

Guía de práctica clínica

Guía de criterios de admisión en una unidad liderada por matronas (ULM)

Introducción

Planificar dónde dar a luz y criterios de admisión



Introducción

El presente documento es la traducción de la **Guía de criterios de ingreso en una unidad de bajo riesgo de la Regulation and Quality Improvement Authority (RQIA)** de Irlanda del Norte. RQIA es el organismo responsable de monitorizar e inspeccionar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud en Irlanda del Norte, y alentar mejoras en la calidad de estos. Esta guía ha sido revisada metodológicamente, por pares. Y la traducción ha sido elaborada siguiendo las guías de traducción y adaptación de la Organización Mundial de la Salud.

A su vez, ésta ha sido revisada por un grupo local multidisciplinar de expertos en el ámbito de la obstetricia con el fin de evaluar su posible adaptación y aplicación en centros que forman parte de nuestro Sistema Nacional de Salud.

El grupo de expertos ha considerado que la aplicación de esta guía es factible en un contexto como el de España. En caso de querer adaptarla, se recomienda tener en consideración la posibilidad del ingreso de gestantes con un resultado de estreptococo positivo. A su vez, en caso de aplicar esta guía, es necesario tener siempre presente la necesidad de individualizar los cuidados a las necesidades de cada mujer y revisar los protocolos o guías que la complementen en cada centro.

En este documento cuando nos referimos a mujeres incluimos a hombres trans con capacidad gestante y personas no binarias.

Equipo

Coordinación

Escuriel, Ramon. Matrón. Investigador principal del grupo de investigación Ghenders de la Universidad Ramon Llull (URL). Gerència de Processos Integrats de Salut, Servei Català de la Salut.

Martin-Arribas, Anna. Matrona. Doctoranda en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y la EANS. Profesora en la URL. Miembro del grupo de investigación Ghenders.

Grupo de trabajo

Fernández Cuesta, Ana Isabel. Matrona. Licenciada en filología inglesa. Matrona en ASSIR Lleida, Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Vocal de matrona en el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida.

Palau, Roser. Matrona referente en Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona. Doctoranda Biomedicina Universitat Pompeu Fabra (UPF).

Segura Lechuga, Maria. Matrona en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Grupo de expertos

Alcaraz-Vidal, Lucía. Matrona. Máster en Liderazgo y Gestión de Servicios de Enfermería. Coordinadora del proyecto Centro de Nacimientos DAP Metropolitana Nord- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Bach, Montserrat. Matrona en Hospital Pius de Valls, Tarragona.

Canet Estévez, Yolanda. Médica Obstetra. Directora del Servicio de Ginecología y Obs-

tetricia en el Hospital Universitario Parc Taulí, Barcelona. Profesora asociada en la UAB. Colaboradora en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña.

Carreras Moratonas, Elena. Médica Obstetra. Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Profesora asociada de la UAB y titular de UVIC-UCC. Presidenta del Consell Assessor de les polítiques de Gènere en Salut de la Generalitat de Catalunya.

Espada- Trespalacios, Xavier. Matrón, Coordinador Asistencial de Sala de Partos del Hospital General de Granollers, Barcelona. Doctorando en Biomedicina (UPF). Máster en Desarrollo personal y Liderazgo (UB). Miembro del grupo de investigación GHenderS (URL).

Fernandez, Julita. Doctora en Enfermería. Matrona en el HGU Gregorio Marañón, Madrid.

García Terol, Clara. Matrona. Supervisora Area Materno Infantil SJD Hospital de Sant Boi, Barcelona. Miembro del Comité de ética del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería de UB- Bellvitge.

Higuero Macías, Juan Carlos. Matrón. Doctor en Enfermería. Responsable de la Unidad de Enfermería de la sala de partos en el Hospital Costa del Sol de Marbella, Málaga.

Marqueta Sánchez, Jose Manuel. Médico obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Palamós, Girona.

Postigo Mota, Francisca. Matrona. IBCLC. Responsable en la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Programa de Atención a la Mujer del Servicio Murciano de Salud. Colaboradora docente de la Unidad docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología. Responsable de Relaciones Internacionales de la Federación de Asociaciones de Matronas de España.

Pujol Abajo, Montserrat. Matrona. Responsable del área Materno-infantil del Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Barcelona.

Vallverdú Torón, Hortènsia. Pediatra en CAP Horta, Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut.

