

Relación entre el seguimiento ambulatorio de embarazos de bajo riesgo obstétrico por parte de la matrona de atención especializada y el número de gestantes que acuden por pródromos de parto a las urgencias hospitalarias

Diego Velasco Vázquez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid.

dvelascomat@gmail.com

Tutor

Ramón del Gallego Lastra

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad

Universitaria, s/n. 28040 Madrid.

rgallego@enf.ucm.es

Resumen: El seguimiento del embarazo de bajo riesgo en España y Educación Maternal viene siendo realizado por Matronas de Atención Primaria (AP) y Ginecólogos, aunque podemos encontrar diferencias en función de la Comunidad Autónoma, Área de Salud y Zona Básica de Salud que analicemos. A pesar de recibir este seguimiento y educación maternal, en ocasiones se produce una alta frecuentación en las urgencias obstétricas del hospital por pródromos de parto que resulta excesiva e innecesaria. Este proyecto propone una novedosa manera de llevar este seguimiento, añadiendo a la educación maternal que reciben las mujeres y sus parejas de la Matrona de AP, la educación maternal de la Matrona de Atención Especializada (AE) en las semanas 28 y 37 de embarazo. Analizaremos el impacto que supondrá ese refuerzo educacional por parte de la Matrona de AE en la frecuentación a urgencias obstétricas por pródromos de parto.

Palabras Clave: Matronas. Embarazo. Urgencias obstétricas

Abstract: In Spain, the provision of care to women with low-risk pregnancies is being carried out mainly by community midwives and gynaecologists. We find significant differences in this provision of care between provinces, health districts and even local health centres. Although women receive this care and education, there are still frequent visits to the obstetric emergency unit in early labour, which sometimes are excessive and unnecessary. This project proposes a new way to undertake this care and education; hospital based midwives will provide care and education at weeks 28 and 37 of pregnancy, adding to the care and education already provided by the community midwives. We will analyse the impact of the care and education provided

by the hospital based midwives, on the number of visits to the obstetric emergency unit by women in early labour.

Keywords: Midwives. Pregnancy. Obstetric emergency.

INTRODUCCIÓN

De la revisión de buenas prácticas referidas por la literatura se destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso de embarazo, parto y postparto, y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen. Esto mejora la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción de ambas partes y disminuye las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica.

La amplia y diversa gama de servicios que se ofertan a la mujer embarazada, la universalización y gratuidad de la asistencia sanitaria, las características de la sociedad de consumo en la que estamos inmersos y las vivencias de la embarazada y su familia durante esta etapa de la vida, produce un elevado número de visitas a los servicios sanitarios, a veces innecesarias, que incrementan exponencialmente el gasto sanitario.

Desde la perspectiva de la gestión de la calidad y los modelos de excelencia de la calidad de los servicios, el primer paso para poder ofrecer un servicio de calidad es conocer las necesidades del paciente-cliente, y que éstas sean un elemento imprescindible para la elaboración del diseño y prestación del servicio, y de evaluación de los resultados del mismo.

De ello deriva la importancia de crear espacios e instrumentos que favorezcan el intercambio de información con las mujeres y sus parejas para que puedan hacer evidentes sus necesidades y expectativas respecto a la asistencia durante el embarazo, parto y puerperio.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud realizó en octubre de 2007 la “Estrategia de Atención al Parto Normal”, un informe basado en los procesos de cambio de los enfoques tradicionales de asistencia al embarazo, parto y puerperio normales (EPP), que pretendía ser un documento de consenso, que asumieran todas las partes implicadas en el proceso de atención al parto, tanto desde los colectivos de profesionales como los de usuarias y las organizaciones sanitarias. El objetivo último es asegurar una atención de calidad al EPP en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y sus parejas que acudan en esos momentos fundamentales de sus vidas al Sistema Nacional de Salud, reciban la mejor atención y participen activa e informadamente en el proceso⁽¹⁾.

La información a la mujer y su pareja es esencial en esta etapa de su vida. El

embarazo es una situación especial en la vida de la mujer, que ha llegado a convertirse en muchas ocasiones en una situación única. Esto conlleva unas vivencias especiales de la mujer y de su entorno, convirtiéndose el embarazo en un acontecimiento vital a menudo estresante.

