



Números publicados

Búsqueda documentos

CASOS CLINICOS



Atención de enfermería en un parto de baja intervención con aspiración meconial severa del recién nacido

Juan Diego González Sanz

Matrona, Unidad de Partorio, Hospital Infanta Elena. Huelva, España

Correspondencia: Plaza de la Venta 2-3°C, 21007 Huelva, España

Manuscrito aceptado el 24.10.2008

Evidentia 2008 nov-dic; 5(24)

Cómo citar este documento

González Sanz, Juan Diego. Atención de enfermería en un parto de baja intervención con aspiración meconial severa del recién nacido. Evidentia. 2008 nov-dic; 5(24). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n24/ev6810.php>> Consultado el 17 de Febrero de 2011

Resumen

El caso que se presenta en este artículo es de una gestante a término que acuerda con su matrona una atención de baja intervención en su parto, apareciendo en éste una seria complicación: presencia de líquido meconial espeso. El parto termina con una aspiración meconial severa del recién nacido, situación muy grave que requiere el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y que genera en la familia la aparición de un proceso de duelo. Esta revisión del caso pretende evaluar la asistencia prestada durante el proceso de parto así como la tarea del personal de enfermería para facilitar el duelo. *La intervención enfermera consigue una alta satisfacción de la usuaria y su familia con el proceso de parto, y favorece la elaboración de un duelo funcional.*

Palabras clave: Parto de baja intervención/ Aspiración meconial/ Duelo.

Abstract (Attention of nursing in a labor of low intervention with aspiration meconial severe of the newborn child)

A pregnant and her husband agree with a midwifery a normal birth for her third son. In labour appears meconium amniotic fluid, and this problem generate meconium-stained neonate. The fathers lives a bereavement situation. *Midwifery's intervention makes high satisfaction in the family and help them to live better their grief.*

Key-words: Normal birth/ Meconium-stained neonate/ Bereavement/ Fetal death/ Grief.

Introducción

En la matronería actual aparece como una línea de pensamiento y trabajo de gran importancia la asistencia de baja intervención al parto, que se basa en la concepción de éste como fenómeno fisiológico y que pretende respetar el desarrollo

normal del mismo interviniendo en él sólo en caso de necesidad y a través de acciones respaldadas por la evidencia. Así mismo en la base de esta línea de trabajo está el respeto a la autonomía de las mujeres y las familias, y la reivindicación de la autonomía de las matronas en la atención al parto normal o de bajo riesgo.

En el marco geográfico en que se desarrolla este caso, Andalucía, esta línea de acción del trabajo de las matronas y de los profesionales de enfermería que prestan atención al embarazo, parto y puerperio está especialmente respaldada por diversos organismos sanitarios. Recientemente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España ha desarrollado un *Estrategia para la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*¹ que coincide en muchos puntos con la Estrategia de Humanización de la Atención Perinatal que lleva implantando el Servicio Andaluz de Salud desde hace varios años en sus hospitales, en el marco del *Decreto de Atención al niño hospitalizado*² (concretamente en el momento en que se desarrolla este caso el Hospital Infanta Elena está dentro del convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para la implantación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*).³ También la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía incluye en el *Manual de competencias de la matrona*⁴ (que recoge las pruebas que deben aportar los profesionales para ser acreditados en los distintos niveles de calidad) muchos aspectos relacionados con la baja intervención en el parto. En cuanto a las sociedades científicas de nuestro ámbito, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), en la que se engloba la Asociación Andaluza de Matronas, ha publicado la *Iniciativa Parto Norma*⁵ que está basada íntegramente en esta línea de trabajo, y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) también ha publicado recientemente unas *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*⁶ que van en este sentido.

Aparecen también en este caso los temas relativos al manejo de la presencia de líquido amniótico meconial durante el parto, al manejo del recién nacido con aspiración meconial, y al duelo relacionado con la muerte perinatal, campo este último en el que en los últimos años se ha producido un gran cambio en la asistencia que habitualmente se presta a las familias.⁷ Este nuevo modelo de asistencia es apoyado por algunos estudios,^{8,9} pero no se ha demostrado aun con la máxima evidencia¹⁰ que genere una diferencia en resultados de salud. En el caso que nos ocupa, al no llegar a darse la situación de muerte del neonato, la intervención se realiza solo parcialmente, en torno al diagnóstico de enfermería *Duelo anticipado*.

