

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

N.º 6 - 3º TRIMESTRE, 1995



V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

«Declarado de interés sanitario»

*«La Cariñoterapia: un tratamiento necesario
en la atención materno - infantil»*

Santiago de Compostela
26, 27 y 28 de octubre de 1995



ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS



La acogida de «**Los Consejos de tu Matrona**» ha sido espectacular.

En este momento se han distribuido 125.000 ejemplares, con un cálculo de lectores de 3 a 4 por cada ejemplar.

No existe precedentes en este tipo de documento.

Por eso las matronas españolas podemos felicitarnos al poner en manos de las madres un instrumento educativo que sin duda repercutirá beneficiosamente para nuestro colectivo y para la educación maternal.

Actualmente se está imprimiendo nuestra 3ª edición.

V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

"La carñoterapia":
un tratamiento
necesario
en la atención
materno-infantil

ORGANIZA:



ASOCIACIÓN NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS

COLABORAN:



Asociación Sindical
Galega de Matronas



CONSELLERÍA DE FAMILIA,
MULLER E XUVENTUDE

SECRETARÍA DEL CONGRESO:



ULTRAMAR EXPRESS CONGRESS

Leganitos, 47 - 8ª planta

28013 MADRID

Tel. (91) 542 49 67 - Fax (91) 542 95 19

Santiago de Compostela 26-27-28 de octubre de 1995



REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº6 - 3º TRIMESTRE, 1995

STAF

Dirección

Mª Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

Ana Aguilá Gorges • Zaragoza
Teresa Cabrera • Madrid
Lucía Calderón • Madrid
Carmen Hernández • Canarias
Gloria Seguranyes • Cataluña
Adela Sánchez • Castilla-La Mancha
Ana Martínez • Valencia
Encarna Fdez. Zamudio • Andalucía
Carmen Fdez. Zamudio • Andalucía

Consejo de Administración

Junta Ejecutiva de la
Asociación Nacional de Matronas
Avda. Menéndez Pelayo, 93
Telf.: 501 05 09

Depósito Legal: M-19.000/83

Diseño, composición,
maquetación y fotomecánica:
Jolugo S.L.

Imprime: Tecnología Gráfica

Edita: Asociación Nacional
de Matronas

SUMARIO

PUNTO DE VISTA p.3

V CONGRESO NACIONAL p.4

SECCION CIENTIFICA

- Suelo Pélvico. Prevención
y recuperación p.8
- Protocolo de Visita Domiciliaria
Puerperal de Riesgo p.12
- Preparación Maternal durante
la Lactancia Materna p.15

CURSOS

- Anti-Stress p.17
- Reunión Científica
de matronas en Burgos p.18

ASOCIACION INFORMA

- Encuesta del Liason Comité Europeo.
Niveles de Actividad de Matronas
de la Unión Europea p.19

HISTORIA DE LA MATRONA p.29

CURIOSIDADES

- La Matrona y las publicaciones
Científicas p.34

LIBROS

- Manual Práctico para Matronas p.37

INTERNACIONAL

- Congreso de Oslo p.36



"Las mujeres dan a luz en el hospital, rodeadas por tres hombres: el médico, el marido y la comadrona, que actúa como otro hombre."
 Michel Odent

Hace años que leyendo a Odent encontré esta lapidaria afirmación que, nos deja en tan mal lugar. Pero mi aprecio por el autor, aún sin compartir su criterio, me obligó a reflexionar.

Es posible que, de alguna manera, nos parezcamos a los médicos, en algunas actitudes, básicamente masculinas, que podrían ser: el autoritarismo, el intervencionismo...

Yo no cuestiono las actitudes de otros profesionales, son las de algunas matronas las que me pueden preocupar. Que se conviertan en "minitocólogos". Que presten más atención al monitor que al estado emocional de la madre, durante el parto.

Nuestra profesión surge como un oficio, sagrado, de ayudar a otra mujer. Si toda nuestra ayuda la centramos en atender técnicamente muy bien, es mejor que busquemos otra actividad, en otro ambiente. Entre muy bien y excelente está la diferencia de hacer nuestro trabajo técnica y humanamente perfecto. ¡Es tan sencillo, estimular la secreción de endorfinas...!

Inevitablemente, después de estas líneas, me remito al lema del V-Congreso Nacional de Matronas: "La carinoterapia: un tratamiento necesario, en la atención materno-infantil.", que sólo pretende invitar a la reflexión y tal vez, excediéndome en mis competencias, pero con mucho respeto y cariño, hoy estoy dando un "toque de atención" a quien pueda interesar...

L. Angeles Rodríguez

V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Santiago de Compostela, 26, 27 y 28 de Octubre de 1995

“La Cariñoterapia: un tratamiento necesario en la atención materno-infantil”

PROGRAMA

Día 26

Entrega de documentación de 8.00 a 10.00 h.

10.30h. **Acto Inaugural** por la Excm. Sra. Conselleira de Familia, Mujer y Juventud de la Xunta de Galicia.

Discurso de bienvenida de la Ilma. Sra. Dña. Rosalina Celada Juan, presidenta del Congreso. Presentación del Congreso por Dña. M^a Angeles Rodríguez Rozalén.

12.00h. Santa Misa. Ofrenda al Santo de las Matronas de España con Botafumeiro.

13.30h. Cocktail de bienvenida en el Pazo de San Lorenzo de Trasouto.

I^a Mesa: Presidenta: Dña. M^a Dolores Viñas. Secretaria: Dña. Elisa Lodeiro Pérez.

16.00h. **Comunicación:** “Nuestro cariño en el parto. Interacción mujer-matrona.”
Dña. Concepción Marcos Belda.

16.15h. **Comunicación:** “Ideal maternal: fantasía o realidad”.
Dña. M^a Teresa Moreira Guldris.

16.30h. **Conferencia:** “Estreñimiento y embarazo”
D. Ignacio Romo.

PAUSA PARA CAFE

17.30h. **Conferencia:** “Diagnóstico prenatal”.
D. Vicente Goyanes Villaescusa.

18.10h. **Comunicación:** “Anestesia Epidural. Algunas consideraciones tras doce años de experiencia en Pamplona”.
Dña. Inmaculada Serrano.

18.25h. **Comunicación:** “Mujer, Diseño y Procreación”.
Dña. María Cortés Ramis.

18.40h. **Comunicación:** “Papel de la Matrona en la profilaxis y detección precoz del Estreptococo B-Hemolítico durante la gestación”.
Dña. Vicenta Gallardo Redondo.

18.55h. **Comunicación:** “Aplicación práctica del mapa de riesgo en el programa de la mujer”.
Dña. Fuensanta Sánchez Fernández.

19.10h. **Comunicación:** “Encuesta sobre hábitos nocivos y embarazo”.
Dña. Teresa Díez Fernández.

19.25h. **Comunicación:** “Contacto afectivo matrona-gestante en el trabajo de parto”.
Dña. M^a Luisa Gaitero Pascual.

19.40h. **Comunicación:** “Incidencia y mantenimiento de la lactancia materna en un pueblo de la comarca del Ferrol”.
Dña. Aurelia Vargas.

RUEGOS Y PREGUNTAS

Día 27

2ª Mesa: Presidenta: Dña. Elisa Leis Babio.

Secretaria: Dña. Hermelinda Estévez Rial.

09.00h. **Comunicación:** "Ritmicidad de los nacimientos y su repercusión en la clínica obstétrica".
Dña. Dolores Viñas Alvarez.

09.10h. **Comunicación:** "Incorporación del padre al proceso del parto".
Dña. Adela Eche de Lara.

09.20h. **Comunicación:** "Atención integral al climaterio y menopausia".
Dña. Ana Aguilá Gorgues.

09.30h. **Comunicación:** "Reacciones psicológicas de la madre. Papel de la Matrona".
Dña. Arantza Azcoaga Echeverría.

09.40h. **Mesa redonda: "El parto"**
Moderadora: Dña. Teresa Cabrera.
Domiciliario. Dña. Isabel García Carabantes.
Espontáneo. Dña. carmen Molinero Fraguas.
Medicalizado. Profesor Iglesias Diz.

PAUSA PARA CAFE

11.30h. **Comunicación:** "Estudio de las habilidades sociales en la profesión de Matrona".
Dña. Clara Moreno Llopis.

11.40h. **Ponencia:** "¿Se puede todavía parir en casa?".
Dña. Consuelo Ruíz Vélez-Frías.

12.00h. **Comunicación:** "Las creencias mágico-religiosas y su repercusión en la salud materno-infantil".
Dña. Ana Martínez Molina.

12.10h. **Comunicación:** "Madres adolescentes".
Dña. Mª Jesús Isla Orte.

12.20h. **Comunicación:** "Estudio de la lactancia natural en una unidad de educación maternal".
D. José Manuel Ruiz Plaza.

12.30h. **Comunicación:** "Prostaglandinas e inducción: Papel de las Matronas".
Dña. Mª Luz Otero Rey.

12.40h. **Ponencia:** "La responsabilidad penal-civil y las demandas. Un problema casi cotidiano".
Dña. Esperanza Barreiros.

RUEGOS Y PREGUNTAS

3ª Mesa: Presidenta: Dña. Yolanda Goyanes Carro.

Secretaria: Dña. Carmen García Urías.

16.00h. **Comunicación:** "Incidencia del embarazo no deseado en mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos. Estudio de casos".
Dña. Teresa Ortiz Martínez.

16.10h. **Comunicación:** "Estudio sobre la responsabilidad civil en la profesión de Matrona".
Dña. Beatriz Feliu Tatay.

16.20h. **Comunicación:** "Diagnóstico de salud de cáncer de cuello uterino en mujeres fértiles del área básica de Paracuellos del Jarama".
Dña. Paloma Herrero Sombría.

16.30h. **Poster:** "Hábitos de higiene buco-dental: estudio comparado entre mujeres de la Comunidad valenciana y gestantes del área de salud 19 de la Comunidad Valenciana".
D. Ignacio Romo.

16.40h. **Conferencia:** "Infecciones vaginales".
D. Santiago Palacios.

RUEGOS Y PREGUNTAS

PAUSA PARA CAFE

18.00h. **Ponencia:** "Anestesia Epidural en obstetricia".
Dña. Prudencia Rodríguez Bravo.

18.45h. **Comunicación:** "A propósito de los patrones sinusoidales".
Dña. Generosa Yañez Rezal.

RUEGOS Y PREGUNTAS

21.30h. **Cena:** Hogar de San Francisco.

Día 28

**4ª Mesa: Presidenta: Dña. Isaura Cedeira Rumbo.
Secretaria: Dña. Elia Rodríguez Tena.**

09.00h. **Comunicación:** "Método de preparación psico-física, simplificado, para el trabajo de parto a gestantes del hospital base Goyeneche".
Dña. Lupe Urania Endara Sánchez.

09.10h. **Comunicación:** "Una investigación sobre sexualidad en el embarazo y postparto".
Dña. Isabel Orbara González de Galdeano.

09.20h. **Comunicación:** "La salud puede ser divertida".
Dña. Ana Mª García Parra.

09.30h. **Comunicación:** "Futuras implicaciones en la asistencia ginecológica".
Dña. Juana Macías.

09.40h. **Comunicación:** "Cambios de actitudes en el embarazo, parto postparto. Aplicación de técnicas psico-terapéuticas en Educación Maternal".
Dña. Isabel Castelló López.

09.50h. **Comunicación:** "¿Por qué eligen la Especialidad de Matrona los alumnos de la unidad docente de Matronas de Cataluña?".
Dña. Carmen González Moreno.

10.00h. **Comunicación:** "Identificando cómo aprendemos".
Dña. Helena Viñas Llebot.

10.10h. **Comunicación:** "Persistencia del Cordón Umbilical según el tipo de cura".
Dña. Josefa Verdeguer Furió.

10.20h. **Comunicación:** "Efectividad de la preparación al parto".
Dña. Filomena Calleja López.

10.30h. **Comunicación:** "Carta abierta a una Matrona".
Dña. Jena Mª Fernández Campoamor.

10.40h. **Poster:** "La lactancia materna como vehículo favorecedor".
Dña. Lourdes Sevilla Miguélez.

10.50h. **Comunicación:** "Aprendiendo a ser padres".
Dña. María González Suárez.

PAUSA PARA CAFE

11.30h. **Ponencia:** "Trayectoria de las unidades docentes para la formación de Matronas".
Ilma. Sra. Dña. Emilia Sánchez Chamorro.
(Subdirectora General de Ordenación y Recursos del Ministerio de Sanidad y Consumo).

Mesa Redonda: Alumnos de todas las U.D.
Moderadora: Dña. Mª Angeles Rodríguez Rozalén. (Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, matrona).
Profesoras.
Responsables de unidades docentes.

13.00h. **Poster:** "Opciones en la aplicación de suturas orgánicas y sintéticas".
Dña. Carmen Ruiz Vidoy.

13.10h. **Poster:** "Trabajando con madres y recién nacidos".
Dña. Carmen Ruiz Vidoy.

13.20h. **Poster:** "Preparación y participación de los padres en el nacimiento de su hijo".
Dña. Mª Jesús Agudo Tirado.

13.30h. **Vídeo:** "Programa de natación prenatal".
Dña. Rosalina Celada Juan.

13.50h. **Acto de clausura.**
Por el Excmo. Sr. Conselleiro de Sanidad y Servicios Sociales de la Xunta de Galicia.
Presentación de la reunión científica de la Asociación para 1996.

SUELO PÉLVICO

ESTUDIO DE PREVENCIÓN Y RECUPERACIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

«Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas». Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo, 1994».

CONCEPCIÓN MARCOS BELDA

Hospital Universitario del Mar, Barcelona

SUELO PÉLVICO

Llamado también «plataforma pélvica», es una poderosa formación músculo-aponeurótica, que se extiende transversalmente a nivel de la baja pelvis, cumpliendo funciones de sostén, de fijación y, de orientación del canal blando genital.

Estos músculos ocupan el espacio perineal desde la sínfisis púbica al coxis, y desde una tuberosidad isquiática a la otra.

Su capa más superficial es la piel, de un color oscuro y especialmente elástica. Debajo de ésta hay tres planos musculares superpuestos, cada uno de ellos está recubierto por una aponeurosis.

I PLANO SUPERFICIAL

7 Músculos

- 2 Bulbocavernosos
- 2 Transversos superficial del periné
- 2 Isquiocavernosos
- 1 Esfínter externo del ano.

II PLANO

2 Músculos

- Transverso profundo
- Esfínter externo de la uretra.

III PLANO

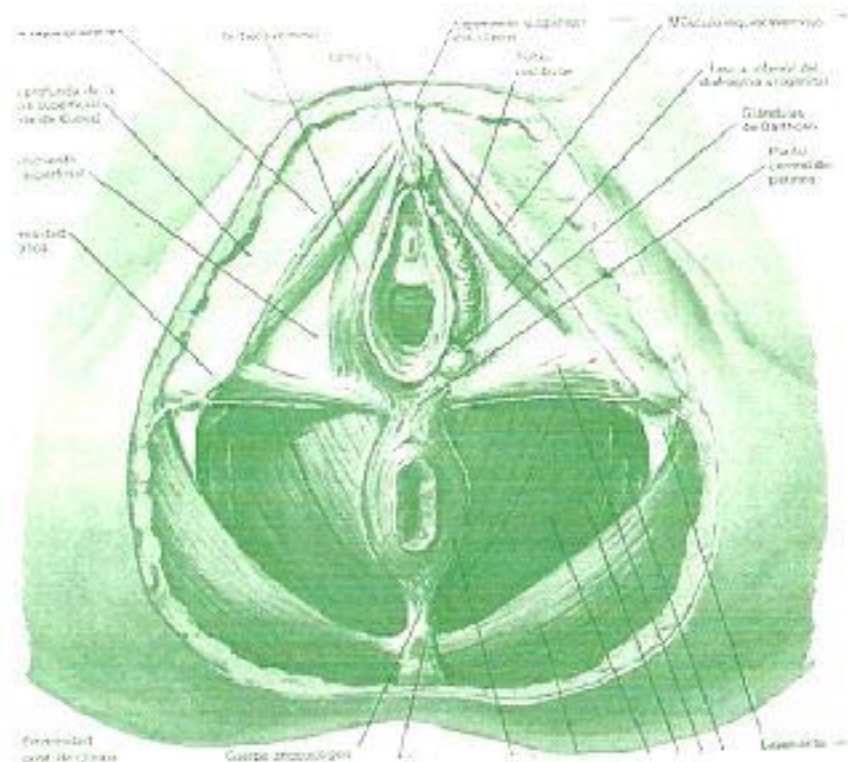
1 Músculo

- El elevador del ano con sus haces en forma de abanico.

