

## **FUNCIONES DE LA ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN OBSTETRICIA**

**ROSA COGOLLUDO FERNÁNDEZ.**

**Supervisora de Partos.**

**Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.**

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada**

**Valencia 27 de Mayo de 2008**

PARA HABLAR DE LAS FUNCIONES DE LAS MATRONAS, PRIMERO TENEMOS QUE HABLAR DEL ORIGEN DE LAS MATRONAS, DE SU HISTORIA , DE LA ETIMOLOGIA.

LA HISTORIA DE LA PROFESION DE MATRONA ES LA HISTORIA DE LA CIVILIZACION Y DE LA OBSTETRICIA, PUES ESTA TOMA SU NOMBRE DE *OBSTETRIX* QUE ASI ES COMO SE LLAMABA EN ROMA A LAS PARTERAS.

ETIMOLOGICAMENTE ES UNA PALABRA LATINA QUE DERIVA DEL VERBO *OBSTARE* QUE SE TRADUCE COMO “*ESTAR AL LADO*”, O “*DELANTE DE*“.EN CUYO CASO SIGNIFICARIA, DANDOLE SENTIDO LOGICO, QUE LA PARTERA ACOMPAÑA A LA PARTURIENTA.

LA FIGURA DE LA *PARTERA* SIEMPRE HA EXISTIDO ,DESDE LOS PUEBLOS MAS ANTIGUOS ,EGIPCIOS, GRIEGOS, ROMANOS Y HEBREOS HASTA NUESTROS DIAS, LO UNICO QUE CON DIFERENTES NOMBRES,

EL TERMINO *COMADRONA* PROVIENE DEL LATIN *COMMATER*, COMPUESTO POR *CUM*, QUE SIGNIFICA *CONJUNTAMENTE* Y *MATER*, QUE SIGNIFICA *MADRE*. LAS COMADRONAS HAN AYUDADO A LAS MUJERES A DAR A LUZ DESDE EL PRINCIPIO DE LA HISTORIA.

LAS PARTERAS ERAN ENTONCES AUTODIDACTAS, NO TENIAN NINGUNA PREPARACION NI ENTRENAMIENTO, NI EDUCACION ESPECIAL.

APRENDIAN POR TRADICION ORAL, A TRAVES DE LAS PARTERAS MAS ANTIGUAS Y DE SU PROPIA EXPERIENCIA, PUES SEGÚN PARECE, DEBIAN SER MADRES ANTES DE EJERCER COMO PARTERAS. Y GRACIAS A SU HABILIDAD, MONOPOLIZARON LA ASISTENCIA AL PARTO HASTA EL SIGLO XVIII (18)

EN EL AÑO 1560, EN PARIS LAS COMADRONAS TENIAN QUE SUPERAR UN EXAMEN OFICIAL PARA OBTENER EL TITULO Y ATENERSE A PRACTICAS NORMATIVAS. AUNQUE NO TODAS LAS MUJERES QUE EJERCIAN COMO MATRONAS TENIAN ESTA FORMACION.

EN ESPAÑA EN 1804 CARLOS IV DISPUSO LOS EXAMENES DE COMADRONAS Y EXPRESA QUE “EL ARTE DE LOS PARTOS Y DE LAS COMADRONAS“SOLAMENTE PODRAN EJERCERLOS AQUELLAS QUE OBTUVIERAN EL TITULO RESPECTIVO.

EN EL REINO UNIDO FUE EN 1902 CUANDO TENIAN QUE APROBAR Y TENER UN TITULO OFICIAL. EEUU HEREDO EL MODELO INGLES.

EN 1887 LA FIGURA DE LA MATRONA SEGUIA TENIENDO IMPORTANCIA SOCIAL Y ASISTENCIAL Y POR FIN

!!! SE REGULARON LOS ESTUDIOS DE MATRONA A TRAVES DEL COLEGIO DE SAN CARLOS.

LA PRIMERA ESCUELA DE MATRONAS DE ESPAÑA SE INSTALO EN LA MATERNIDAD DE SANTA CRISTINA DE MADRID Y EN 1931 SE ABSCRIBIO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID.

PERO VAMOS A DEJARNOS DE HISTORIA Y VAMOS A IR ATERRIZANDO EN NUESTRA REALIDAD, EN EL DIA A DIA DE NUESTROS HOSPITALES Y DE LA UNIDAD DE DILATACION Y DE PRIMARIA.

