

## ¡A POR OTRO AÑO.....2012!

Damos fin a un nuevo año, un año lleno de incertidumbres e incógnitas. El año 2011 se caracterizará por ser "el año de la crisis". Si hacemos memoria, estoy segura de que nos sería imposible recordar cuántas veces hemos escuchado esta palabra en el día a día, en cada conversación, en cada momento de nuestra rutina. Lo que hace un tiempo nos sonaba como algo lejano, algo que no nos pertenecía, se ha visto inmerso en nuestras vidas, en nuestro quehacer diario. Ha sido un año para reflexionar, para volver a esa estructura de sociedad que existía hace muchos años, donde la palabra familia alcanzaba todo su significado y donde la sociedad se mantenía por esos estrechos lazos de ayuda que surgían entre los miembros de una misma comunidad. Y es ahí precisamente, en el apoyo a la comunidad y más concretamente a la mujer, donde se sitúa la figura de la Matrona. No solamente no hemos visto un retroceso en nuestra profesión, sino un avance importante como colectivo, porque hemos contado con el apoyo de esas mujeres que reivindican nuestra figura como algo necesario en sus vidas, como miembros de esa red que las apoya y las cuida en todos los periodos de sus existencia, en la adolescencia, en su maternidad y su climaterio.

La AAM lleva varios años reclamando un movimiento en la sociedad que es el que estamos viviendo en la actualidad. Son las propias mujeres, a través de diferentes medios, las que están demandando nuestra presencia y nosotros como representantes del colectivo estamos sumando nuestras fuerzas para darles el apoyo que necesitan y reclamar nuestro derecho de estar ahí, al lado de la mujer.

Si hacemos un resumen de nuestro recorrido por 2011,

empezamos el año formando una nueva junta directiva. Como nueva junta nos propusimos hacer una mayor escucha de las necesidades de nuestro colectivo y resultado de ello ha sido la puesta en marcha de diferentes talleres y cursos (duelo, noesiterapia, suturas, etc.) que han sido diseñados en función de la demanda de los profesionales. Hemos mantenido reuniones con grupos políticos para reivindicar la escasez de Matronas en determinadas áreas de las provincias andaluzas, problemática que nos preocupa en gran medida. Hemos seguido insistiendo en los temas abiertos con el Defensor del pueblo. Hemos asistido al congreso de Burgos, hemos pedido formar parte de todos aquellos grupos que se creen desde la Consejería de Salud para tratar aquellos temas que conciernen a la mujer y que estén relacionados con nuestro ámbito de actuación; entre otros, el grupo de elaboración de la Guía de educación maternal que, si todo va bien, verá la luz antes de final de año. Y aún así seguimos preocupadas por si verdaderamente estamos cubriendo todas las expectativas de nuestro colectivo.

Qué mejor forma de sentirnos miembros de la AAM que participando en ella, por eso pedimos que enviéis vuestras sugerencias y peticiones a través del correo de la Secretaría Técnica, para poder tenerlas en cuenta este próximo año y poder ajustar todas nuestras actividades a vuestras necesidades.

Hemos hecho esto y queremos hacer más, pero para ello necesitamos vuestra ayuda y colaboración, que nos enviéis demandas, preocupaciones y deseos para continuar avanzando.

Queremos que nos enviéis artículos que queráis que se publiquen en el boletín, como sabéis tiene ISBN y puntúa en bolsa, la idea es crear una biblioteca de artículos para ir poco a poco publicándolos. Para ello vemos a crear un equipo de editorial que haga la revisión de los mismos para publicar aquellos con cierto rigor científico, pero para eso necesitamos que nos enviéis cosas.

La junta directiva os desea que este nuevo año recibáis el mismo AMOR que brindáis en vuestra profesión. Gracias por caminar a nuestro lado. Feliz Navidad y Año Nuevo.



# SITUACIÓN DE LA CORRIENTE DE HUMANIZACIÓN POR PROVINCIAS. GRANADA

El Hospital Universitario San Cecilio se incorporó al Proyecto de Humanización a la Atención Perinatal en el año 2008.

Partíamos con una buena situación de base:

Desde hace aproximadamente 15 años teníamos salas de dilatación- paritorio, que favorecían la continuidad de la asistencia sin necesidad de traslados, permitiendo el acompañamiento continuo de la persona que la mujer elija.

Los recién nacidos sanos se quedaban con su madre en el paritorio y se trasladaban conjuntamente a planta.

Comenzamos a trabajar con la lactancia en paritorio elaborando un protocolo en 2002. En el año 2005, nos propusimos como objetivo del Servicio, con el apoyo de la Dirección, ofrecer a nuestras gestantes una asistencia al parto de baja intervención. Desde el año 2006 recibimos planes de parto.

El Proyecto de Humanización a la Atención Perinatal (PAHPA) nos ha dado la razón, nuestros pasos iban por buen camino y nos ha servido para seguir adelante con un cambio en el modelo de cuidados, que ha hecho posible la asistencia al parto con la mínima intervención, garantizando la vigilancia materno-fetal y respetando el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja.