Tradicionalmente en España la atención al embarazo se ha realizado por Obstetras. Tras la reforma sanitaria de los años ochenta del siglo pasado, la AP incorporó una serie de elementos conceptuales que la caracterizan: integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios, comunitaria y participativa, programada y evaluable y docente e investigadora. En este contexto la AP asume el control y seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico, la atención preconcepcional, la educación maternal y la visita puerperal como parte de las actividades que conforman el programa de la mujer, siendo la Matrona el personal de referencia. Una adecuada atención a la embarazada permitirá mejorar la salud de la madre y de su hijo.

Pero la realidad es otra. En la actualidad, el control y seguimiento del embarazo en España es llevado a cabo de distintas formas dependiendo de la Comunidad Autónoma dónde nos encontremos, sobre todo después de la transferencia de competencias en materia de sanidad.

Las mujeres de la Comunidad de Madrid no reciben en muchas ocasiones toda la información que debieran durante el embarazo, debido en parte a que el diseño actual del control de la gestación de bajo riesgo está siendo llevado de múltiples formas y por múltiples profesionales, dependiendo del área sanitaria que observemos, incluso, dependiendo de la zona básica de salud a la que pertenezca la mujer. Así pueden encontrarse distintas fórmulas de realizar este seguimiento:

- Entre el médico de familia y Enfermera de AP, con visitas al obstetra del centro de especialidades que realiza entre otras actividades las tres ecografías del embarazo (una por trimestre)⁽²⁾.
- Entre el médico de familia y la Matrona de AP, con el apoyo del obstetra del centro de especialidades.
- Control exclusivo por parte del obstetra del centro de especialidades con el apoyo de la Matrona de AP para la educación maternal.

Incluso la educación maternal es impartida por distintos profesionales dependiendo del centro de salud que corresponda: Matronas, Pediatras, Enfermeras, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, etc.

Por todas estas consideraciones podemos pensar que la información que reciben mujeres y parejas durante el embarazo va a depender fundamentalmente de la zona en la que viva, lo que resulta claramente erróneo.

Las mujeres deberían ser atendidas durante el proceso del embarazo además de por el Obstetra de AE, por aquel profesional que más sabe acerca de embarazo, parto y puerperio normal: la Matrona.

El colectivo de Matronas, tiene como función principal el control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo. El B.O.E. de 28 de mayo de 2009 (orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo) define a la **Matrona** como el profesional sanitario que con una actitud científica responsable proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del EPP normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida. ^(3, 4)

Esto me hace plantearme lo siguiente: ¿Por qué cuando necesitamos arreglar unos zapatos acudimos al zapatero y no al electricista? ¿Por qué el seguimiento y la educación en el embarazo lo realizan un amplio abanico de profesionales si existe un profesional especialista en este tema llamado Matrona?

Según una revisión de la Cochrane (Hodnett ED. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto. Revisión Cochrane traducida.) dónde se compara los distintos modelos en el control y asistencia al embarazo y parto, concluye que los cuidados propiciados por Matronas fueron asociados a varias ventajas para las madres y los bebés. Las mujeres que recibían una continuidad de la atención de un equipo de Matronas, tenían una mayor probabilidad de tratar las preocupaciones antes y después del parto, concurrir a las clases prenatales, dar a luz sin analgésicos, sentirse bien preparadas y con el apoyo necesario durante el trabajo de parto y sentirse preparadas para el cuidado del niño. La reanimación también se necesitó con menor frecuencia en sus recién nacidos⁽⁵⁾.

Además, los cuidados de las Matronas hacen que las mujeres tengan más sensación de control del embarazo.

Considero pues que son el Obstetra y la Matrona los profesionales adecuados para realizar el seguimiento de embarazo, incluso creo que ese seguimiento debe hacerse en equipo entre la Matrona de AP y la Matrona de AE, que uniendo esfuerzos y trabajando en una misma línea, aportarán grandes ventajas a la mujer y su pareja, reforzarán la educación que reciben y les brindarán la oportunidad de conocer a los profesionales que van a atenderla antes de que llegue el momento que más ansiedad y desconocimiento les provoca: el parto.

Por ello, me propongo hacer este estudio, que valorará, en el área 9 de la Comunidad de Madrid (población con hospital de referencia el Hospital Universitario de Fuenlabrada), la efectividad que el refuerzo educacional aportado por la Matrona de AE en las consultas de seguimiento de embarazo en semanas 28 y 37, tienen en la frecuentación de esas mujeres por pródromos de parto a las urgencias de Obstetricia.

