidencia posible. Se obtienen en esta pesquisa un total de 360 resultados (Ver figura 1).

Figura 1: Estrategia de búsqueda



2.6 Selección de estudios

El objetivo de esta fase es seleccionar los artículos para su análisis, y se efectúa en dos fases con dos revisores independientes (A.S. y A.L.) El primer filtrado se realiza tras la lectura detallada del título y resumen de cada artículo, y el segundo filtrado consiste en la lectura integral de los artículos, de forma a dar respuesta a los criterios de inclusión definidos con anterioridad.

Los 360 artículos obtenidos tras la consulta de las bases de datos Cochrane, PubMed y Scopus, además de los seleccionados en Google Académico, fueron recopilados por los dos revisores y cargados en la plataforma Mendeley v.1803 para eliminar los duplicados. Los artículos cribados son por tanto 359.

Tras la lectura del título y el resumen, se excluyen 323 documentos, dado que la información hallada no resulta relevante para el estudio. Son evaluados para elegibilidad 36 artículos en texto completo, de los cuales se descartan 18. Las razones para la exclusión fueron la información insuficiente y la no relevancia para el estudio en desarrollo. Después de este proceso, los estudios incluidos en la *scoping review* son finalmente 18.

2.7 Extracción de datos

Tras la selección de los estudios que integran la base de la revisión, es fundamental llevar a cabo una recopilación detallada, rigurosa y organizada de toda la información contenida en cada artículo elegido, con el fin de facilitar su análisis posterior (Aromataris et al., 2024).

Se elabora entonces una *checklist* para identificar la información requerida, usando como base la tabla propuesta por el JBI (2021), y que es modificada a lo largo del proceso para adaptarla a los objetivos del estudio. Esta tarea es realizada así mismo por dos revisores independientes (A.S. y A.L.), con el objetivo de que toda la información fuese sistemáticamente recolectada (Ver apéndice 1).

Los elementos de datos incluyen el título, autores, año de publicación, origen, tipo de estudio, metodología, objetivos, criterios de inclusión, resultados y principales conclusiones.

La extracción de datos procura identificar si las mujeres se sintieron satisfechas con la atención al nacimiento liderado por EEESMO tras un parto normal, y son

consideradas variables como el tipo de parto y los profesionales que acompañan a las parturientas.

Finalmente, el análisis de los datos sigue una estrategia narrativa con el objetivo de integrar, describir y presentar los hallazgos de los múltiples estudios de forma estructurada y comprensible, dada la heterogeneidad de estos.

2.8 Cuestiones éticas

A diferencia de los estudios con participación humana directa, las revisiones sistemáticas no requieren aprobación ética por parte de un comité de ética de investigación. Sin embargo, deben respetarse los principios de confidencialidad y protección de datos cuando se manejan documentos que contienen información sensible, especialmente en revisiones que incluyen estudios con datos primarios sobre pacientes (Page et al., 2021).