Este suelo pelviano lo podemos analizar para su mejor comprensión didáctica como si se tratara de dos hojas o láminas fibromusculares que con un origen en las paredes laterales de la pelvis ósea se dirigen hacia la línea media de la superficie pelviana menor, donde convergen y se encuentran formando un Rafe o núcleo central tendinoso. Este núcleo tiene una gran importancia como punto de resistencia y sujeción.

Es este Rafe se abren tres orificios o ventanas que corresponden al paso de las porciones terminales del tubo urinario (uréter), del tubo genital (vagina), y del tubo digestivo (recto).

Se pueden diferenciar dos niveles o pisos formando los dos diagramas, pelviano y perineal, constituidos por grupos de fibras musculares estriadas inervadas por el sistema nervioso cerebroespinal y, por lo tanto, de contracción voluntaria. (Base científica del ejercicio Kegel).



Tienen una función especial en determinados momentos de la biohistoria fisiológica y funcional de la mujer como son los de trabajo de parto, el coito y la defecación.

La función del diafragma pelviano es la de sostén, suspensión y fijación de los órganos genitales internos, de los urinarios terminales y de los rectales. En el trabajo

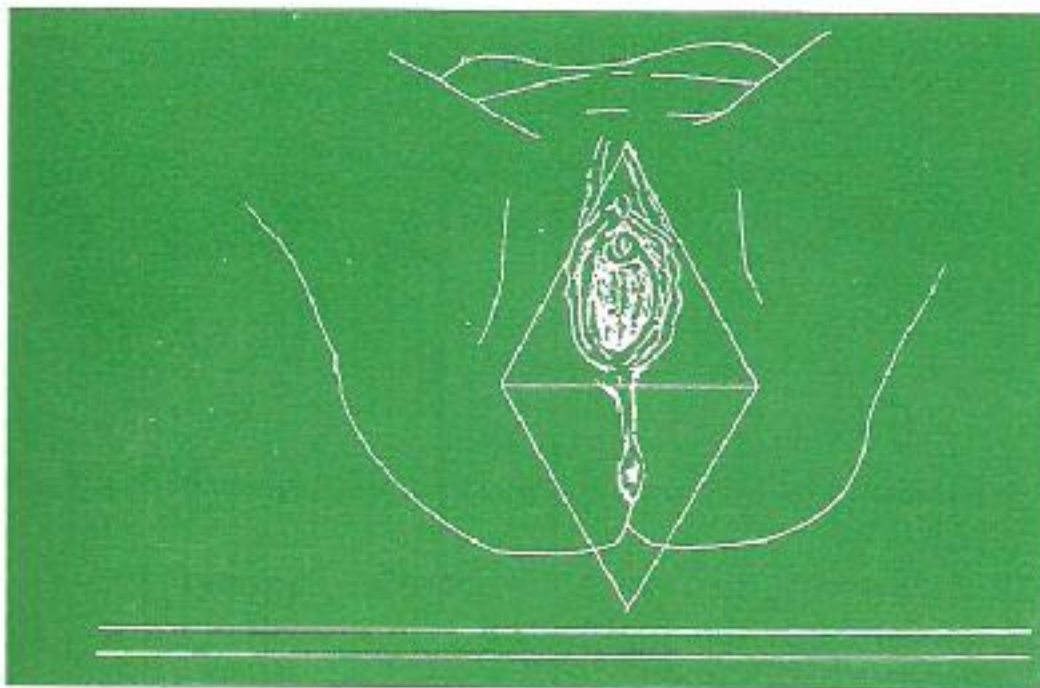
de parto guía a la presentación fetal, modera su descenso y orienta su rotación en estrecho medio inferior. Facilita y favorece, además, el papel activo vaginal en el momento del coito, al potenciar la contracción intermitente de ese tubo genital.

En obstetricia entendemos por Periné al conjunto de todas las partes blandas situadas por debajo del diafragma pelviano. Tiene forma de rombo, o mejor, de dos triángulos adosados en su base con cuatro ángulos: uno anterior o pubiano, otro posterior o coxígeo; y dos laterales o isquiáticos.

Presenta dos ejes: uno anteroposterior o subcoxígeo, y otro transversal o bisquiático.

Queda dividido pues el periné en dos triángulos:

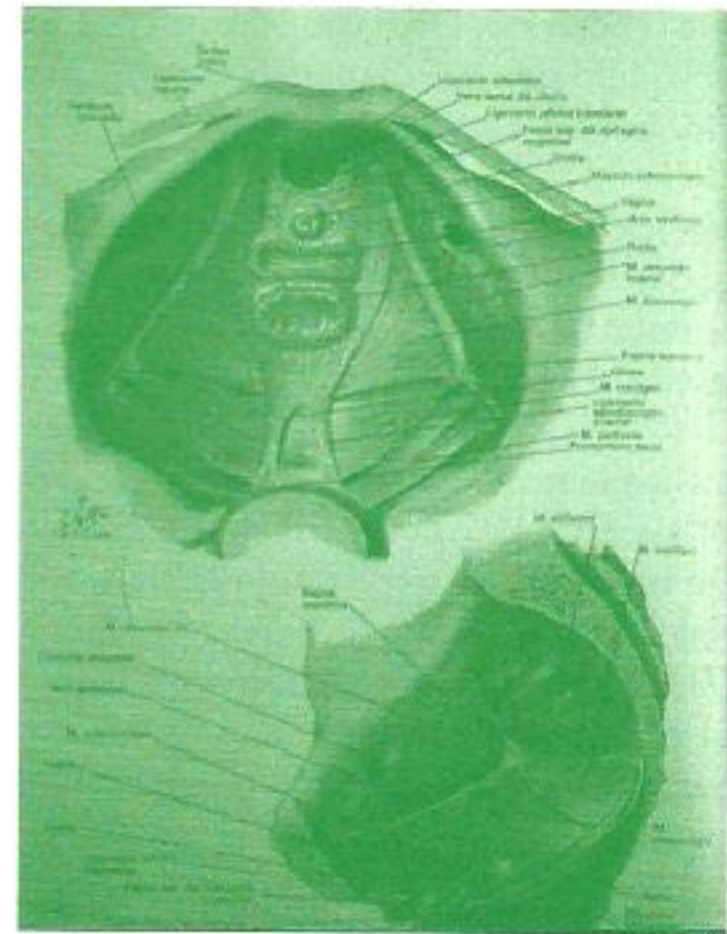
a) Una región anterior urogenital atravesada por la uretra y la vagina y su terminación vulvar en la piel. Comprende:



- Órganos eréctiles (bulbocavernosos y cuerpos cavernosos del clítoris).
- Glándulas vestibulares (de Skene y Bartholino)
- Músculos isquiocavernosos, bulbocavernosos, constrictor de la vulva, transverso superficiales y profundos y esfínter externo de la uretra.
- Vasos y nervios (ramas del nervio pudendo interno, venas y arterias pudendas internas).
- Tejido graso en gran cantidad y vasos linfáticos.
- Multitud de terminaciones y receptores sensitivos.

b) Otra región posterior anal atravesada por el recto y terminada en el ano en piel. comprende:

- El esfínter externo del ano.
- Las fosas isquiorrectales que son dos áreas o superficies laterales limitadas por los músculos elevadores del ano, el transverso profundo, el obturador interno. Se comunican entre sí por la cara posterior del recto-ano. Están básicamente constituidas por tejido graso y por los paquetes vasculonerviosos de los pudendos y hemorroidales. Es el lugar de formación de los grandes hematomas del postparto.



Terminamos esta descripción anatómica con el marco externo de los genitales femeninos. Se describen:

- El monte de Venus
- La formación clitoridea
- El orificio uretral
- Las glándulas de Skene
- Las formaciones esponjosas eréctiles
- Las glándulas de Bartholino
- Los labios menores
- Los labios mayores
- La horquilla vulvar posterior
- El Rafe medio perineal ano-vulvar
- El ano
- El espacio o rafe anocoxígeo
- La piel, el vello y las terminaciones y receptores sensitivas o neurosensitivas de esta amplia región
- El surco labial externo o límite exterior de toda esa zona que se continúa con el muslo.

La episiotomía en la región ano-perineal posterior afecta los siguientes músculos:

- Bulbocavernoso
- Elevador del ano en su inserción ileocoxígea
- Transverso profundo del periné
- Esfínter interno del ano.

En las grandes episiotomías y en las prolongaciones y desgarras se puede afectar el esfínter externo del ano, e incluso, los músculos glúteos.

Conocer la anatomía del periné y su fisiopatología es imprescindible en el estudio de prevención y recuperación del suelo pélvico.

En un futuro la aplicación de estas técnicas pueden

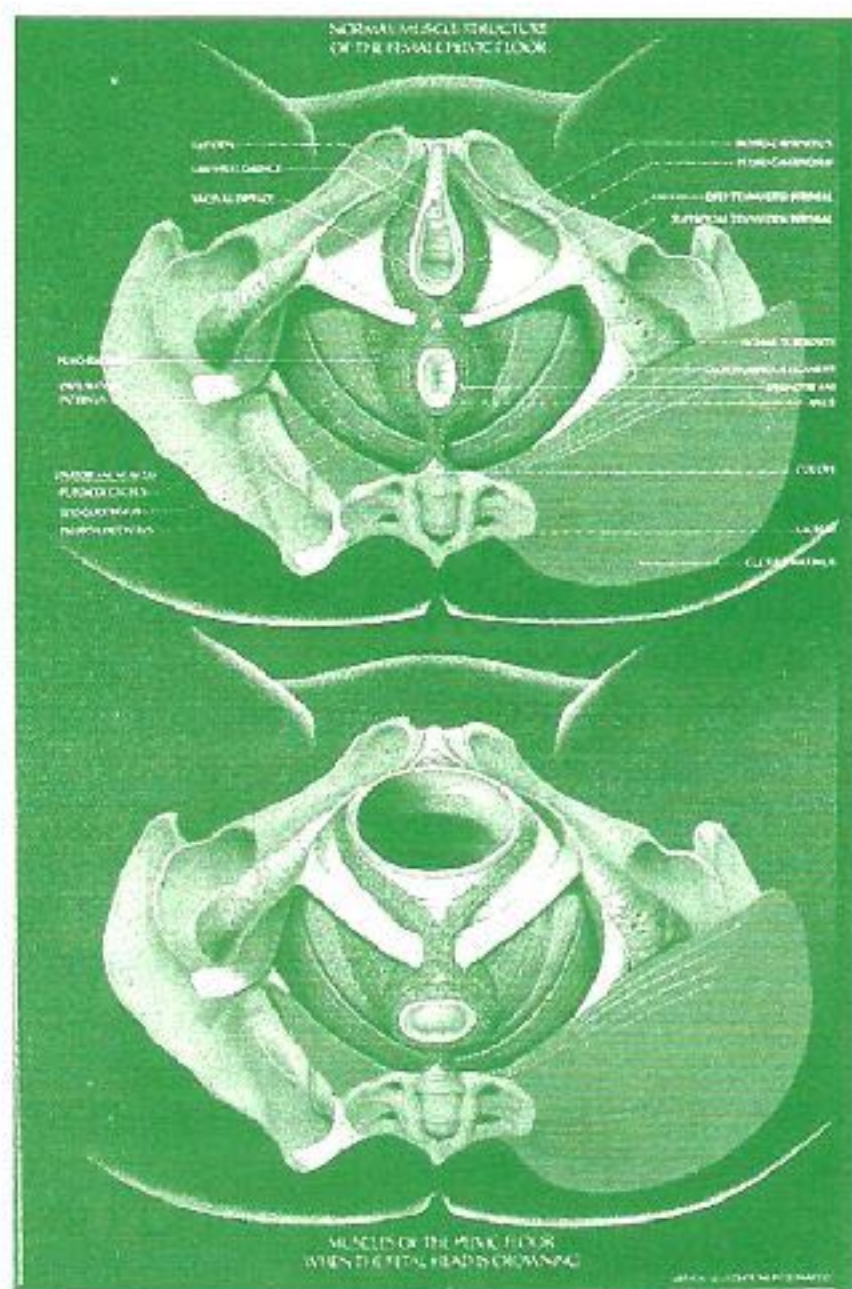
ayudar a encontrar soluciones a trastornos y disfunciones del suelo pélvico después del parto, abriendo nuevos horizontes a las matronas.

La prevención supone un plan de cuidados:

- Acciones de educación sanitaria
- Acciones de refuerzo psicosocial
- Entrenamiento.

El entrenamiento durante la última parte del embarazo consiste en la práctica diaria de ejercicios circulatorios, de balanceo, de postura de Loto, posición de gallina, Kegel.

Posición de gallina: de pie, apoyando la espalda en la pared, bajar la pelvis soplando separando al máximo las rodillas; subir en la inspiración manteniendo la vertical.

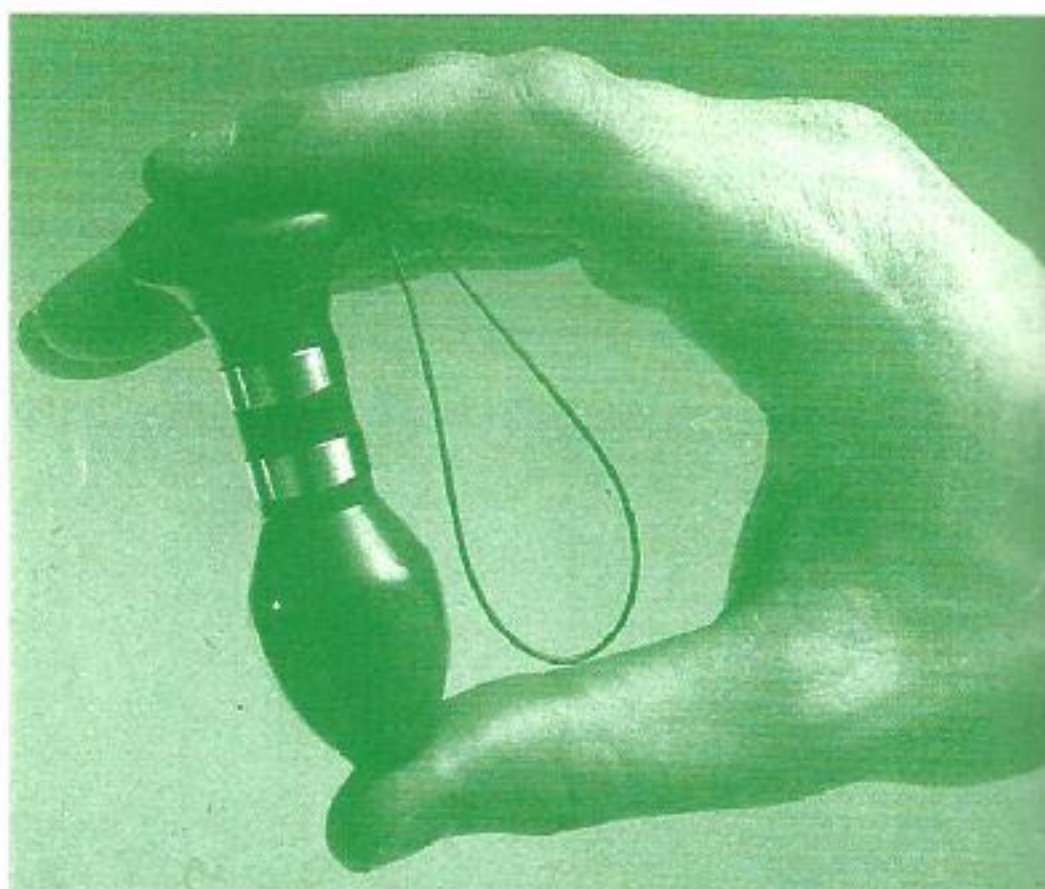


Músculo que se contrae en el ejercicio Kegel.