A continuación resaltaré alguna de las actividades más relevantes que hemos realizado siguiendo los objetivos del PHAPA en el área de paritorio:

## FORMACION

Uno de los objetivos específicos del PAPHA es la formación de los profesionales responsables del proceso asistencial. Durante el 2008 y 2009 se han formado aproximadamente entre 100 y 110 profesionales de diferentes categorías adscritos a toda el área perinatal, entre ellos 20 matronas

La formación ha sido coordinada y establecida por la Consejería de Salud y la EASP con los fondos del PHAPA, realizándose cursos de Lactancia de la IHAN, cursos de buenas prácticas en la asistencia al parto y al recién nacido y cursos de habilidades sociales.

Otro tipo de formación que hemos realizado, son sesiones clínicas, algunas de las ya realizadas han sido sobre indicadores obstétricos y sobre buenas prácticas en la atención al parto y talleres sobre el óxido nítrico y suturas y cuidados del periné.

También se han llevado a cabo pasantías en el Hospital Costa del Sol para conocer y aprender de un hospital con acreditación IHAN.

Desde Octubre de 2011, matronas y obstetras del SERGAS están haciendo pasantías, en nuestro

Centro para valorar la asistencia al parto y al recién nacido que realizamos.

Contamos con personal formado como formadores en "Buenas Prácticas de Atención Perinatal" y "Lactancia Materna" que nos permitirá seguir formándonos en estos temas.

## PROTOCOLOS Y REGISTROS:

•Adecuación de distintos protocolos relativos al parto y puerperio y lactancia precoz entre los que destacan:

-Protocolo del puerperio inmediato y procedimiento del contacto piel con piel y lactancia en paritorio

-Protocolo y procedimiento del alumbramiento dirigido

•Adaptación de nuestros registros electrónicos a los indicadores obstétricos solicitados y validados por el PHAPA

## MATERIAL adquirido con fondos del PAPHA:

- 2 taburetes de partos
- 3 equipos pequeños de música
- Cojines de lactancia
- Sacaleches para área de urgencias
- Pequeño material de apoyo a la lactancia
- Adecuación de los paritorios: estanterías, cortinas, pintura, tableros de corcho....
- 1 sonómetro
- 1 camilla regulable para el área de urgencias obstétricas
- 2 pesabebés con sus mesas

## COMUNICACIÓN y PARTICIPACIÓN DE LAS USUARIAS:

- Seguimos recibiendo de forma cada vez más frecuente planes de parto que se contestan desde la Unidad, via e-mail o personalmente cuando las gestantes vienen a conocer nuestra Área de partos.
- Visitas al área de partos realizadas por las matronas de Atención Primaria, apoyadas y con la colaboración de las matronas de paritorio
- Visitas específicas de parejas que desean parir en nuestro hospital, pertenecientes a otras áreas sanitarias.
- "Sesión informativa: analgesia en el parto" 28 de junio 2010, dentro del "Programa de Participación ciudadana y mejora continua del HUSC" Organizado por la Subdirección de Calidad y Comunicación del HUSC y las UGC de Obstetricia y Ginecología y Anestesia y Reanimación.
- Implicación de las madres/padres en los cuidados del recién nacido

Actualmente, y tras dejar de existir el "Nido", los padres/familias se hacen cargo del RN le acompañan en los cuidados, y permanecen con él si las madres tienen que ir a Reanimación

## INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON EL PHAPA

Las matronas hemos realizado diversas aportaciones científicas a Congresos nacionales e internacionales, comunicando nuestros resultados y experiencias relativos a la Humanización de la Atención Perinatal.

Nos han concedido un Proyecto de Investigación del Instituto de Salud Carlos III, centrado en los planes de parto, y en el que participamos varias matronas.

## FACILITAR EL ACCESO A MUJERES CON DIFICULTADES ESPECÍFICAS

Se ha creado la primera Consulta Gineco-Obstétrica para mujeres con graves problemas de movilidad, provista de una camilla de exploración especial, adquirida con fondos del PHAPA. Esta consulta es de referencia para toda la provincia de Granada y ha servido de modelo para su implantación el resto de las provincias andaluzas. Esta iniciativa ha conseguido un Premio de Calidad a la Buenas Prácticas de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social

EN RESUMEN, una gestante que para en nuestra unidad tiene la oportunidad de tener un parto de baja intervención con lo que esto conlleva:

- Registros ventanas o auscultación fetal;
- Deambulación y elección de posturas para el parto, la litotomía se reserva para los partos instrumentales;
- Métodos alternativos para el alivio del dolor: el óxido nítrico lo llevamos usando desde 2009 con muy buenos resultados, también pueden darse duchas y estamos a la espera de comenzar a usar la bañera obstétrica para el alivio del dolor que ya tenemos instalada.
- Tomar líquidos claros
- La tasa de analgesia epidural satisfecha se acerca al 100% del total de las mujeres que la solicitan
- El puerperio inmediato se realiza en el mismo paritorio, la mujer permanece dos horas tras el parto con su bebé y el acompañante, esto permite iniciar la lactancia y el contacto piel con piel sin interrupciones, postergando rutinas como el peso de los bebés.
- Aunque no tenemos aún el protocolo, ya hay un número importante de matronas que realizamos el piel con piel en las cesáreas

Seguimos trabajando para mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género, incrementando el protagonismo de la mujer durante su propio parto, implicando a la pareja, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a y la lactancia materna.