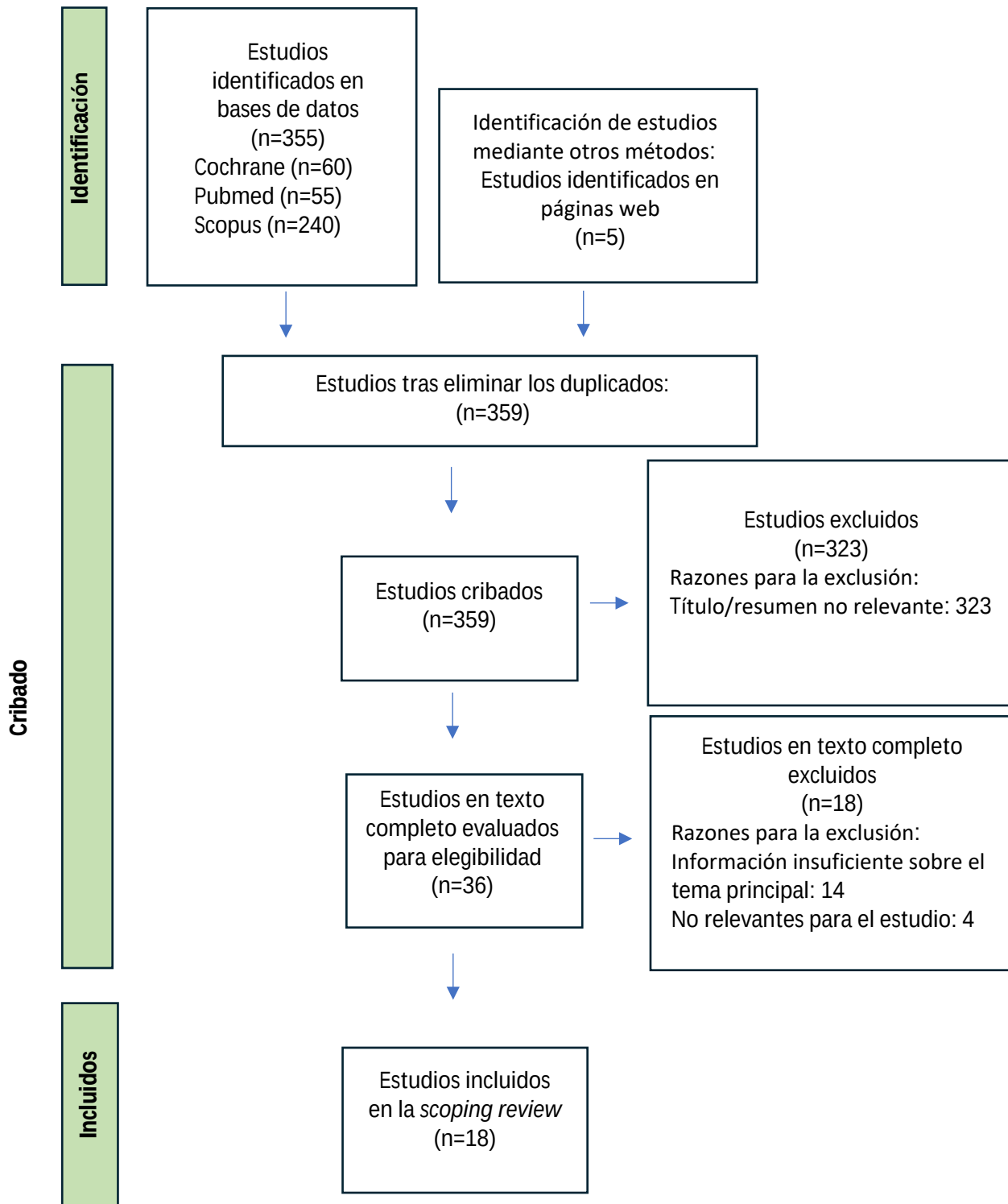
3. RESULTADOS

La muestra final de esta revisión está constituida por 18 artículos científicos, seleccionados a partir de los criterios de inclusión previamente establecidos.

Tal y como indican las recomendaciones del JBI (2021), todo el proceso de selección de estudios se refleja mediante la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Ver figura 2).

Figura 2: Diagrama de flujo PRISMA

Diagrama de flujo de la búsqueda de literatura, selección de estudios y proceso de inclusión/exclusión, modificado de PRISMA (Page et al., 2021)



Los artículos analizados fueron publicados entre 1996 y 2024 en diferentes países. Fueron seleccionados estudios realizados en Bélgica, China, España, Irán, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido, Suecia y Sudáfrica.

En cuanto a la tipología, son seleccionados nueve estudios cualitativos, dos estudios mixtos (cualitativos y cuantitativos), cuatro estudios experimentales, dos estudios transversales y una revisión sistemática.

Durante la presentación de los resultados, se adoptará la terminología utilizada en cada estudio para designar a los profesionales de la salud en el área de la salud materna y obstétrica. Esto es necesario debido a las diferentes terminologías empleadas en distintos contextos, lo que impide el uso de un término universal. Por lo tanto, para respetar la nomenclatura de cada país, se emplearán los términos *midwife* y *matrona*, tal como se citan en los artículos seleccionados.

Para realizar un análisis más visual y comparar los resultados la información se sintetiza en una tabla que a continuación se presenta (Ver tabla 2).

Tabla 2: Presentación de los resultados

AUTOR/AÑO/TÍTULO	ORIGEN	TIPO DE ESTUDIO/ METODOLOGÍA	OBJETIVOS	RESULTADOS
1. Turnbull et al. (1996) <i>“Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care”</i>	Reino Unido	Experimental (N=1299) ❖ Cuestionario	Comparar la eficacia clínica y la satisfacción de las mujeres atendidas en unidades lideradas por <i>midwives</i> (n=648) y unidades mixtas con cuidados médicos (n=651)	Satisfacción percibida: La atención gestionada únicamente por <i>midwives</i> , e integrada en servicios existentes, mejora la satisfacción de las mujeres de este estudio, que valoran positivamente tres aspectos: ❖ Sentir capacidad de decisión ❖ Sentir que reciben la información adecuada ❖ Sentir que reciben cuidados individualizados
2. Iravani et al. (2015) <i>“Women’s needs and expectations during normal labor and delivery”</i>	Irán	Cualitativo (N=24) ❖ Entrevista ❖ Observaciones informales ❖ Notas de campo	Explorar las necesidades de las parturientas, valores y preferencias durante el parto normal	Satisfacción percibida: las mujeres iraníes se encuentran satisfechas con la atención por parte de las <i>midwives</i> Apoyo psicológico: Las mujeres encuentran en las <i>midwives</i> empatía y amabilidad, lo que las anima a sentirse relajadas. La confianza con la <i>midwife</i> las ayuda sentir que forman parte de la toma de decisiones durante el parto

				Necesidad de información: las mujeres refieren satisfacción con la explicación de las técnicas y los hallazgos de la <i>midwife</i>. Además, las ayuda a obtener una sensación de calma cuando ven que el progreso es normal Seguridad: todas las participantes otorgan gran importancia al hecho de haberse sentido seguras, lo que les ayudó a sentir el proceso bajo control
3. Grigg et al. (2015) <i>“Women’s experiences of transfer from primary maternity unit to tertiary hospital in New Zealand: part of the prospective cohort Evaluating Maternity Units study”</i>	Nueva Zelanda	Estudio mixto (cualitativo/cuantitativo) (N=174) ❖ Entrevistas	Describir y explorar la experiencia de las mujeres que son transferidas de una unidad materna primaria a un hospital terciario	Satisfacción percibida: Algunas mujeres sienten que la comunicación con la <i>midwife</i> es escasa, lo que supone un impacto negativo en la calidad de los cuidados. Sin embargo, la mayoría de las participantes de siente acompañada por las profesionales, escuchada y comprendida Apoyo psicológico: Las mujeres de este estudio, independientemente del lugar físico del parto, identifican a la <i>midwife</i> y a su relación con la misma como una parte importante de la experiencia de parto
4. Boryri et al. (2016) <i>“The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study)”</i>	Irán	Cuantitativo (N=18) ❖ Entrevista	Explorar la percepción de mujeres primíparas sobre los recursos de confort durante el parto	Satisfacción percibida: Las mujeres encuentran satisfactorios los cuidados de las <i>midwives</i>, dando mucha importancia a los recursos humanos frente a otras comodidades Apoyo psicológico: El soporte, la relación amigable de las <i>midwives</i> y el sentir comprensión son aspectos relevantes para crear una atmósfera agradable Necesidad de información: Las puérperas valoran positivamente la respuesta a sus preguntas durante el parto Seguridad: Las mujeres echan en falta en este ámbito la presencia constante de la <i>midwife</i> durante todo el nacimiento
5. Bernitz et al. (2016) <i>“Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women”</i>	Noruega	Experimental (N= 485) ❖ Cuestionario	Investigar las posibles diferencias en la satisfacción de las mujeres durante el cuidado intraparto entre unidades lideradas por <i>midwives</i> (n=184) y unidades obstétricas (n=301) del mismo hospital	Satisfacción percibida: Las mujeres atendidas en <i>Midwifery Units</i> se encuentran satisfechas con la atención recibida Conclusiones del estudio: Existe un significativo aumento en la satisfacción de las mujeres atendidas en la <i>Midwifery Unit</i> por las <i>midwives</i>, lo que sugiere que estas unidades son preferibles para las mujeres que presentan un bajo riesgo
6. MirzaeeRabor et al. (2016) <i>“Respect for woman’s decision- making in spontaneous</i>	Irán	Revisión sistemática y metaanálisis	Reconocer los factores que facilitan el respeto por la toma de decisiones de la mujer en el parto espontáneo	Todos los artículos incluidos en el estudio indican que las mujeres piensan que la accesibilidad de la <i>midwife</i> durante el trabajo de parto es necesaria Varios estudios de esta meta síntesis indican que las mujeres definen el apoyo

