

## VALORACION DE LA MATRONA A LA GESTANTE CON POSIBLE TRABAJO DE PARTO EN EL AREA DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE JEREZ. INGRESO HOSPITALARIO VERSUS ALTA A DOMICILIO.

Autores; Belén Orellana Díaz, matrona Hospital de Jerez. Encarnación Barroso Fernández, matrona Centro de Salud La atalaya de Conil de la Frontera.

Palabras Claves; Trabajo de parto, Matrona, Urgencias, Alta domicilio, Ingreso hospitalario.

Resumen;

En el hospital de jerez se implanto en el año 2008 un protocolo de actuación de la matrona en el área de urgencias que le permite valorar a la gestante que acude al servicio con posible trabajo de parto, decidiendo su ingreso hospitalario o alta a domicilio.

Existen una serie de condiciones que deben cumplir las gestantes para ser valoradas por el equipo de matronas, estas son las siguientes;

- Embarazos de bajo riesgo.
- Edad gestacional comprendida entre la semana 37- 41.
- Ausencia de; Sangrado vaginal, hipercontractibilidad uterina, fiebre o síntomas no atribuibles a la gestación como disuria, dolor en fosas renales, cefaleas, HTA etc.

Tras la valoración de la historia clínica haciendo hincapié en la historia obstétrica, constantes maternas, exploración obstétrica mediante tacto vaginal, amnioscopia si fuera necesario y test de bienestar fetal mediante registro cardiotocografico, la matrona decide si la gestante es derivada a domicilio o si por el contrario ingresa en el hospital.

Con este protocolo se pretende aumentar la calidad asistencial reduciendo la duración de los tiempos de espera, aumentando la satisfacción de las usuarias y reduciendo los ingresos innecesarios

Introducción;

En la reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Brisbane, Australia, 19 de julio de 2005, se revisó la definición de matrona y se aprobó una nueva versión.

Esta definición ha sido aceptada por la Asociación Europea de Matronas (EMA) y también por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.

Por tanto se deduce que la matrona es el profesional competente para valorar a la gestante que acude al servicio de urgencia obstétrica con signos y síntomas de inicio de trabajo de parto, realizando un triaje y decidiendo el ingreso hospitalario o el alta a domicilio o si por el contrario necesita ser valorada por el médico.

En los últimos años se han realizado numerosos estudios para identificar cuál es la manera más segura de atender a la gestante que acude a los servicios de urgencia, esto ha sido motivo de preocupación tanto para los profesionales como para las administraciones, ya sea por aspectos legales o por mejorar la gestión de los servicios de urgencias. Una de las cuestiones que se intentan resolver es quien debe gestionar la valoración y distribución de la gestante<sup>1</sup>.

El hospital de especialidades de Jerez de la Frontera es un hospital público y comarcal de la provincia de Cádiz, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Ubicado en la zona sur de la ciudad, el hospital cuenta con una triple función: docente, asistencial e investigadora.

Presta sus servicios a los municipios integrados en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz que comprende el Hospital de Jerez, Distrito Sierra y Distrito Costa-Noroeste. Da cobertura asistencia a un total de población de 400.000 aproximadamente, con un alto índice de población en área rural. En el año 2015 tuvo un número de partos de 2.900.

En el hospital de jerez se implanto en el año 2008 un protocolo de actuación de la matrona de urgencias que le permite valorar a la gestante que acude al servicio con posible trabajo de parto, decidiendo su ingreso hospitalario o alta a domicilio. Con este protocolo se pretende aumentar la calidad asistencial reduciendo la duración de los tiempos de espera, aumentando la satisfacción de las usuarias y reduciendo los ingresos innecesarios.

## Objetivos

Analizar el protocolo existente en el hospital de jerez sobre la actuación de la matrona en el área de urgencias obstétricas.

## Metodología.

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden, Lilacs y Cochran Plus, utilizando como palabras claves trabajo de parto, matrona, urgencias, alta domicilio, ingreso hospitalario.

También se revisan documentos de sociedades científicas como la SEGO, así como protocolos hospitalarios.

## Resultados;

La matrona es el profesional responsable de planificar y administrar cuidados de Enfermería a las mujeres que acuden al servicio de urgencias.

La matrona debe tener unos conocimientos básicos en relación a;

- Fisiología y exploración materno- fetal.
- Patología básica sobre embarazo, parto y puerperio,
- Conocimientos básicos de utilización de Fármacos en embarazo y puerperio.
- Conocimientos básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio.
- Promoción de la salud.
- Habilidades, Extracción y manipulación de muestras biológicas.
- Toma y evaluación de constantes vitales.
- Exploración ginecoobstetrica.
- Capacidad de identificación de riesgos en el proceso.
- Interpretación de RCTG.
- Realización de partogramas.
- Capacidad de promover decisiones informadas en la mujer en cuanto a la lactancia.