Realmente valoramos muy positivamente el proyecto de humanización que supone, no una imposición, sino un apoyo institucional fundamental para nuestro trabajo.

# SITUACIÓN DE LA CORRIENTE DE HUMANIZACIÓN POR PROVINCIAS. SEVILLA

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA MUJER

Este hospital cuenta con el número mayor de partos de toda Andalucía, es uno de los hospitales de referencia de nuestra Comunidad.

Las matronas hemos dado un gran paso al ser nosotras quienes recibimos a las gestantes en urgencias, realizamos el triaje, la derivación, e incluso el alta en gestantes a término sin factores de riesgo, con lo que hemos disminuido los ingresos prolongados de falso trabajo de parto, las inducciones por pródomos prologados y con esto el número de cesáreas. Se está trabajando para poder decidir también el ingreso de gestantes en planta.

En las habitaciones de dilatación, las gestantes con parto de bajo riesgo permanecen con el acompañante elegido por ellas, tienen posibilidad de deambulación con ventanas de monitorización y la ingesta de algunos líquidos está permitido mediante un protocolo establecido para ello. En caso de existir alguna patología las gestantes se encuentran en un servicio diferente denominado Monitores, con acompañamiento también del familiar. Aquí la deambulación suele estar muy limitada por la monitorización continua.

La mujer pasa a paritorio con el familiar, quien permanece a su lado salvo si es necesario la instrumentación.

En el posparto la mujer continúa acompañada del familiar y se ha puesto en marcha un protocolo de piel con piel en el que se favorece el contacto precoz que se inicia en paritorio y el establecimiento de la lactancia materna. En caso de cesárea, el contacto piel con piel se realiza con el padre del recién nacido.

En cuanto a alternativas para el dolor de parto la esfera se utiliza en escasas ocasiones y es la administración de la analgesia epidural la técnica más solicitada por las gestantes.

Este año hay previstos varios proyectos como la puesta en marcha del aula de puerperio, donde las puérperas, de forma previa al alta, acuden con sus RN y reciben charlas informativas sobre diferentes aspectos de sus cuidados y por supuesto, sobre lactancia materna.

## HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME

Cuando el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se puso en marcha en el año 2006, el Hospital de Valme ya desde el año 1982 que abrió sus puertas, se han llevado a cabo muchas de las buenas prácticas que se recomiendan en dicho proyecto, tanto es así, que el hospital fue pionero en facilitar el acompañamiento de las mujeres, sin que éste fuera un derecho ni estuviera legislado.

Teniendo en cuenta el tipo de población que atendemos y el número de camas de que el hospital dispone, es fácil explicar porqué siempre hemos tenido un índice alto de inducciones, estimulaciones. Aún así, las matronas siempre hemos intentado utilizar métodos alternativos para el dolor, teniendo en cuenta los recursos disponibles, y siempre intentando que el parto terminara de forma espontánea, aunque su inicio no lo hubiera sido.

Con la llegada de la epidural, se generaliza el parto con analgesia y las mujeres lo demandan en su mayoría, dejando un espacio mínimo a los partos espontáneos.

En la actualidad, las mujeres están acompañadas por un familiar desde su entrada en dilatación hasta su salida a planta, siempre que el parto sea o finalice espontáneamente.

Existe un protocolo para la ingesta de líquido durante la dilatación.

Las dilataciones disponen de duchas para aquellas mujeres que desean utilizarlas como método de alivio del dolor.

Para el alivio del dolor, el método más solicitado es la analgesia epidural, pero para aquellas mujeres que desean un parto sin analgesia o que deciden no ponérsela desde primera hora y prefieren esperar, procuramos facilitarles que no estén monitorizadas todo el tiempo de la dilatación, para que puedan deambular y cambiar de postura.

Aun teniendo la epidural, procuramos que las mujeres adopten las posturas adecuadas para facilitar el descenso de la presentación, intentando favorecer el parto espontáneo.

Los bebés no se separan de sus madres en ningún momento.

Siempre que las condiciones del parto lo permiten, facilitamos el contacto piel-piel en el mismo paritorio y la lactancia materna precoz en la primera hora de vida.

Estamos realizando un protocolo para establecer el vínculo madre-RN en aquellos procesos que terminan en cesárea, lo vamos incorporando cuando la situación lo permite dentro de quirófanos.

Otra práctica reciente es la inauguración de la escuela de padres, en la que se facilita a las familias información sobre lactancia materna, cuidados de posparto, cuidados de RN, etc. Se trata de reunir una hora al día a las madres, padres y abuelas para reforzar los conocimientos adquiridos en atención Primaria y solventar las primeras dudas surgidas en el posparto.

## HOSPITAL UNIV. VIRGEN MACARENA

Este hospital regional atiende el área norte de la provincia de Sevilla, y tiene una media de aproximadamente diez partos diarios.