Este trabajo pretende mostrar la complejidad de la asistencia obstétrica en un entorno de baja intervención, y la utilidad de la metodología enfermera para afrontar esta complejidad con un mayor nivel de calidad en la atención. Asimismo, se busca aportar un nuevo punto de vista respecto a los problemas que aparecen en el caso, contrastando las evidencias científicas más recientes con la actuación de la matrona que protagoniza el mismo.

Presentación del caso

Esperanza (nombre ficticio) es una gestante de 30 años de edad, en la 40 semana de gestación de su tercer hijo. Acude al Hospital Infanta Elena (HIE), acompañada por su marido Constante (nombre ficticio), para ser atendida por la matrona Marta (en adelante M.), ya que es la matrona que ha preparado y atendido sus dos partos anteriores.

Esperanza y M. coincidieron de forma fortuita en el primer parto de ésta, en el Hospital Juan Ramón Jiménez (HJRJ). Dada las especiales circunstancias de Esperanza, que padece una retinosis pigmentaria que le provoca una ceguera casi total (aunque mantiene una gran autonomía para la vida cotidiana), el parto de su primer hijo tuvo un ambiente especial, iniciándose allí una cordial relación. El segundo parto se produjo en el HIE y fue un parto de baja intervención (según lo habían preparado la familia y su matrona elaborando un plan de parto verbal que incluía deambulación, monitorización intermitente, ambiente cálido y silencioso, contacto piel con piel madre-padre-hijo, inicio de la lactancia materna en paritorio y uso restrictivo de la episiotomía). Se desarrolló de forma rápida y serena, dando a luz una mujer en buen estado de salud y guardando la familia un feliz recuerdo del parto.

Con estas experiencias previas, y tras un embarazo sin complicaciones graves, Esperanza acude al Hospital, según la había citado M., para hacerse un registro de monitorización cardiotocográfica. También en esta ocasión la familia y su matrona han establecido un plan de parto verbal, muy similar al anterior. Debido a la situación del Paritorio en ese momento (hay cuatro mujeres en fase activa del parto, en un servicio que dispone de sólo tres salas de dilatación, teniendo que usarse en ese momento la sala de postparto como sala de dilatación extra), M. tarda alrededor de un cuarto de hora en poder atender a Esperanza y su marido.

Valoración de enfermería

Cuando por fin puede atenderlos (acompañado por una auxiliar de enfermería), pasado un cuarto de hora, Esperanza refiere contracciones fuertes y regulares desde hace al menos una hora. En la valoración de enfermería -focalizada en el proceso de parto, semiestructurada y basada en el modelo de Virginia Henderson-, M. observa los siguientes datos (utilizando el impreso de valoración obstétrica de que dispone el HIE):

-Revisión de la Historia Clínica:

Paridad: G3P2.

Edad gestacional: 40 semanas + 5 días.

Alergia a Penicilina.

El único problema de interés que ha presentado Esperanza durante este embarazo son varices importantes en ambas piernas, para lo que habitualmente lleva medias de compresión (que también llevará durante el parto).

Analítica: estudio de coagulación normal; serología del tercer trimestre negativa de VIH, VHB, sífilis y toxoplasma, inmunizada a la rubeola; grupo y rH A (+); bioquímica, hemograma y sistemático de orina normales; *Streptococcus agalactiae* (+)

-Exploración física:

Tacto vaginal: 7 cms de dilatación, cuello borrado, centrado y blando, presentación cefálica en I plano. Bolsa amniótica íntegra.

Auscultación cardíaca fetal: con un doppler portátil se detectan latidos fetales con una frecuencia de entre 130 y 140 lpm.

-Valoración psicosocial:

Esperanza se muestra tranquila y confiada, alegre. También su marido se muestra relajado y animoso. Ambos manifiestan deseos de conocer a su bebé. Esperanza realiza ejercicios de relajación y respiración para controlar el dolor durante las contracciones.

Visto lo avanzado del parto se cursa el ingreso en el Hospital, trámite que realiza Constante, mientras Esperanza es acompañada a la sala de postparto, que dispone de dos camas, una de las cuales está ocupada por otra gestante. Esta otra señora manifiesta mucho dolor y un elevado nivel de nerviosismo, gritando y llorando casi continuamente. Tras realizar una breve auscultación fetal con un monitor cardiotocográfico, M. propone a Esperanza trasladarla a uno de los paritorios, acomodándolo como sala de dilatación, a fin de salvaguardar la intimidad de ambas mujeres, valorando además que el entorno acústico y la posibilidad de estar acompañada por su marido son especialmente importantes en el caso de Esperanza, que no puede moverse sola en un medio desconocido y cuyo sentido del oído está mucho más desarrollado de lo normal.