PREVIAMENTE LA GESTANTE ESTA EN CONTACTO CON LAS MATRONAS DE PRIMARIA Y GRACIAS A ELLAS LA ANSIEDAD Y MIEDO AL PARTO Y A TODO LO QUE RODEA LA ANALGESIA EPIDURAL HA DISMINUIDO TRANSMITIENDO INFORMACION SOBRE LA TECNICA, LAS VENTAJAS, RIESGOS REALES Y LA REALIDAD QUE SE VA A ENCONTRAR LA PARTURIENTA CUANDO LLEGUE AL HOSPITAL, ADEMAS EN LA CONSULTA PREENESTESICA ES EN DONDE YA HA LEIDO Y FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Y YA QUE VAMOS A HABLAR DE LAS FASES DEL PARTO VAMOS A DEFINIRLAS:

EN TODOS LOS PARTOS QUE TERMINAN POR VIA VAGINAL, SE SUCEDEN TRES PERIODOS: EL DE DILATACION, EL EXPULSIVO Y EL ALUMBRAMIENTO.

TAMBIEN SE LES DENOMINA: PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO.

#### **PERIODO DE DILATACION O PRIMER PERIODO:**

COMPRENDE DESDE EL INICIO DEL PARTO HASTA LA DILATACION CERVICAL COMPLETA, SEGÚN LOS CRITERIOS DE FRIEDMAN EN ESTE PERIODO PUEDEN DISTINGUIRSE 2 FASES:

1-FASE LATENTE O DE PREPARTO: DESDE EL COMIENZO DEL PARTO HASTA QUE SE INICIA LA FASE ACTIVA, APROXIMADAMENTE CON 3-4 CENTIMETROS.

2-FASE ACTIVA: DESDE EL FINAL DEL PREPARTO HASTA LA DILATACION COMPLETA.

#### **PERIODO DE EXPULSIVO O SEGUNDO PERIODO DEL PARTO:**

COMIENZA CUANDO LA DILATACION ES COMPLETA Y TERMINA CUANDO

SE PRODUCE LA EXPULSION DEL FETO.

#### **PERIODO DE ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO**

DESDE EL NACIMIENTO DEL FETO HASTA LA SALIDA DE LA PLACENTA Y MEMBRANAS,

LA PACIENTE EN LA QUE SE HA DESENCADENADO EL PARTO Y ESTE SE IDENTIFICA COMO NORMAL, DEBE INGRESAR, COMO NORMA GENERAL, EN LA UNIDAD DE DILATACION.

POR LO TANTO ES ESENCIAL DEFINIR E IDENTIFICAR A LAS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN REALMENTE EN TRABAJO DE PARTO ACTIVO.

## **FASE ACTIVA DEL PARTO**

CONTRACCIONES REGULARES Y ESPONTANEAS DE AL MENOS 2-3  
CONTRACCIONES EN 10 MINUTOS Y ADEMAS:

1. CERVIX BORRADO( O AL MENOS SEMIBORRADO Y CENTRADO, ESPECIALMENTE EN MULTIPARAS)
2. DILATACION CERVICAL MAYOR A 2-3 CM.
3. BOLSA INTEGRAL O ROTURA ESPONTANEA

Y COMO MEDIDAS GENERALES DE LAS QUE HABLAREMOS A CONTINUACION, YA QUE HEMOS DICHO QUE LA MATRONA ES LA MAS CERCANA, ES LA QUE *ESTA AL LADO*, ES LA QUE DEBE PRINCIPALMENTE:

- INFORMAR, APOYAR Y ESCUCHAR A LA PACIENTE: EXPLICAR LA EVOLUCION DEL PARTO Y SU ESTADO ACTUAL, INFORMAR SOBRE LAS NORMAS AL INGRESAR EN DILATACION, TIPO DE ANALGESIA QUE SE LE PUEDE OFRECER SEGÚN CADA CASO, ACLARAR DUDAS.
- REVISAR HISTORIA CLINICA
- SI LA PACIENTE DESEA ANALGESIA EPIDURAL, ASEGURAR QUE HAYA PASADO LA CONSULTA PREANESTESICA E INCORPORAR COPIA DE LA CONSULTA A LA HISTORIA.
- PERMITIR DUCHA SI NO HAY CONTRAINDICACIONES, LA PACIENTE LO DESEA Y EL PARTO NO ES INMINENTE.
- EXTRAER ANALITICA CON HEMOGRAMA, BIOQUIMICA Y COAGULACION SI NO SE HA REALIZADO PREVIAMENTE.
- HIDRATACION IV: SI EL PARTO VA A DURAR MAS DE 4 HORAS O SE OBSERVA SEQUEDAD DE PIEL Y MUCOSAS.(SE RECOMIENDA FISIOLÓGICO ALTERNANDO CON SUERO GLUCOSADO; COMO ALTERNATIVA: GLUCOSALINO 500ML / 4 HORAS.
- ENEMA: NO SE RECOMIENDA DE FORMA RUTINARIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. SU USO ESTA RESERVADO PARA LOS CASOS QUE SEA NECESARIO (PRESENCIA DE FECALOMAS) O LO SOLICITE LA PACIENTE.
- ESTIMULAR MICCIÓN ESPONTANEA Y SI ESTA NO SE CONSIGUE REALIZAR ENTONCES SONDAJE VESICAL.
- RASURADO DEL PERINE: PUEDE REALIZARSE EN EL MOMENTO DEL EXPULSIVO Y LIMITADO A LA ZONA NECESARIA.
- LA POSTURA QUE DEBE ADOPTAR LA PACIENTE DEBE SER AQUELLA EN LA QUE SE ENCUENTRE MAS COMODA, EVITANDO EL DECUBITO SUPINO Y SIEMPRE QUE SE PERMITA UN BUEN CONTROL FETAL. ASI PUES, LA PACIENTE PUEDE DEAMBULAR (NO SI ANALGESIA LOCAL REGIONAL O IV), ESTAR SENTADA O TUMBADA EN DECUBITO LATERAL.