Desde el segundo trimestre de 2011, la zona de Urgencias gineco-obstétricas cuenta con una consulta exclusiva para la matrona "consulta para la asistencia de gestante de bajo riesgo" que nos ha permitido trabajar con mayor autonomía e intimidad, recibir, historiar, explorar, valorar, diagnosticar y plantear la derivación de las mujeres embarazadas de bajo riesgo, plantear, pues no tenemos la potestad del alta y el ingreso hospitalario en planta.

La zona de dilatación (preparto) consta de habitaciones individuales, no siempre ocupadas por mujeres de T. de parto. Al ingreso, se realiza la asignación matrona/on-mujer, a continuación la presentación del personal, para seguir con la explicación de las características, funcionamiento, material de la habitación y cómo contactar con el personal. La mujer está acompañada en todo momento por la persona elegida permitiéndose los intercambios. En julio del 2011 se presentó y se puso en marcha el Protocolo al parto de bajo riesgo elaborado por grupo multidisciplinar de profesionales (matronas, obstetras, pediatras, anestesiistas) que recopila las recomendaciones de la O.M.S. y buenas prácticas en atención perinatal.

En el paritorio no existe continuidad asistencial, siendo otra matrona quien atiende a la mujer, (algo en lo que se está trabajando para modificar) a no ser el parto se desarrolle en la habitación, situación que suele suceder de forma muy puntual. El acompañante se encuentra en todo momento con la mujer aunque tendrá que salir del paritorio si es un parto instrumentado o se realiza cesárea, permaneciendo en zona cercana para cuando sea requerida su presencia en paritorios o para el cuidado de RN cuando sea cesárea. Se propone el contacto piel con piel siempre que el bienestar del RN lo permita y sea un parto de baja intervención, atendiéndolo en contacto de su madre y no se realizan exploraciones innecesarias. Si necesita reanimación, una vez estabilizado se pone sobre su madre (manual de recomendaciones desarrollado por pediatras). Se promueve el inicio precoz de la lactancia materna, contamos para ello con un Protocolo de Lactancia Materna elaborado por enfermería.

En post-parto la mujer continua acompañada en habitación individual atendida por el personal de paritorio y el RN en todo momento con ella. Se continúa con la promoción de la lactancia materna.

En cuanto al tratamiento del dolor, la epidural es el más demandado, las alternativas no farmacológicas quedan al buen criterio de la matrona que atiende a la mujer.

# SITUACIÓN DE LA CORRIENTE DE HUMANIZACIÓN POR PROVINCIAS. HUELVA

En lo concerniente al PHAPA, hay multitud de iniciativas que poco a poco están transformando la labor de las matronas onubenses. De entre estas iniciativas muchas son totalmente nuevas y han surgido gracias al respaldo que aporta un proyecto de la magnitud del PHAPA; otras, anteriores a la aparición del PHAPA, se han visto reforzadas por su consonancia con las líneas directrices del proyecto.

## HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

En los últimos años la atención perinatal en Huelva ha venido cambiando en no pocos aspectos y ese proceso de cambio ha entrado en una fase de aceleración en los últimos meses. Entre los factores que han producido estos cambios destaca la implantación del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal (PHAPA), aunque también hay que tener en cuenta la unificación de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de los dos hospitales de la capital (Hospital Juan Ramón Jiménez y Hospital Infanta Elena). En el marco de esta unificación aparecen algunos hitos importantes como la realización de reuniones de trabajo interniveles, en las que han participado miembros de todos los grupos implicados en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio, incluidas matronas de Atención Primaria y Hospitalaria.

Hemos tenido como objetivo: Aumentar el papel y la participación activa de las mujeres, ofreciendo la información necesaria, respetando sus decisiones en el proceso del parto y aplicando, poco a poco, las buenas prácticas en la atención al parto.

La primera que pusimos en marcha fue:

Fomentar el vínculo afectivo madre-RN, facilitando el contacto precoz piel con piel, manteniendo el mismo en el posparto precoz en nuestro servicio, así como la no separación de ambos en su traslado a planta. Tenemos que reseñar, que en nuestro servicio, el RN era visto por su familia antes de que la madre hubiera terminado el parto, con el padre y una AE.

Promovemos la deambulación durante la dilatación y la libertad de movimientos en el expulsivo, asistimos partos en SIMS modificado, en la cama, en vertical o en la silla de partos, si así lo demanda la gestante. Aunque no

disponemos de salas DPP, están previstas en una futura remodelación del servicio. Ofrecemos líquidos orales durante la dilatación, apoyo empático durante el parto y nacimiento y damos a la mujer tantas explicaciones e información como deseen. Realizamos monitorización fetal por auscultación intermitente, contacto piel con piel de la madre y el bebé y la puesta precoz al pecho.

Se han eliminado algunas prácticas rutinarias, como el uso de enema, rasurado púbico, destrotx de rutina a todos los RN, aspiración de secreciones, permeabilización de coanas, etc.

Realizamos el pinzamiento tardío del cordón un gran porcentaje de profesionales.

Se administra la epidural al 100% de las gestantes

que la solicitan, así como oxido nitroso para el alivio del dolor. No disponemos de bañera ni ducha aunque sí de una silla de masajes, que se utiliza tanto para el alivio del dolor lumbar como para favorecer las rotación de la cabeza.