Una vez en el paritorio, con las puertas cerradas, el mobiliario adaptado para la deambulación y una luz tenue, M. comunica a la pareja el protocolo de profilaxis antibiótica en casos de colonización vagino-rectal por *Streptococcus agalactiae*, que consiste en la infusión intravenosa de Eritromicina 500mg/6 hrs. hasta el parto. La pareja expresa dudas sobre la conveniencia de la medida, solicitando información sobre los posibles efectos adversos fetales de la medicación antibiótica. Una vez aportada la información rechazan la profilaxis, por lo que se canaliza una vía intravenosa aunque sin infundir ningún suero.

Desde ese momento, debido a la gran cantidad de mujeres de parto que hay que atender, M. acompaña de forma intermitente a la pareja, realizando auscultación fetal intermitente con doppler portátil, detectándose una frecuencia cardíaca fetal, en todos los casos, entre 130 y 150 latidos por minuto y sin detectarse desaceleraciones en el periodo posterior a las contracciones. M. indica a Esperanza que le avise en el momento en que note sensación de pujo y enseña a Constante como realizar masaje lumbar como analgésico, a la vez que refuerza las actividades de manejo del dolor que ya está realizando la pareja.

Pasada una hora desde el ingreso Esperanza manifiesta ganas de empujar. M. la ayuda a colocarse en la mesa de partos y realiza un tacto vaginal, observando que la dilatación es completa y que la presentación está en III plano, por lo que procede a la amniotomía con una lanceta. El líquido amniótico es meconial (muy espeso, también llamado en "puré de guisantes") Ante esto M. prepara el material necesario para la aspiración de las vías aéreas del recién nacido (en adelante RN) antes del desprendimiento de los hombros, cuando la cara aparece en la vulva. Una vez preparado todo, M. se prepara para el nacimiento, indicando a la auxiliar de enfermería que prepare la mesa de instrumental para el parto, e indica a Esperanza que empuje cuando venga la contracción si nota ganas de hacerlo, sin dirigir los pujos. En la siguiente contracción la cabeza fetal llega a IV plano y M. protege el periné con ambas manos. Tras dos contracciones más la cabeza fetal se desprende y sale de la vulva. Inmediatamente M. limpia la cara del RN con una compresa y aspira la boca y las coanas con una sonda de gran calibre. Acto seguido M. invita a Constante a colocarse unos guantes estériles y a ayudarlo a extraer al recién nacido. Entre los dos traccionan suavemente de la cabeza hasta que se desprenden los hombros. Han pasado diez minutos desde que Esperanza manifiesta sensación de pujo.

En ese momento M. coloca al RN sobre el vientre de la madre, secándolo y observándolo. A los pocos segundos corta el cordón umbilical y, tras ver que el RN no inicia un llanto espontáneo, lo lleva a la cuna neonatal, dispuesta en el mismo paritorio. Una vez allí realiza valoración visual (el RN es una mujer de un peso aproximado a los 3000 grs. y con una morfología normal), estimulación y secado, y una aspiración más detenida de las vías respiratorias. El APGAR al minuto es de 5 por lo que inicia ventilación con O₂ y mascarilla con bolsa de resucitación. Tras dos minutos de intentar la reanimación con secado, calor y ventilación con O₂, no se evidencia una mejoría notable del RN manteniéndose un distress respiratorio grave, por lo que M.

avisa al Pediatra de guardia. Al acudir ésta prosigue con la reanimación, indicando a los pocos minutos el traslado a la Unidad de neonatos del Servicio de Pediatría.

Tras una reanimación de entre 8 y 10 minutos el RN es trasladado a la Unidad de Neonatología. Durante todo ese tiempo M. explica a la pareja la evolución de la situación, intentando tranquilizar y acompañar a ambos padres. Si bien Esperanza se mantiene tranquila y solicita información de forma calmada, Constante manifiesta una fuerte conmoción llegando a necesitar sentarse en algún momento. Esperanza incluso apoya y consuela a su marido durante estos minutos y los inmediatamente posteriores al traslado de su hija. M. habla con ambos manifestando su tristeza por lo sucedido e intentando apoyarles y tranquilizarles. Inmediatamente después M. se prepara para el alumbramiento, que transcurre sin dificultad a los 10 minutos del nacimiento, utilizando tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino posterior. La revisión de la placenta no revela ningún dato anómalo. El periné está íntegro, no hay desgarros.