Ejercicio de Kegel: contracción mantenida durante 5 segundos, en inspiración, seguida de una relajación equivalente, en espiración, de los músculos que forman el suelo pélvico. Forman un 8 alrededor del ano, vagina y uretra. Debe repetirse en series de 10 y tres veces al día. Después del parto el ejercicio Kegel se realiza de modo más progresivo: la contracción se potencia y mantiene hacia el interior de la vagina, tratando de abarcar todo el diafragma perineal.

La recuperación supone: Entrenamiento, valoración y control.

El entrenamiento consiste principalmente en el ejercicio kegel y el «Stop-pipí», éste último sólo una vez al día para comprobar la efectividad del anterior. Puede ocurrir a veces una inversión no controlada de la contracción. De aquí la importancia de una enseñanza y entrenamiento personalizado y una valoración del ejercicio por la matrona.



La valoración se realiza mediante el «testing» y se comprueba con el perineómetro.

El control se realiza a las 8 semanas después del parto.

Si la recuperación ha sido positiva, se pueden hacer además los ejercicios posteriores al parto incluyendo los abdominales.

Sabemos actualmente que la contracción de los músculos abdominales tiene un efecto de antagonismo de los músculos perineales. Por ello, se aconseja con prioridad la recuperación del Suelo Pélvico.

Si la recuperación ha sido negativa o inferior a lo normal se aconseja la recuperación perineal asistida que, se basa en un programa de Bio-feedback y electro estimulación mediante electrodos que se pueden introducir tanto en vagina como en recto. Para potenciar el tratamiento se utilizan los conos.

Si existe problema de incontinencia se deriva a la paciente al departamento de Urodinamia. Después de este estudio podemos colaborar en el programa de recuperación de la incontinencia. Por último, recordar los beneficios que puede aportar esta recuperación del suelo pélvico para la consecución de unas relaciones sexuales plenas y satisfactorias.

H PARIDAD:.....

AÑO	T.PARTO	ANESTESIA	PUERPERIO	LACTANCIA	P.CEF.PESO	EPISIOTOMIA	OBSERVACION
1							
2							
3							
4							
5							
6							

I HABITOS: -Alimentarios: 1 buenos 2 regulares 3 malos
 -Higienicas : 1 buenos 2 regulares 3 malos
 -Tóxicos: Tabaco 1 si 2 no N° cig./día...
 Alcohol 1 si 2 no Especificar...
 Otras 1 si 2 no Especificar...
 -Sexuales: Pareja estable 1 si 2 no
 Otras 1 si 2 no Especificar...
 Satisfacción sexual 1 si 2 no Especificar...
 Contracepción 1 si 2 no Especificar...
 -Intestinales: 1 buenos 2 regulares 3 malos
 -Deportivos : 1 si 2 no Especificar:.....

J GESTACION ACTUAL F.U.R.Test de embarazo positivo a lassem.
 1ª Visita de este embarazo.....1ºmovimientos fetales a lassem.
 Observaciones: (flujo, incontinencia, metrorragias primer trimestre,etc.):
 1 si 2 no Especificar.....

K POST PARTO: Ejercicios recuperación S.Pélvico: 1 si 2 no Especificar...
 Exploración : Biotipo...
 Exploración Ginecológica : Vulva 1 abierta 2 cerrada
 Distribución pelo 1 normal 2 anormal
 Trofismo 1 normal 2 anormal
 Tacto vaginal (testing)
 0 nulo
 1 bajo
 2 regular
 3 aceptable
 4 óptimo

DIAGNOSTICO:

PLAN DE CUIDADOS: Charla general en grupos 1 si 2 no
 Educación sanitaria individual: 1 si 2 no
 Entrenamiento físico: 1 si 2 no Especificar.....
 Refuerzo Psicosocial: 1 si 2 no Especificar.....

SEGUIMIENTO

Próxima visita: Valoración 1 buena 2 regular 3 mala

CONTROL: Ha asumido el tratamiento y lo sigue: 1 si 2 no
 Estado actual: 1 igual que antes
 2 mejor
 3 peor

ESTUDIO DEL SUELO PELVICO

ANAMNESIS		Nº	FECHA
Nombre y apellidos:		Matrona:	
A Edad cronológica biológica	Apariencia o Aspecto 1 mayor 2 acorde 3 menor		
B Estado Civil: 0 Soltera 1 Casada 2 Viuda 3 Separada 4 Divorciada 5 Otras	Nivel educativo: 0 Analfabeta 1 Sabe leer y escribir 2 E.Básica General 3 Grado medio 4 Superior		
C Origen: Inmigrada 1 si 2 no	Tiempo en Cataluña: 0 menos de 1 año 1 de 1 a 3 años 2 más de 3 años		
Factores o hábitos determinantes a la hora del proceso 1 si ¿cousles?..... 2 no			
D Ocupación:	Profesión:		
E ANTECEDENTES PERSONALES			
Enfermedades 1 si 2 no Especificar...			
Accidentes 1 si 2 no Especificar...			
Alergias 1 si 2 no Especificar...			
Intervenciones quirúrgicas 1 si 2 no Especificar...			
Inicio del gateo a los ...meses			
Inicio deambulacion a los... meses			
Desarrollo físico : 1 regular 2 bueno			
Desarrollo psico-motor : 1 regular 2 bueno			
Cambios ponderales bruscos : 1 si 2 no			
F Tipología: peso antes gestación... a término... post-parto...	Talla: antes... post-parto...		
Tipo biológico: 1 atlético 2 pícnico 3 normal			
G Menarquia:... años	fórmula ciclo menstrual.../....		

PROTOCOLO DE LA VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL DE RIESGO

«Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas. Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo. 1994»

ANGELA TORRES DIAZ

MERCEDES VILLALOBOS BRAVO

Centro Salud Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

INTRODUCCION

El puerperio ha sido desde muy antiguo un periodo en el cual la figura de la Matrona ha estado siempre presente, el parto era normalmente en el domicilio y la "partera", comadrona o matrona, asistía a él profesionalmente en la mayoría de ellos, y por supuesto, continuaba el puerperio de la mujer en el domicilio visitándola periódicamente y atendiendo no solo a la madre, sino también a su hijo.

Los cambios producidos en Nuestra Sociedad, en los últimos años, tanto socio-económicos como el gran avance tecnológico, han obligado a gobiernos y a profesionales a replantearse las políticas sanitarias y las distintas funciones profesionales a fin de conseguir una mejor calidad de vida.

La intención de este trabajo es analizar la atención sanitaria en aquellos grupos de mujeres que, por situaciones sociales y/o características personales, se incluyen en los denominados grupos marginales.

En cada sociedad existen comunidades, familias, individuos, con más probabilidades que otras de sufrir problemas de salud.

Son especialmente vulnerables, por condiciones socio-económicas y por el bajo nivel de salud que disfrutan, ambas potencialmente mejorables. Su fragilidad se atribuye a ciertas características genéticas, ambientales, físicas y psicosociales y a desigualdad en el acceso a recursos sociales y sanitarios.

En nuestras grandes ciudades las condiciones de desigualdad social y sanitaria producen la convivencia de dos patrones epidemiológicos, uno que existe en los países desarrollados, y conviviendo con él existe otro pequeño grupo de población donde confluyen características socio-culturales de menor nivel, antecedentes de emigraciones externa e interna, emigración rural y urbana, procedencia de minorías étnicas y personas procedentes del desempleo crónico.

Esto va a producir un patrón epidemiológico del sub-desarrollo, alta tasa de abortos, enfermedades perinatales y mayor tasa de morbilidad en el Puerperio.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención integral a aquellos grupos de mujeres con más necesidades, de nuestra zona básica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Mejorar la calidad de la atención sanitaria durante el puerperio de riesgo, tanto de la madre como del recién nacido

2.- Disminuir la mortalidad materna y del recién nacido durante este periodo.

3.- Brindar educación sanitaria a la puérpera y su familia.

4.- Valorar el medio en el que se encuentran inmersos la mujer y el niño.

ACTIVIDADES

Según estos objetivos se realizarán las siguientes actividades:

Para los objetivos N° 1, 2, y 3 son las siguientes:

1.- CAPTACIÓN DE PUÉRPERAS:

– Para favorecer la captación se realizará educación sanitaria en todas las visitas prenatales, transmitiéndole la necesidad de que se comuniquen con la matrona tras el parto.

– Recogida semanal de los listados de la zona del programa de metabolopatías. (Enviado por la Gerencia Provincial).

– Información a las familias susceptibles de control sobre los servicios de atención puerperales y atención al recién nacido que realiza la Matrona mediante folletos, carteles, charlas, etc.

– Contar con la colaboración de mujeres de riesgo que pasaron por el programa como Agentes de Salud, implicándolas en la Captación dentro de su vecindario.

– Captación mediante consulta de trabajo Social de mujeres embarazadas en situación de riesgo.

– Implicación de todos los miembros del E.B.A.P. en la captación: enfermería, administrativos, celadores, etc...

2.- CITACIÓN DE LA PUÉRPERA

Mediante contacto telefónico, si es posible, o aviso por parte de un familiar o conocido, o en su defecto mediante carta.

3.- VISITA DOMICILIARIA

Conjunta de Matrona y Trabajadora Social.

Se aconseja se realice antes de los siete primeros días y siempre antes de los 15 días posteriores al parto, para:

–Controlar la evolución del puerperio y del estado del Recién Nacido.

–Educación sanitaria, información; reforzar hábitos y conductas para la correcta atención del Recién Nacido y del Puerperio.

–Apoyo a la lactancia natural, incluso en grupos post-parto.

–Elaborar plan de cuidados.

–Establecer las citas necesarias; incluso en el subprograma de Control del Niño Sano y Planificación Familiar, si la mujer lo desea.

–En caso de que el profesional que haga la visita encuentre cualquier anomalía, proceder a la derivación pertinente: Urgencias, Médico de Familia, Pediatra, Enfermería, etc...

–El número de visitas a domicilio se podrá aumentar a juicio de quien realice este control, en función de las características de cada caso.

Para el objetivo N° 4 son las siguientes actividades:

–Realizar un estudio social de las puerperas de la zona.

–Elaborar los mapas de riesgo y distribución

de mujeres en

edad fértil por núcleo de población (Anexo 1 y 2), y diagnóstico de salud de los núcleos de riesgo.

–Valoración del medio físico y social, características geográficas, culturales, de la vivienda...

–Informar en el domicilio sobre recursos sociales disponibles y llevar a cabo tratamiento social en los casos que lo requiera.

–Composición y características del grupo familiar: número de miembros de la familia, grado de instrucción, ingresos.

EVALUACIÓN

La nueva estrategia de salud Materno-Infantil, basada en el enfoque de riesgo, debe ser evaluada para determinar su efectividad.



Anexo 1

Esta vez vista la uniformidad de la zona, se analizaron los datos totales de la zona de 1992, asignándose a cada núcleo su proporción correspondiente, distribuyendo la sección 1 entre los otros sectores.

SECCION EDAD	SECCION 1-2	SECCION 3	SECCION 4	TOTAL
14-20	248	248	145	592
21-25	312	312	166	790
26-30	291	290	155	736
31-35	210	217	116	543
36-40	195	195	104	494
41-45	197	196	108	491
TOTAL	1483	1477	788	3748

Anexo 2

Son importantes los datos fundamentales reunidos con anterioridad a la intervención, a manera de información mínima que refleje las condiciones de salud en la población materno-infantil de las zonas marginales antes de la puesta en marcha de nuestro protocolo (Mapa de Riesgo, distribución de mujeres por núcleos y diagnóstico de salud de nuestra zona).

Los datos necesarios para la evaluación se obtiene de:

- Los registros del subprograma de atención al puerperio.
- Estadísticas rutinarias de atención al puerperio (Anexo 4).
- Evaluación continua de grupos de mujeres mediante entrevistas.

ANEXO 3

CRITERIOS DE RIESGO SUSCEPTIBLES EN EL PROTOCOLO

- PUERPERAS ADOLESCENTES
- TOXICOMANIA
- ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS EN LA PUERPERA Y/O CONVIVIENTES
- BAJO NIVEL DE INSTRUCCION
- PROBLEMAS ECONOMICOS:
 - BAJO NIVEL ECONOMICO
 - MALA ADMINISTRACION ECONOMICA
- MALOS TRATOS
- PROSTITUCION
- PROBLEMAS FAMILIARES:
 - RECHAZO
 - CONFLICTO DE PAREJA
 - ABANDONO
 - CARENCIA DE FAMILIA
- ENFERMEDAD MENTAL
- DELINCUENCIA
- PROBLEMAS DE VIVIENDA
 - HACINAMIENTO
 - DESHAUCIO
 - INSALUBRIDAD AMBIENTAL
 - CARENCIA DE VIVIENDA
- MINUSVALIAS
- CARENCIA DE COBERTURA SANITARIA
- PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS
 - FALTA DE D.N.I.
 - PROBLEMAS CON LA RED ASISTENCIAL
 - NO INSCRIPCION EN REGISTRO CIVIL
- DESARRAIGO SOCIAL
- MINORIAS ETNICAS
- PROBLEMAS LABORALES

PROGRAMA DE SALUD			
VISITA PUERPERAL	MES		AÑO
C. SALUD TRINIDAD-JESUS CAUTIVO	Domicilio	Consultas	Total
Primeras visitas			
En los primeros 15 días			
Revisiones			
Nº de mujeres que inician lactancia materna			
Total derivaciones realizadas			
Madre			
Recién nacido			
Observaciones:			

Anexo 4

La evaluación de las actividades sobre puerperio de riesgo se basan en dos puntos:

- 1.- Valoración en cada visita de los objetivos marcados para el protocolo y seguimiento.
- 2.- Control anual de las actividades:

- Número total de visitas puerperales de riesgo.
- Número total de visitas en los primeros 15 días después del parto.

Se seleccionaron indicadores sintéticos que cuantificaron los datos:

INDICADOR DE COBERTURA GENERAL:

$$\frac{\text{Número total de visitas puerperales de riesgo}}{\text{Número total de nacidos vivos de la zona de riesgo}} \times 10^2$$

INDICADOR DE COBERTURA EFICAZ:

$$\frac{\text{Número total de visitas hasta los 15 días}}{\text{Número total de visitas de riesgo}} \times 10^2$$

INDICADOR SINTETICO DE RIESGO SOCIAL DEL PROGRAMA DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:

$$\frac{\text{Número de controles puerperales en embarazos de riesgo}}{\text{Número de embarazos de riesgo social}} \times 10^1$$

CONCLUSIONES

La colaboración entre la Matrona y la Trabajadora Social en la elaboración de este protocolo, ha hecho que nuestra atención a la mujer sea más integral, asegurando reducir las desigualdades ante la salud entre los grupos de puerperas más vulnerables dentro de nuestra misma zona básica.

Málaga, 18 de Abril de 1994

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, (Organización Panamericana de la Salud), Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1986.
- 2.- Introducción al trabajo de la Matrona en atención primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. 1989.
- 3.- La salud de las mujeres en atención primaria. Serie Sanidad Pública (año 1991). Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública.

REPERCUSION DE LA PREPARACION MATERNAL DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

«Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas. Madrid 4, 5 y 6 de Mayo, 1994»

DOLORES VIÑAS ALVAREZ

CARMEN IGLESIAS VILAS

Hospital General de Galicia

INTRODUCCION

La lactancia forma parte del proceso reproductivo de los mamíferos, del mismo modo que las mamas forman parte del aparato reproductor. En la mayoría de las especies de mamíferos, la incapacidad para establecer la lactancia, significa incapacidad reproductiva. En la especie humana más sofisticada, existen numerosos sucedáneos de la lactancia materna y es deseable que dichos productos sean lo más perfectos posible para facilitar el desarrollo de los niños cuyas madres no pueden lactar. Pero ello no debe significar el abandono de un proceso fisiológico que ningún sucedáneo puede igualar.