Existen una serie de condiciones que deben cumplir las gestantes para ser valoradas por el equipo de matronas, estas son las siguientes;

- Embarazos de bajo riesgo; La ausencia total de riesgo no existe, ya que siempre existe la posibilidad de que algún factor imprevisible pueda complicar un embarazo que en principio parecía normal. Alrededor del 25% de las complicaciones aparecen en embarazos en los que no ha sido posible detectar ningún factor de riesgo. Por este motivo no se puede hablar de embarazos sin riesgo, sino de embarazos de riesgo bajo. el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio del Servicio andaluz de Sas hace una clasificación del riesgo dividiéndolo en tres niveles, Riesgo 1 o riesgo medio, Riesgo II o Alto Riesgo, Riesgo III o Riesgo Muy Alto. (Tabla 1).<sup>2</sup>
- Edad gestacional comprendida entre la semana 37- 41.
- Ausencia de;
  - Sangrado vaginal.
  - Hipercontractibilidad uterina.
  - Fiebre
  - Síntomas no atribuibles a la gestación como disuria, dolor en fosas renales, cefaleas,

- HTA etc.

<b>Riesgo I o Riesgo Medio</b>	<b>Riesgo II o Alto Riesgo</b>	<b>Riesgo Muy Alto</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia leve o moderada.</li> <li>2. Anomalía pélvica.</li> <li>3. Cardiopatías I y II.*</li> <li>4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).</li> <li>5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.</li> <li>6. Control gestacional insuficiente: Primera visita &gt; 20 SG o &lt; de 4 visitas o sin pruebas complementarias.</li> <li>7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.</li> <li>8. Dispositivo intrauterino y gestación.</li> <li>9. Edad Extrema: &lt;16 o &gt; de 35 años.</li> <li>10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.</li> <li>11. Embarazo gemelar.</li> <li>12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación.</li> <li>13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.</li> <li>14. Fumadora habitual.</li> <li>15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).</li> <li>16. Incompatibilidad D (Rh).*</li> <li>17. Incremento de peso excesivo: IMC &gt;20% o &gt; de 15 K.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...</li> <li>2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.</li> <li>3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).</li> <li>4. Anemia grave*: Hb &lt; de 7'5.</li> <li>5. Cardiopatías grados III y IV.*</li> <li>6. Diabetes pregestacional.*</li> <li>7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.</li> <li>8. Embarazo múltiple: Gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.</li> <li>9. Endocrinopatías (otras)*: Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo...</li> <li>10. Hemorragias del segundo y tercer trimestres.</li> <li>11. Trastorno hipertensivo del embarazo: Hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve.</li> <li>12. Infección materna*: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.</li> <li>13. Isoinmunización.*</li> <li>14. Malformación uterina.</li> <li>15. Antecedentes obstétricos desfavorables:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.</li> <li>2. Malformación fetal confirmada.</li> <li>3. Incompetencia cervical confirmada.</li> <li>4. Placenta previa.</li> <li>5. Desprendimiento prematuro de placenta.</li> <li>6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.</li> <li>7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).</li> <li>8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino.</li> <li>9. Embarazo prolongado.</li> <li>10. Patología materna asociada grave*.</li> <li>11. Muerte fetal anteparto.</li> <li>12. Otras.</li> </ol> <p>* Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo con informe del especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo...).</p>

<p>18.Incremento de peso insuficiente: &lt; de 5 K.</p> <p>19.Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.</p> <p>20.Infección urinaria: BA y cistitis.</p> <p>21.Intervalo reproductor anómalo: Periodo intergenésico &lt; de 12 meses.</p> <p>22.Multiparidad: 4 o más partos con fetos &gt; de 28 SG.</p> <p>23.Obesidad: IMC &gt; de 29.</p> <p>24.Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica &gt; 32 SG.</p> <p>25.Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: Factores de riesgo asociados a CIR.</p> <p>26.Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.*</p> <p>27.Riesgo Laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas.</p> <p>28.Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.</p> <p>29.Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término &gt; de 4 K.</p> <p>30.Talla baja: Estatura &lt; de 1'50 m.</p>	<p>Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...</p> <p>16.Pielonefritis.</p> <p>17.Patología médica materna asociada*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular,...).</p> <p>18.Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal &lt; que edad gestacional.</p> <p>19.Tumoración genital: uterina, anexial...</p> <p>20. Embarazo gemelar.</p>	
---	--	--

Tabla 1, Clasificación de riesgos en el embarazo.

Asimismo se excluyen los casos en los que;

- Exista una indicación especial en la cartilla maternal.