<i>birth: A thematic synthesis study"</i>				de las <i>midwives</i> como vital durante el parto Las mujeres sienten que las <i>midwives</i> las informan de la evolución del proceso, y que cuentan con ellas para tomar decisiones sobre cualquier aspecto del parto La evidencia consultada indica que la confianza de la mujer en la profesional crea un refugio para ella durante el parto, lo que le confiere a la <i>midwife</i> un papel importante en la reducción de los miedos y del estrés
7. Darra et al. (2016) <i>"Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives"</i>	Reino Unido	Cualitativo (N=21) ❖ Entrevistas	Investigar como es descrito el parto normal por las nuevas madres y las <i>midwives</i> que las asisten	Apoyo psicológico: El estudio concluye que las entrevistadas valoran el conocimiento y la ayuda de la <i>midwife</i> para relajarse y no sentir miedo Seguridad: Las mujeres confían en el criterio de la profesional para tomar decisiones
8. Borrelli et al. (2016) <i>"The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study"</i>	Reino Unido	Cualitativo (N=14) ❖ Entrevistas	Conceptualizar las expectativas y experiencias de las madres primerizas de una buena <i>midwife</i> durante el parto en el contexto de diferentes lugares de nacimiento	Se identifican cuatro factores de lo que se espera de una buena <i>midwife</i>, basados en las necesidades mostradas por las madres durante el trabajo de parto para una experiencia óptima de nacimiento: ❖ Promover la individualidad de los cuidados, adaptándose a las necesidades, creencias y expectativas ❖ Ayudar a las mujeres a manejar la incertidumbre ❖ Ayudar a las mujeres a dejarse llevar y adaptarse a los acontecimientos ❖ Proporcionar información adecuada
9. Pérez-Martínez et al. (2017) <i>"Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona"</i>	España	Experimental (N=160) ❖ Cuestionario	Comparar la satisfacción percibida por las puérperas de bajo riesgo en el alta hospitalaria según hubiesen sido atendidas por médicos obstetras (n=80) o por matronas (n=80)	Satisfacción percibida: El grupo de mujeres atendidas por matronas refiere una gran satisfacción con la atención recibida Apoyo psicológico: El trato personal durante el parto fue valorado como positivo por las puérperas Necesidad de información: En este estudio otorgan importancia al acto de identificarse ante las mujeres, hecho que es valorado positivamente por las mismas. Además, las entrevistadas sienten que sus dudas fueron resueltas
10. Thies-LaGergren et al. (2019) <i>"Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences"</i>	Suecia	Experimental (N=209) ❖ Cuestionario	Describir y comparar la uniformidad en la experiencia de las parejas durante el parto y la calidad de los cuidados en las <i>Midwifery Units</i>	Satisfacción percibida: El nacimiento resulta ser una experiencia muy positiva en la mayoría de los casos Apoyo psicológico: El soporte emocional de las profesionales es considerado insuficiente, al ser valorado por las entrevistadas como un factor