Este área 9 tiene dos hospitales de referencia, el Hospital de Leganés y el Hospital de Fuenlabrada (HUF).

El HUF (de referencia para este proyecto) tiene una población adscrita de 216.803 habitantes, incluyendo Fuenlabrada, Humanes de Madrid y Moraleja de En Medio.

A lo largo de 2009 el HUF atendió un total de 2692 partos.

2.705 primeras visitas de embarazo en el centro de especialidades “ El Arroyo “ y 17.418 sucesivas de gestación.

Se realizaron 14.774 visitas al servicio de urgencias de obstetricia y ginecología, 9.771 obstétricas y 5003 ginecológicas.

El seguimiento de embarazo en el área de influencia del HUF (Área 9, de referencia para este proyecto) es realizado fundamentalmente por el Obstetra de AE. Este control se lleva a cabo en el centro de especialidades “El Arroyo “que es el centro encargado de prestar asistencia sanitaria especializada ambulatoria a la población del área de influencia del HUF.

En dichas consultas de embarazo (semanas 12, 28 y 37 de gestación), el Obstetra se limita a seguir el protocolo de seguimiento de embarazo del HUF, dejando al margen temas de educación sanitaria y maternal, pues la presión asistencial (quince minutos por gestante como máximo) así lo requiere.

La Matrona de AP por tanto se encarga de la captación del embarazo, de impartir los cursos de educación maternal y de la valoración y derivación de la gestante a la consulta de AE de Fisiopatología fetal en la semana 41.

En algunos centros de salud y a criterio personal, la Matrona realiza visitas de seguimiento de embarazo de bajo riesgo en las semanas 18 y 30, en las cuales las actividades que realiza son fundamentalmente:

- Valoración física gestante: toma de constantes, altura uterina, movimientos fetales, maniobras Leopold, presencia de edemas, peso y ganancia ponderal.
- Auscultación latido cardiaco fetal.
- Valoración de realización y resultados de pruebas diagnósticas.
- Educación sanitaria y refuerzo de las recomendaciones del embarazo.

Actualmente, el HUF está poniendo en marcha un protocolo de atención al embarazo de bajo riesgo, bastante innovador e interesante para el desarrollo profesional de la Matrona, que puede resumirse en tres puntos de interés:

- La Matrona de la urgencia obstétrica va a dar las altas a aquellas gestantes a término con pródromos de parto y problemas con lactancia materna en embarazos de bajo riesgo obstétrico.
- El equipo de Matronas realizará el pase de planta de partos eutócicos y dará el alta a aquellas mujeres con un puerperio fisiológico.
- El equipo de Matronas comenzará a rotar por el centro de especialidades para pasar la consulta de seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico en las semanas 28 y 37 de gestación, en cuya consulta además de realizar las técnicas que dicta el protocolo de seguimiento de embarazo, realizará educación maternal individualizada, (motivos por los cuales deben acudir a urgencias, plan de parto, donación sangre cordón umbilical, técnicas de masaje perineal, lactancia materna, etc.).

Con la planificación de estas consultas se verá incrementado el tiempo que se dedica a dichas gestantes que permitirá a la Matrona realizar esa educación maternal, pues se pasará del actual modelo, en el cual se pasa consulta de seguimiento 3 veces a la semana a pasarla 5 días, de lunes a viernes.

Además, con la puesta en marcha de este protocolo se pretende:

- Aumentar el nivel de satisfacción de las gestantes, sus parejas y de los profesionales que los atienden.
- Disminuir los tiempos de espera.
- Disminuir las visitas innecesarias a la urgencia obstétrica.
- Aumentar la eficiencia.

El presente proyecto medirá el impacto que las consultas de Matrona de AE de seguimiento de embarazo de bajo riesgo obstétrico tienen en la disminución de la asistencia de estas mujeres a la urgencia obstétrica del HUF por pródromos de parto, al ser esas mismas mujeres vistas y formadas con anterioridad por la Matrona en las consultas de semanas 28 y 37, Matronas que posteriormente van a atenderla durante el parto y el puerperio.

El conocer a los profesionales Matronas con anterioridad aumentará la satisfacción de mujeres y sus parejas, no solamente por el hecho de conocerse, lo cuál resulta bastante importante, sino que el hecho de saber reconocer los signos y

síntomas que indican cuando deben acudir al hospital, disminuye la ansiedad al aumentar la sensación de control sobre su embarazo.