Hasta hace relativamente poco la supervivencia de la humanidad dependía totalmente de una correcta alimentación materna. Después de la II Guerra Mundial la alimentación materna se hizo menos popular disminuyendo la proporción de mujeres que deseaban alimentar al pecho a sus hijos, así como la duración de la alimentación materna.

No se trata tan sólo de valorar la composición química de la leche materna con respecto a diferentes sucedáneos del mercado. Es además la influencia psicológica y el establecimiento de las relaciones afectivas entre la madre y el hijo lo que se pierde con la lactancia artificial.

Generalmente falta en el período antenatal el mensaje positivo y repetido a la madre a favor de la lactancia, mensaje que debe ser reforzado en los primeros días después del nacimiento, puesto que es cuando surgen las dificultades y el factor emocional materno está más dispuesto a dejarse llevar por la idea de alimentar a su hijo con el biberón. Este es el caballo de batalla diario de la comadrona.

Dicha invitación al establecimiento de la lactancia materna debería producirse en el primer contacto de la gestante con la matrona que se encargará de los cuidados prenatales y en este sentido los recursos de preparación maternal cumplen esta función, pues mayormente se refuerza dicha actitud positiva hacia la lactancia, debido al estrecho contacto que se establece y a una información exhaustiva de las ventajas e inconvenientes técnicos que pudieran surgir en el momento del inicio de la alimentación del recién nacido.

En este sentido nuestro trabajo aporta diferencias significativas que demuestran el beneficioso efecto que supone la información, para reforzar la actitud positiva ante el momento del inicio y/o mantenimiento de la lactancia y así optar por el sistema aún no superado por los mejores sucedáneos comercializados: *la lactancia materna*.

MATERIAL Y METODOS

Muestra de 360 madres lactantes de procedencia rural, que viven en su mayoría en medio urbano y cuyo nivel cultural puede catalogarse como medio/alto.

Tanto las condiciones de vivienda como los hábitos higiénicos sanitarios pueden considerarse como óptimos.

Es de destacar que todas las entrevistadas trabajan fuera del hogar, circunstancia que obliga a suspender la lactancia a los cuatro meses (por la incorporación a su puesto de trabajo), aunque más de la mitad siguieron con la lactancia mixta que en ocasiones llegó a superar los catorce meses.

METODO

Para la recogida de datos, se utilizó un formulario de respuestas simple. Obteniéndose un 82,7% de formularios adecuadamente cumplimentados en las madres lactantes entrevistadas.

RESULTADOS

Del total de las entrevistas un 66,1% asistieron a un curso de preparación maternal.

El 68% de las pacientes limpiaron durante los últimos tres meses de gestación el pezón con agua y jabón neutro. Al mismo tiempo, efectuaban un masaje circular con una brocha suave, aplicándose posteriormente una crema protectora. Durante la lactancia y previamente a la tetada, limpieza del pezón con agua hervida y gasa estéril; para proteger el pezón del contacto con el sujetador.

El 29,9% de los casos lo limpiaron durante el embarazo con alcohol 70° y con agua durante la lactancia.

El 2% restante no utilizó método de limpieza alguno, pero lo estimularon manualmente.

Con respecto a la configuración anatómica del pezón, se puede subrayar que el 79,1% tenían el pezón normal.

El 14,1% de las pacientes con pezón normal, utilizaron un sacaleches manual durante los primeros días de la lactancia (entre 5 y 7 días), evidenciándose mastalgias en el 1,2% de las mismas.

El 5,7% utilizaron una pezonera de silicona entre los 2 y 20 primeros días, destacando la presencia de mastitis que no requirieron médico-quirúrgico en el 0,6% de los casos. Pero sí la consulta a la matrona.

El pezón plano se evidencia en un 16,7% de la cuales un 48,4% utilizaron sacaleches entre 5 y 7 días y pezonera de silicona un 51,5% de las mismas durante un tiempo que oscila entre los 2 y 120 días que duró la lactancia, evidenciándose mastalgias entre el 9% de los casos, necesitando simplemente tratamiento sintomático.

El 4% del total tenían el pezón invertido, utilizando pezonera durante toda la lactancia entre 90 y 180 días. Durante la misma sólo se objetivaron trastornos de tipo cutáneo.

Destacaremos que las pacientes con pezón normal, amamantaron durante un periodo de tiempo que oscila entre los 5 y 14 meses.

Del 33% de las pacientes que no asistieron al curso de preparación maternal, el 5,9% tenían el pezón invertido y utilizaron de forma convenida un sacaleches y extracción manual por un periodo de tiempo que oscila entre las 24 y 72 horas desistieron, bien por mastitis bien por imposibilidad técnica para que la lactancia se instaurase de forma correcta.

El 65,5% presentan un pezón anatómicamente normal, amamantando durante un periodo de tiempo que oscila entre los 3 y 5 meses.

En el 28,6% se observa un pezón plano, utilizando sacaleches un 31% durante un tiempo que oscila entre 1 y 15 días, manteniendo la lactancia durante 2 meses el resto la abandona por mal succión del bebé u otros problemas sin especificar.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

No hubo diferencias significativas en cuanto a la configuración anatómica del pezón. Pero sí observamos que las pacientes con el pezón normoconfigurado mantuvieron la lactancia durante más tiempo si habían asistido a los cursos de preparación maternal.

Del mismo modo aquellas pacientes con pezón plano que asistieron a dichos cursos fueron más proclives a la utilización de métodos mecánicos para la extracción láctea y mantuvieron dichos métodos durante más tiempo que aquellas que no asistieron a los cursos.

Pero las diferencias más significativas se obtuvieron en aquellas pacientes con pezones invertidos, puesto que las asistentes al curso de preparación utilizaron métodos mecánicos de extracción láctea, presentando únicamente leves trastornos cutáneos, mientras que entre las pacientes que no asistieron a dichos cursos en método fue abandonado definitivamente en todos los casos a las 72 horas, bien por mastitis o imposibilidad para una correcta técnica de lactancia.

De todo ello podemos concluir:

1.- Los cursos de preparación maternal cumplen un papel primordial, en la detección de las posibles anomalías anatómicas en el pezón y sus futuras implicaciones para la lactancia.

2.- Aquellas pacientes que acudieron a un curso de preparación maternal participaron activamente en la adecuación del pezón y ello determinó un mayor celo en la aplicación de la técnica de extracción láctea y el mantenimiento de la lactancia, cuando se determinó la existencia de pezones planos o invertidos.



CURSO EDUCACIÓN PSICOLÓGICA DE LA EMBARAZADA ANTI-STRESS: CONTROL DEL MIEDO, LA ANGUSTIA Y LA ANSIEDAD

Específico para profesionales del campo obstétrico.

PROGRAMA

- * INTRODUCCIÓN:
La Salud Integral en el ser humano como base de la felicidad.
- * La necesidad de SENTIR.
- * Técnicas naturales de RESPIRACIÓN.
- * La RELAJACIÓN:
Bienestar Integral del ser humano. RELAJACIÓN Activa y Pasiva.
- * PRACTICA:
Prolongación del color blanco, habitación y manos.
- * Importancia del CEREBRO y el PENSAMIENTO,
claves esenciales en la vida del ser humano para control del MIEDO,
la ANGUSTIA y la ANSIEDAD.
Utilización correcta del sistema nervioso autónomo, psicoanalgesia.
- * El STRESS Positivo y Negativo.
- * AUTOESTIMA como superación personal.
Desbloques Físicos, Psíquicos y emocionales (método Holístico).
- * PRÁCTICA:
Masaje afectivo-energético Regulador en los Pies.
- * Puntos clave en la SEXUALIDAD de la embarazada.
- * SENSIBILIZACIÓN Y VISUALIZACIÓN CREATIVA.
- * PRACTICA: Los Siete colores.
- * Importancia de la SONRISA, la ABRAZOTERAPIA, las ENDORFINAS. MUSICOTERAPIA.

Has logrado la finalidad de éste curso: el dominio de ti mismo y el control de tu vida.

El 80% de éste curso es práctica.

Esta formación impartida en nuestra institución, se ajusta a los criterios de la Asociación Nacional Científica de Matronas.

DESARROLLO

FECHA: 2 Y 3 de Diciembre de 1995.

LUGAR: Sede de la Sociedad.

HORARIO: Sábado y Domingo de 10 a 14 horas y de 16 a 20 horas (16 horas lectivas).

PRECIO:

Matrícula: 2.500 pts. (Sólo para no asociadas).

Curso: 24.000 Pts

Incluye Material y Diploma de Asistencia.

INSCRIPCIÓN Y FORMA DE PAGO:

-Transferencia bancaria a S.E.P.I. y M.H.
Banco Central Hispano. Oficina 2710
C/C 2514002756

Indicando nombre, fecha y curso al hacer el pago

-Efectivo en la Secretaría de la Sociedad.

SECRETARÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PSICOTERAPIA INTEGRAL
Y MEDICINA HOLÍSTICA.
C/ Marqués de Urquijo, 28-4ºB. 28008-MADRID
Tlf. (91) 547 54 44. Fax. (91) 547 91 45

Número limitado de plazas, que serán adjudicadas por riguroso orden de solicitud.

PREVENIR ES LA MEJOR MANERA DE VIVIR SANO Y FELIZ. SIENTE Y APRENDE.



I Reunión Científica de las Matronas de Burgos

BURGOS 25, 26 y 27 de Abril de 1996.

ORGANIZA: Asociación Nacional de Matronas y Matronas de Burgos

PRESIDENTA DEL CONGRESO: Doña Carmen Dueñas Manso

COMITE ORGANIZADOR:

Secretaria:

Doña Isabel Orbara

Vocales:

Doña Carmen Redondo

Doña Begoña Gil

Doña M^a Victoria Maure

Doña María Marcos

COMITE CIENTIFICO:

Secretaria:

Doña Begoña Quilchano

Vocales:

Doña María Jesús Santamaría

Doña Natividad García

Doña Jesús Berzosa

Doña Carmen Pérez

PRERECCION DEL CONGRESO: Doña M^a Angeles Rodríguez Rosalén

TESORERIA: Doña M^a Isabel Bayón de Miguel

LEMA: "ABRIENDO PUERTAS AL FUTURO"

TFNO PARITORIO: 947 / 281848 Carmen Dueñas Manso / Isabel Orbara

TFNO Y FAX DE ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA:

947 / 281807 Begoña Quilchano

AVANCE DEL PROGRAMA

Jueves, 25 de Abril de 1996

16.00 - 17.00 horas. Entrega de documentación
17.00 - 17.30 horas. Inauguración
17.30 - 18.30 horas. Conferencia inaugural
18.30 - 19.30 horas. Ponencia "Asistencia Pre y Post-Natal"
19.30 - 20.30 horas. Comunicaciones

22.00 Ruta de la luz

Viernes, 26 de Abril de 1996

09.30 - 10.30 horas. Ponencia: "Presente y Futuro en la Asistencia al parto"
10.30 - 11.30 horas. Mesa Redonda a la Ponencia
11.30 - 12.00 horas. Café - Descanso
12.00 - 13.30 horas. Comunicaciones libres
14.00 horas. Recepción Oficial de Bienvenida en el Monasterio de San Juan

16.30 - 17.30 horas. Ponencia: "La Matrona en Europa"
17.30 - 18.00 horas. Café - Descanso
18.00 - 19.30 horas. Mesa Redonda: "Sexualidad y Embarazo"

22.00 horas. Cena de Clausura

Sábado, 27 de Abril de 1996

10.00 - 11.00 horas. Ponencia: "Función de la Matrona en la E.p.S. de la Mujer"
11.00 - 12.00 horas. Comunicaciones libres
12.00 - 12.30 horas. Café - Descanso
12.30 - 13.30 horas. Conferencia de Clausura
13.30 horas. Entrega de Diplomas
Premio a las dos mejores comunicaciones
Acto de Clausura

RESUMEN ENCUESTA

NIVELES DE ACTIVIDAD DE MATRONAS DENTRO DE LA UNIÓN EUROPEA

RESUMEN. Conclusiones de la macroencuesta realizada por el Liason Comité Europeo de Matronas. Durante 1994, con la participación de la Asociación Nacional de Matronas.

La sección 2C contempló el comportamiento de las matronas en Europa en su conjunto. En esta parte de la sección 2C consideramos la información relativa a cada país para ver si el modelo de actividades realizadas por las matronas en cada estado socio de la Unión Europea incluye realmente la gama completa de actividades catalogadas en la Directiva 80/155/EEC, y por tanto, si la práctica de la obstetricia en cada país es apropiada para el entrenamiento de matronas estudiantes en todas las actividades de la obstetricia. Con el propósito de asegurar a las matronas en ejercicio, su libre circulación a través de Europa.

La finalidad del proyecto no era evaluar la contribución que las matronas prestan en los servicios de obstetricia, sino cuáles fueron las actividades realizadas. Tampoco contempló este proyecto, los modelos de entrenamiento en obstetricia, ni la distribución de estudiantes en las áreas de práctica. Esto significa que estaría fuera del alcance de este informe, llegar a conclusiones sobre lo adecuado de la experiencia práctica disponible a las estudiantes en cada país.

La información siguiente sólo se presentó detalladamente cuando quedó claro que no existía una participación adecuada de las matronas en cada área de actividad.

2D.1 BÉLGICA

2D.1.1 Actividades durante el período prenatal

Sólo una cuarta parte de las matronas, así como un 25% de las que trabajan en servicios de maternidad hospitalaria, participan en planificación familiar y diagnóstico de embarazo.



Proporcionaron cuidados y atenciones prenatales a las madres con embarazos normales el 27% de la totalidad de las matronas, así como un 18% de aquéllas que ejercían en los servicios de maternidad hospitalaria, mientras que, en la atención prenatal a madres con embarazos normales, participaron un 75% de la generalidad de las matronas, y un 90% de las que ejercían en los servicios de maternidad hospitalaria. Al prestar atención prenatal, la matrona utilizó la gama completa de exámenes, incluyendo exámenes vaginales y Regis-

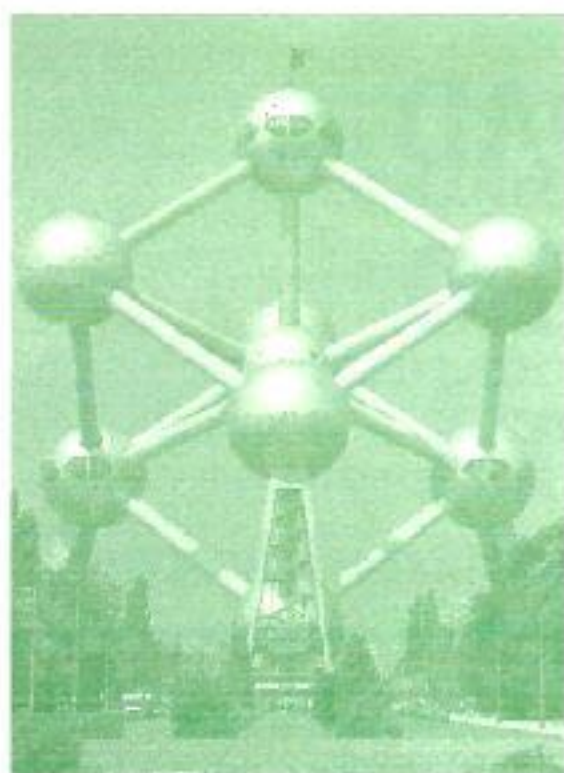
tro Cardio Tocográfico. Aunque las autoridades competentes no permitían a las matronas ordenar ninguno de los exámenes necesarios para el diagnóstico del embarazo con riesgos, el 64% del total de las matronas y el 72% de aquéllas que ejercían en los servicios de maternidad hospitalarios, ordenaron un Registro Cardio Tocográfico, y un importante número de ellas ordenó la valoración de hemoglobina.