Tras el lavado del periné, M. acompaña a Esperanza a su cama que se coloca en la sala de postparto. Una vez allí Esperanza comienza a llorar y manifiesta temor y angustia por la situación de su hija. Durante las dos horas que permanece en observación postparto los controles de constantes vitales e involución uterina son normales. M. realiza varias visitas a la Unidad de Neonatología informando a los padres de las novedades: Constante espera en la puerta de la Unidad a hablar con la Pediatra, Esperanza espera en la sala de postparto. En poco tiempo se decide el traslado de la RN al HJRJ que cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, ya que la niña requiere intubación y ventilación mecánica pues en una radiografía de tórax se evidencia aspiración meconial masiva.

A las dos horas del parto Esperanza es dada de alta de la Unidad de Partorio, trasladándose a la planta de Maternidad. Su hija ya se encuentra en camino hacia el H. Juan Ramón Jiménez. En las horas siguientes M. acudirá en repetidas ocasiones a la habitación de la pareja y se pondrá en comunicación con la UCIN para recabar información sobre la niña. El acompañamiento en el proceso de duelo que vive la familia se hace especialmente duro ya que se superpone con el proceso de duelo del profesional y con la evaluación de la atención prestada durante el parto.

Al día siguiente Esperanza recibe un alta precoz ante su buena recuperación, con vistas a que pueda visitar a su hija en el HJRJ. Esta permanecerá un mes ingresada en la UCIN, recuperándose paulatinamente de la afectación pulmonar debida al meconio, hasta adquirir una función respiratoria normal. Unos días antes del alta le descubren una malformación ocular bilateral (microoftalmia), que requerirá un tratamiento quirúrgico especial en cuya recuperación se encuentra ahora.

La familia desarrolla un proceso de duelo funcional, que a los pocos días entra en la fase de tristeza y reestructuración, quedando cerrado aproximadamente a las tres semanas del parto, siendo la pareja capaz de expresar su pérdida, manifestando agradecimiento por la atención recibida, mostrándose moderadamente alegres y confiados en las posibilidades de su hija para recuperarse de sus problemas respiratorios y visuales. Sirva como ejemplo una de las frases con las que expresan su actitud ante la situación: "Sería estupendo que lo de nuestra hija quedará solamente en un problema visual, en caso de ser ciega ¿qué mejor sitio podría haber elegido para nacer que nuestra casa?"

Dada la extraordinaria rapidez con el se produce todo el proceso de parto, el gran volumen de trabajo y la intensidad emocional que conlleva el desenlace del mismo, M. no registra de forma detallada el *plan de cuidados* realizado que, partiendo de los datos de la valoración que se han expresado en el relato cronológico del caso el plan de cuidados, utilizando la taxonomía diagnóstica NANDA¹¹ para la fase diagnóstica y las clasificaciones NIC¹² y NOC¹³ para la planificación y evaluación, continuaría así.

Fase diagnóstica

En primer lugar es importante destacar que el principal diagnóstico que surge de la valoración es el de *Parto en curso*. Pero esto no es un diagnóstico de enfermería según la taxonomía NANDA, lo que no impide que las matronas tengan capacidades para identificarlo y que, de hecho, lo hagan habitualmente, siendo además el diagnóstico desde el que orientan la mayoría de sus objetivos y de sus actividades, ejerciendo su profesión de forma autónoma (en el caso de un parto de bajo riesgo no habría un problema de colaboración, sino una actuación independiente de la matrona). Así ocurre en este caso, ya que M. identifica la situación de Esperanza como de *Parto en curso*, englobando la mayor parte de sus actividades dentro de las NIC:

1. 6720 Parto.
2. 6830 Cuidados intraparto.
3. 6834 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo.
4. 6930 Cuidados postparto.
5. 6890 Monitorización del recién nacido.
6. 6771 Monitorización fetal electrónica: durante el parto.
7. 6656 Vigilancia: al final del embarazo.