Creo que la Matrona de AE es el profesional idóneo e indicado para informar y formar a la mujer sobre este tema, pues al fin y al cabo, es la que trabaja a diario en los servicios de urgencias, paritorios y plantas de puerperio, y su visión puede distar de las compañeras Matronas AP, acercándose más a la realidad del día a día.

Hasta hoy es un tema muy poco estudiado y bastante inédito, pues no se han encontrado en las bases de datos utilizadas (ENFISPO, CUIDEN, IBECS, Pubmed y La Biblioteca Cochrane) antecedentes sobre esta novedosa manera de llevar el seguimiento de embarazo.

El HUF sería el primer hospital de la Comunidad de Madrid en el que la Matrona de AE acude al centro de especialidades de referencia a pasar estas consultas de seguimiento.

Las conclusiones que se obtengan de la investigación permitirán a gestores y profesionales conocer cómo con una intervención de Matrona tan sencilla pero necesaria, disminuye gastos de presión de urgencias y aumenta la satisfacción tanto de profesionales como de las usuarias y sus familias, pues éstas últimas se sentirán mas seguras y preparadas para afrontar el proceso por el que deben de pasar.

Además permitirá sensibilizar a directivos e instituciones sobre la realidad de la profesión de Matrona, tan valorada por la población y tan poco desarrollada y aprovechada por aquellos.

Los resultados serán remitidos a gestores del área 9 y serán conocidos por los profesionales a través de comunicaciones a congresos y publicaciones de artículos en revistas científicas.

Sirva así esta investigación como nexo de unión entre Matronas de AP Y AE, que permita hablar un lenguaje común y que de su trabajo en equipo se obtenga el mejor de los productos.

HIPÓTESIS

Cuando la Matrona de AE refuerza la educación maternal en las consultas de embarazo de bajo riesgo en las semanas 28 y 37 de gestación, disminuye el número de mujeres de bajo riesgo que acuden a las urgencias de obstetricia por pródromos de parto.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el nº de gestantes de bajo riesgo obstétrico que acuden a la urgencia de Obstetricia por pródromos de parto cuando las consultas de seguimiento de embarazo en semanas 28 y 37 son realizadas por el obstetra, y cuando son realizadas por las matronas de AE.

Objetivos Específicos

- Realizar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo en las gestantes del área 9 por parte de la Matrona de AE en las semanas 28 y 37 de gestación.
- Favorecer que mujeres, familia y Matronas se conozcan antes del ingreso en paritorio.
- Evitar mediante la educación sanitaria impartida por la Matrona de AE en esas consultas de seguimiento las visitas innecesarias al servicio de urgencias por pródromos de parto.
- Conocer la satisfacción de mujeres y sus parejas.
- Informar de las distintas formas de asistencia al parto en el HUF, la posibilidad de presentar un plan de parto, donación pública de cordón umbilical y de la importancia y beneficios de la lactancia materna.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se realizará un estudio comparativo en el HUF en el periodo comprendido entre Julio de 2009 y Diciembre de 2010, en el que se compararán el comportamiento de las dos poblaciones a estudio, es decir, analizar el número de gestantes que habiendo acudido a los controles de embarazo con el Obstetra o con la Matrona en semanas 28 y 37, acudieron a urgencias por pródromos de parto.

El refuerzo educacional lo realizará la Matrona de manera individualizada durante esas consultas de seguimiento de forma oral y escrita, asegurándose del entendimiento y comprensión por parte de la gestante y su pareja, y entregándole los folletos anexados en los que se recogen fundamentalmente los signos y síntomas que las gestantes deben reconocer para evitar visitas innecesarias a la urgencia de Obstetricia.

Población diana

Gestantes de bajo riesgo del área de influencia del HUF, área 9 (Fuenlabrada, Moraleja de Enmedio y Humanes).

Población a estudio

Por un lado, gestantes de bajo riesgo del área de influencia del HUF que hayan acudido a control prenatal en semanas 28 y 37 de embarazo con el Obstetra en el centro de especialidades “ El Arroyo “ en el último semestre de 2009, y por otro, gestantes de bajo riesgo del área de influencia del HUF que hayan acudido a control prenatal en semanas 28 y 37 de embarazo con la Matrona de AE en el centro de especialidades “ El Arroyo “ en el último semestre de 2010.