Por último reseñar que 100% de las gestantes está acompañada por la persona que desea durante todo el proceso.

## HOSPITAL INFANTA ELENA

El 100% de las mujeres están acompañadas por un familiar. Se ofrece anestesia epidural a todas las mujeres. No se administran enemas, ni se realiza rasurado.

A las gestantes que desean un parto natural, se les ofrece como método alternativo de alivio al dolor la ducha en el paritorio, o en la planta si está aún en periodo prodrómico. Algunas matronas utilizan TENS o inyecciones de suero fisiológico en el triángulo de Michaelis, deambulación y cambios de postura en planta en periodo prodrómico y paritorio, monitorizaciones continuas en partos con epidural o inducciones, deambulando lo que permita el cable del monitor. Tenemos un monitor inalámbrico (Mónica) que a

veces se utiliza. En los expulsivos se utiliza la postura de litotomía o de decúbito lateral, y los partos se realizan en la cama o en la mesa de partos. Tenemos silla de partos y arco con cuerda para las mujeres que deseen utilizarlos.

Tras el nacimiento se pone al RN en contacto piel con piel en todos los partos por vía vaginal y se realiza pinzamiento tardío del cordón.

Se ofrece la asistencia compartida siempre que es posible.

En las cesáreas el/la acompañante se queda con el RN en Paritorio, en todo momento.

Se fomenta la lactancia la primera hora de vida. Para favorecer también la lactancia existe un "Hotel de madres".



Actualmente hay aprobado un proyecto de mejora de calidad en las cesáreas, para realizar el contacto piel con piel y la lactancia en quirófano y reanimación siempre que las condiciones lo permitan. También se va a implantar la administración tardía de la vitamina K y el colirio.

La episiotomía es selectiva, solamente en casos indicados según asistentes.

## HOSPITAL COMARCAL DE RIOTINTO

Todas las mujeres están acompañadas por un familiar.

Las gestantes pueden deambular durante la dilatación y el parto, realizándose monitorización intermitente. Se les ofrece métodos analgésicos no farmacológicos como la pelota kinésica, agua intradérmica, masajes, etc. Además de ofrecerles métodos farmacológicos como la analgesia epidural con poco bloqueo motor que permite mayor movilidad. Utilizamos desde el 2010 la silla de partos, aunque todavía carecemos de dilatación-paritorio, de bañeras y de duchas en las dilataciones. Tras el parto el control del puerperio se hace en paritorio, permitiendo así contacto madre-hijo continuo y asesoramiento por parte de la matrona sobre lactancia materna.



# ATENCIÓN DE URGENCIA A LA GESTANTE POLITRAUMATIZADA

## RESUMEN

El aumento de la actividad laboral de la mujer, la persistencia en su trabajo hasta el final de su gestación y el mayor uso del automóvil han incrementado las tasas de traumatismos obstétricos y de la morbi – mortalidad de la mujer en los países industrializados <sup>(1)</sup> siendo la consecuencia más importante la muerte fetal <sup>(2)</sup>.

Como en cualquier traumatismo o accidente, el ABC de la reanimación debe iniciarse en una embarazada, pero las modificaciones fisiológicas propias del embarazo hacen que sea necesario que conozcamos como repercuten estos cambios en la compensación orgánica ante el trauma para proporcionar la mejor atención posible y mejorar los resultados en maternos así como garantizar el mayor bienestar fetal.

Con el presente artículo intentamos explicar cuál es la atención inmediata de urgencias prehospitalarias que requiere una paciente obstétrica politraumatizada y que la diferencia de una paciente no embarazada.

## INTRODUCCIÓN

Las modificaciones fisiológicas que se producen en la mujer como consecuencia de la gestación hacen que las medidas generales de urgencia aplicadas al resto de la población no sean útiles en estos casos. <sup>(3)</sup>

Saber realizar una adecuada valoración de la gestante traumatizada así como un correcto manejo de la situación nos ayudará a minimizar las repercusiones del accidente sobre la madre y el feto, mejorando su supervivencia. <sup>(4,5)</sup>

Hoy día sabemos que la reanimación de una embarazada traumatizada debe centrarse en la madre porque la causa más común de muerte fetal es el shock materno, el cual puede no manifestarse hasta que la madre ha perdido el 30 % de su volumen sanguíneo por la hipovolemia del embarazo.

No es recomendable perder el tiempo en la auscultación fetal en la escena del trauma ya que puede resultar dificultoso y retrasar la atención a la madre, por tanto, en la escena del accidente consideraremos que el feto esta vivo hasta que llegue al hospital o podamos proceder a auscultación fetal con doppler tras estabilización materna <sup>(6)</sup>.

Debemos pensar que en el caso de embarazadas conscientes, la víctima sumará a su propia angustia por el accidente el temor por el bienestar fetal, esto hará que el equipo de emergencias tenga que tranquilizar a la madre ofreciéndole apoyo y confianza y recordándole que el mejor tratamiento para el feto es el

tratamiento de su propia madre.