Diagnósticos de Enfermería:

1. Dolor agudo relacionado con agentes biológicos (contracciones) manifestado por expresión verbal de la gestante.
2. Duelo anticipado relacionado con enfermedad neonatal grave.

Problemas de Colaboración:

1. Parto con meconio.
2. Distress respiratorio del recién nacido relacionado con aspiración meconial.

Problemas de Autonomía:

La gestante necesita suplencia parcial para deambular debido a su déficit grave de visión.

Fase de planificación y evaluación

El desarrollo de la ejecución de las intervenciones se puede observar de forma general en el relato cronológico del caso.

La puntuación en la escala Likert que señalamos en cada indicador NOC refleja el proceso visto en conjunto, aunque una medición hecha paso a paso manifestaría una evolución en los resultados obtenidos por Esperanza y su familia.

Diagnósticos de Enfermería:

1. Dolor agudo.

-NOC:

1. 1605 Control del dolor.
Likert en la valoración inicial: 3-4
-160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas. Likert: 5
-160508 Utiliza los recursos disponibles: 5
-160511 Refiere dolor controlado: 5
2. 2100 Nivel de comodidad.
Likert en la valoración inicial: 3-4
-210001 Bienestar físico: 5
-210003 Bienestar psicológico: 5
-210008 Control del dolor: 5

-NIC (añadimos a la identificación de la Intervención la actividad principal realizada):

1. 1340 Estimulación cutánea.
-Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada al paciente y a las condiciones.
-Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible.
2. 1400 Manejo del dolor.
-Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas de control del dolor antes, durante y después de las actividades dolorosas.
3. 1480 Masaje simple.
-Masajear con movimientos continuos, uniformes y rítmicos.
4. 5270 Apoyo emocional.
-Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
5. 5340 Presencia.
-Establecer una consideración de confianza y positiva.
6. 5460 Contacto.
-Dar un abrazo de afirmación.
-Colocar al bebe sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento.
7. 6482 Manejo ambiental: confort.
-Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
-Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
8. 6760 Preparación al parto.
-Explorar las opciones de cuidados prenatales, los dolores y el parto con la paciente.

2. Duelo anticipado.

-NOC:

1. 1201 Esperanza.
 - Likert al inicio: 3-4
 - 120101 Expresión de una orientación futura positiva: 4
 - 120102 Expresión de confianza: 5
 - 120108 Expresión de creencia en los demás: 5
2. 1304 Resolución de la aflicción.
 - Likert al inicio: 3-4
 - 130401 Expresa sentimientos de pérdida: 4
 - 130403 Verbaliza la realidad de la pérdida: 4
 - 130418 Comparte la pérdida con otros seres queridos: 5
 - 130420 Progresa a lo largo de las fases de la aflicción: 5
 - 130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro. 4
3. 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
 - Likert al inicio: 3-4
 - 260003 Afronta los problemas: 5
 - 260011 Establece prioridades: 4
 - 260019 Comparte responsabilidad en las tareas familiares: 5

-NIC:

1. 5270 Apoyo emocional
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ira, ansiedad o tristeza.
2. 5290 Facilitar el duelo.
 - Presencia.
 - Escucha activa.
 - Instruir en las fases del proceso de aflicción.
 - Fomentar la expresión de sentimientos sobre la pérdida.
3. 5310 Dar esperanza.
 - Evitar disfrazar la verdad.
 - Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
4. 5420 Apoyo espiritual.
 - Compartir la propia perspectiva espiritual.
 - Rezar con el individuo.
5. 5460 Contacto
 - Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional.
6. 7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño recién nacido.
 - Fomentar la paternidad.
7. 7140 Apoyo a la familia.
 - Favorecer una relación de confianza con la familia.

Problemas de Colaboración:

1. Parto con meconio.

-NIC:

- 3160 Aspiración de las vías aéreas.

2. Distress respiratorio del recién nacido.

-NIC:

- 3160 Aspiración de las vías aéreas.
- 6074 Resucitación: neonato.
- 7710 Colaboración con el médico.
- 8100 Derivación.

Problemas de Autonomía:

La gestante necesita suplencia parcial para deambular debido a su déficit grave de visión.

-NIC:

- 6480 Manejo ambiental.