Muestra

No se va a realizar una estimación del tamaño muestral, pues se analizará y cuantificará el comportamiento con respecto a la asistencia o no a urgencias por pródromos de parto de la totalidad de gestantes que acudieron a las consultas de embarazo en semana 28 y 37 en un periodo determinado:

1. Gestantes que pasaron consulta en semana 28 y 37 con Obstetra en el último semestre 2009.
2. Gestantes que pasaron consulta en semana 28 y 37 con Matrona de AE en el último semestre de 2010.

Criterios de inclusión

- Primigestas de bajo riesgo obstétrico de más de 37 semanas que hayan acudido a los controles de embarazo en semanas 28 y 37.
- Gestación controlada de bajo riesgo obstétrico y/o neonatal.
- Tener como hospital de referencia el HUF.
- Mujeres entre 18 y 40 años.
- Mujeres de nacionalidad española sin barreras idiomáticas.

Variables a estudiar:

- **Variable independiente:** haber asistido a los controles de embarazo en las semanas 28 y 37 de gestación en el centro de especialidades, (Con el Obstetra =1, Con la Matrona=2) variable cualitativa dicotómica.
- **Variable dependiente:** número de gestantes que acuden al servicio de urgencias obstétricas con juicio clínico de “pródromos de parto “, variable cuantitativa discreta.

- **Variables a estudio:** nivel de estudios (básico, medio, universitario), zona básica de salud, nº de gestación, distancia al centro hospitalario.

Estas variables serán tenidas en cuenta durante la recogida de datos para que entren a formar parte del análisis estadístico. De esta forma, y mediante un análisis multivariado podrán estudiarse las relaciones con las variables principales.

Fiabilidad

Se pretende aumentar la fiabilidad del estudio a través del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, formando y entrenando a los colaboradores especialistas Matronas que realizarán la recogida de datos y efectuarán una exhaustiva recogida de esos datos gracias a las historias clínicas informatizadas.

Para formar a los profesionales Matronas se realizarán sesiones clínicas y tutorizaciones en las consultas de seguimiento por parte de los Obstetras.

Sin duda lo que más aumentará la fiabilidad del estudio es el hecho de no seleccionar muestras, pues se va a analizar el comportamiento de la totalidad de gestantes que acuden a los controles de embarazo en semanas 28 y 37 en un año entero (6 meses con el Obstetra y 6 meses con la Matrona).

Validez

El análisis de la validez se evaluará a través del control estadístico de las variables, teniendo en cuenta la posibilidad de cometer sesgos, fundamentalmente los de selección de gestantes que cumplen los criterios de inclusión de nuestro estudio.

El efecto Hawthorne no estará presente pues las gestantes no conocen que va a someterse a estudio el número de veces que van a acudir a las urgencias hospitalarias. Quizás el hecho de que la gestante conozca que va a estudiarse cuantas veces acude al hospital por pródromos de parto puede modificar su actitud y la de su familia, y por tanto sesgar los resultados.

Métodos de recogida de datos. Almacenamiento y tratamiento de la información

Se utilizará el programa informático Selene (software informático para almacenamiento y recuperación de datos de historias clínicas disponible en el HUF) para realizar la recuperación de los datos de forma retrospectiva respecto al último semestre de 2009, y a partir de la puesta en marcha de la consulta de seguimiento de embarazo de Matrona en el mes de junio de 2010, los datos del último semestre de 2010 para su posterior análisis.

Todos los datos recogidos se almacenarán en un archivo tipo Excel para ser analizado en el departamento de estadística del HUF utilizando el paquete SPSS 17.0 para Windows.

Métodos estadísticos

La principal limitación de los estudios cuasi experimentales es que los grupos de estudio no se pueden organizar por asignación aleatoria. En un diseño cuasi experimental no podemos contar pues con una supuesta equivalencia inicial de los grupos, mas bien al contrario, se afrontan grupos no equivalentes que pueden diferir entre si en más aspectos con los directamente relacionados con la variable independiente, intervención o tratamiento ⁽⁶⁾, Los grupos por tanto de nuestro estudio no son simultáneos en el tiempo.