Casi la mitad de las matronas, incluyendo las que ejercían en servicios hospitalarios, participaron en la educación de los padres.

2D.1.2 Actividades relacionadas con el parto

Todas las matronas en los servicios dirigidos por matronas supervisoras, y el 96% de todas las matronas, cuidaron a las mujeres en el parto: el 10% lo hicieron enteramente bajo su propia responsabilidad, el 45% dentro de las normas de la maternidad, y el resto bajo supervisión directa. Las cifras de las matronas supervisoras fueron similares.

Durante el parto, las matronas realizaron todos los exámenes rutinarios. También utilizaron el monitor electrónico fetal y el electrodo fetal cefálico. Sin embargo, no estaban autorizadas a recetar medicamento bajo su propia responsabilidad, aunque la mitad de ellas dijeron administrar oxitócicos después del parto, y una cuarta parte de ellas dieron analgésicos. Bajo la prescripción del médico, administraron la gama completa de medicinas: un 25% de ellas infiltrando el periné, y una quinta parte hicieron la sutura de las mismas. Ninguna de estas actividades estaban permitidas, aún bajo prescripción médica.



El 23% de las matronas dijeron estar autorizadas a hacer la maniobra de Brach, y lo practicaban en casos de urgencia. Menos del 20% del total de las matronas, y el 23% de las que trabajan en servicios de maternidad, hicieron la extracción manual de la placenta y efectuaron exámenes del útero en casos de urgencia, aún cuando estos procedimientos no estaban autorizados. La mitad de las matronas resolvían distocia de hombros.

El 39% de las matronas en servicios de maternidad y el 41% de las matronas en general efectuaron partos normales espontáneos. Estas cifras deben ser consideradas en el contexto de las proporcionadas por las autoridades competentes, que afirman que en Bélgica, sólo entre el 2 y el 8% de las matronas, asistieron los partos normales.

2D.1.3 Actividades después del parto y en el período postnatal

Entre el 87 y el 97% de las matronas de los servicios hospitalarios, y del 86 al 94% de las matronas en general, examinaron al recién nacido, dieron reanimación en caso de necesidad, y atendieron y cuidaron a la madre y



al bebé mientras permanecieron en el hospital.

2D.1.4 Conclusión

El nivel de participación de las matronas en diagnóstico del embarazo, consejos, planificación familiar y cuidados a las mujeres con embarazos normales resultó limitado. Sin embargo era elevada la actuación de las mismas en la atención a mujeres con embarazos anormales, creando así un equilibrio inadecuado entre

ambos casos. Lo cual pone en cuestión si el modelo de cuidados y atenciones es el apropiado para el entrenamiento de matronas en esta área.

El hecho de que casi la mitad de las matronas trabajasen directamente bajo la supervisión de otra persona, de que un alto porcentaje no participase en la toma de decisiones, de que menos de la mitad de ellas efectuasen partos normales espontáneos y que en Bélgica, sólo el 10% de los partos normales, fuesen atendidos por matronas, pone en tela de juicio si su patrón de actividades es apropiado para el entrenamiento de matronas estudiantes en las atenciones y cuidados de la mujer al nivel descrito para la libre circulación de matronas a través de Europa.



2D.2 DINAMARCA

2D.2.1 Modelo general de actividad

Los datos demuestran que en Dinamarca, casi sin excepción, el patrón de actividades de las matronas encuestadas así como el de aquéllas en servicios dirigidos por sus supervisoras, incluían la gama completa de actividades exigidas, con un porcentaje del 80 al 90% llegando a alcanzar el 100% de participación en cuidados prenatales a mujeres con embarazos normales. La matrona estaba autorizada, además, a tomar decisiones bajo su propia responsabilidad, especialmente durante el parto.

Las excepciones importantes fueron que el 31% de las matronas nunca había diagnosticado un embarazo, y que su participación continua en la etapa postnatal con mujeres y bebés fue limitada. Esto ponía en tela de juicio hasta que punto las madres podían beneficiarse del apoyo de las matronas.

2D.2.2 Conclusión

Las actividades de las matronas en Dinamarca, fueron más que apropiadas para el entrenamiento de matronas estudiantes en todas las actividades exigidas para la libre circulación en Europa, aunque sería necesario aumentar el apoyo postnatal de las matronas a las madres.

2D.3. FRANCIA

Un alto porcentaje de las matronas llevaban a cabo las actividades mencionadas en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC con la excepción de dos: consejo sobre planificación familiar (16%) y diagnóstico del embarazo (37%).



Además de los niveles de las matronas que emprendían diferente actividades, la información demuestra que en cada una de las actuaciones relativas al parto, las autoridades competentes habían dado su permiso a la matrona para actuar bajo su propia responsabilidad, incluyendo actividades como "dosis sucesivas" de una epidural.

2D.3.2 Conclusión

A excepción de la planificación familiar y diagnóstico del embarazo, las actividades de las matronas en Francia

cubren ampliamente todos los requisitos exigidos en la Unión Europea.

Con esas dos excepciones, la práctica de la obstetricia en Francia resultó apropiada para el entrenamiento de matronas estudiantes en todas las actividades exigidas.

2D.4 ALEMANIA

2D.4.1 Actividades durante el período prenatal

La participación de matronas en todas las actividades prenatales era limitada: el 39% de ellas aconsejan sobre planificación familiar; el 14% sobre diagnóstico del embarazo; el 27% en las atenciones prenatales de mujeres con embarazo anormal. También era limitado el número de servicios de maternidad en los que actuaban las matronas: sólo el 21% aconsejaba a la mujer sobre planificación familiar; el 4% hacía diagnóstico de los embarazos; el 34% proporcionaba cuidados prenatales a mujeres con embarazos anormales. Aún cuando las autoridades competentes no permiten que las matronas efectúen exámenes vaginales durante el embarazo, ni practiquen Registro Cardio Tocoográfico, un número considerable de las que proporcionaban cuidados prenatales, efectuaron dichas pruebas, y aunque a ninguna se le permitía ordenar tipo alguno de análisis para el diagnóstico precoz del embarazo con riesgos, fueron muchas las que ordenaron que se hiciese Registro Cardio Tocoográfico. La cuarta parte ordenó valoración de hemoglobina.

2D.4.2 Actividades asociadas al parto

El 97% de las matronas adscritas a los servicios dirigidos por las matronas supervisoras, proporcionaban cuidados durante el parto. El 84% de las matronas encuestadas lo hacían también además de efectuar episiotomías, y utilizar el monitor fetal electrónico. La información de las autoridades competentes indica que las matronas no estaban autorizadas a prescribir ningún

medicamento a la madres durante el parto, ni a emprender ningún otro procedimiento. Tampoco se les permitía practicar la infiltración del periné ó suturas del mismo, ni bajo su propia responsabilidad, ni siguiendo la prescripción del médico. El modelo real de participación en estas actividades no reflejan la postura de las autoridades competentes. El 39% de las matronas dijo que administraba analgésicos bajo su propia responsabilidad, y el 70% bajo prescripción del médico, el 45% de ellas administró oxióticos después del parto bajo su propia responsabilidad y el 73% bajo la prescripción del médico; el 50% de ellas usaron el electrodo fetal cefálico, y el 25% dosificó el tratamiento epidural bajo la prescripción del médico. Entre la mitad y las tres cuartas partes administraron sedantes, tranquilizantes, y oxióticos antes del parto, bajo la prescripción del médico.

Las matronas estaban autorizadas para efectuar la maniobra de Brach, pero sólo en el 5% de los servicios



se les permitió. Ellas estaban autorizadas a extraer manualmente la placenta en casos urgentes, y más de una tercera parte confirmó que lo hacía. Estaban autorizadas a efectuar distocia de hombros en casos de urgencia, y tres cuartas partes de ellas confirmó haberlo hecho.

El 80% de las matronas efectuaron partos normales espontáneos.

2D.4.3 Actividades después del parto y en el período postnatal

Aunque el 81% de las matronas que asistieron al parto, examinaron al recién nacido, sólo el 50% efectuaron maniobras de reanimación.

El principal contacto con las madres y bebés en el hospital, no era continuo y también era limitado (45 y 39%) respectivamente. Entre el 59 y el 61% de las matronas tuvieron contacto continuo con las madres y bebés, una vez fuera del hospital.

(EMLC: el registro de las cifras respecto a si existe alguna relación entre el lugar donde ejercían las matronas estará disponible más adelante)

2D.4.3 Conclusión

Las cifras parecen indicar que las matronas en Alemania no están participando suficientemente en actividades prenatales, aún cuando las que proporcionaron cuidados prenatales participaron en la gama completa de las actividades correspondientes. Por lo tanto, deberíamos cuestionar, si la práctica de la obstetricia en este área es apropiada para el entrenamiento de las matronas estudiantes.

Esencialmente, las matronas parecen estar proporcionando la gama completa de las actividades necesarias durante el parto, actuando parcialmente bajo su propia responsabilidad. Aunque las autoridades competentes trataron de impedir que las matronas efectuaran una labor completa en la atención a las mujeres durante el parto. Las cifras demuestran que probablemente el nivel real de las matronas era más alto y más apropiado para el entrenamiento de las matronas estudiantes.

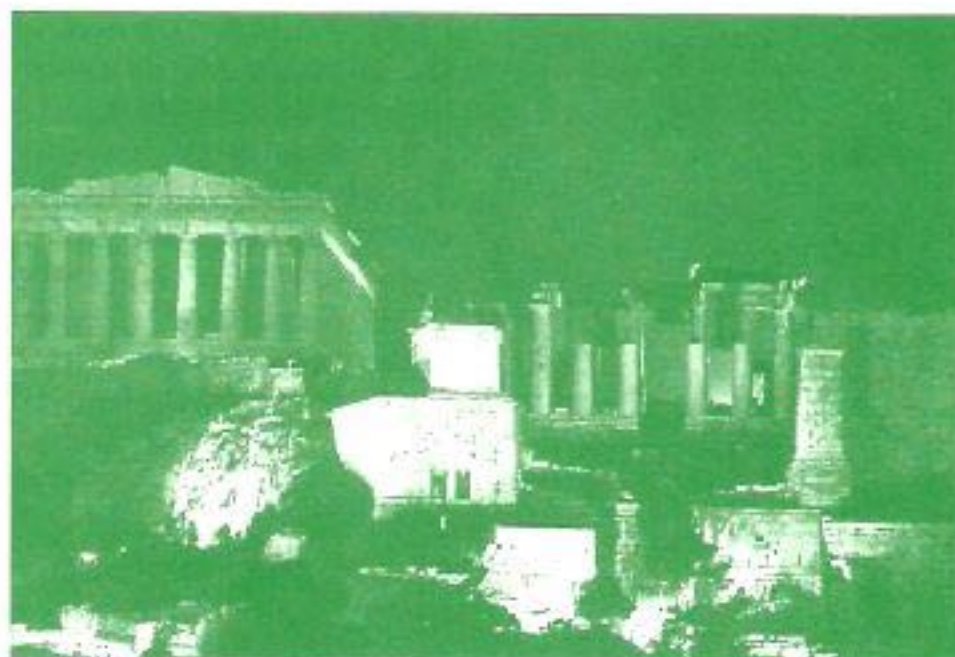
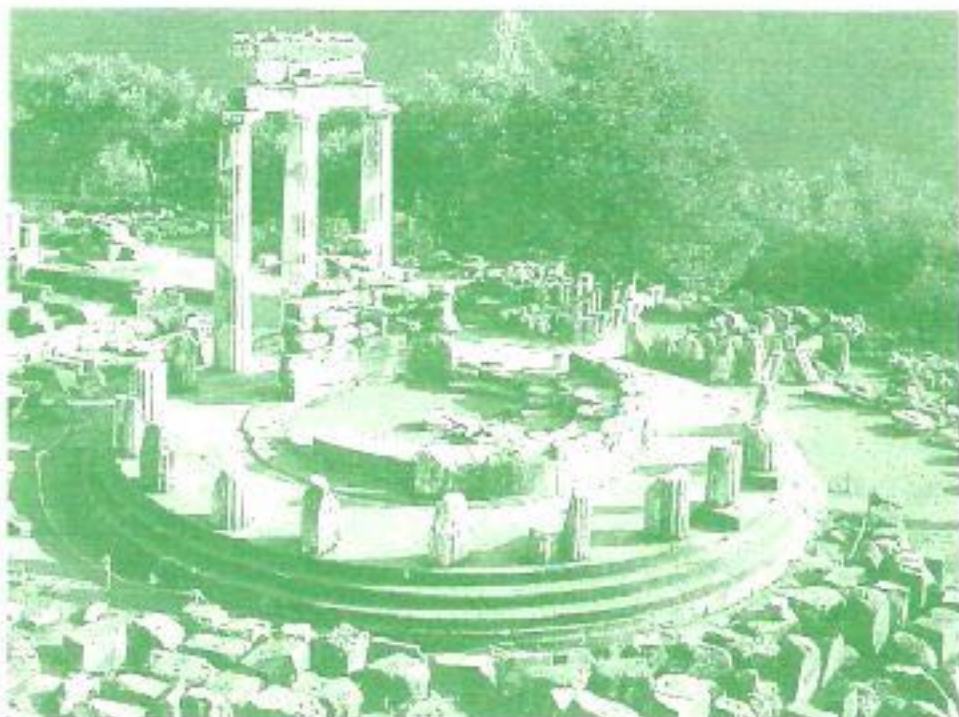
Las matronas no parecían tener una participación completa en la reanimación de los bebés durante las urgencias, lo cual parecía plantear dudas sobre lo apropiado del nivel de esta actividad en relación al entrenamiento de matronas estudiantes. Lo apropiado del nivel de participación en la atención postnatal especialmente dentro del hospital, también podría cuestionarse.

2D 5 GRECIA

2D 5.1 El modelo general de actividad

Con pocas excepciones, entre el 50 y el 90% de las matronas practican cada una de las actividades incluidas en los cuestionarios. Las cifras también demuestran que lo mismo ocurre en más de 75% de los servicios dirigidos por matronas supervisoras.

Hay notables excepciones en los niveles de participación de las matronas. Cuando se trata de ordenar exámenes para el diagnóstico precoz de un embarazo con riesgo, las autoridades competentes no permiten a las matronas ordenar ninguno de los procedimientos exigidos, aunque el 42% de ellas manifestó que había



ordenado Registro Cardio Tocográfico, y el 55% ordenó valoración de hemoglobina. En segundo lugar, hay una participación muy limitada en la preparación para la paternidad y la maternidad. En sólo el 34% de los servicios participaron matronas, así como en el caso de las encuestadas, un 36%.

En lo relativo al parto, el 4% de las matronas actuó enteramente bajo su propia responsabilidad, el 66% siguiendo las normas de la unidad de maternidad, y el 23% de ellas, fue supervisada directamente en dicha actividad. No se les permitía efectuar exámenes manuales del útero después de extraer la placenta manualmente, aunque el 43% respondió que tomaría parte en efectuar distocia de hombros en casos de urgencia, aún cuando parecía no estarles permitido.

En el 58% de los servicios dirigidos por supervisoras se llevan a cabo partos normales espontáneos, y sólo el 66% de las matronas lo hacía, aunque en el 91% de los servicios, y el 96% de las matronas asistía a las mujeres durante el parto. Las autoridades competentes respondieron, además que en Grecia sólo el 10% de los partos normales fueron asistidos por matronas.



2D. 5.2 Conclusión

Si bien es cierto que el nivel general de actividades resultaba apropiado para el entrenamiento de las estudiantes, hay que tener en cuenta las diferencias en el capítulo de la preparación a los padres.

Se puso en tela de juicio el índice de supervisión sobre las matronas durante el parto y el limitado número de ellas que se ocupaba de los partos normales; así como el escaso porcentaje en la asistencia de las matro-

nas en general, a partos normales. No podemos, por tanto concluir que la práctica de la obstetricia en dicho país sea apropiada para el entrenamiento de las matronas estudiantes.