Rafa Vila-Candel. Matrón en Hospital Universitario de la Ribera. Profesor Asociado Universitat de València.

Planificar el lugar donde dar a luz

Esta guía hace referencia mayormente a las mujeres con un embarazo normal o de bajo riesgo (1) en el momento del parto (2). Es importante tener en cuenta que, en cada visita durante el periodo perinatal, se debe realizar una valoración a todas las mujeres con el objetivo de garantizar que reciben la atención del profesional de salud más apropiado; es decir, continuar con los cuidados liderados por matronas (CLM), transferir la atención a los cuidados dirigidos por médicos obstetras (3) o el retorno de esta a la atención liderada por matronas; en particular, las mujeres que han sido derivadas para alguna investigación o tratamiento que ha sido resuelto. Si existe alguna duda, es necesario un debate multidisciplinario, con la documentación adecuada de este. Una mayor aclaración con respecto al lugar de nacimiento puede ser dada por una matrona senior.

Las siguientes casillas muestran los criterios específicos para la planificación del nacimiento dentro de las unidades lideradas por matronas (ULM). En la **tabla azul**, los criterios están relacionados con unidades autónomas lideradas por matronas (UALM) o *freestanding midwifery led units* y unidades integradas lideradas por matronas (UILM) o *alongside midwifery units*(4) mientras que los criterios en la **tabla rosa** están relacionados únicamente con UILM.



Parto planificado en ULM (UALM y UILM) para mujeres con los siguientes criterios:

1. Edad materna ≥ 16 años y ≤ 40 años
2. IMC 1ª consulta ≥ 18 kg/m² y ≤ 35 kg/m² ⁽⁵⁾
3. Última Hb ≥ 100 g/L
4. Máximo de 4 partos anteriores
5. Reproducción asistida con Clomifeno o similar
6. Ruptura espontánea de membranas ≤ 24 horas y en ausencia de signos de infección
7. Mujeres en la categoría 1 de SEHSCT, Programa de Cuidados Integrados de Salud Mental Perinatal ^(6a)
8. Amenaza de aborto, resuelta en la actualidad
9. Amenaza de parto prematuro, resuelta actualmente
10. Sospecha de placenta marginal, resuelta actualmente
11. Condición clínica que no tiene un impacto en el embarazo o en la salud de la mujer
12. Mujeres que han requerido la participación de servicios sociales y no hay un impacto en el embarazo o en la salud de la mujer
13. Anomalía congénita previa, sin evidencia de recurrencia
14. Meconio no significativo (leve) en ausencia de cualquier otro riesgo ^(6b)
15. Desgarro previo de tercer grado, sin incontinencia/infección posterior
16. Anticuerpos séricos sin significado clínico
17. Mujeres que han tenido tratamientos en el cérvix y presentan una gestación a término

Parto planificado en UILM para mujeres con los siguientes criterios:

1. Edad materna < 16 años y > 40 años ^(6c)
2. IMC **1ª consulta** ≥ 35 kg/m² & ≤ 40 kg/m² con buena movilidad
3. Última Hb > 85 g/L ^(6d)
4. Máximo de 5 partos anteriores ^(6e)
5. Embarazo por FIV a término (excluyendo donación de óvulos y edad materna > 40 años)
6. Ruptura espontánea de membranas > 24 horas, de parto activo y en ausencia de signos de infección
7. Mujeres en la categoría 2 de SEHSCT, Programa de Cuidados Integrados de Salud Mental Perinatal, tras la valoración individual ^(6f)
8. Hemorragia posparto previa, sin necesidad de transfusión sanguínea o intervención quirúrgica)
9. Desgarro extenso vaginal, cervical o perineal de tercer grado previo, tras la valoración individual
10. Inducción con prostaglandinas que resulta en el inicio del parto ^(6g)
11. Streptococo Grupo B positivo en este embarazo y en ausencia de signos de infección ⁽⁶⁾