YA QUE HEMOS HABLADO DE OFRECER ANALGESIA PODEMOS HABLAR UN POCO DE ELLA:

EL ALIVIO DEL DOLOR ES UN TEMA IMPORTANTE PARA LAS MUJERES EN TRABAJO DE PARTO. LA ANALGESIA EPIDURAL SE UTILIZA DE FORMA GENERALIZADA. LA REVISION DE ENSAYOS MOSTRO QUE LAS ANALGESIAS EPIDURALES ALIVIAN MEJOR EL DOLOR QUE LOS OTROS TIPOS DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR, PERO PUEDEN PROVOCAR UN MAYOR NUMERO DE PARTOS INSTRUMENTALES. NO SE OBSERVARON DIFERENCIAS EN LAS TASAS DE PARTO POR CESAREA, LUMBALGIA A LARGO PLAZO O EFECTOS SOBRE EL RECIEN NACIDO POCO DESPUES DEL NACIMIENTO. SIN EMBARGO, FUE MAS PROBABLE QUE LAS MUJERES QUE UTILIZARON ANALGESIA EPIDURAL PRESENTARAN UNA SEGUNDA ETAPA MAS PROLONGADA DEL TRABAJO DE PARTO, NECESITARAN ESTIMULACION DE SUS CONTRACCIONES, PRESENTARAN LA POSIBILIDAD DE HIPOTENSION , ALGUN PROBLEMA DE RETENCION DE ORINA , TAMBIEN SE HA EVIDENCIADO UNA MAYOR INCIDENCIA DE FIEBRE INTRAPARTO.

LA DECISION DE UTILIZAR LA EPIDURAL DEBE TOMARLA LA MUJER JUNTO CON EL MEDICO.

#### ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO

EL PERIODO EXPULSIVO TIENE LUGAR CUANDO SE LLEGA A LA DILATACION COMPLETA Y ACABA CON LA SALIDA DEL FETO.

#### DURACION NORMAL DEL EXPULSIVO

EN AUSENCIA DE COMPROMISO FETAL, SI LA DINAMICA UTERINA ES ADECUADA, LA COLABORACION DE LA MADRE ES BUENA Y NO EXISTEN PROBLEMAS MATERNOS QUE LO CONTRAINDIQUEN, SE ACEPTA COMO DURACION NORMAL DE HASTA 2 HORAS EN NULIPARAS Y 1 HORA EN MULTIPARAS, SIEMPRE QUE EXISTA UN PROGRESO CONTINUO EN EL DESCENSO DE LA PRESENTACION. EN EL CASO DE ANALGESIA EPIDURAL LA DURACION PUEDE SER DE HASTA 3 HORAS EN NULIPARAS Y 2 HORAS EN MULTIPARAS.

AUNQUE SI LAS CONDICIONES MATERNO-FETALES SON BUENAS, NO SE DEBE SER RIGIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE UNA DURACION FIJA PARA EL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO.

EL APOYO CONSTANTE A LA PACIENTE POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE ATIENDE EL PARTO ES MUY IMPORTANTE EN ESTE MOMENTO.

## **FUNCIONES DE LA ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN OBSTETRICIA.**

EN NUESTRO HOSPITAL LA ANALGESIA EPIDURAL SE REALIZA EN EL QUIROFANO, PUES ASI SE HA ORGANIZADO APROVECHANDO LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS DE LOS QUE SE DISPONEN.

PUES EL PARITORIO NO ESTA DOTADO DEL ESPACIO SUFICIENTE PARA SU REALIZACION.

CUANDO UNA GESTANTE SOLICITA ASISTENCIA ANALGESICA PARA SU PARTO, DEBERA DIRIGIRSE A LA MATRONA Ó AL GINECOLOGO.

