

MODELO ASISTENCIAL DE LA MATRONA.

Funciones y protocolos propios

Ponente: D. Ignacio Matute Albo

Matron. Hospital "S.Agustin". Avilés (Asturias)

Buenas tardes.

No soy investigador ni soy experto en gestión sanitaria ni formo parte de ninguna Unidad Docente de Matronas. Soy una matrona que trabaja en sala de partos de un hospital desde hace 8 años y medio. Y estoy aquí por que soy uno más de un grupo (no se si muy numeroso o no) que se siente descontento porque, tras una formación de calidad, lo que ofrece el sistema sanitario español no nos permite un desarrollo profesional completo de la Matronería.

Podría darles varias razones por las que creo esto.

- La principal es **la falta de matronas.** Me gustaría preguntar a los gestores sanitarios y responsables del número de plazas que años tras año se ofertan: ¿interesa que haya matronas en España y que hagan su trabajo?
- **Esta situación de carencia de matronas lleva a alimentar la imagen "prescindible" que los gestores sanitarios tienen de la matrona en la realización sus funciones.**

Ejemplos: En un hospital asturiano: médico + enfermera = área obstétrica. En otros lugares, enfermeras en la Educación maternal, enfermeras en el puerperio inmediato, hospitalario y domiciliario, médicos de familia en el control de embarazo normal, enfermera pediátrica para el control del neonato sano, fisioterapeutas para la recuperación post-parto, etc.

Me pregunto ¿para qué he estudiado dos años de especialidad si casi cualquiera puede hacer mi trabajo?

- **Lo peor de todo es que esto, a su vez, lleva a la pérdida de habilidades que aporta la práctica clínica diaria.** Este aspecto es muy importante ya que puede arrinconar a un profesional que lo sufre y si ocurre a muchos puede arrinconar y limitar a la propia profesión.
- **Otra razón importante es la pérdida de capacidad de decisión** al no disponer de la autonomía necesaria en el desarrollo de nuestras funciones.
- Y la razón que más duele es **la desunión entre nosotros/as.**

Pido disculpas si mi exposición ha empezado muy pesimista pero, no solo voy a quejarme. También quiero plantearles un posible enfoque para el desarrollo de la matronería.

FUNCIONES

Creo que el **pilar básico** sobre el que comenzar a asentar cualquier estrategia son unas **funciones** legalmente reconocidas y una delimitación clara de nuestro **campo de trabajo**.

El campo de trabajo: La Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y el cuidado del recién nacido sano hasta el 28 día de vida.

Las funciones: En estos momentos, en España, tenemos reconocidas unas funciones **mínimas**, que todos/as conocéis, y que son las enumeradas en el Artículo 4 de la Directiva Europea 80/155/CEE, implantada en el Ordenamiento Jurídico Español en el Real Decreto 1017/1991 de 28 de Junio de 1991. Estas son:

Los Estados miembros garantizarán que las matronas estén facultados por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

Este párrafo siempre me ha llamado la atención. Lo que siempre me he preguntado es si: **¿es necesario que estas actividades formen parte de la práctica clínica habitual de las matronas para garantizar que estén facultadas para acceder a dichas actividades y ejercerlas?**

Por que si es necesario: **¿Está cumpliendo el estado español con esta premisa? Y si no lo está haciendo, ¿se le puede obligar?**

De cualquier forma estas son nuestras funciones mínimas y, por lo tanto, el punto de partida de nuestro desarrollo profesional.

Funciones mínimas

- a) prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar;
- b) diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales;
- c) prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo;
- d) facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición;
- e) prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados;
- f) atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas;
- g) reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, **asistir a éste**; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero;

h) reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;

i) asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido;

j) **realizar el tratamiento prescrito por el médico;**

k) redactar los informes que sean necesarios

Los aspectos marcados en negrita indican las funciones dependientes y el resto representan las funciones independientes.

Parece que la práctica de la matronería en España se centra más en las funciones dependientes que en el resto. Por ejemplo: cuando aplicamos protocolos médicos estamos realizando el tratamiento prescrito por el médico y esto es muy habitual o dicho de otra manera, si tomamos una decisión al margen de dichos protocolos médicos bajo nuestra responsabilidad y en el ejercicio de nuestras funciones ¿se respeta esa decisión?, o en el uso de la jerarquía vigente se deroga sin más. Todos podríamos contestar a esta pregunta.

Construyendo el desarrollo profesional

Sobre este pilar fundamental de nuestras funciones se puede **desarrollar la profesión** de manera segura y estable. Para ello planteo la siguiente estrategia:
La creación de **cuatro puntos de apoyos** sólidos y estables.

1. **Un espacio físico** donde desarrollar las funciones.
2. **La formación** de grado y postgrado.
3. **Herramientas propias** para aplicar las funciones.
4. **Modelos prácticos de matronería** que enmarquen nuestro trabajo diario.