Discusión

En cuanto a la *asistencia al parto de baja intervención* la mayoría de las actividades realizadas están avaladas por la evidencia disponible:⁴⁻⁶ plan de parto, creación de un entorno adecuado, libertad de movimientos, apoyo continuo durante el parto, pujos no dirigidos, episiotomía selectiva, auscultación intermitente, manejo activo parcial del alumbramiento. No así otras como la canalización profiláctica de una vía intravenosa, que se realizan en base a la prudencia pero sin evidencia firme.⁶

Observamos una actuación conflictiva a raíz de la *amniotomía*, cuando la matrona observa el líquido meconial. En primer lugar se plantea la duda acerca del momento ideal para la amniotomía, si es que hay que hacerla en vez de esperar a la ruptura espontánea de las membranas. En este caso la matrona hizo la amniotomía cuando quedaban unos instantes para el desprendimiento de la cabeza fetal ¿es esto conforme a la evidencia? En los últimos estudios, así como en los documentos de consenso que hemos citado antes, se concluye que la amniotomía precoz de rutina es una práctica que, teniendo riesgos, no ha demostrado aportar beneficios para la parturienta ni el recién nacido, es más, puede elevar el número de cesáreas.¹⁴ El problema que observamos es el que se ha presentado en este caso: Si no rompemos la bolsa amniótica ¿cómo detectar un meconio espeso? ¿sería adecuado hacer una amnioscopia en aquellos casos en los que vamos a prestar una asistencia de baja intervención sin amniotomía ni monitorización cardiaca fetal continua?

En segundo lugar está la duda que se le plantea a la matrona que, una vez realizada la amniotomía, detecta un líquido meconial. Según sus competencias profesionales¹⁵ (que la habilitan para la atención al parto normal) en ese momento debería haber avisado al médico para que este valorara la situación. Sin embargo, debido a la inminencia de la expulsión fetal y a la convicción de la matrona de que estaba poniendo todos los medios disponibles para afrontar la situación, decidió no avisar al Tocólogo. No entraremos a discutir si la actuación de este otro profesional habría introducido cambios en la atención a la parturienta o hubiera mejorado el resultado final. El hecho es que la matrona tenía la obligación legal de avisar y no lo hizo.¹⁶ No ocurrió lo mismo en el caso del Pediatra, que sí fue avisado por la matrona al observar esta el desarrollo anómalo de la adaptación extrauterina del recién nacido (respetando así el protocolo del HIE, que no incluye la presencia del Pediatra en todos los partos con líquido meconial, cosa que sí ocurre en otros hospitales).

En lo que respecta al manejo de la situación de aspiración de meconio por el recién nacido, la actuación de la matrona no fue conforme a la evidencia. Se ha demostrado en estudios recientes que la aspiración nasofaríngea y orofaríngea en el periné, e incluso la intubación y la aspiración intratraqueal del meconio, utilizadas de forma rutinaria, no son efectivas para la prevención del síndrome de aspiración meconial.^{17,18} Estas técnicas se consideran útiles en un número reducido de casos, atendiendo al "vigor" del recién nacido para decidir si se realizan o no, aunque está en discusión qué grado de "vigor" en el recién nacido haría necesaria su realización.¹⁹ En este caso no habría dado tiempo a realizar otra técnica que se está estudiando como medida preventiva para el Síndrome de Aspiración Meconial: la amnioinfusión (consistente en la introducción de suero fisiológico en la cavidad uterina con la intención de diluir el líquido amniótico meconial espeso), que ha demostrado ventajas en países en desarrollo²⁰ aunque no está totalmente clara su utilidad.²¹

En lo que respecta al duelo, se observa que la atención prestada en este caso por la matrona está dentro de lo que sería una atención estandarizada del duelo²² (en este caso, duelo anticipado), cuyo principal contenido es la creación de un entorno afectuoso empático. Sin embargo no hay evidencia de que esta atención genere un beneficio objetivo para la familia.^{10,23}

Como visión de conjunto podríamos observar que la actuación de la matrona en este caso responde a las nuevas tendencias dentro de la matronería, y en general de la asistencia sanitaria, que priman la autonomía del individuo y la familia, y esto, independientemente del resultado del parto, creemos que genera corresponsabilidad entre la familia y el profesional, mejorando la adaptación de ambos a las circunstancias. Valoramos como positiva la complejidad de la atención prestada en tan breve lapso de tiempo, y concretamente dos aspectos: la atención emocional destinada al duelo anticipado; y el entorno de atención de baja intervención durante el parto, que parece bien conseguido, aunque en este caso puede verse claramente que el parto es un proceso dinámico que no puede entenderse como parto normal hasta que ha terminado. Los problemas que surgen durante el mismo en este caso ponen de manifiesto cómo los profesionales debemos estar preparados para pasar de un nivel de asistencia a otro con rapidez, y que debemos revisar nuestras prácticas, como profesionales individuales y como equipos sanitarios, para adaptarlas a la evidencia disponible y mejorar así los resultados de salud en las personas a las que cuidamos.