2D.6 HOLANDA

Existe una considerable diferencia entre las cifras relativas a los servicios dirigidos por matronas supervisoras, y el de las matronas en general.



En primer lugar, las matronas en Holanda tenían permiso para llevar a cabo la gama completa de actividades exigidas, con la excepción de la extracción manual de la placenta y el examen manual del útero. Entre sólo, la cuarta y la tercera parte de las matronas había llevado a la práctica estos servicios. Considerándolas por separado, las cifras muestran que la gran mayoría de las matronas no ejercían las actividades relacionadas con los embarazos y los partos normales, en tanto que si lo hacían, las matronas perteneciente a los servicios hospitalarios, y dirigidas por supervisoras, ya fuese, el embarazo, normal o anormal. Por ejemplo, sólo el 13% de las matronas proporcionó atenciones prenatales a mujeres con embarazos anormales, frente al 80% de aquéllas que trabajaban en servicios hospitalarios, dirigidas por supervisoras.

Estas administraron medicamentos bajo la prescripción del médico, mientras que pocas de las encuestadas lo hicieron. Aunque solo el 13% de las matronas proporcionaba atenciones a las madres con embarazos anormales, el 50% de ellas ordenaron Registro Cardio Tocográfico, el 87% ultra sonidos y el 89% valoración de hemoglobina con el propósito de llegar a un diagnóstico precoz del



embarazo con riesgos.

Las excepciones más notables fueron que sólo en el 30% de los servicios dirigidos por supervisoras había matronas que participaban en el diagnóstico del embarazo, y en el 70% de ellos, las matronas efectuaban partos normales. En menos del 50% de los servicios, las matronas tuvieron contacto postnatal con la madre y el bebé, bien sea dentro o fuera del hospital.

2D.6.2. Conclusión

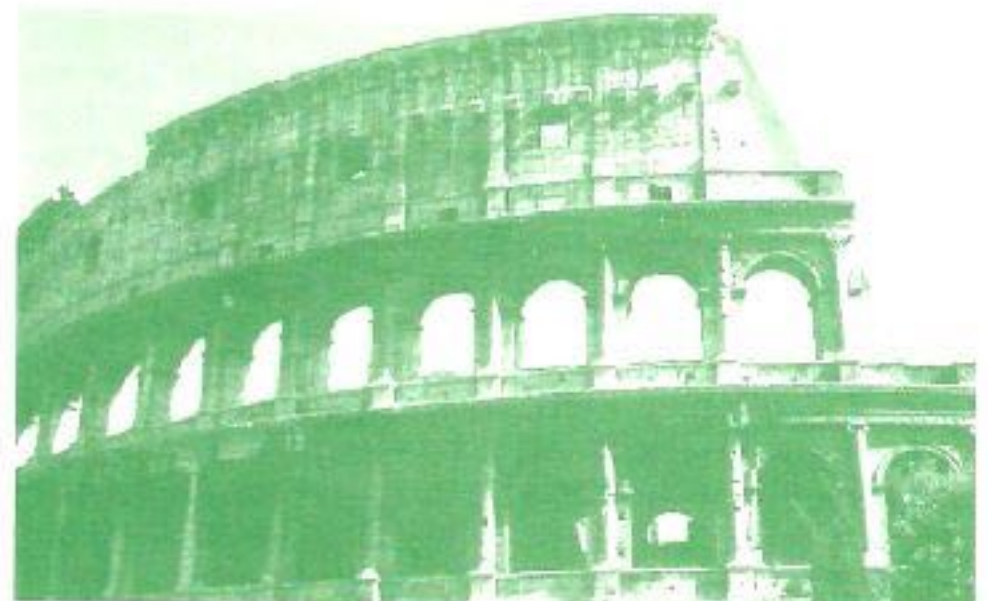
Cuando confrontamos estas cifras en actividades requeridas de las matronas, no hay duda de que llenaban los requisitos con muy pocas excepciones. La práctica general de la obstetricia en Holanda, sería apropiada para el entrenamiento de las futuras matronas en todas las actividades exigidas.

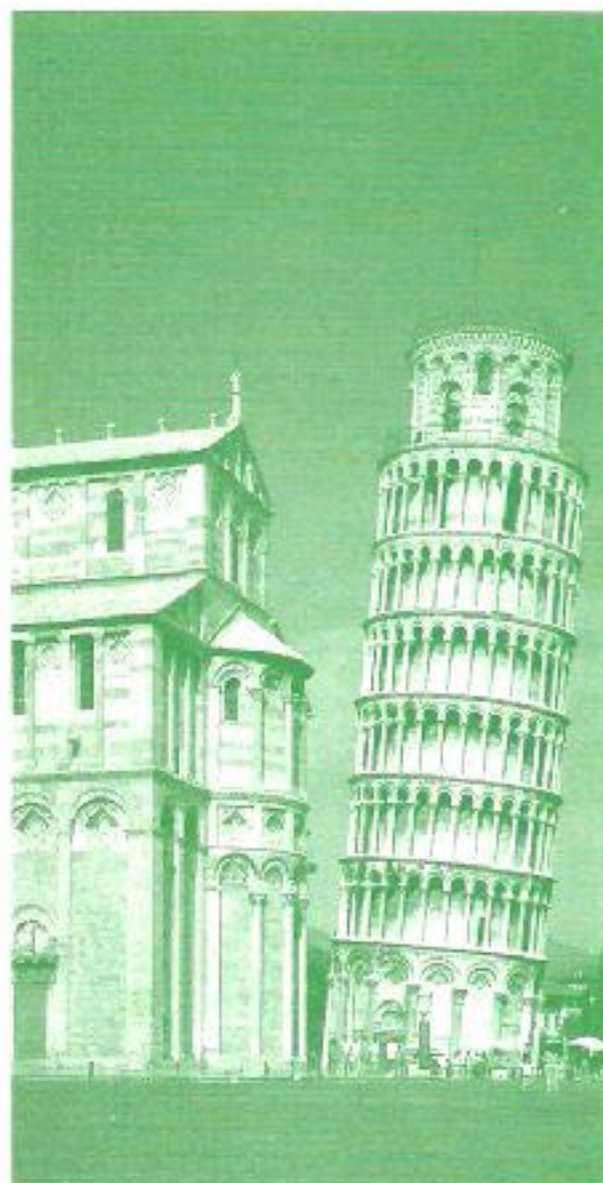


2D.7 ITALIA

La dificultad que surge al examinar las cifras correspondientes a Italia, es que ninguna autoridad competente respondió a la encuesta. Por lo tanto es difícil comprender el significado de las cifras, especialmente teniendo en cuenta que las cifras bajan en relación con las actividades de las matronas, pueden deberse a que actuaban bajo su propia responsabilidad, puesto que no estaban autorizadas para ellas, o bien por otras razones.

En algunas de las actividades había una considerable diferencia entre las matronas dedicadas a determinadas





tareas y aquellas que en servicios hospitalarios, emprendían las mismas.

2D.7.1 Actividades durante el periodo prenatal

Los datos indican que entre el 50 y el 60% de las matronas, participaba en la planificación familiar, diagnóstico del embarazo y educación a los padres. El 72% de ellas participaba en atenciones prenatales, y el 89% se ocupó de mujeres con embarazos anormales. En el caso de los embarazos normales ampliaban

sus actividades hasta efectuar exámenes vaginales y Registro Cardio Tocográfico, pero en general no emprendían estas actividades cuando los embarazos eran anormales. No obstante, el 73 % de ellas ordenó efectuar Registro Cardio Tocográfico con el fin de diagnosticar un embarazo con riesgos.

Los servicios dirigidos por las supervisoras mostraron un panorama ligeramente distinto: el 30% de ellas proporcionó consejos sobre planificación familiar o diagnóstico de embarazo, y sólo un 40% actuó en los cuidados prenatales a mujeres con embarazo normal.

En el 69% de los servicios participaron matronas en el cuidado de mujeres con embarazos anormales, y el 60% de ellas ordenaron efectuar Registro Cardio Tocográfico.

2D.7.2. Actividades asociadas con el parto

El 90% de las matronas de los servicios hospitalarios, y el 86% de las matronas en general, asistieron a mujeres durante el parto. El 10% de matronas de los servicios hospitalarios y en el 8% de las matronas en general, llevaron a cabo estas prestaciones de una manera completamente independiente. Entre el 90 y el 80% actuaban independientemente pero dentro de las normas de la unidad de maternidad, y el 13% de ellas, actuaron bajo supervisión directa. El patrón de actividad durante el parto era que las matronas no recetaban ninguna medicación bajo su propia responsabilidad, exceptuando los oxitócicos después del parto, pero administraban todos los medicamentos bajo la prescripción de un médico. Empleaban el monitor electrónico, pero no el electrodo fetal cefálico. Efectuaban episiotomías, pero menos de la mitad de ellas infiltraron el periné, y sólo el 7% hicieron las suturas del mismo, aunque si lo hacían la totalidad de las matronas en servicios hospitalarios. En el

30% de estos servicios, se les permitía hacer la "manobra de Brach" durante una urgencia, pero sólo una tercera parte de ellas lo practicaba. Algunas respondieron que hacían la extracción manual de la placenta y examinaban el útero en casos de urgencia. El 90% de las matronas en los servicios hospitalarios, y el 72% de aquellas que respondieron a la encuesta habían llavado a cabo la asistencia a partos normales espontáneos.



2D.7.3 Actividades posteriores al nacimiento del niño

En general, el recién nacido fue examinado después del parto por la matrona, pero sólo el 50% de las encuestadas reanimaron al recién nacido en casos de urgencia.

Había un contacto postnatal muy escaso de las matronas con la madre y el bebé una vez abandonado el hospital. El contacto de las matronas con las madres internadas fue continuo y muy alto (el 100% en los servicios de maternidad). El contacto con los recién nacidos en el hospital, no llegó al 50%.

2D.7.4 Conclusión

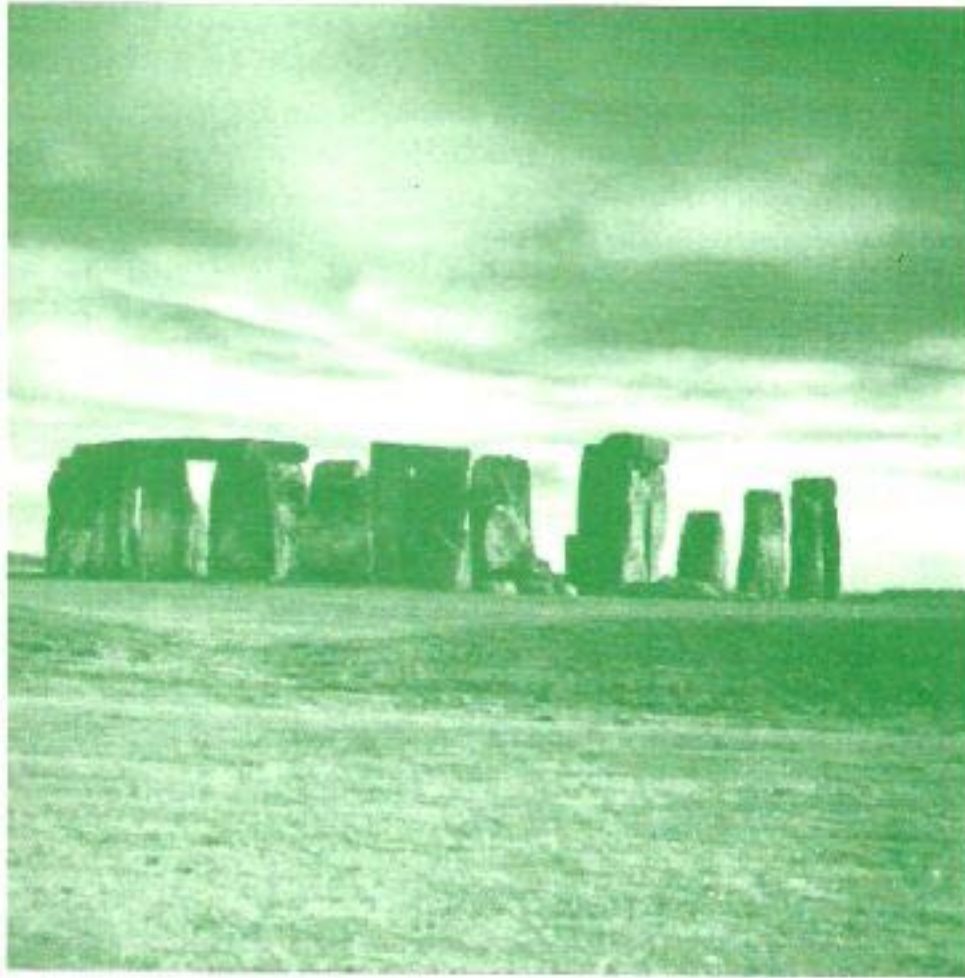
De lo anterior, se deduce que las actividades de las matronas en Italia no llenan todos los requisitos para el futuro entrenamiento de matronas estudiantes. En las actividades principales, las cifras no son significativas y no indican suficiente participación de las matronas.

2D.8 IRLANDA

2D.8.1 El modelo general de actividad

Abrumadoramente —con muy pocas excepciones—, las actividades que llevaban a cabo las matronas dentro de los servicios supervisados llenan todos los requisitos del Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. La única excepción fue que sólo el 50% de las matronas efectuaba el diagnóstico del embarazo, y que sólo el 40 % de las encuestadas lo había hecho alguna vez.

Las respuestas de las autoridades competentes, indica que apoyan a las matronas para la ejecución de todas las actividades requeridas, con la sola excepción del examen manual del útero, después de haber efec-