— A cross-sectional study”				clave para disminuir la ansiedad durante el parto Necesidad de información: La <i>midwife</i> traslada según este estudio poca información durante el trabajo de parto, aunque se reconoce a la profesional como una fuente importante de conocimiento Seguridad: Las mujeres sienten falta de control durante el proceso, percibiendo este hecho como algo negativo. Lo relacionan con la falta de presencia física de la <i>midwife</i>
11. Patterson et al. (2019) <i>“Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth”</i>	Reino Unido	Cualitativo (N= 6) ❖ Entrevistas	Entender como las <i>midwives</i> y las mujeres que desarrollan un trastorno de estrés postraumático experimentaron sus interacciones durante el parto, y conocer cómo se sintieron y que significó para ellas	Satisfacción percibida: El estudio concluye que las mujeres identifican dos puntos principales que merman la calidad de los cuidados: la falta de reconocimiento de las necesidades humanas por la profesional y la calidad de la relación con la <i>midwife</i>, la cual destacan como central para una experiencia positiva Apoyo psicológico: Las entrevistadas perciben en muchas ocasiones falta de comunicación, además de que se sienten poco entendidas y vulnerables Necesidad de información: se refieren en el estudio algunos episodios en los que las <i>midwives</i> realizan técnicas sin consentimiento, y en los que no se respetan los deseos del plan de parto Seguridad: las mujeres sienten falta de presencia física de la profesional y sensación pérdida de control
12. Zitha et al. (2020) <i>“Women’s Views of and Responses to Maternity Services Rendered during Labor and Childbirth in Maternity Units in a Semi-Rural District in South Africa”</i>	Sudáfrica	Cualitativo (N=26) ❖ Entrevista semiestructurada	Evaluar las opiniones de las mujeres sobre el cuidado recibido durante el parto y descubrir las interacciones entre las mujeres y la <i>midwife</i>	Satisfacción percibida: La mayor parte de las mujeres entrevistadas sufren experiencias negativas durante el parto Apoyo psicológico: Los gritos y los comentarios groseros crean un ambiente hostil que las hace sentir ansiosas y estresadas Necesidad de información: La falta de comunicación por parte de las <i>midwives</i> y la escasa atención afectan de forma negativa a la calidad de la asistencia Seguridad: Las mujeres se sienten inseguras y con miedo, dado que las <i>midwives</i> no piden consentimiento ni explican los procedimientos realizados
13. Liu et al. (2021) <i>“Women’s experience and satisfaction with</i>	China	Transversal (N=4.192) ❖ Cuestionario	Describir la experiencia de las mujeres chinas tras recibir cuidados en una unidad liderada por <i>midwife</i> , así como determinar el nivel de	Satisfacción percibida: Las mujeres evalúan positivamente el trato recibido, sobre todo el consejo ofrecido por las <i>midwives</i>, aunque no lo sitúan como lo más relevante durante la experiencia.

<i>midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China"</i>			satisfacción	Las entrevistadas valoran que las profesionales que ejerzan de guía, que les permitan libertad de movimiento y que les propongan técnicas como la respiración controlada o la aplicación de calor en el periné
14. Camargo et al. (2022) <i>"Women's perceptions of the care received during water birth"</i>	Portugal	Cualitativo (N=24) ❖ Entrevistas	Conocer la percepción de las mujeres sobre la atención recibida por las EEESMO durante el parto, basándose en la teoría de Jane Watson.	Satisfacción percibida: Los resultados del estudio describen la atención de los EEESMO como positiva, e incluso esencial. Apoyo psicológico: Las mujeres definen el trato recibido como afectuoso, respetuoso e íntimo Seguridad: Las entrevistadas sienten calma y seguridad bajo la atención de los EEESMO, y los perciben como alguien en quien confiar
15. Khodarahmi et al. (2022) <i>"The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth – a qualitative study"</i>	Irán	Cualitativo (N=19) ❖ Entrevista semiestructurada	Explicar la experiencia de las mujeres con el respaldo de la <i>midwife</i> durante el trabajo de parto y parto.	Satisfacción percibida: Las mujeres refieren satisfacción tras la atención. Expresan que la presencia de la <i>midwife</i> se traduce en la disminución del miedo y en la mejoría de la experiencia Apoyo psicológico: El trato respetuoso, la empatía y la atención a las necesidades de forma individualizada son percibidos de forma positiva por las mujeres Necesidad de información: Aspectos como solicitar consentimiento antes de realizar exploraciones son altamente valorados por las mujeres Seguridad: El empoderamiento, la sensación de control sobre el proceso y el soporte fueron aspectos de agrado para las mujeres, y que hicieron que se sintiesen seguras
16. Alcaraz-Vidal et al. (2023) <i>"Exploring home births in Catalonia (Spain): A cross-sectional study of women's experiences and influencing factors"</i>	España	Transversal (N=236) ❖ Cuestionario	Explorar las experiencias de mujeres con embarazos de bajo riesgo y ausencia de complicaciones que planean un parto en casa	Satisfacción percibida: El soporte profesional recibe la mayor puntuación entre los factores percibidos como positivos para las púerperas Apoyo psicológico: Durante el parto, las mujeres sienten que las <i>midwives</i> invierten tiempo en ellas, que entienden sus necesidades y las hacen sentir cuidadas Necesidad de información: La mayoría de las mujeres consideran que las <i>midwives</i> las mantienen informadas sobre lo que está pasando durante el trabajo de parto y parto Seguridad: Las entrevistadas sienten que las habilidades profesionales demostradas por las <i>midwives</i> las hacen sentirse seguras

17. Kuipers et al. (2023) <i>“Naming and faming’ maternity care providers: A mixed-methods study”</i>	Bélgica	Estudio mixto (cualitativo/cuantitativo) ❖ Cuestionario	Comparar las cualidades de los proveedores de atención durante la maternidad, basándose en las experiencias positivas de atención hacia las mujeres, y explorar qué atributos contribuyen a estas experiencias	Satisfacción percibida: Las mujeres valoran positivamente los cuidados recibidos por la <i>midwife</i>. Describen a la profesional como honesta, amable, empática e infatigable. Además, destacan la presencia equilibrada de la profesional y su capacidad para encorajar a las mujeres durante el trabajo de parto
18. Oommen et al. (2024) <i>“Somali women’s perceptions and experiences of pain and pain relief during childbirth in Norway: A qualitative study”</i>	Noruega	Cualitativo (N=10) ❖ Entrevista semiestructurada	Explorar las percepciones y experiencias de las mujeres somalís a cerca del alivio del dolor durante el nacimiento	Satisfacción percibida: las mujeres no expresan directamente disconformidad con la atención, pero remarcan la necesidad de que las <i>midwives</i> pongan atención en la sensibilidad cultural con la que desarrollan los cuidados Apoyo psicológico: las mujeres destacan la importancia de la presencia física de las <i>midwives</i> y el contacto en la habitación como forma de sentirse apoyadas Necesidad de información: las mujeres valoran recibir la información oportuna, para así sentir la capacidad de tomar decisiones adecuadas. Valoran positivamente técnicas ofrecidas como masajes y técnicas de relajación