Comentarios relacionados con planificar el lugar donde dar a luz

- » **(1)** Embarazo único y sin complicaciones es aquel en que la mujer no tiene una condición clínica previa que influya en su embarazo, una complicación del embarazo recurrente o una complicación en este embarazo que requiere el acompañamiento de una médica obstetra, ha llegado a las 37 semanas de gestación y ≤ 40 SG +15 días.
- » **(2)** La Guía de cuidados para el Parto Normal y el Nacimiento de Irlanda del Norte proporciona un marco de referencia basado en la evidencia para el parto normal y el nacimiento.
- » **(3)** Es responsabilidad del profesional que realiza la valoración documentar en la historia clínica de la mujer la razones por las cuáles hay un cambio en la disciplina profesional que proporciona los cuidados.
- » **(4)** UALM – Unidad Autónoma Liderada por Matronas, UILM– Unidad Integrada Liderada por Matronas (por ejemplo, adyacente a una unidad obstétrica convencional).
- » **(5)** Las mujeres con IMC 16–18 kg/m² requiere en una revisión médica para valorar su adecuación para dar a luz en una ULM.

Recomendaciones adicionales de apoyo para la práctica de las matronas

- » **(6a)** South Eastern Health and Social Care Trust (SEHSCT, 2013) Programa de Salud Mental Perinatal en Irlanda del Norte.
“Categoría 1– Las mujeres que presentan depresión leve, ansiedad, trastorno de adaptación y otras enfermedades mentales menores asociadas al embarazo o al período posnatal tienen poca probabilidad de necesitar una derivación para los servicios psiquiátricos. En general, pueden ser atendidas dentro del equipo de atención primaria, por su médico de familia, Health Visitors y Practice Based Counsellors si es necesario. Siempre se deben tener en consideración los factores sociales y ofrecer apoyo social. La mayoría de estas mujeres no requerirá medicación” (p.3).
- » **(6b)** Definición de meconio significativo: “Líquido amniótico verde oscuro o negro que es espeso o adherente o cualquier líquido amniótico meconial con aglutinaciones de meconio” (NICE Intrapartum Care Guideline, pág. 32 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>)
- » **(6c)** Las mujeres con edad > 40 años y ≤ 43 años y que deseen dar a luz en una unidad liderada por matronas integrada en el hospital no deben estar de más de 40 semanas de gestación. Las mujeres primigrávidas de > 40 años de edad y las mujeres de 44 años o más también requieren una valoración individual realizada por una obstetra. En el caso de una embarazada adolescente menor de 16 años y que precise sueroterapia durante el trabajo de parto, el protocolo pediátrico de sueroterapia debe ser seguido y el cuidado derivado a unidad obstétrica convencional.
- » **(6d)** La mujer que presenta la última Hb < 100 g / L requiere un hemograma en el momento de ingreso. Si la Hb se mantiene < 100 g / L, se debe asegurar un acceso IV, obtener una muestra sanguínea y enviarla al laboratorio para analizar el grupo sanguíneo y el Rh. Además, se deberá seguir La Guía de cuidados para el Parto Normal y el Nacimiento de Irlanda del Norte para un manejo activo de la tercera fase del parto.

» **(6e)** Una mujer con más de 5 partos anteriores generalmente debería tener un acceso IV (en el ingreso), una muestra sanguínea para comprobar el grupo sanguíneo y el Rh y seguir La Guía de cuidados para el Parto Normal y el Nacimiento de Irlanda del Norte para un manejo activo de la tercera fase del parto.

» **(6f)** South Eastern Health and Social Care Trust (SEHSCT, 2013) Programa de Salud Mental Perinatal en Irlanda del Norte (*Integrated Perinatal Mental Health Care Pathway Northern Ireland*).

“Categoría 2– Estas son mujeres que presentan alguna enfermedad más significativa que pueden precisar medicación así como alguna forma de intervención psicológica. En algunos hospitales, las mujeres pueden ser derivadas al equipo de Salud Mental Perinatal. Sin embargo, algunas mujeres pueden ser acompañadas por su médico de familia, su matrona/health visitor. Si una mujer desarrolla alguna enfermedad significativa y el médico de familia tiene alguna duda en la prescripción de medicación durante el embarazo o en el periodo postparto, debe ser derivada a los servicios de salud mental a través del Centro de Valoración de Salud Mental. La derivación será entonces tratada como prioritaria, triada y dirigida al equipo adecuado en función a la historia clínica de salud mental de la mujer, la consideración del equipo de salud mental actual y la severidad de la enfermedad. En este nivel, la mayoría de las derivaciones será evaluada por el equipo del Centro de Valoración, que puede incluir una evaluación por el psiquiatra si es necesario. Puede iniciarse el tratamiento farmacológico o sugerir una breve intervención psicológica. En este caso, las mujeres que se encuentran en los servicios liderados por matronas serán derivadas a un médico obstetra senior debido a la necesidad de atención médica por su condición de salud mental” (p.3).