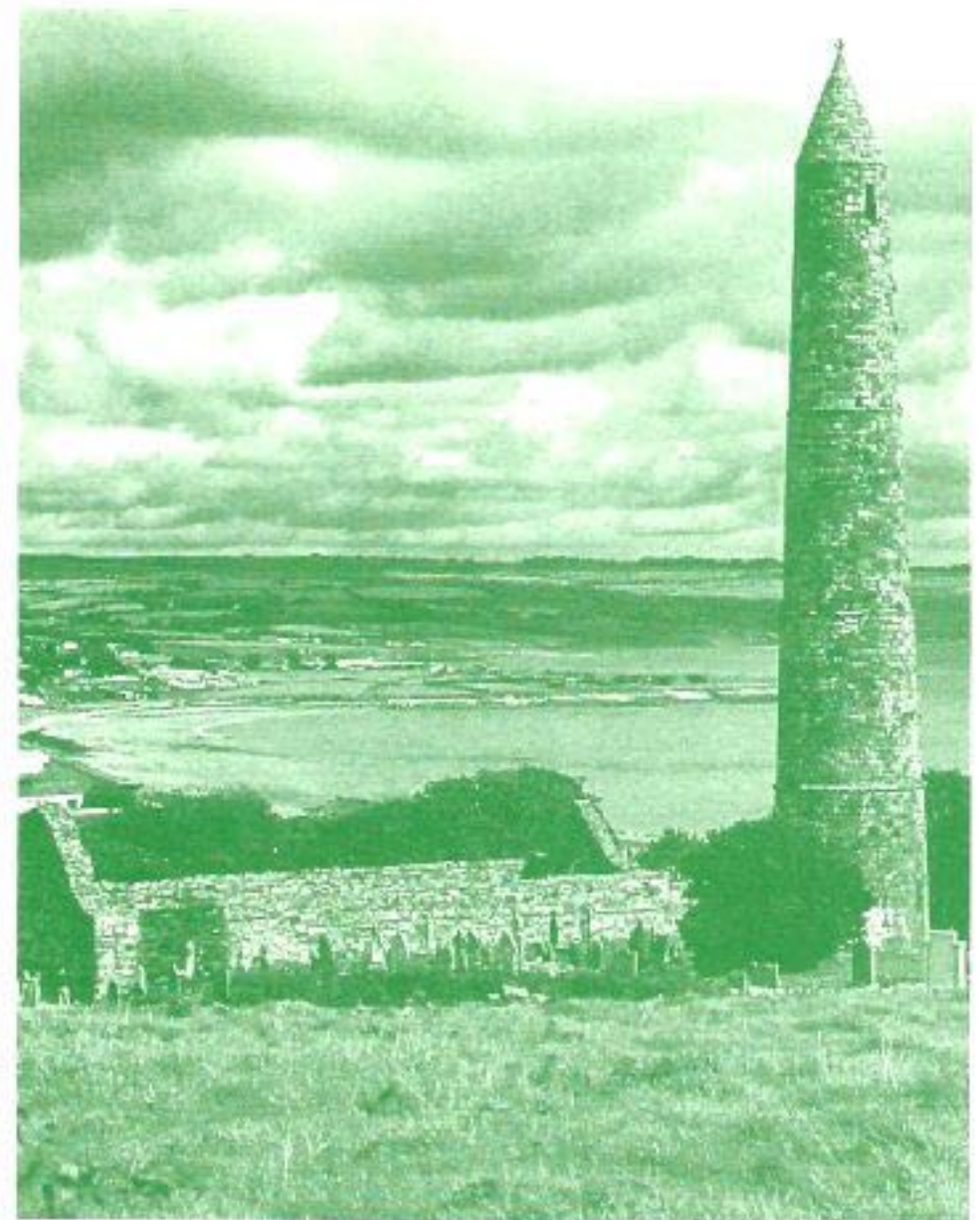
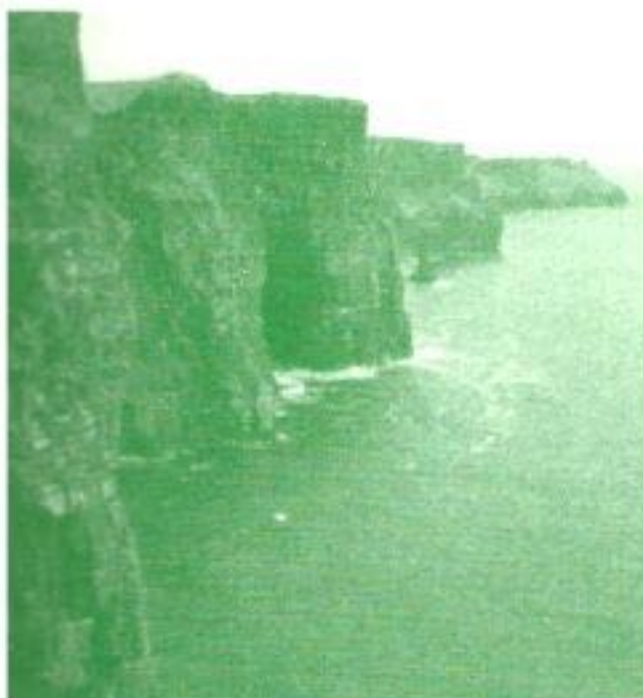


tuado manualmente la extracción de la placenta. En lo que se refiere a los detalles de la atención al parto, no



se les permite, prescribir medicación alguna, exceptuando la administración de óxido nítrico y oxígeno. Sin embargo los hechos demuestran que más de la mitad de ellas administraron oxitócicos después del parto bajo su propia responsabilidad, lo cual confirmó el 75% de sus supervisoras. Con la excepción anterior, podían utilizar todos los procedimientos adecuados, y la administración de medicamentos, exclusivamente, bajo la prescripción de un médico.

El contacto de las matronas con las madres y el recién nacido en el hospital era continuo, y escaso, una vez fuera de él.



2D.8.2 Conclusión

El patrón de actividades practicadas por las matronas en Irlanda cumple los requisitos, con la excepción del diagnóstico del embarazo. La práctica de la obstetricia en Irlanda es apropiada para entrenar futuras matronas en todas las actividades requeridas.

2D.9 LUXEMBURGO

Puesto que las cifras de las matronas supervisoras sólo representan un lugar de trabajo, no es posible sacar conclusiones sobre los servicios de matronas en general. Se puede afirmar que, practican todas las condiciones requeridas, menos el diagnóstico del embarazo. Asisten a partos, pero sólo bajo supervisión directa, y en el casos normales. No mantienen ningún contacto postnatal con la madre y el niño después de su estancia en el hospital.

Las autoridades competentes de Luxemburgo otorgan su permiso a las matronas para que efectúen todas las actividades requeridas, incluyendo la toma de decisiones, acerca de la asistencia necesaria.

2D.9.1 Actividades durante el periodo prenatal



La única actividad que práctica más de la mitad de las matronas en el periodo prenatal, es el cuidado a las madres con embarazos anormales (61%). Sólo el 22% participaban en consejos sobre planificación familiar, el 7% en el diagnóstico del embarazo, el 39% en los cuidados de las madres con embarazos normales y el 46% en consejos a los padres. Las matronas estaban autorizadas para llevar a cabo los exámenes requeridos para el diagnóstico precoz del embarazo con riesgo.

La mayoría de ellas ordenaba Registro Cardio Toco-gráfico y valoración de hemoglobina.

2D.9.2 Actividades relacionadas con el nacimiento

El 100% de las matronas asistían a los partos; el 1% bajo su propia responsabilidad, 65% dentro de las normas de la unidad de maternidad, y el 25% bajo supervisión directa. Las matronas estaban autorizadas a asumir las funciones completas durante el parto. El 61% de ellas efectuaba el parto normal espontáneo. Sin embargo, las autoridades competentes informaron que las matronas en Luxemburgo, sólo participaban en unos cuantos partos normales.

2D.9.3 Actividades postnatales

Existía muy poca relación de las matronas con las madres y sus hijos durante el periodo postnatal.



2D.9.4 Conclusión

Antes del nacimiento, la atención de las matronas, se refería principalmente al cuidado de las mujeres con embarazos anormales. No se puede decir que ellas hayan participado de modo importante en todas las actividades requeridas. Con estos datos sobre la práctica de las matronas, no parece recomendable que se las tome como modelo para entrenar estudiantes en la parte esencial de la actividad prenatal.

Aunque las matronas participan adecuadamente en algunos aspectos del parto, hay que poner en tela de juicio el modelo de Luxemburgo con relación al entrenamiento de futuras matronas, principalmente, porque actúan siempre, bajo supervisión directa.

La otra objeción es la escasa relación que mantienen durante los partos normales. Por lo tanto, no se considera un modelo apropiado para las estudiantes de matronas, tal como se requiere en Europa para su libre circulación.

2D.10 PORTUGAL

2D.10.1 El modelo general de actividad

A excepción del diagnóstico del embarazo (25%), así como la educación a los padres (24%), las actividades de las matronas no bajaron nunca del 61% en las tareas principales, practicaban todas las especialidades más del 70%. El modelo muestra que dentro de las unidades supervisadas, se pone un mayor énfasis en el cuidado de las mujeres con embarazos anormales (100%), que en el de aquellas cuyos embarazos son normales. En el caso de actuar por propia iniciativa, las cifras se invirtieron (61% y 71%).

En el 80% de las unidades de maternidad, las matronas participaron en el parto y en el 85% de los casos, efectuaron partos normales espontáneos. El 95% de las matronas cuidaron a las mujeres durante el parto, y el 87% de ellas, asistieron a partos normales. Las matronas prefieren administrar medicamentos bajo prescripción médica, y no bajo su propia responsabilidad.

No existía ningún área donde las actividades, durante y después del parto, hicieran surgir duda alguna, con la posible ex-



cepción del periodo postnatal, en el que la atención de las matronas a las madres y los bebés no era continua.

2D.10. Conclusión

Las cifras demuestran que el modelo de actividad de las matronas, cubría todo lo requerido, con la excepción del diagnóstico del embarazo y la planificación familiar. Por tanto, el modelo de actividades en Portugal era apropiado para el entrenamiento de matronas estudiantes. Sin embargo, debido a la ausencia de información de las autoridades competentes, no se pudo precisar, la naturaleza de la práctica de matronas, especialmente en un número importante de los partos normales en el país.

2D.12. REINO UNIDO

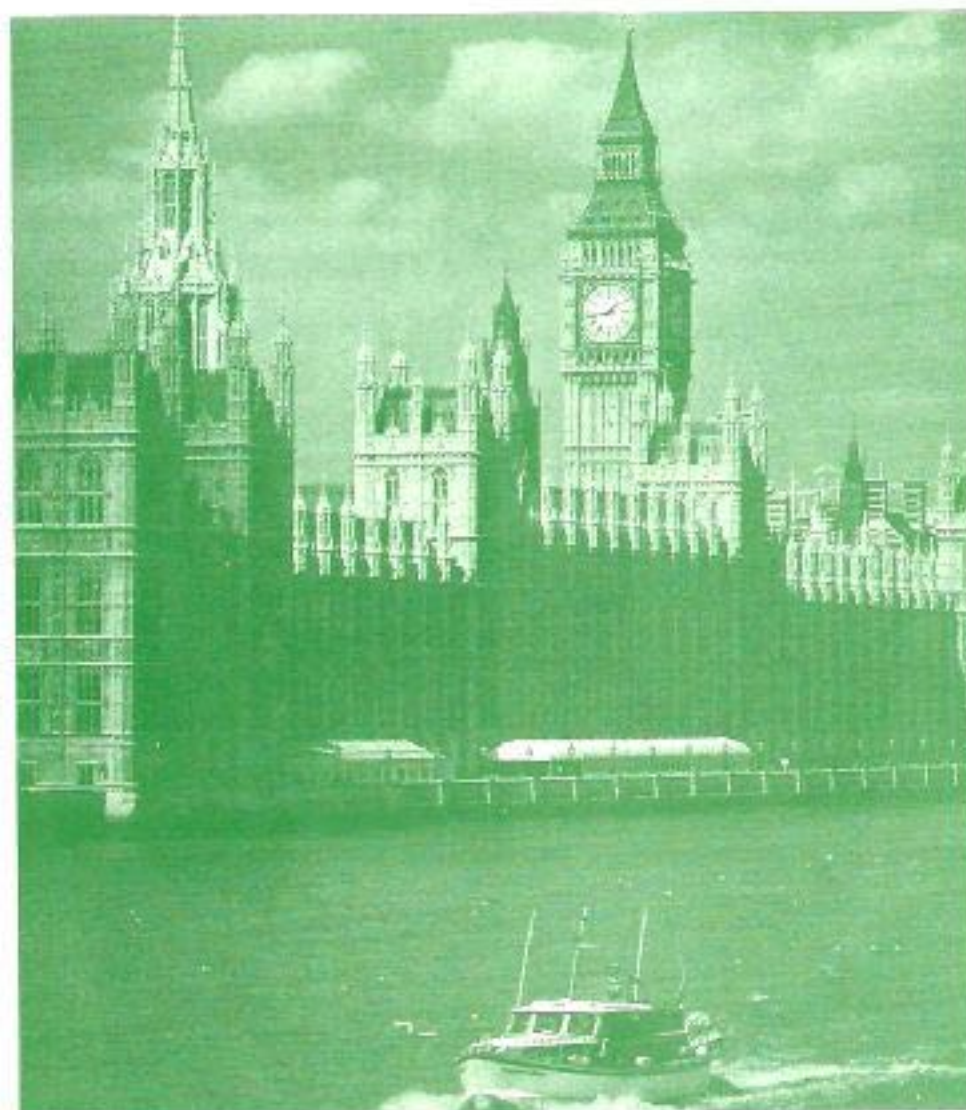
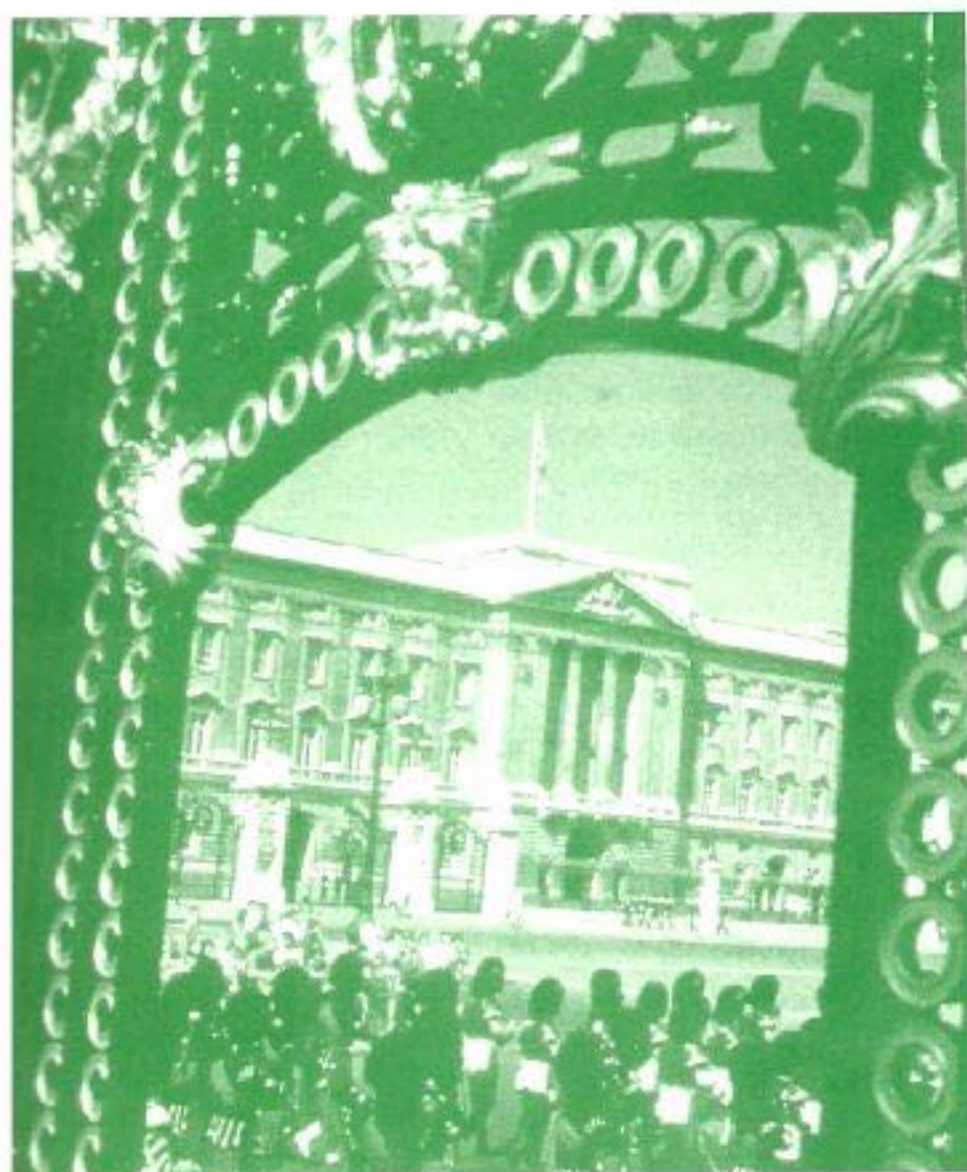
2D.12.1 El modelo general de actividad

Las autoridades competentes del Reino Unido exigen que las matronas emprendan la gama completa de actividades requeridas por la Directiva. Un alto porcentaje de ellas, participaban en todas las actividades con la excepción del diagnóstico del embarazo, en el cual, sólo el 19%

de las encuestadas y el 39% de aquellas que trabajan en servicios de maternidad hospitalarios, lo habían practicado. Las matronas actuaban bajo su propia responsabilidad en todas las actividades referentes al parto, con la única excepción de que sólo administraban oxitócicos y dosificación en la epidural bajo la prescripción de un médico. Además participaban en el proceso completo, relacionado con la episiotomía.

2D.12.2 Conclusión

El modelo de las actividades de las matronas en el Reino Unido, con la única excepción descrita anteriormente, cubre la gama completa de la obstetricia en todas las áreas requeridas, para el entrenamiento de matronas estudiantes con objeto de su libre circulación de Europa.