4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El objetivo principal de esta revisión fue mapear y describir la evidencia científica existente sobre la satisfacción de la mujer tras el trabajo de parto normal atendido por EEESMO. Esta discusión aborda los principales hallazgos obtenidos tras el análisis de los estudios presentados anteriormente sobre la temática de interés. Se evidencia a lo largo del trabajo de revisión que la atención brindada por los EEESMO durante el parto es una temática relevante. Esta *scoping review* identifica aspectos como la satisfacción percibida, el apoyo psicológico, la información proporcionada y la sensación de seguridad, que surgen como categorías a discutir en este apartado. (Ver figura 3)

Figura 3: Síntesis de los resultados



SATISFACCIÓN PERCIBIDA

En cuanto a la satisfacción percibida, 12 de los estudios incluidos en la revisión coinciden en que las mujeres se sienten generalmente satisfechas con el acompañamiento del parto realizado por EEESMO (Turnbull et al., 1996; Grigg et al., 2015; Iravani et al., 2015; Bernitz et al., 2016; Boyri et al., 2016; Pérez-Martínez et al.,

2017; Thies-LaGergren et al., 2019; Liu et al., 2021; Camargo et al., 2022; Khodarami et al., 2022; Alcaraz-Vidal et al., 2023; Kuipers et al., 2023). Uno de estos estudios, define a este profesional como honesto, amable, empático e infatigable, con una gran capacidad para motivar a la mujer durante el trabajo de parto (Kuipers et al., 2023). Lo demuestran también documentos como el de Khodarahmi et al. (2022), en el que las mujeres reportan altos niveles de satisfacción debido a que la presencia del EEESMO se traduce en la disminución del miedo y en la mejoría de la experiencia.

En contraste, la investigación de Zitha et al. (2020) destaca experiencias negativas como comentarios groseros o ambientes hostiles, que generan insatisfacción y afectan la percepción general del parto. Así mismo, el artículo de Oommen et al. (2024) pone de manifiesto la necesidad percibida por las mujeres de que los EEESMO que las acompañan pongan atención en la sensibilidad cultural con la que desarrollan los cuidados. Por último, en otro de los estudios consultados, el de Griggs et al. (2015), las mujeres sienten que la comunicación con los profesionales es escasa, hecho que supone un impacto negativo en la calidad de los cuidados.

En resumen, la atención exclusiva por EEESMO en entornos liderados por estos profesionales se asocia en los artículos revisados con una sensación general de satisfacción, debido al enfoque integral y humanizado. En los estudios incluidos en la revisión, las mujeres describen factores relacionados con la honestidad, la amabilidad y la capacidad de los especialistas para alentarlas durante el trabajo de parto. Sin embargo, aunque de forma minoritaria, algunas mujeres relatan que la comunicación podría haber sido más fluida, y que la sensibilidad cultural también podría ser mejorable. Waldenstrom (citado en Dickson, 1997), sugiere que el cuidado cultural proporcionado por los EEESMO debe apoyar todas aquellas prácticas culturales específicas que no pongan en riesgo la salud de las personas. Ejemplos de procesos de atención en el ámbito cultural de la mujer embarazada pueden incluir la provisión de posiciones alternativas para el parto, permitir que la mujer se encargue de la placenta según su tradición cultural, proporcionar intérpretes, permitir que las mujeres desarrollen sus propios planes de parto, ofrecer alimentos específicos para cada cultura en los hospitales y facilitar el alta temprana para aquellas mujeres que no se sientan cómodas en el entorno hospitalario.

La información recopilada en los artículos revisados va de encuentro a las conclusiones de Fortis et al. (2018), que refieren que, aunque la labor de todos los profesionales del equipo de salud fue reconocida positivamente, diversas investigaciones coincidieron en resaltar el papel fundamental del EEESMO dentro de la

experiencia del parto. Su presencia y apoyo fueron percibidos como un factor clave para brindar seguridad y tranquilidad a las mujeres durante el proceso. El EEESMO no solo ayudó a reducir la ansiedad y el estrés durante el proceso, sino que también facilitó que las parturientas pudieran relajarse y mantener una sensación de control sobre su propio cuerpo y el desarrollo del parto. Esto contribuyó significativamente a una experiencia más positiva y humanizada, en la que las mujeres se sintieron acompañadas, respetadas y fortalecidas en su capacidad para parir.

APOYO PSICOLÓGICO

Relativamente a la información obtenida tras la realización del estudio en relación con la necesidad de apoyo psicológico de las mujeres durante el parto, esta parece estar estrechamente vinculada a la comunicación efectiva, a la presencia física y a la comprensión por parte de los EEESMO. Las mujeres destacan la importancia de la empatía, amabilidad, el respeto y la atención individualizada, factores que reducen la ansiedad y promueven la relajación (Grigg et al., 2015; Iravani et al., 2015; Boyri et al., 2016; Darra et al., 2016; Pérez-Martínez et al., 2017; Khodarami et al., 2022; Camargo et al., 2022; Alcaraz-Vidal et al., 2023; Oommen et al., 2024). Las mujeres destacan en estudios como el de Iravani et al. (2015) que la confianza en el profesional que las acompaña las ayuda a sentir que forman parte de la toma de decisiones durante el parto.