- La embarazada aporte algún documento o refiera alguna circunstancia que precisara una valoración médica.
- Este programada para cesárea electiva.
- Este programada para inducción de parto.
- En la exploración se diagnosticara una presentación no cefálica o existieran dudas sobre la presentación.

En el caso de que sea una gestante que cumpla con los criterios que hemos expuesto anteriormente será valorada por la matrona de la siguiente manera <sup>3,4</sup> ;

1. Toma de constantes; Temperatura, Tensión Arterial y Frecuencia cardiaca.
2. RCTG, donde se valorara el bienestar fetal y la dinámica uterina.  
Al valorar un trazado cardiotocográfico se han de tener en cuenta los siguientes Aspectos <sub>2</sub>:

1. Contracciones uterinas
2. Frecuencia cardíaca fetal de la línea de base
3. Variabilidad de la FCF de la línea de base
4. Presencia de aceleraciones
5. Deceleraciones periódicas o episódicas
6. Cambios o tendencias de los patrones de FCF a lo largo del tiempo.

Se considera que existe un patrón de bienestar fetal cuando la FCF incluye lo siguiente;

- Línea de base: 110-160 lpm
  - Variabilidad de la FCF de la línea de base: moderada (amplitud entre 6 lpm y 25 lpm)
  - Deceleraciones tardías o variables: ausentes
  - Deceleraciones precoces: presentes o ausentes
  - Aceleraciones: presentes o ausentes
3. Exploración obstétrica, para valorar el estado del cérvix, la presentación fetal, y la existencia de hemorragia o pérdida de líquido amniótico. Para ello utilizaremos el test de Bishop <sup>5</sup>. ( Figura 1)

La puntuación total se logra mediante la evaluación de los siguientes cinco componentes en el examen vaginal:

- Dilatación cervical
- Borramiento cervical
- Consistencia cervical
- Posición cervical
- Encajamiento [fetal](#)

Cada componente se le asigna una puntuación de 0 a 2 ó 0 a 3. La puntuación más alta posible es 13. Una puntuación que supera los 8 puntos describe más probabilidades de lograr un parto vaginal exitoso.

	0	1	2	3
<b>Consistencia</b>	Dura	Media	Blanda	—
<b>Posición</b>	Posterior	Media	Centrada	—
<b>Borramiento</b>	<30%	<50%	<70%	<100%
<b>Dilatación</b>	—	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
<b>Presentación</b>	Libre	Insinuada	Fija	Encajada

Figura 1. Test de bishop

Desde un punto de vista clínico se considera que el parto se ha iniciado cuando existe una actividad uterina regular entendiéndose 2-3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos acompañada de maduración y dilatación cervical al menos 2-3 cm.

Por tanto después de una exhaustiva valoración, la matrona decide el ingreso hospitalaria o derivación a domicilio, hay veces que la gestante se encuentra en fase prodrómica y habrá que tener en cuenta otros factores como son paridad, distancia del domicilio al hospital, deseo de la gestante etc <sup>3,4</sup>.

Conclusiones;

La matrona es la responsable de recibir y valorar a la gestante que acude al servicio de urgencias, está capacitada legal y profesionalmente para atender la gestante que acude con signos y síntomas de parto.

Primero se realiza un triaje. El triaje ha demostrado su eficacia en la identificación de situaciones de riesgo al priorizar la asistencia en función de la urgencia. Según sea el motivo por el que venga será valorada por la matrona o derivada al médico.

Con este protocolo se pretende aumentar la calidad asistencial reduciendo la duración de los tiempos de espera, aumentando la satisfacción de las usuarias y reduciendo los ingresos innecesarios.

Bibliografía;

1. OBREGÓN-GUTIÉRREZ, Noemí, et al. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Matronas profesión*, 2011, vol. 12, no 2, p. 49-53.
2. Proceso Asistencial integrado Embarazo-parto-puerperio, Consejería de Andalucía, 3ª edición año 2014

3. CUENCA CALABUIG, C.; SANTAMARÍA CASTAÑER, J. I.; DOMÉNECH BROTONS, M. La matrona ante el cribado y la atención de la urgencia obstétrica. *Matronas profesión*, 2011, vol. 12, no 1, p. 18-23.
4. FERRÓN, María Cecilia Ruiz; CALVO, Manuel Angel Calvo; RUBIO, Gada Hanna. Actividad de la matrona ante el ingreso y alta hospitalaria de la gestante de bajo riesgo. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 2012, vol. 9, no 38, p. 4.
5. BEGUIRISTAIN, José Antonio Usandizaga; DE LA FUENTE PÉREZ, Pedro (ed.). *Tratado de obstetricia y: Ginecología*. McGraw-Hill Interamericana, 2002.