ESPACIO FÍSICO

Con esto me refiero a lo que en otros pises denominan: Unidades de Maternidad Dirigidas por Matronas ó Unidades de Matronería Comunitaria ó Unidades de Matronería ó Centros de Parto.

Son pequeñas unidades de maternidad que proveen cuidados antes, durante y después del parto a mujeres de bajo riesgo de tener complicaciones durante el embarazo y el parto. Para esto se utilizan criterios de valoración de riesgo estrictos.

Pueden situarse dentro o fuera de un hospital con servicio obstétrico al que refieren las desviaciones de la normalidad.

Este tipo de asistencia se sitúa entre el parto en casa y el parto hospitalario ya que provee un ambiente hogareño seguro para parir y una inmejorable continuidad de cuidado y cuidador.

Características:

- Se basan en los principios de prevención, sensibilidad y seguridad
- Imparten cuidados centrados en la familia.
- El parto es un proceso fisiológico normal en el que la intervención médica solo debe darse cuando haya indicación clínica y basada en la evidencia.
- Los cuidados los imparten matronas en el desarrollo de sus funciones y de la responsabilidad que conlleva.
- Cuando se necesita se puede consultar con un obstetra o pediatra.
- La comunicación con el resto de profesionales sanitarios implicados en el cuidado se mantiene en interés de la “continuidad de cuidado”.
- Cuando surgen complicaciones, hay criterios, definidos claramente, de transferencia desde la Unidad de Matronería a la Unidad Obstétrica tanto durante el embarazo, parto y postparto.
- No hay servicio de analgesia epidural, pero si que están disponibles otros métodos de alivio del dolor.

¿QUÉ DICEN LAS INVESTIGACIONES DE LAS UNIDADES DE MATRONERÍA?

Algunos estudios concluyen que las Unidades de Matronería ofrecen una alternativa segura, satisfactoria y costo-efectiva para las mujeres que experimentan un embarazo y parto normal sin aumentar la mortalidad ni la morbilidad. (Hallet (2000), Saunders y cols 2000, Olsen Jewel 2000, Albers Katz 1991)

El Real Colegio de Matronas del Reino Unido, en uno de sus documentos describe los beneficios de las Unidades de Matronería identificados desde la investigación. (R.C.M. Vision 2000 into practice: Birth centres 4)

• Incremento de la satisfacción del consumidor	Ernst, 1986; Rocks y col, 1989, Spitzer, 1995
• Alta satisfacción laboral de la matrona	Saunders y cols, 2000
• Más apropiado uso de las habilidades de matrona y más autonomía	Saunders y cols, 2000
• Mujeres y familias capaces de tomar sus propias decisiones del nacimiento	Kucera 1987
• Mujeres sintiendo poder (control)	Spitzer 1995
• Menos epidurales	Rooks y cols,1992; Felman & Hunt, 1987; Saunders y cols, 2000
• Menos petidina	Rooks y cols, 1992; Spitzer, 1995; Saunders y cols, 2000
• Menos episiotomías	David y cols,1999, Rooks y cols, 1992
• Menos monitorización fetal electrónica	Rooks y cols, 1992, Spitzer, 1995
• Menos amniotomías	Rooks y cols, 1992, Spitzer, 1995
• Menos infusiones intravenosas	Rooks y cols, 1992; Feldman & Hunt, 1987
• Menos exámenes vaginales	Rooks y cols, 1992; Spitzer,1995
• Baja incidencia de distocia de hombros	Scupholme y cols, 1986
• Partos cortos	Albers & Katz, 1991; Saunders y col, 2000
• Más probabilidad de comer durante el parto	Rooks y cols, 1992,
• Más uso de la hidroterapia	Rooks y cols, 1992,
• Menos distrés fetal	Fullerton & Severino, 1992

• Menos dificultad en establecer las respiraciones	Fullerton & Severino, 1992
• Mayor probabilidad de lactancia materna exitosa	Ernst, 1986; Albers & Katz, 1991; Spitzer, 1995
• Cuidados maternos más baratos	Saunders y col, 2000; Reinharz y col, 2000, Spitzer, 1995

FORMACIÓN

Otros de los pilares para el desarrollo profesional es la formación. En relación con el punto anterior es interesante destacar el papel crucial que jugarían las Unidades de Matronería en la enseñanza práctica de la profesión, tanto durante la formación como después.

La posibilidad de disponer de un espacio donde las funciones de la matrona se desempeñan con total autonomía y responsabilidad, sería de vital importancia para la adquisición de unas habilidades sólidas.

MODELOS DE MATRONERÍA

Los Modelos de Matronería enmarcan nuestro trabajo y dan solidez al desarrollo profesional.