SI SE DECIDE SU REALIZACION, NOS PONEMOS EN CONTACTO CON EL S. DE ANESTESIA

EL ANESTESISTA REVISARA LA HISTORIA Y REALIZARA UNA ANAMNESIS A LA PARTURIENTA.

EL SERVICIO DE ANESTESIA DISPONE DE UN CONSENTIMIENTO ESCRITO Y CONSENSUADO POR EL SERVICIO, PREVIAMENTE FIRMADO POR EL ANESTESISTA Y LA PACIENTE CUANDO ASISTE A LA CONSULTA DE ANESTESIA, HABRA UNA COPIA EN LA HISTORIA Y LA PACIENTE TRAERA OTRA COPIA.

LA COLOCACION DEL CATETER SE REALIZARA EN EL QUIROFANO.

LA TECNICA SE REALIZA EN EL QUIROFANO DE PARTOS (HAY 2) CON LA ASISTENCIA DE UN EQUIPO DE ENFERMERIA DE QUIROFANO.

EL PREPARADO UTILIZADO EN LA ANALGESIA PROVIENE DE FARMACIA, DONDE LO ELABORAN, PREPARAN, ENVASAN, ETIQUETAN Y ENVIAN LISTO PARA SER PERFUNDIDO / SE ALMACENA EN PARTOS.

UNA VEZ COLOCADO EL CATETER, AL ANESTESISTA COMPROBARA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL MISMO Y SE ASEGURA DE QUE LA DOSIS DE PRUEBA NO PRODUCE NINGUN EFECTO ADVERSO.

EL ANESTESISTA PERMANECE EN EL AREA DE PARTOS HASTA LA COMPROBACION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LA MISMA.

EL RESTO DEL TIEMPO, MIENTRAS DURA EL PARTO PERMANECE LOCALIZADO ASEGURANDO LA ASISTENCIA EN MENOS DE 5 MINUTOS.

LAS MATRONAS VIGILAN LA HEMODINAMICA DE LA PACIENTE REGISTRANDO EN LA HISTORIA CLINICA LAS SIGUIENTES CONSTANTES:

FRECUENCIA CARDIACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, DIURESIS, PRESION ARTERIAL, CADA 5 MINUTOS LA PRIMERA MEDIA HORA Y LUEGO CADA 15 MINUTOS, CUANDO ASI SE ESPECIFIQUE EN LAS ORDENES MEDICAS.

TENEMOS PREPARADA UNA JERINGA CON EFEDRINA Y OTRA CON ATROPINA EN UNA BATEA.

Y SI TA SISTOLICA MENOR DE 90mm: PONER 5 MG DE EFEDRINA, Y AVISARA INMEDIATAMENTE AL ANESTESISTA Y AL GINECOLOGO.

SI FRECUENCIA CARDIACA MENOR DE 55 LATIDOS POR MINUTO: PONER 0.5 MG DE ATROPINA Y AVISARA AL ANESTESISTA Y GINECOLOGO.

SI INCIDENCIAS GRAVES EN LA EVOLUCION DE LA ANALGESIA DEL PARTO O COMPLICACIONES OBSTETRICAS AVISARA AL ANESTESISTA.

LA MATRONA VIGILARA EL NORMAL FUNCIONAMIENTO DE LA BOMBA DE PERFUSION DE LA ANALGESIA.

LA VIGILANCIA DEL ESTADO FETAL LA REALIZAN LAS MATRONAS Y/O GINECÓLOGOS, SEGÚN PROTOCOLOS DE TRABAJO.

UNA VEZ FINALIZADO EL PARTO ,EN NUESTRO HOSPITAL LAS PUERPERAS PASAN INMEDIATAMENTE A LA PLANTA DE TOCOLOGIA, Y ES EN LA PLANTA DONDE EL CATETER SERA RETIRADO, SEGÚN PROTOCOLO ESPECIFICO.

### BIBLIOGRAFIA

PROTOCOLO DE ASISTENCIA AL PARTO NORMAL (CHUVI) ENERO 2008

PROTOCOLO DE ANALGESIA EPIDURAL OBSTÉTRICA EN EL CONTEXTO DE LA GESTIÓN INNOVADORA DE LA ASISTENCIA Y DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD (REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR (SED))ANAESTHESIA AND INTENSIVE CARE

ANIM-SOMUAH M, SMYTH R, HOWELL C. ANALGESIA EPIDURAL VERSUS NO EPIDURAL PARA EL TRABAJO DE PARTO (REVISION COCHRANE TRADUCIDA). EN LA BIBLIOTECA COCHRANE PLS, 2007 NUMERO 4, OXFORD.

LAS MATRONAS EN LA HISTORIA. JULIO CRUZ Y HERMIDA