La variable dependiente (nº de gestantes que acuden al servicio de urgencias con juicio clínico pródomos de parto) se expresará en términos de frecuencias absolutas y relativas, siguiendo una distribución normal. En el caso de que no se ajuste a una distribución normal, se utilizará el test de U-Mann-Whitney.

Se realizará un test de la t de student para el análisis de la variable independiente (haber asistido a los controles de embarazo en semana 28 y 37 de gestación con el Obstetra o con la Matrona) y dependiente, agrupando el análisis estadístico por grupos: gestantes que controlaron su embarazo con el Obstetra o con la Matrona ⁽⁷⁾.

En todo caso, la significación estadística se determinará con una $p < 0,05$ y con IC 95%.

El análisis de las variables a estudio se analizará por el modelo matemático multivariado de la regresión lineal o logística.

Ética

El acceso a las bases de datos e historias clínicas estará restringido a los investigadores responsables, que garantizarán su seguridad y no podrán utilizar la información para otro fin que no sea el señalado en los objetivos de este proyecto.

Se respetarán las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 4/12/99).

Se garantizará la anonimización de datos a través del establecimiento de claves para la explotación de los mismos.

El estudio se presentará en el comité de ética del HUF para su aprobación.

Limitaciones

El grado de complejidad es elevado, puesto que es muy difícil saber y cuantificar que causas llevan a las mujeres a no realizar un uso responsable de los servicios de urgencias obstétricas, aunque como la finalidad del estudio es conocer el impacto que la educación maternal y sanitaria realizadas en la consulta de Matrona de AE tienen en esa frecuentación, el conseguir una unión de esfuerzos y un trabajo en equipo entre la Matrona de AP y AE, podría hacer real nuestra hipótesis, más aún si tenemos en cuenta que las mujeres embarazadas y al término de la gestación son fácilmente influenciadas por su entorno, pareja y familia, los cuales pueden contribuir en ocasiones negativamente a la decisión de la mujer.

La validez externa del estudio estará limitada a las mujeres cuyo hospital de referencia sea el HUF, puesto que no se trata de una selección aleatoria de todas las mujeres del área 9. Posteriores estudios basados en las conclusiones de este podrán abrir y extrapolar sus resultados a una población más amplia.

Resulta también difícil comparar resultados al no haber estudios similares.

Cronograma y etapas de la investigación

- **Mayo 2010**

Selección y formación de los colaboradores del estudio. Se les ofrecerá en primer lugar a aquellos profesionales encargados de la realización del protocolo de seguimiento de embarazo de bajo riesgo en consulta de Matrona (semana 28 y 37 de embarazo) y después a todas las Matronas tanto de AP como de AE del HUF y su área de influencia.

- **Junio 2010**

- ✓ Presentación del proyecto en el HUF. Obtención del permiso del Comité de Ética del Hospital.
- ✓ Trabajo bibliográfico y documental del equipo investigador a través de las principales bases de datos: ENFISPO, CUIDEN, IBECS, Pubmed y La Biblioteca Cochrane. Los investigadores procederán a la selección de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión propuestos.
- ✓ Información por parte del equipo investigador a las Matronas de AP en sesiones informativas en los centros de salud.
- ✓ Formación de las Matronas de AE: antes de que las Matronas comiencen a pasar las consultas de seguimiento de embarazo a partir del 1 de Julio de 2010, es necesario formarlas para unificar criterios de actuación, sobre

todo en lo que a educación maternal y sanitaria se refiere. Para ello se realizarán sesiones clínicas obligatorias para todas las Matronas del HUF, a las que serán invitadas las Matronas de AP. Todas las Matronas tendrán a su disposición en los soportes informáticos el protocolo de seguimiento de embarazo en la consulta (semana 28 y 37) así como una guía del programa informático Selene explicativa de este nuevo circuito de consultas.

- **Julio 2010**

Inicio recogida de datos del último semestre de 2009 y puesta en marcha de la consulta de Matrona de AE en el centro de especialidades “El Arroyo “(semanas 28 y 37 de gestación).

- **Octubre 2010:** finalización de recogida de datos del último semestre de 2009.
- **Noviembre 2010:** elaboración de un informe parcial.
- **Enero 2011:** Inicio recogida de datos del último semestre de 2010.
- **Febrero 2011:** Finalización recogida de datos del último semestre de 2010.
- **Marzo 2011:** Análisis de los datos y confección definitiva del estudio.
- **Abril 2011:** Informe final y presentación y divulgación de resultados.