Los distintos modelos existentes tienen **dos aspectos comunes** que configuran lo que podríamos llamar Principios Básicos, que son:

- **El embarazo y el parto son acontecimientos normales e importantes en la vida de la mujer y su familia.**

Por otra parte el paradigma dominante de la medicina es el que el embarazo y el parto son una enfermedad y por lo tanto episodios médicos e inherentemente peligrosos

- **Continuidad de cuidados y cuidador.** Se define como tal la provisión de **cuidados integrales** (necesidades bio-psico-sociales) centrados en la **mujer** (familia y entorno) por el mismo pequeño grupo de profesionales durante todo el embarazo, parto y postparto.

Voy a poner un ejemplo muy habitual en nuestro entorno: Si una mujer y su pareja desean un parto fisiológico y la matrona de primaria les ayuda a estar informados y preparados, cuando van al hospital se encuentran con rutinas y actitudes nada favorecedoras de tal enfoque lo que puede dar lugar a un parto difícil física y emocionalmente. Ustedes me pueden decir que al no disponer en el hospital de la posibilidad de una atención real al parto fisiológico, la matrona de primaria debería de explicar lo que se va a encontrar y no **favorecer falsas expectativas**. Puede que tengan razón pero no es menos cierto que entonces la matrona estará centrando sus cuidados en las necesidades del hospital y no en las de la mujer.

Veamos los **resultados de las investigaciones sobre el cuidado continuado de las matronas.**

MODELO ONE-TO-ONE

La Matronería One-to-One, es un modelo de cuidado desarrollado en el Reino Unido, que provee una continua y personal relación de cada mujer con su matrona. Se basa en el enfoque de cuidados de matronería proveídos por matronas independientes.

El modelo One-to-One se estableció en los hospitales Hammersmith y Queen Charlotte de la Red del Servicio Nacional de Salud, en el oeste de Londres en Noviembre de 1993.

Quiero comentar con ustedes la evaluación que se hizo en Reino Unido de este modelo.

Se realizaron **2 estudios de cohortes**: (McCourt C. 1996 y Beake S. 2001). Uno se emprendió un poco después de que el programa fuera introducido y el segundo se realizó después de que el programa estuviera bien establecido. En la segunda evaluación los resultados no fueron muy diferentes de la primera y se constató que las mujeres en el grupo One-to-one tuvieron.

- Menos partos instrumentales y cesáreas.
- Menos epidurales.
- Menos episiotomías.
- Partos más cortos: media de - 98 minutos (95% IC -140 a -56)

No hubo diferencias en resultados adversos.

REVISIONES SISTEMÁTICAS

Dos revisiones sistemáticas analizan los efectos de la continuidad de cuidados por matronas durante el embarazo y el parto:

En la primera revisión sistemática(Hodnett. Cochrane Database) se incluyen dos ensayos clínicos (unos australiano y otro inglés) donde la continuidad la dan matronas con acceso a consultar con un obstetra en comparación a cuidados rutinarios proveídos por matronas y médicos . Las mujeres que tuvieron continuidad de cuidados por un equipo de matronas tuvieron más probabilidad:

- De esperar en el consultorio prenatal menos de 15 minutos.
- De lograr terminar las clases prenatales.
- De poder tratar las preocupaciones del embarazo.
- De sentirse bien preparadas para el trabajo de parto.

- De no recibir analgesia o anestesia durante el parto.
- De sentir control durante el trabajo de parto.
- De percibir que el personal sanitario brindaba apoyo.
- De lograr disfrutar del trabajo de parto.
- De sentirse capaz de tratar los problemas postparto.
- De sentirse preparadas para el cuidado del recién nacido.
- De tener un recién nacido que no necesite reanimación neonatal.
- De no presentar episiotomía.
- De desgarro vaginal/perineal.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en resultados adversos perinatales.

En la segunda revisión sistemática (Waldenström U, 1998) se compara continuidad de cuidados de matrona (una o pocas) con cuidado estándar (múltiples profesionales).

Las mujeres randomizadas a cuidados continuos por matrona o grupo pequeño de matronas, tenían menos probabilidad:

- De que se les indujera el parto.
- De que se les estimulara el parto.
- De monitorización electrónica fetal.
- De epidural o narcóticos.
- De parto instrumental.
- De episiotomía (con un aumento de desgarros perineales).

La mortalidad perinatal tuvo un Odds Ratio de 1.60 (95% IC 0.99 a 2.59). Por lo que no hay significación estadística.

No hubo muertes maternas.

Después de todo lo expuesto me atrevo a preguntar:

¿Tiene el sistema oficial de cuidados durante el embarazo, parto y postparto tantos análisis, estudios y evaluaciones como los cuidados de matronería?

VALORACIONES ECONÓMICAS

Parece ser que además de los beneficios expresados y de la ausencia de riesgo añadido, las **valoraciones económicas** apuntan a que el cuidado continuado por matronas es más barato.

