

.COMPARANDO EXPERIENCIAS. EL PAPEL DE LA MATRONA EN EL PARTO.

PONENTE: ASTRID BÖRJESSON

Matrona Hospital KAROLINSKA / HUDDINGE (Suecia)

Para introducirnos en el sistema sueco de asistencia a la maternidad, decir que en Suecia la atención a la maternidad es estatal y gratuita para todas las mujeres residentes en el país. Es dirigida por matronas exclusivamente, ofreciendo unas 8-10 visitas durante el embarazo, en el que el médico sólo interviene a solicitud de la mujer o si la matrona lo cree necesario.

Se realiza un control ecográfico en la semana 16-18 de gestación. Aparte de los controles maternos también se les ofrecen a los padres cursos de preparación a la maternidad/ paternidad. Un dato de interés es que en Suecia las mujeres disponen de un año con sueldo, con cargo al estado no a las empresas, para estar con sus hijos y de este año, tres meses le corresponden al padre, tiempo que si no lo disfruta él se pierde.

Los datos del hospital Karolinska Huddinge son:

4800 partos

11 salas de parto

Matronas / turno 6-8

Auxiliares / turno 6-7

Médicos / turno 2-3

Las matronas trabajan en pareja con una auxiliar por cada familia a atender.

Algunos de nuestros porcentajes:

-19% cesáreas de las cuales el 42% son programadas, el 48% de urgencia y muy urgentes el 6%

-Ventosas el 11%

-La episiotomía apenas se realiza, un 6% en total aproximadamente.

Curso de preparación al parto.

En el mismo hospital ofrecemos cursos de preparación a la maternidad/ paternidad. 1 vez por semana con 2 horas de duración, dirigido por dos matronas de la plantilla de partos, lo que facilita el conocimiento entre los usuarios y el personal de la asistencia. Los temas van desde el inicio del parto, el parto domiciliario, alivio de las contracciones de pródromos en casa....., con apoyo visual informático se les va instruyendo en los motivos de ingreso en el hospital, acciones al ingreso y tipo de asistencia que oferta el establecimiento.

Procedimientos al ingreso en el Hospital Matrona o/y auxiliar de enfermería

- Informe general del estado de la paciente
- Ctes. Vitales: Tension, pulso, temperatura
- Doortest – CTG

Matrona

- Exploración abdominal y vaginal
- Exploración de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones

Tras estas comprobaciones previas podemos determinar si se trata de un parto de bajo o alto riesgo , en el primer caso actuamos según el protocolo asistencial del parto de bajo riesgo desarrollado por maatonas de la unidad y que se ha establecido desde hace 2 años.

-El objetivo del protocolo es, asegurando el buen estado de salud de la madre y el niño, salvaguardar el derecho de la mujer a un parto no intervencionista, a la vez, que la experiencia del parto quede registrada en el sentir de la pareja, como experiencia positiva .

-Criterios: Mujer sana, embarazo normal, sin cesárea previa, feto único, y en presentación cefálica, inicio de parto espontáneo en semanas de gestación 37⁺⁰ a 41⁺⁶

Cuidados generales

- Comunicación - Importancia de la atención a las diferentes formas de expresar dolor o intranquilidad,- escuchar y confirmar las experiencias de la pareja y procurar que entiendan la informacion dada (usar interpretes si es necesario). En la sona donde se ubica el hospital hay mucha emigración y necesitamos en muhas ocasiones la ayuda de interpretes, en el caso de que estos no puedadn estar presentes no servimos de intérpretes que nos asisten por teléfono.
- Conocimiento/desarrollo - experiencias previas de la pareja. La informacion facilitada debe ser adaptada a cada individuo. Considerar las diferencias culturales en relación con la actitud frente al parto.
- Nutricion- procurar que la mujer se nutra durante el parto, comida y bebida a su elección,nos interesamos por su hidratación y nutrición en los días previos al parto igualmente. Se le ofrece batidos de fruta y comida sencilla, involucrando en este punto mucho a la pareja que sea quien la anime a tomar algo de lo que se le oferta para evitar un ayuno prolongado.

- Actividad - animar a la mujer a que esté en movimiento y pruebe diferentes posiciones durante el parto. Como la deambulación constante no sería buena ni conveniente por el cansancio que produciría para descansar se les ofrece " el saco" cuyo contenido son microbolitas de poliespan que se adaptan muy bien a las posiciones que la mujer adopta, la banqueta que, en Suecia se usa mucho, resulta muy cómoda para las mujeres y tiene además la ventaja sobreañadida de que promueve y facilita la participación del padre cuando la mujer se sienta sobre ella; también disponemos de pelotas...

En cada una de las salas de dilatación tenemos ordenadores en los que dejamos constancia de todos los registros referentes al proceso que asistimos, desde las actitudes de la pareja hasta los propios procedimientos que aplicamos, siempre sin tener que salir de la sala y perder de vista a la mujer.

- Eliminación - procurar mantener vacía la vejiga, animando a la mujer a que elimine cada dos horas . Enema, si la mujer lo desea.
- Cultural/espiritual - respetar las necesidades culturales o espirituales de cada paciente.
- Cooperación - animar la mujer a ser partícipe en las decisiones.
- Apoyo - animar a la mujer a que confíe en su propia capacidad.
- Apoyamos la presencia del padre (o la persona/ personas de elección de la mujer sin importar el número de ellos) durante todo el parto
- La presencia de la matrona en la sala aporta seguridad y disminuye la necesidad de analgésicos.
- La presencia de la matrona en la sala con la pareja, se intensifica a medida que el parto avanza.
- Ayuda para soportar las contracciones

Masaje y /o calor , se les instruye a los padres para que lo apliquen a la mujer

Estimulación transcutánea muy utilizado en Suecia

Acupuntura 9%, aunque no todas las matronas saben la técnica, las más capacitadas asyuidan a las menos prácticas en el procedimiento

Gas (oxido nitroso) casi el 100% de las parturientas lo utiliza.

Epidural 43%

Cuidados específicos

Exámen obstétrico

- palpación externa (*estática fetal*), al ingreso, a los cambios de turno y antes de cada exploración vaginal.
- exploración vaginal, al ingreso, antes de epidural y cuando se considere necesario.
- control manual de contracciones, por lo menos, una vez cada hora.
- monotorización Fetal al ingreso (aprox. 20 min.)
- si CTG es normal seguir protocolo de monitorización (CTG de 15-20 min. cada 2 horas)
- auscultación latido fetal cada 15-30 min con estetoscopio de Pinard o Doppler.

El Nacimiento

Si el cervix no se ha modificado en un periodo de más de dos horas, contactar con el médico.

- Si el periodo expulsivo se prolonga por más de 30-45 min, controlar con monotorización continua.
- Se recomienda protección manual del periné.
- Es deseable que una segunda matrona esté presente en el paritorio mientras se produce el parto.
- Informar a los padres de la importancia del contacto piel con piel.
- Favorecer la lactancia procurando a la familia unas horas de tranquilidad tras el nacimiento.
- Facilitamos el descanso de los padres junto con el recién nacido
- Dos horas post-parto, pesamos y medimos al bebé.(no hacemos profilaxis ocular)

El trabajo de las matronas se refuerza con el apoyo de las matronas de mayor experiencia dentro del equipo y de las 2 coordinadoras de turno, nuestras dudas y problemas, generalmente, se solucionan con su ayuda, raramente solicitamos consejo de los médicos