No está en la intención de este artículo servir de modelo de una buena atención (al estilo de una Guía de Práctica Clínica), sino poner de relieve, a través del análisis de los factores que interaccionan en una situación real, la necesidad de evaluar nuestras prácticas cotidianas en función de la evidencia científica disponible y, en último término, de la consecución de resultados de salud.

Agradecimientos

Al Servicio de Tocoginecología del Hospital Infanta Elena, porque es un honor formar parte de un equipo magnífico; y a la

familia que protagoniza este caso, porque me han mostrado una humanidad invencible.

Bibliografía

1. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid, Octubre 2007. Disponible en: <<http://www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionPartoNormal.PDF>> [Acceso 01 Abril 2008].
2. Junta de Andalucía. Decreto de atención al niño hospitalizado. Disponible en: <<http://andaluciajunta.es/portal/boletines/2005/12/aj-bojaVerPagina-2005-12/0,22952,bi%253D699674226885,00.html>> [Acceso 01 Abril 2008].
3. Convenio entre el Ministerio de Sanidad y la Junta de Andalucía para la implantación de la Estrategia de Atención al parto normal. Disponible en: <<http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/21/pdfs/A04255-04257.pdf>> [Acceso 01 Abril 2008].
4. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía. Manual de competencias de la matrona (ME 1 10_00). Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2006.
5. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
6. SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto, Julio 2007. Disponible en: <http://www.sego.es/modules/webstructure/files/20070701_asistencias_parto.doc> [Acceso 01 Abril 2008].
7. Fox R, Pillai M, Porter H, Gill G. The management of late fetal death: a guide to comprehensive care. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:4-10.
8. Murray JA, Terry DJ, Vance JC, Battistutta D, Connolly Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. Death Studies 2000; 24(4):275-305.
9. Larson DG, Hoyt W. What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. Professional psychology: research and practice 2007; 38(4):347-55.
10. Flenady V, Wilson T. Apoyo a madres, padres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones. Madrid: Elsevier, 2006.
12. McCloskey J, Bulechek G. (eds.) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Ed. Madrid: Elsevier, 2005.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª Ed. Madrid: Elsevier, 2005.
14. Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
15. Soto Herrero V, Montoya Hernández C, De Mulder C, Sánchez Sánchez MD, Cánovas Cuenca C. Legislación y competencias profesionales. Enfermería Global [online]. 2008; 12: 1-4. Disponible en <<http://ftp.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/1041/1061>> [Acceso el 03/04/2008].
16. Vázquez López JE. Prueba Pericial. Cuad. med. forense. [online]. 2002 (28): 77-84. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-7606200200013&Ing=es&nrm=iso> [Acceso 01 Abril 2008].
17. Vain N, Szyld E, Prudent L, Wiswell T, Aguilar A, Vivas N. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. The Lancet. 2004; 364 (9434): 597-602.
18. Wiswell T, Gannon CM, Jacob J, Goldsmith L, Szyld E, Weiss K, et al. Delivery Room Management of the Apparently Vigorous Meconium-stained Neonate: Results of the Multicenter, International Collaborative Trial. Pediatrics. 2000; 105:1-7.
19. Keenan WJ. Recommendations for Management of the Child Born Through Meconium-Stained Amniotic Fluid. Pediatrics. 2004; 113: 133-134.
20. Hofmeyr GJ. Amniotomía para líquido amniótico teñido de meconio en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Das AK, Jana N, Dasgupta S, Samanta B. Intrapartum transcervical amniotomía para meconio-stained amniotic fluid. Int J Gynaecol Obstet. 2007; 97(3):182-6.
22. Cordero MA, Palacios P, Mena P, et al. Perspectivas actuales del duelo en el fallecimiento de un recién nacido. Rev. chil. pediatr. 2004; 75 (1): 67-74.
23. Chambers HM, Chan FY. Apoyo para mujeres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <<http://www.update-software.com>> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