## 1.- ESCALA DE ATENCIÓN AL TRAUMA

Muchos sanitarios, al encontrarse con una embarazada politraumatizada suelen centrar su atención en el embarazo y en el bienestar fetal, esto supone un claro error pues el bienestar fetal será directamente proporcional al bienestar materno, por tanto y aunque pueda parecer obvio, empezaremos este tema recordando la escala de prioridad ante un traumatismo:

- 1.- Salvar la vida de la madre.
- 2.- Salvar la vida del feto.
- 3.- Salvar la capacidad reproductora de la mujer.

## 2.- VALORACIÓN INICIAL.

Siempre debemos considerar la posibilidad de que toda mujer en edad fértil puede estar embarazada. Si la gestación es evidente, debemos datar la gestación pues esto determinará la viabilidad del feto y posibles complicaciones gravídicas que podemos encontrarnos, para ello podemos utilizar el tamaño del útero para datar la edad gestacional: A las 20 semanas de gestación el útero alcanza la altura del ombligo, creciendo alrededor de un centímetro por cada semana de embarazo <sup>(6)</sup>. Así, si una gestante presente una altura uterina de 5 cm. por encima de su ombligo, podremos decir que la gestación está en torno a la vigesimoquinta semana de gestación.

Determinaremos el estado ventilatorio y cardiovascular. Si está indicada la intubación debemos tener presente el mayor riesgo de broncoaspiración debido al retraso en el vaciamiento gástrico de la embarazada.

Siempre se administrará oxígeno a alto flujo debido a que el consumo de oxígeno esta aumentado en la embarazada <sup>(8)</sup>, considerando incluso la posibilidad de hiperventilar a la mujer si es necesario. En el caso de necesitar colocar un tubo endopleural debemos considerar que en la gestante el diafragma asciende unos 4 cm. Por lo que su colocación se realizará en el 3 o 4 espacio intercostal.

La hipovolemia debe ser tratada con soluciones Cristaloides o Suero Fisiológico 0.9 %, siendo adecuada una reposición de líquido de 3:1 ( cristaloides : sangre perdida) con lo que mejoraremos la perfusión

uteroplacentaria. Esta totalmente contraindicado el uso de amins vasoactivas <sup>(9)</sup>. Considerar que la ante una hemorragia activa debido a la hipovolemia de la embarazada, ésta es capaz de conservar TA y pulso normales hasta el momento de entrar en fracaso hemodinámico franco.

Respecto a la posición de la paciente la premisa “*se actuará como si existiesen lesiones de columna vertebral y/o medular con un cuidado extremo a nivel cervical mientras no se demuestre lo contrario*” es también aplicable a la embarazada. Si bien en gestante de más de 20 semanas, para evitar el “efecto Poseiro” (repercusiones hemodinámicas debido a la compresión uterina sobre la vena cava inferior), debemos colocarla de decúbito lateral izquierdo. Por lo tanto si la paciente presenta un alto nivel de consciencia que nos haga descartar las lesiones anteriores la colocaremos en posición de seguridad con inclinación lateral hacia la izquierda, si no es posible descartar estas lesiones procederemos a <sup>(10)(11)</sup>:

- a )Utilización de tablero espinal: Una vez inmovilizada con las correspondientes contenciones cefálicas y almohadillado, así como firme sujeción, colocaremos cuñas en el lado derecho para lograr un decúbito lateral izquierdo de 30 – 40 ° sobre la horizontal.
- b) Si no disponemos de tiempo para la colocación anterior ( por ejemplo, precisamos realizar RCP ) manualmente un miembro del equipo desplazará el útero hacia la izquierda.

Se evitará en lo posible canalizar la vena femoral, pues la obstrucción de la vena cava inferior por la presión del útero la convierten en una vía poco eficaz.

En el caso de necesitar utilizar un pantalón antishock, nunca utilizaremos la cámara abdominal pues disminuirá el flujo utero-placentario comprometiendo el estado fetal.

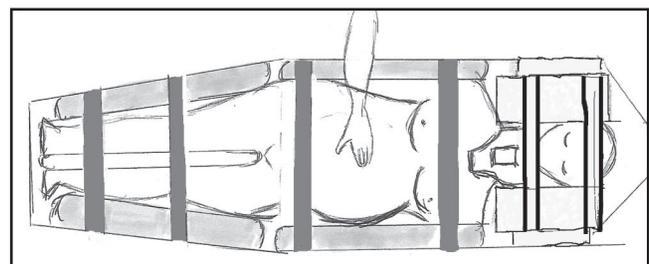
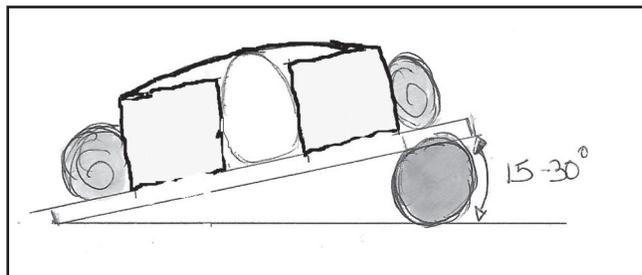


FIGURA 1. INMOVILIZACIÓN DE LA GESTANTE

- 1.- Inmovilizar a la embarazada de espaldas, boca arriba, en una tabla espinal larga.
- 2.- Ajustar la primera correa bajo las axilas, sobre las mamas. No comprimiendo demasiado.
- 3.- Ajustar la segunda correa sobre la pelvis para no comprimir el abdomen.
- 4.- Ajustar la tercera y cuarta correa sobre las extremidades.
- 5.- Desplazamiento manual del útero para mejorar el retorno venoso mientras procedemos a la sujeción.