En la web de la Asociación de Matronas de Ontario en Canadá, se pueden consultar los datos económico de ahorro que suponen el cuidado de matronas para el Sistema de Salud Canadiense. Cito Textualmente:

“De acuerdo con las cifras del Ministerio, cada vez que una mujer elige a una matrona ahorra al sistema de salud entre 800\$ y 1800\$. El administrador del Hospital de Ottawa estimó que cada parto de matrona ahorra al hospital 950\$.

HERRAMIENTAS

El último pilar para el desarrollo profesional de la Matronería lo constituyen las herramientas como protocolos, guías clínicas, posicionamientos oficiales de las Asociaciones de Matronas, etc.

Tenemos que crear nuestras propias herramientas y dejar de utilizar las de otras profesiones sanitarias para desarrollar nuestro trabajo independiente. No obstante cuando ayudamos al médico o cumplimos órdenes médicas es necesario saber y conocer sus herramientas para ser eficaces, al igual que cuando nuestro trabajo se enmarca en un grupo multidisciplinar las herramientas deben surgir del consenso de dicho grupo.

Un ejemplo de colaboración son los protocolos de seguimiento del embarazo y del parto de Cataluña, que se pueden consultar en la web de la Asociación Catalana de Matronas.

Un ejemplo de herramientas propias es la “Guía basada en la evidencia de cuidados de matronería en el parto” del Real Colegio de Matronas del Reino Unido. Hay que destacar como cualidad principal de esta guía clínica su **actualización constante**, aspecto imprescindible para una práctica clínica de calidad. La revisión actual es de Enero de 2005 y la próxima se hará en 2008.

Un ejemplo de lo inadecuado de la utilización de protocolos de otras profesiones sanitarias para nuestro trabajo independiente es la utilización del protocolo “Asistencia al parto normal” de los protocolos asistenciales de la SEGO:

Este protocolo sigue utilizando los criterios de Friedman para valorar la evolución del parto, en este caso normal. Aunque hay estudios que van poniendo en duda la idoneidad de tal herramienta y apuntan la necesidad de su revisión sobre todo para el caso de nulíparas, me voy a centrar en un detalle que considero importante y significativo: **las características de la muestra que utilizó Friedman** en su trabajo.

Friedman incluyó en su estudio a 500 gestantes de las cuales:

- Solo el 85% tuvieron un bebé entre 2500 y 4000 grs.

- El 4% fueron partos inducidos.
- El 8% tuvieron analgesia caudal/epidural.
- El 9% tuvieron estimulación oxi­t­cica.
- El 4% fueron partos de nalgas y embarazos gemelares.
- El 51% fueron f­or­ceps bajos o ventosas.
- El 6% fueron f­or­ceps medios o ces­areas

Lejos de entrar en profundos detalles quiero destacar algo esencial. **Las caracter­isticas de la muestra hacen imposible extrapolar los resultados a la poblaci­on general, entendiendo como tal las mujeres con bajo riesgo de tener complicaciones durante el parto.**

Para terminar quisiera destacar que:

- dentro del SNS en Espa­na, la atenci­on al embarazo, parto y postparto solo es posible desde el enfoque medicalizado.
- Por otro lado, asociaciones de consumidores y grupos de mujeres est­an demandando una atenci­on a la maternidad m­as humana y fisiol­ogica.

Por todo esto, es necesario desarrollar en Espa­na un enfoque m­as fisiol­ogico y respetuoso de los cuidados materno – infantiles. LA MATRONER­IA ES LA ESTRATEGIA M­AS SEGURA Y EFICAZ PARA CONSEGUIRLO.

Muchas Gracias

Jos­e Ignacio Matute Albo
Hospital San Agust­n de Avil­s
j_matute@wanadoo.es

Bibliografía

1. **Beake S,** McCour C, Page L. Evaluation of One-to-one midwifery: second cohort study. London: The hammersmith Hospitals NHS Trust and Thames Valley University, **2001**. (<http://www.wolfson.tvu.ac.uk>)
2. **Department of Health, Social Services and Public Safety.** Community Midwifery Units. Consultation Paper. June 2003
3. **Hodnett ED.** Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, **2006** Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. **Lesley Page, MSc** One-to-one midwifery: Restoring the “with woman” relationship in Midwifery. *J. Midwifery Womens Health* 48(2):119-125, **2003**.
5. **McCourt C,** Page L. Report on the evaluation of one-to-one midwifery, Thames Valley University, Centre for Midwifery Practice, London **1996**
6. **NHS,** Clinical Guideline Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. October **2003**.
7. **Stewart M,** y cols. Report of a structured review of birth centre outcomes. December 2004 – Revised July **2005**.
8. **Waldenstrom U,** Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **1998**;105:1160-70