Otros autores refieren que la ausencia de los aspectos descritos anteriormente puede producir el efecto contrario, y en algunos contextos las mujeres reportan ambientes hostiles caracterizados por la falta de comunicación o presencia física insuficiente de los EEESMO, lo que aumenta su vulnerabilidad y estrés (Patterson et al., 2019; Thies-LaGergren., 2019; Zitha et al., 2020).

La información obtenida en los artículos revisados en relación con las necesidades psicológicas de las mujeres concuerda con los resultados del estudio llevado a cabo por Fortis et al. (2018), que revela que la sensación de soledad y la ausencia de un adecuado apoyo emocional pueden intensificar el miedo al parto, lo que a su vez influye en la percepción del dolor, haciéndolo parecer más intenso y difícil de sobrellevar. Este estudio refiere que la relación establecida entre la mujer y el equipo de salud desempeña un papel fundamental en la manera en que experimenta el dolor y afronta el trabajo de parto. Cuando el personal sanitario demuestra respeto y una comunicación efectiva, se crea un ambiente de confianza y contención que contribuye significativamente a la reducción del miedo y la ansiedad, favoreciendo una vivencia del parto más positiva y menos traumática.

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

Otro resultado de esta *scoping review* es la necesidad percibida por las mujeres de obtener una información clara y oportuna con respecto a los procedimientos, al estado de salud de ellas mismas y del bebé, y de los hallazgos realizados por los profesionales que las asisten. Los estudios describen que las mujeres valoran positivamente cuando los EEESMO explican las técnicas realizadas en un lenguaje coloquial e informan sobre el progreso del parto, haciéndolas participes de la toma de decisiones. Este enfoque contribuye a su sensación de calma y confianza (Iravani et al., 2015; Boyri et al., 2016; Pérez-Martínez et al., 2017; Khodarami et al., 2022; Alcaraz-Vidal et al., 2023; Oommen et al., 2024).

El artículo redactado por Khodarahmi et al (2022) pone además de manifiesto la importancia para las mujeres de que los profesionales soliciten el consentimiento informado verbal. Esta es una forma de autorización necesaria en intervenciones sencillas, que contribuye para una experiencia positiva de parto. Otro de los estudios, el de Pérez-Martínez et al. (2017), destaca así mismo la importancia de identificarse siempre que se acompaña por primera vez a una mujer.

Por el contrario, la falta de información o la realización de procedimientos sin consentimiento fue relatado como negativo durante la experiencia de parto (Patterson et al., 2019; Thies-LaGergren et al., 2019; Zitha et al., 2020). Las mujeres resaltan en trabajos como el de Patterson et al. (2019) la importancia de ser escuchadas y de que sus deseos en el plan de parto sean respetados.

Según Intriago et al. (2018) transmitir información a las parejas sobre sus opciones, riesgos y beneficios, permitiéndoles tomar decisiones conscientes, son aspectos esenciales en la humanización del parto. Esto ayuda a reducir la desigualdad de información entre los profesionales y las familias, a disminuir intervenciones innecesarias y a promover experiencias de parto respetuosas y positivas.

SENSACIÓN DE SEGURIDAD

También la sensación de seguridad fue identificada en esta revisión como un aspecto que contribuye a la satisfacción de las mujeres durante el parto. Varios de los estudios incluidos en la revisión refieren que la confianza en las habilidades profesionales de los EEESMO y su capacidad para tomar decisiones son factores que aportan seguridad a las mujeres. Las mujeres incluidas en algunos de estos estudios revisados reconocen a esta profesional como referente en la atención del parto, e identifican su presencia como un aspecto que reduce la ansiedad y los miedos durante

el proceso (Iravani et al., 2015; Darra et al., 2016; Camargo et al., 2022; Khodarami et al., 2022; Alcaraz-Vidal et al., 2023).

Por otro lado, tres de los estudios incluidos en la revisión relatan que la falta de presencia continua del EEESMO durante el trabajo de parto genera en las mujeres inseguridad (Boyri et al., 2016; Patterson et al., 2019; Thies-LaGergren et al., 2019). Adicionalmente, el estudio de Zitha et al. (2020) refiere que las mujeres estudiadas se sienten inseguras con la falta de consentimiento previo a los procedimientos.

Se extrae en el estudio realizado por Quattrocchi (2022) que a medida que se establece una relación de comprensión y conocimiento mutuo entre la mujer y el EEESMO que la asistirá durante el parto, se genera un vínculo de confianza que resulta fundamental para el desarrollo del proceso de nacimiento.

También para Bravo et al. (2008) el buen cuidado percibido durante el parto se basa en dos dimensiones clave: la competencia técnica y la competencia relacional de los profesionales de salud. La primera abarca la realización de procedimientos con habilidad y delicadeza, lo que influye en la seguridad materna. La segunda incluye el apoyo emocional, el trato cálido, la información efectiva y el respeto por la autonomía de la mujer. Sin embargo, la falta de control sobre el proceso genera insatisfacción y sentimientos negativos, evidenciando la necesidad de mejorar la comunicación y el respeto por la experiencia materna.

Durante el desarrollo de esta *scoping review* se identifican una serie de limitaciones, como son la existencia de diversas nomenclaturas a nivel mundial para referirse a un mismo profesional de la salud en el ámbito de la salud materna y obstétrica, aspecto que ha representado un obstáculo para la estandarización de los datos y la adopción de un término universal. También la heterogeneidad de los estudios incluidos, que dificultó la síntesis de información.

5. CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Los estudios analizados identifican tres aspectos señalados por las mujeres, que influyen para una percepción de satisfacción con los cuidados recibidos por parte de los profesionales que las acompañan. Estos factores son la transmisión de información por parte de los profesionales que las asisten, el apoyo psicológico y la sensación de seguridad.