Beneficios, difusión y explotación de los resultados

Uno de los mayores beneficios que se conseguirá con este estudio es analizar la efectividad que, con la actuación de la Matrona en las consultas de seguimiento de embarazo de bajo riesgo en semanas 28 y 37, se consigue al comparar los resultados con los obtenidos cuando esas consultas eran pasadas por Obstetras.

La difusión de las conclusiones pondrá de manifiesto que efectivamente, lo mejor a la hora de planificar la asistencia sanitaria, es dotar de responsabilidad y relevancia a aquellos profesionales que fueron entrenados para ello, que en nuestro caso, resulta que es la Matrona el profesional sanitario mejor preparado para hacer un seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico, y que de sus actuaciones se consigue no solamente aumentar la satisfacción por ambas partes, gestantes, familias y profesionales, sino también aumentar la eficiencia.

Por tanto, estas conclusiones pueden alentar al resto de profesionales Matrona a hacer estudios similares que permitan en un futuro no muy lejano unificar a nivel autonómico e incluso nacional, la asistencia al embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bru Martín C, Martínez Galiano JM. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. Matr Prof. 2008; 9(1):11-14.
2. Junta de Andalucía Consejería de Salud y Consumo. Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. Sevilla La Consejería; 1994.
3. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: La Consejería; 2005.
4. Fernández Idiago, M. Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. Reduca. Serie trabajos fin de máster. 2009(2):383-399.
5. Fontes de Gracia S, García Gallego C, Garriga Trillo AJ, Pérez-Llantada Rueda C, Sarriá Sánchez E. Diseños de investigación en psicología. Madrid: UNED; 2001.
6. Hodnett ED. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto. Revisión Cochrane traducida. Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford; 2008. Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201005444&DocumentID=CD000062>
7. Mancera-Romero J, Paniagua Gómez F, Romero Pinto MJ, Sánchez Pérez MR, Kuhn González M, Casals Sánchez JL. Utilización de los servicios sanitarios por las embarazadas seguidas en un centro de salud. SEMERGEN. 2009;35(5):214-20.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2007.
9. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
10. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. London: National Institute for Clinical Excellence; 2008.
11. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
12. Osa Montserrat MT, Ferrer Arnedo, C. Seguimiento de la mujer embarazada desde la consulta de matrona. Metas Enferm. 1998;1(8):51-55.

13. Pagano RR. Estadística para las ciencias del comportamiento. 5ª Ed. Madrid: Thompson; 1999
14. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo nº CD000934. Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201005446&DocumentID=CD000934>
15. Royal College of Midwives. Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labour. Londres: RCM; 2008.
16. Usandizaga J A, Fuente P de la. Tratado de obstetricia y ginecología. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2008.
17. Vivancos Montes ML. Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción Comforts. Reduca. Serie trabajos fin de máster. 2009(2):275-299.

ANEXO I
ACTIVIDADES A REALIZAR EN CONSULTA SEMANA 28

- Control evolutivo del embarazo.
- Altura uterina, tonos y movimientos fetales.
- Peso y TA.
- Valoración analítica:

- Grupo y RH

Valorar la prescripción de anti D en pacientes RH negativa no sensibilizadas.

- O' Sullivan:

En caso de O 'Sullivan patológico, el laboratorio llama a la paciente para realizar la curva de sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 gr, por lo que a la consulta ya nos llega con los resultados.

En caso de SOG positiva, se deriva a consulta de enfermería de endocrino los jueves por la mañana sin cita previa. Se entrega dieta de 2300 cal/d y se deriva a consulta de ARO (Alto Riesgo Obstétrico).

- Hemograma

Prescripción de Hierro a todas las gestantes de forma preventiva. Si hemoglobina < 10 mg/dl comentar con ginecólogo/a para pedir un estudio hematológico.

- Valorar sedimento y cultivo de orina.

- Continuar con yodoterapia.
- Información sobre donación pública de sangre de cordón.
- Preguntar y recoger en historia el tipo de lactancia que desea dar la mujer. En caso de lactancia materna se entregará calendario de "La liga de la Leche", para que la mujer pueda acudir a las reuniones a lo largo del embarazo.
- Recordar citas con matrona de AP para control de embarazo y educación maternal.
- Insistir en recomendaciones de dieta saludable y ejercicio durante el embarazo.
- Explicación y entrega de documentación para la realización del masaje perineal, a partir de la semana 34 de gestación.
- Verificar las citas.
- Registro datos Selene en formulario gestación única y crear nota. Entregar informe de la asistencia prestada a la gestante.