» **(6g)** Sólo mujeres que hayan iniciado el trabajo de parto después de la inducción con 1 Propess® o hasta 2 Prostin®.

» **(6h)** Las mujeres con Estreptococo Grupo B positivo en el presente embarazo requieren antibiótico IV durante el trabajo de parto según la recomendación de las NICE, pág. 149: “Antibiotics for early-onset neonatal infection: Antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection” (NICE, 2012) <http://www.nice.org.uk/guidance/cg149/>.

» **Según la guía de práctica clínica, en ausencia de una matrona que pueda prescribir, se debe solicitar al médico de guardia que prescriba los antibióticos.**

Transferencia in-utero

Cuando se traslade a una mujer y/o recién nacido de la unidad liderada por matronas a la unidad obstétrica convencional, se debe documentar la evidencia y la justificación y la comunicación debe ser colaborativa entre compañeros. Además, se debe completar el formulario de traslado regional intra-parto - MLU Versión de enero de 2016 (véase el anexo 3); documentar la hora de la decisión, la hora del traslado y las medidas adoptadas en caso de retraso.

Información

Referenciar esta Guía Clínica y Guía de Práctica como:

RQIA (GAIN 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast.

<https://www.rqia.org.uk/RQIA/files/3a/3a7a37bb-d601-4daf-a902-6b60e5fa58c2.pdf>

Referencias relacionadas:

Healy, M. and Gillen, P. (2016) "Planning birth in, and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidenced based guideline". *Evidenced based Midwifery*, 14(3), 82-86.

Contacto

Dra. Maria Healy. Chair, presidenta, directora del proyecto y autora principal. Profesora de Midwifery, Queen's University Belfast | maria.healy@qub.ac.uk (autora correspondiente).

Dra. Patricia Gillen. Co-directora del proyecto y autora principal. Jefa del R&D para enfermeras, matronas y AHPs SHSCT/ Profesora Ulster University.

Contacto de referencia en España:

Anna Martin-Arribas.

annama7@blanquerna.url.edu

Anexos

Formulario HVDT para la derivación y/o traslado de cuidados liderados por matronas en Irlanda del Norte

Para uso entre unidades lideradas por matronas y/o unidades obstétricas convencionales.

<h1>H</h1>	<p>Historia</p> <p>Antenatal <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Postnatal <input type="checkbox"/> Paridad _____ Edad gestacional (si corresponde) ____</p> <p>Historia AN/Intraparto/PN (según corresponda)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<h1>V</h1>	<p>Valoración de la situación actual</p> <p>Temp _____ Pulso _____ Tensión arterial (TA) ____/____ FR _____ resultado MEWS _____</p> <p>FCF _____ (si corresponde)</p> <p>Valoración de la situación actual y motivo de la derivación/transferencia</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p data-bbox="140 1220 323 1339">En caso de emergencia obstétrica proceda directamente a Transferencia</p>	<p>Derivación</p> <p>Derivada al médico/matrona _____ (nombre) Fecha _____ Hora _____</p> <p>Valorada por el médico/matrona _____ (nombre) Fecha _____ Hora _____</p> <p>Candidata para continuar bajo los cuidados liderados por matronas: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>(en caso de "no", por favor completa la sección siguiente de transferencia)</p> <p>Planificación para la siguiente revisión (si precisa)</p> <p>Fecha _____ Hora ____ Departamento _____</p>
<h1>T</h1>	<p>Transferencia</p> <p>Se acuerda traslado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se informa al ginecólogo adjunto del traslado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Fecha _____ Hora _____</p> <p>Médico adjunto/Matrona _____ (nombre) está de acuerdo / en desacuerdo de asumir la responsabilidad del cuidado de esta mujer.</p> <p>El plan de cuidados debe constar juntamente con la documentación que lleva consigo la usuaria (carnet de embarazo, curso clínico del trabajo de parto, etc)</p> <p>Planificación para la siguiente revisión (si precisa)</p> <p>Fecha _____ Hora ____ Departamento _____</p>

Nombre de la matrona _____ Firma _____ Fecha _____ Hora ____

Nombre del médico _____ Firma _____ Fecha _____ Hora ____