El acompañamiento por parte de los EEESMO se posiciona en la mayor parte de los artículos revisados como un elemento clave para mejorar la experiencia del parto, priorizando un enfoque centrado en la persona y sus necesidades. Los estudios describen que las mujeres valoran aspectos de los profesionales como son la empatía, cualidad que permite que los EEESMO conecten con sus emociones, necesidades y temores durante el trabajo de parto, ofreciendo apoyo emocional adaptado a cada situación y generando confianza. Se extrae también de los estudios revisados que las mujeres aprecian así mismo la comunicación efectiva, que implica la habilidad de escuchar activamente y transmitir información de forma clara, comprensible y respetuosa. Es crucial para acompañar a las mujeres durante las distintas fases del parto, así como para transmitirles tranquilidad en situaciones complejas. Finalmente, resulta muy importante para las mujeres sentirse acompañadas en todo momento, hecho que les genera seguridad y sensación de control de la situación.

Sin embargo, de alguno de los estudios consultados, podemos extraer que persisten desafíos que impiden que la experiencia de parto resulte óptima y equitativa para todas las mujeres, aspectos que están relacionados con la escasez de información, la falta de tiempo y la atención culturalmente sensible, aspectos que pueden ser analizados en profundidad en futuros estudios.

La práctica de los EEESMO en el paritorio parece derivar por tanto de un equilibrio entre ciencia y humanidad. El enfoque basado en el respeto, la comunicación y las decisiones informadas de las pacientes es crucial para provocar una experiencia satisfactoria en las mujeres. Sin embargo, para maximizar su impacto positivo, es fundamental abordar los retos estructurales y culturales que pueden limitar su práctica.

CONCLUSIÓN GENERAL

La elaboración del RENP representa la finalización de un proceso de análisis sobre todo el recorrido realizado, lo que constituye un gran desafío, pero que también resulta en un crecimiento a nivel no solo profesional, sino que también personal.

El ENP representa una etapa fundamental para la formación de futuros profesionales especializados en la atención integral a la mujer, el RN y la familia durante las etapas de embarazo, parto y puerperio, además del resto la vida sexual y reproductiva de la mujer. Este período formativo no solo permite adquirir competencias

técnicas avanzadas, sino que también desarrolla habilidades interpersonales y un enfoque humanizado centrado en la mujer y sus necesidades.

A lo largo de las prácticas en el paritorio, se consolida un conocimiento profundo sobre la fisiología del embarazo y el parto, así como sobre la gestión de complicaciones. Se fomenta el desarrollo de competencias en comunicación, toma de decisiones y sensibilidad cultural, elementos esenciales para garantizar una atención de calidad y mejorar la experiencia de las mujeres.

Además, este período de formación pone de manifiesto la importancia del trabajo multidisciplinario, la capacidad de liderazgo y la implicación en la educación para la salud. Al finalizar el ENP, los estudiantes de ESMO están preparados para desempeñar un papel crucial no solo en la atención directa, sino también en la promoción de buenas prácticas y en el fortalecimiento de políticas de salud orientadas al bienestar de la mujer y el RN.

Como punto débil del ENP, se identifica el desafío de cumplir el número exigido de experiencias en un corto período de tiempo, lo que crea cierta ansiedad en el estudiante e impide disfrutar al máximo de la experiencia.

En conclusión, las prácticas del segundo año del CMESMO no solo representan un proceso educativo intensivo, sino también una oportunidad transformadora que permite a los profesionales convertirse en agentes de cambio en los cuidados dirigidos a la mujer y a la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcaraz-Vidal, L., Leon-Larios, F., Robleda, G., & Vila-Candel, R. (2024). Exploring home births in Catalonia (Spain): A cross-sectional study of women's experiences and influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 80(6), 2363–2378. <https://doi.org/10.1111/jan.15989>
2. Alfaro Blazquez, R., Corchon, S., & Ferrer Ferrandiz, E. (2017). Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery*, 55, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.014>
3. Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
4. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2015). Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), 687-689. <https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2935319-3>
5. Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L., & al. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: A randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 143. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>
6. Bonilla-Musoles, F. (2007). *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas*. Editorial Médica Panamericana.
7. Borrelli, S. E., Spiby, H., & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.008>
8. Boryri, T., Noori, N. M., Teimouri, A., & Yaghobinia, F. (2016). The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), 239–246. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180386>

9. Boushra, M., Stone, A., & Rathbun, K. M. (2023). Umbilical cord prolapse. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.statpearls.com>
10. Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184.
11. Camargo, J. C., Urasaki, M. B., Albuquerque, R. S., Serra, A. R., Mendonça, M. E., Néné, M., & Grande, M. C. (2022). Women's perceptions of the care received during water birth. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21099. <https://doi.org/10.12707/RV21099>
12. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetricia* (26ª ed.). McGraw-Hill Education.
13. Dahlen, H. G., Kennedy, H. P., Anderson, C. M., Bell, A. F., Clark, A., Foureur, M., Ohm, J. E., Shearman, A. M., Taylor, J. Y., Wright, M. L., & Downe, S. (2013). The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Medical Hypotheses*, 80(5), 656–662. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23414680/>
14. Darra, S., & Murphy, F. (2016). Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery*, 40, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.007>
15. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS/Mesh. (2023). São Paulo. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/>
16. Dickson, N. (1997). A theory of caring for midwifery. *ACMI Journal*, page 28.
17. Direção-Geral da Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto (Orientação 002/2023, atualizada a 26/03/2024). <https://www.dgs.pt>
18. Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. *Lusociência*.
19. Fortis, A. S., Fortis, C. S., & Cano, M. D. P. (2018). Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Matronas Hoy*, 6(6).
20. Gouveia, I. M. C. P. (2011). O papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotor de uma experiência de parto positiva.

[Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10400.26/16053>

21. Graça, L. M. (2017). Medicina Materno-fetal. (5ª edição) Lisboa: Lidel
22. Grigg, C. P., Tracy, S. K., Schmied, V., et al. (2015). Women's experiences of transfer from primary maternity unit to tertiary hospital in New Zealand: Part of the prospective cohort Evaluating Maternity Units study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 339. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0770-2>
23. Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
24. ICM. (2013). Global standards for midwifery education (2010). Disponible en: <https://internationalmidwives.org/resources/global-standards-for-midwifery-education/>
25. Intriago, M. G. M., Alvarado, J. I. H., Gómez, F. E. P., Soledispa, G. L. G., Molina, M. D. C. Q., & Vera, B. N. T. (2018). Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, 4(3), 392-415.
26. Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4, 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
27. JBI. (2021). Chapter 11: Scoping Reviews. En *JBİ Manual for Evidence Synthesis*. Australia: Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687770/11.3+The+scoping+review+and+summary+of+the+evidence>
28. Khodarahmi, S., Hajian, S., Zare, E., & Nasiri, M. (2022). The effect of backup midwife on maternal experience after vaginal childbirth - a qualitative study. *Journal of medicine and life*, 15(4), 539–546. <https://doi.org/10.25122/jml-2021-0072>
29. Kuipers, Y., De Bock, V., Van de Craen, N., & Bosmans, V. (2024). 'Naming and faming' maternity care providers: A mixed-methods study. *Midwifery*, 130, Article 103912. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103912>

30. Labour Ward Forum. (2021). *Guideline for management and repair of perineal trauma*. Swansea Bay Maternity. Recuperado de: <https://wisdom.nhs.wales/health-board-guidelines/swansea-bay-maternity-file/perineal-trauma-guideline-for-management-and-repair-of-3-abmu-maternity-guideline-2021-pdf/>
31. Lei nº 25/2014 de 02 de maio. Diário da República, nº 84/2014 - I Série. Lisboa, Portugal.
32. Liu, Y., Li, T., Guo, N., et al. (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: A cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 151. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03638-3>
33. Mak, S., & Thomas, A. (2022). Steps for Conducting a Scoping Review. *Journal of graduate medical education*, 14(5), 565–567. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00621.1>
34. Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
35. Miranda-Limachi, K.E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4), 374-389. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/623>
36. MirzaeeRabor, F., Mirzaee, F., MirzaeiNajmabadi, K., & Taghipour, A. (2016). Respect for woman's decision-making in spontaneous birth: A thematic synthesis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(5), 449–457. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.193389>
37. NICE. (2021). *Inducing labour (NICE guideline 207)*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>
38. NICE. (2022). *Fetal monitoring in labour (NICE guideline 229)*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>

39. NICE. (2023). Intrapartum care (NICE guideline 235). London: National Institute for Health and Care Excellence. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
40. Oommen, H., Esse, L., Sajer, S., & Lukasse, M. (2024). Somali women's perceptions and experiences of pain and pain relief during childbirth in Norway: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 8, Article 176034. <https://doi.org/10.18332/ejm/176034>
41. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico. Accedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
42. Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
43. Ordem dos Enfermeiros. (2012). Pelo direito a um parto normal: Uma visão partilhada. OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8905/livro_parto_normal.pdf
44. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série (N.º 26). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
45. Oxorn, H. (1989). Trabalho de parto (5ª ed.)
46. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
47. Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019). Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing post-traumatic stress disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>

48. Pérez-Martínez, E., Velasco-Vázquez, D., Pacheco-Ardila, F., Del Gallego-Lastra, R., & Sebastián-Viana, T. (2017). Satisfacción en puérperas de bajo riesgo: obstetra frente a matrona. *Matronas Profesión*, 18(3), 106–114.
49. Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371–385. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>
50. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
51. Quattrocchi, P. (2022). Seguridad y 'respeto' durante el parto y el nacimiento. El aporte de las mujeres y de las comadronas españolas e italianas desde un modelo de atención no medicalizado. (CON) *TEXTOS*, 10, 13-33.
52. Regulamento n.º 127/2011 de 18 fevereiro. Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. *Diário da República* n.º 35/2011, Série II, pp. 8662 – 8666.
53. Regulamento n.º 391/2019 de 3 maio. Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República* n.º 85/2019, Série II, pp.13560-13565.
54. Simkin, P. (2002). Supportive care during labor: A guide for busy nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(6), 721–732. <https://doi.org/10.1177/0884217502239208>
55. Thies-Lagergren, L., & Johansson, M. (2019). Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences—A cross-sectional study. *Women and Birth*, 32(3), 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.163>
56. Tumbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W. H., McGinley, M., Reid, M., Johnstone, I., Geer, I., McIlwaine, G., & Lunan, C. B. (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *The Lancet*, 348(9022), 213–218. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(95\)11207-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(95)11207-3)
57. World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

58. World Health Organization. (2023). Breastfeeding. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
59. Zitha, E., & Mokgatle, M. M. (2020). Women's views of and responses to maternity services rendered during labor and childbirth in maternity units in a semi-rural district in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5035. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145035>

APÉNDICES

Apéndice 1: Instrumento de recogida de datos

INFORMACIÓN GENERAL	
Nombre de la investigadora	
Fecha de la extracción de datos	
DETALLES SCOPING REVIEW	
Título	
Objetivo	
Pregunta de investigación	
Criterios de inclusión/exclusión	
CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	
Título	
Autores	
Año de publicación	
País de origen	
Tipo de estudio y metodología	
Objetivos	
Criterios de Inclusión	
Resultados	
Conclusiones	