ANEXO II

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CONSULTA SEMANA 37

- Control evolutivo del embarazo.
- Altura uterina, tonos y movimientos fetales. Maniobras de Leopold.
- Peso y TA. Presencia de edemas.
- Valoración analítica y ecografía tercer trimestre.
- Recogida de muestra para EGB, impresión de la petición y envío de la misma.
- Entrega folletos e informar a la gestante como se asiste el parto en el HUF, las distintas alternativas de las que dispone y la posibilidad de presentar un Plan de parto (siempre que la embarazada y pareja demanden una asistencia distinta a la que se realiza en nuestro hospital).
- Entrega hoja recomendaciones mujer embarazada semana 37, haciendo hincapié en explicar cuales son los motivos por los que debe acudir a urgencias. Asegurarse de la comprensión de los signos y síntomas fisiológicos al término de la gestación para evitar visitas a urgencias innecesarias.
- Información y entrega si procede de consentimiento informado de donación pública de sangre de cordón.
- Continuar con yodo y ferroterapia.
- Preguntar acerca de la intención y dar información sobre lactancia materna. Resolver dudas.
- Verificar cita con su matrona del centro de salud en semana 40, la cual le derivará a monitores en la semana 41.
- Reforzar recomendaciones dieta y ejercicio.
- Registro datos Selene en formulario gestación única y crear nota. Entregar informe de la asistencia prestada a la gestante.
- Verificar petición analgesia epidural.

ANEXO III HOJA INFORMATIVA SEM 37. MOTIVOS PARA ACUDIR A URGENCIAS

¿Cuándo acudir al hospital?

Si te encuentras al final de tu embarazo, recuerda que debes acudir a Urgencias siempre que aparezcan alguna de las siguientes situaciones:

- **Sangrado vaginal en cantidad igual o superior a una regla** y sobre todo si se acompaña de dolor. No es motivo de acudir a Urgencias la expulsión del tapón mucoso (puede ser gelatinoso, transparente, de color rosado con hilos de sangre y/o marrón...) pues no indica que el parto sea inminente y puede estar expulsándolo varios días.
- **Pérdida de líquido** amniótico por la vagina.
- **Contracciones** regulares dolorosas:
 - Cada 3-4 minutos durante 2 horas si es el primer hijo.
 - Cada 5 minutos durante 1-2 horas si ya tienes hijos.Cuando lleve una hora con contracciones regulares dolorosas, es recomendable darse baño o ducha de agua caliente antes de acudir al hospital porque puede que las contracciones se paren. Si con este baño o ducha continúan las contracciones, debe acudir a urgencias para valoración.
- **Ausencia o disminución de movimientos fetales** durante un tiempo superior a 12 horas. En este caso debes comer algo preferentemente azucarado, tumbarte de lado izquierdo durante media hora y contar los movimientos fetales en la siguiente media hora; si son menores a 4 debes acudir al hospital.
- **Fiebre elevada** superior a 38°C.

¿Qué necesitas llevar al hospital?

Para la madre

- ✓ Zapatillas para la habitación y la ducha.
- ✓ Neceser para el aseo personal.
- ✓ Sujetadores para la lactancia.
- ✓ Discos de lactancia.
- ✓ Ropa interior, recomendable de algodón o desechable.
- ✓ Ropa para volver a casa tras el alta.
- ✓ Camisones abiertos por delante (Opcional).
- ✓ Bata. (Opcional).
- ✓ Abanico, sobre todo en verano (Opcional)

Para el recién nacido

- ✓ Ropa para la estancia en el Hospital y para el alta: camisetas de algodón o bodies, calcetines, patucos, gorrito, mantita, arrullo, etc.

- ✓ Gorrito de algodón para las primeras horas de vida.

Recomendaciones generales

- ✓ Preparar todo lo necesario con suficiente antelación.
- ✓ La ropa, preferentemente que sea de algodón.
- ✓ Lavar las prendas nuevas antes de su estreno, con jabón neutro y sin suavizante, para evitar irritaciones en la piel.

Recibido: 7 mayo 2011.

Aceptado: 1 septiembre 2011.