**FIGURA 2. LATERALIZACIÓN DEL ÚTERO TRAS INMOVILIZACIÓN**

Una vez inmovilizada la paciente en la tabla espinal, se procederá a colocar cuñas en el lado derecho para proporcionar a la paciente un decúbito lateral izquierdo de 15 – 30 ° sobre la horizontal con el fin de no comprimir los grandes vasos abdominales

Finalmente hablaremos de los tiempos: El tiempo óptimo para una resucitación exitosa de un adulto no gestante es menos de 5 minutos de apnea o ausencia de pulso. Sin embargo, el feto de una madre apneica y sin pulso tiene 2 minutos o menos de reserva de oxígeno, debido a que la tensión de oxígeno en la vena umbilical siempre es menor que 4 en la vena uterina. Entonces, la duración tolerable de apnea y/o ausencia de pulso de una mujer gestante es sólo de 4 minutos. Las posibilidades de una resucitación exitosa de una madre o feto disminuyen después de este tiempo.

### 3.- VALORACION SECUNDARIA

Una vez realizada la valoración inicial e iniciadas las maniobras de RCP, si fuesen necesarias, procederemos a una valoración secundaria centrándonos en:

- Valorar irritabilidad y dolor uterino. Las contracciones uterinas tetánicas pueden indicar desprendimiento de placenta.
- Contracciones uterinas subjetivas de inicio de trabajo de parto prematuro.
- Examen vaginal, lo ideal es que sea realizado por un obstetra para valorar la presencia de líquido amniótico subjetivo de ruptura de bolsa de líquido amniótico o sangrado vaginal.
- Debido a las modificaciones fisiológicas ocasionadas por el embarazo es especialmente importante la reevaluación periódica de la embarazada pues pueden sufrir descompensaciones muy rápidas del estado hemodinámico.
- Toda gestante de más de 20 semanas de gestación que ha sufrido un traumatismo grave requiere monitorización continua durante un mínimo de 4 horas.
- Toda gestante que sea RH – se le debe poner gammaglobulina anti – D (12) dentro de las primeras 72 h. postraumatismo.

Finalmente deben considerarse la posibilidad de ingresar a la mujer en un Hospital maternal de 3 Nivel cuando la paciente presente sangrado vaginal, hipovolemia o cambios en los tonos cardíacos fetales.

**Autoras:**

Carmen Mejías Paneque. Matrona H. Virgen Macarena.  
 Laura Duarte Gonzalez. Matrona Atención Primaria  
 Silvia García Gonzalez. Matrona H. Juan R. Jimenez.

## ANEXO

**TABLA 1: PROTOCOLO BÁSICO DE TRATAMIENTO**

1	Realizar medidas de soporte vital básico y avanzado.
2	Controlar hemorragia.
3	Realizar inmovilización de la zona que precise.
4	Administrar perfusión hemodinámica: líquidos (fundamentalmente cristaloides y Solución Fisiológica al 0.9 %), sangre.
5	Controlar constantes: TA, pulso, respiración. Reevaluación continua del estado de la gestante por descompensaciones bruscas del estado hemodinámico.
6	Colocar en posición de seguridad en decúbito lateral izquierdo para prevenir el síndrome de la vena cava y favorecen perfusión útero-placentaria.
7	Administrar oxígeno si la T.A es baja y la respiración forzada (asegurar siempre saturación de Oxígeno > 90 % utilizando oxígeno a altas concentraciones)
8	Realizar los preparativos para la cesárea de urgencia si es necesario

### BIBLIOGRAFÍA

- Macías Seda J, Álvarez Gómez J.L, Orta M. A. Traumatismos en la embarazada. Puesta al día en Urgencias, emergencias y catástrofes 2000; 1(4): 237 – 245.
- European Trauma care course. Trauma in pregnancy. Trauma ORG. 1998.ç
- Kuhlman RS, Cruikshank DP. Maternal trauma during pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1994; 37: 74-293.
- Pimentel L. Mother and Child: Trauma in pregnancy. Emerg Med Clin North Am; 1991; 9: 549-561.
- Dominguez F. M. Traumatismo durante el embarazo. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Uninet. Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/c1108i.html>.
- Glossman NB. Blunt Trauma in Pregnancy. American Family Physician, 2004. Volumen 70, Number 7.
- Franco Utili. Programa de Medicina de Urgencia. P. Universidad Católica. Disponible en: [http://www.urgenciauc.com/profesion/pdf/Trauma\\_Embarazo.pdf](http://www.urgenciauc.com/profesion/pdf/Trauma_Embarazo.pdf).
- Usandizaga JA, De la Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 1: Obstetricia. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana, 2005.
- Neil J. Murphy, Sue Redd N. Resucitación materna y trauma. Also, 2008.
- Lowdermilk. Perry Bobak. Traumatismo durante el embarazo. Enfermería materno-infantil. Enfermería Mosby 2000. Barcelona: Mosby; 1981. Pg 920 – 930.
- Moratal, R. Módulo obstetric. Manual de Protocolos en extrahospitalaria. Emergencias, 2ª Edición. Madrin: Aran, 2002.
- Pearlman MD, Tintinalli JE. Evaluation and treatment of the gravida and letus following trauma during pregnancy. Obstet Gyneool Clinics 01North Ame r 1991;18(2):371-381. (Level111)

## PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AMM

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.

- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas



# Noticias y proyectos

Como siempre en este apartado intentamos daros pinceladas de lo que la AAM va realizando en todos los campos que tenemos abiertos.

Como inicio os informamos de que no ha habido ninguna novedad en el tema de las Unidades Docentes Multiprofesionales. El Ministerio sigue pidiendo documentación a los centros para ultimar la acreditación por centros. Mientras tanto, las unidades provinciales tienen que continuar funcionando como tales y a veces con grandes problemas económicos y de recursos.

Las Unidades de Gestión siguen sin avanzar debido a la no publicación del decreto ante la no aceptación del mismo por Enfermería y sindicatos. Si bien el día 2 de diciembre se celebró en Sevilla la jornada de Procesos a la que estábamos invitadas y asistimos. En ellas el Gerente del SAS demostró un interés desmedido en que el proyecto saliera a primeros de año y sin vuelta atrás. Mi pregunta es ¿tenemos algo que decir a esto?

En cuanto a la formación, durante este trimestre se han desarrollado los talleres y cursos previstos. En septiembre el taller de suturas en Málaga con una gran aceptación

al mismo y una evaluación muy positiva. En octubre se celebró en Jaén el Curso Atención al duelo perinatal, en el que si bien estaba muy demandado en la provincia, hubo una afluencia importante de matronas de fuera de la provincia.

Otro curso previsto tiene lugar en Huelva. Las matronas onubenses han apostado por el de Noesiterapia o analgesia psicológica en el parto. En los momentos de escribir estas líneas aún no se ha desarrollado, por lo que no os podemos ofrecer información.

Este año para el Día contra la violencia de género la AAM diseñó un concurso de carteles cuyas bases están descritas en nuestra página web. Este año ha sido el primero que se ha realizado y solo se han recibido cuatro carteles, de los cuales se elegirá uno, dotado de un premio de 150€.

En cuanto a los proyectos, la junta se está planteando la celebración del día de la matrona conjunta como hicimos hace un par de años. Este año queremos realizar una jornada de talleres y que estos sean realizados por la mayoría de los asistentes. Esta información la podremos avanzar más adelante y como siempre estará disponible en

la web cuando este ultimada, es decir, sobre el mes de febrero para daros tiempo a realizar la inscripción.

M. Ángeles Fernández. Presidenta de la AAM.  
R. Marina Jalón. Secretaria de la AAM.



## STAFF

**Diseño y Maquetación:**  
Carolina Sánchez

**Comité de Redacción:**  
Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

**Dirección:**  
C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 045 047 Fax: 955 290 254  
secretaria@amatronas.org  
www.amatronas.org

**Edición, producción y suscripciones:**

**Serintusur**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 045 047 Fax: 955 290 254  
info@serintusur.com

**Depósito legal:** SE-748-2003  
ISSN: 1988-4133



## ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.amatronas.org - secretaria@amatronas.org

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica. Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos .....

Domicilio .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Teléfono .....

D.N.I. .... Fecha nacimiento ..... Email .....

Centro de trabajo .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

OBSERVACIONES .....

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 045 047 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos .....

Banco / Caja .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

Entidad                      Oficina                      DC                      Nº Cuenta

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socio/a, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.



# PREMIO NUK

## 8<sup>A</sup> EDICIÓN $\frac{10}{11}$

Se anuncia por parte de **NUK Formación** de Roche Diagnostics, S.L.,  
y por parte de la **FAME** Federación de Asociaciones de Matronas de España,  
la 8<sup>a</sup> convocatoria para la adjudicación del **Premio NUK 2010-2011**:

**Dotación Global** \_\_\_\_\_ **15.000 €**

**Premio NUK Matronas** \_\_\_\_\_ **8.000 €**  
*al mejor trabajo científico y/o de investigación*

**Premio NUK Matronas Residentes:**  
*al mejor proyecto de investigación*

**Autoras Proyecto** \_\_\_\_\_ **3.500 €**

**Unidad Docente Titular** \_\_\_\_\_ **3.500 €**  
*para equipamiento docente*



**F A M E**

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES  
DE MATRONAS DE ESPAÑA

**NUK** Formación  
PROFESSIONAL SUPPORT

**Para más información y solicitud de bases:**



**Roche Diagnostics S.L.**  
NUK Formación  
Av. Generalitat 171-173  
E-08174 Sant Cugat del Vallès  
Barcelona

**F A M E**

Federación de Asociaciones de Matronas de España  
fame@federacion-matronas.org  
www.federacion-matronas.org