NOTA DE EDICIÓN Los datos referentes al proceso de elaboración de la encuesta, secciones A, B, C, se publicará en nuestro siguiente número por razones de volumen.

LA MATRONA Y EL PARTO NATURAL

(COMENTARIO DE UNA OBRA DEL SIGLO XVIII)

MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ

JUAN IGNACIO VALLE RACERO

Matrona H.U. Virgen del Rocio de Sevilla.

ANTONIO CLARET GARCIA MARTINEZ

Lcdo. en Geografía e Historia, Universidad de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Se acepta por la comunidad científica en nuestros días que desde finales del siglo XVII y comienzos del XVIII, la Obstetricia se constituye en una disciplina con fundamento científico. La Cirugía iguala su dignidad a la Medicina, por entonces en manos de sangradores y barberos, y la Medicina se hace experimental, ganando terreno frente a las especulaciones teóricas.

Puede servirnos de ilustrativo ejemplo de este auge de la Medicina experimental, y dentro del empleo del instrumental quirúrgico, el fórceps, cuya idea, dada por D. Franco en 1576, fue perfeccionada y llevada a la práctica por un miembro de la familia Chamberlain (Peter Chamberlain). Este instrumento, guardado celosamente por esta familia, les produjo sumas fabulosas, y no contento con ello, como nos cuenta el Dr. Pera Jiménez I, uno de sus miembros, Hugo, más ambicioso, en la exhibición que llevó a cabo ante una enferma del Dr. Mauriceau tuvo como desenlace el fallecimiento de ésta, consecuencia de un desgarro uterino producido por el citado instrumento.

Anécdotas aparte, traemos a estas páginas de Matronas Hoy la obra dirigida a la formación de las Matronas Libro nuevo, cuyo título: Nuevo, y Natural modo de auxiliar á las Mugeres en los lances peligrosos de los Partos, sin operación de manos, ni instrumentos¹, del Doctor Babil de Gárate y Casabona, Cirujano Mayor de la Ciudadela de Pamplona y anteriormente Cirujano del Real Hospital de Santiago.

Como en el título, largo y explícito, se dice, su autor defiende el parto natural, es decir, aquel que se desarrolla sin el empleo de instrumental alguno, dejando a la Naturaleza su evolución y desenlace. El doctor De Gárate aprovecha su obra, ideada con una finalidad docente para las Matronas, para atacar a aquellos médicos y cirujanos partidarios de la intervención, cueste lo que cueste, y a costa, incluso, de la propia vida de la parturienta.

Creemos interesante esta obra por lo que supone para la formación de las Matronas.

Queremos dejar constancia de que mediado ese siglo se promulga una ley por parte del Real Tribunal del Protomeicato, aparecida el 21 de Julio de 1750, en la que se establecía la obligatoriedad de pasar un examen a las futuras Matronas². Como consecuencia de ella aparecieron distintos manuales para la formación de estas profesionales.

Nuestro objetivo con el presente trabajo es, pues, hacer un breve análisis de esta obra, resultando algunos de los puntos más llamativos contenidos en la misma y que puede contribuir a darnos una idea de la formación de las Matronas en el siglo XVIII.

ESTRUCTURA DE LA OBRA

Editada en Pamplona en la imprenta de Pasqual Ibáñez en 1756, consta de 156 páginas, además de otras 20 que incluyen las correspondientes licencias, aprobaciones, prólogo e índice. Se estructura en 19 capítulos y 13 adiciones en las que el autor realiza unos comentarios de su vida profesional. Está dedicada al Catedrático de Anatomía y Médico de la Casa Real, Dr. D. Miguel Borbón.

Se reproducen a continuación los títulos de los 19 capítulos de la obra, con objeto de tener una visión global del contenido de la misma.

- Cap. I: De las partes externas de la Generación de la Muger.
- Cap. II: De las partes internas de la Generación de la Muger.
- Cap. III: De la menstruación.
- Cap. IV: De la generación del Fetus.

- Cap. V: De la preñez, y Parto.
 Cap. introductorio al modo de auxiliar en los Partos peligrosos.
 Cap. I: Impúgnase las señales pronósticas, que dan los Autores para el conocimiento de la inmediatez del Parto, y muéstranse las verdaderas, e infalibles.
 Cap. II: Repruébase por inútil el tiempo anticipado, en que se pone a la Mujer en el Patibulo; y declárase el sentido, y manera de tener de parto solo un cuarto de hora.
 Cap. III: En que se dan Reglas para vencer el impedimento, de quando viene la Criatura atravesada; y lograr la rectitud de ella sin molestia.
 Cap. IV: Explicase en qué consiste la tortuosidad del Cuello del Útero; y danse reglas para vencer este frecuente impedimento.
 Cap. V: Refútase por impío el uso de los Corchetes o ganchos, que ha inventado la industria para sacar a la Criatura en los lances, que no puede salir por la vulva; y se enseña el modo fácil de sacarla.
 Cap. VI: Ensénase cómo se ha de sacar la Criatura con facilidad, quando ésta ha sacado y ala cabeza por la Rima mayor, pero por el estorvo de los hombros le cuesta dificultad salir.
 Cap. VII: En que se explica el modo de sacar la Criatura, quando viene de pies; y se reprueba la práctica de los Autores hasta aquí.
 Cap. VIII: Del parto natural.
 Cap. IX: Del modo de sacar las secundinas, pares, o placenta.
 Cap. X: De el Parto Cesáreo.
 Cap. XI: Cómo puede Baptizarse el Feto en el Utero, en riesgo de no poder salir vivo.
 Cap. XII: En que se dan las señales para conocer, quando el Feto dentro de el Utero está muerto.
 Cap. XIII: En que se refieren algunos casos al Author sucedidos, y son confirmación de toda la doctrina de este libro.
 A cada uno de estos últimos 13 capítulos se le añade una Adición.

TESIS DEL AUTOR

La idea propuesta por el autor, Dr. Babil de Gárate, y que queda puesta de manifiesto a lo largo de todo el libro, es la ya referida del parto natural, sin intervención quirúrgica por parte del que lo asiste. Por ello, la Matrona encuentra en esta forma de atender el parto un amplio campo profesional, en contraposición a la cada vez más empleada costumbre del siglo XVIII y siguientes de acelerar y terminar el parto lo más rápidamente posible, empleando para ello el instrumental que fuere necesario (fórceps, ganchos...). Este punto queda recogido en una de las aprobaciones que introducen la obra, concretamente la del R. P. Fr. Francisco Xavier Gutiérrez, Lector de Artes en el convento y Universidad de Santiago, y que nos dice lo siguiente:

*Observando, pues, á la Naturaleza sus caminos, destierra el Author los instrumentos inhumanos con que hasta ahora se ha extrahido á trozos el infante, quando se mostraba por la salida resistente; escribiendo un modo tan facil de sacarlo, que se practicara con sola la acilidad de leerlo (...)*⁴.

Se critica todo tipo de intervenciones quirúrgicas, en especial la cesárea, a la que se le dedica el capítulo X. Sobre esta operación, el mismo censor refiere:

*(...) Entre estos [instrumentos] se incluye también la Cesárea operación, y por esso el Author intenta el desterrarla también; pero habla de ella como operación Chirúrgica, dexando á los Theólogos lo que tiene de Theológica. Esto es, no se mete en si ¿debe sugetarse á ella la Madre, por la vida del hijo de su vientre? Sino dice, que no la debe aplicar como remedio al Professor, porque es herida de necesidad mortal(...)*⁵.

En la Introducción, el autor expone el objetivo de su obra, y que no era otro que la formación de la Matrona o Comadre (se emplea más este último término que el de Matrona):

*Teniendo en este mi libro por principal objeto, instruir una Comadre par los lanzes del parto(...)*⁶, y en la página 35 abunda en esta idea: Trátasse con los términos más claros que se posible, porque quisiera que mi libro sirviese para la instrucción de las Comadres, y destierro perpetuo de los Comadrones, que no dexan de ser en tales lances indecentes.

CONTENIDO DEL LIBRO

Los primeros cinco capítulos se dedican a la exposición de conceptos anatómicos y fisiológicos que la Matronas debía conocer bien. En un bello lenguaje, poético y barroco, se van describiendo las distintas partes del aparato reproductor femenino, su división en externo e interno, la menstruación, formación y desarrollo del parto, desarrollo del feto, el período de gestación y el parto. Los siguientes 19 capítulos recogen el desarrollo del parto, desde aquel que no presenta problema alguno hasta aquel otro que necesita de la intervención del profesor o de la Matrona. Las 13 adiciones tienen como objeto aclarar los términos explicados durante la obra, y como nos comenta el Dr. De Gárate:

*(...) Aunque hasta aquí he hablado con mucha claridad, más la rudeza de las Comadres, á quienes pretendo instruir, creo, que necesita de mayor, por lo qual me ha parecido bien añadir algunas cosas, para que las ya dichas queden más declaradas*⁷.

Aunque no podemos detenernos a analizar cada uno de los capítulos de la obra, pues ello rebasaría con mucho el espacio de que disponemos, vamos a comentar aquéllos que por su contenido, originalidad o aportación a la bibliografía para la formación de la Matrona de la época así lo aconseje.

Divide el autor las «partes de la generación de la

muger» en dos: exteriores e interiores. Las primeras comprenden: Vulva, Pubes, Labios, Rima mayor, Ninfas, Clitoris, Conducto urinario y su Esphinter, Prostatas femeninas, Carúnculas Mirthiformes, Vagina del útero o Vayna, su orificio interior y exterior, Cuello pequeño del útero o Cerbiz, Glándulas de la Vagina y Esphinter de ella. En las segundas o interiores se incluyen: Vasos inferiores del útero, Testículos o Ovarios, Tubas de Fallopio, Útero, ligamentos y Vasos del útero. Sobre la Rima mayor (del latín rima: abertura, hendidura) y las Ninfas se nos dice:

La abertura de medio se llama Rima mayor, en comparación del orificio del cuello del Utero, que por tener más pequeñez, se le ha aplicado el nombre de Rima menor. Por esta abertura se llegan las Nymphas á registrar, y éstas se llaman así, porque á lados del conducto de las aguas residen, así como las Nymphas en las fuentes, según lo que los Poetas fingen⁸.

El empleo constante de la comparación al definir un órgano lo hace más fácilmente comprensible a la Matrona de la época, a la par que embellece el texto. Sirvanos de ejemplo la definición de las trompas de Fallopio, en donde el autor explica que Fallopio era anatomista, natural de Padua, y que ambas trompas o Tubas se parecen a las tubas usadas por los militares:

Fallopio, Anatómico de Padua, fue el primer inventor de las Tubas, que ahora se dicen por eso las Tubas Fallopianas, y vienen a ser dos conductos, semejantes á las Tubas del Ejército, que van desde los Testículos al Utero(...)⁹.

El capítulo tres lo dedica a la menstruación, su origen, significación, finalidad. El autor comenta varias teorías que intentan explicar este hecho fisiológico (gale-nistas, astrólogos), concluyendo con lo siguiente:

(...) así como el labrador, para que el grano fructifique en la tierra, la muelle, y la ára, no solo porque mejor se interne, sino porque el nitro del ayre pueda penetrar a vivificarle; así la Naturaleza ha dispuesto como mullir y dilatar las partes internas femeninas de la generación (...)¹⁰.

Se establece una relación directa entre la aparición de la menstruación y la necesidad del apareamiento de las hembras, como queda recogido en la siguiente cita:

Toda hembra siente el ardor venéreo quando se le hincha y arrara su útero; porque fermentando entonces sus humores, excitan prurito y calor grande, que la determinan á buscar el macho de su especie. Aunque siempre ay en las mugeres esta disposición para concebir, la ay mucho mayor en el tiempo de la menstruación (...)¹¹.

La fecundación, desarrollo del feto y el parto se tratan en el capítulo cuarto. En la obra se reflejan las distintas teorías, no pocas por cierto, de cómo se produce la fecundación y la animación, enfocándose éstos desde diversos puntos de vista, desde el religioso al filosófico y científico. Sobre la comunicación física materno-fetal, y de modo tan expresivo y práctico, nos expone el Dr. De Gárate:

Desde la Madre al Fetus ay circulación manifiesta, pues además de las razones alegadas, está demostrado por experiencia, que infundiendo Azogue en una perra preñada, y hecha después disección de la perra, se hallan porciones de Azogue en los cachorros (...)¹².

El tan debatido tema, incluso en nuestros días, de las causas que originan el inicio del parto, se resuelve alegando que éste se produce por necesidad de alimentación y oxigenación del feto, insuficientes ya a partir de los nueve meses.

Los siguientes capítulos recogen las distintas maniobras que debe conocer la Matrona para asistir aquellos partos que puedan plantear problemas: *resta ahora instruir [a la Matrona] en la maniobra de los partos, para que evite los muchos desaciertos que hasta ahora en esta acción se han cometido.*

En ellos se analizan las distintas causas de sufrimiento materno y que hacen del parto una experiencia traumática para la mujer que la vive; se destacan, entre otras, el desacertado diagnóstico de los síntomas del parto, lo cual obliga a poner a parir a la preñada antes de tiempo, el empleo desmedido del tacto vaginal por parte de la Matrona o Cirujano, corrección de la presentación fetal, corrección de la dirección del cuello uterino, empleo de instrumentos para vencer la estrechez del canal del parto y realización de la operación cesárea, la cual se criticada duramente por el autor.

Comenzando con las señales inminentes del parto, y con objeto de no tener en este lance a la madre muchas horas, con el dolor y las molestias que ello conlleva, el autor cita como señal infalible, empujar cuando le llegan los dolores. La actuación de la Matrona en este punto es aconsejar a la parturienta que no haga fuerza en absoluto y que se deje llevar por la Naturaleza, que ya le indicará cuando debe hacerlo, pues si esos dolores son los propios del parto pronto parirá, pero si no lo son, sería un error insistir en ello. En palabras del propio Dr. D. Gárate:

Esta es la señal que dá la Naturaleza, que jamás engañará á persona alguna; y así hasta que ésta se experimente, no hay supuesto para molestar a la Madre¹³.

Las demás señales (dolores en región lumbar, pulso más lleno, taquipnea, pujos repetidos...) son de un parto no tan inminente.

El tiempo que debe durar el parto es de un cuarto de hora, no más, según el autor:

(...)por el reloj de mi práctica, solo es necesario para la ejecución del parto en cuarto de hora¹⁴.

Si la parturienta no ha experimentado la señal anterior, es decir, los dolores que le provocan ganas de empujar, no debe ponérsela a parir, pues no es aún el momento para ello. Si pasan varios días sin aparecer tal señal, entonces se debe buscar la causa que lo impide (criatura atravesada, estrechez del canal...) y actuar en consecuencia. Llegado el dolor, la mujer no debe esforzarse en demasía, sino, al contrario, hacer aquella fuerza que el mismo dolor le va pidiendo, y no

más. Cuando realmente la madre debe colaborar haciendo fuerza es cuando la criatura aparece por la Rima mayor.

En otro capítulo, el tres, se aborda el caso de la presentación atravesada. Comenta el autor que el venir la criatura atravesada es el mayor de los impedimentos que se puede presentar en el parto, y donde es más necesario la ayuda de la Matrona o asistente. La forma de corregir esta presentación es la siguiente: primero se ha de observar dónde es más intenso el dolor, en el lado izquierdo o el derecho, pues ello indicaría que el feto estaría inclinado hacia la parte que más le fatiga. No obstante, y para asegurarse más, debe practicar un tacto vaginal. Una vez conocida la presentación, pondrá a la madre echada en la cama sobre el lado contrario a que está inclinado el niño, lográndose así que por su propio peso el niño vaya «resbalándose» poco a poco y adquirir la rectitud naturalmente. Este es un consejo que da el autor para que se ponga en práctica a los siete y ocho meses de gestación, y comprobar que, efectivamente, se corrige. En el caso hipotético de no poder corregirse la presentación por el método expuesto, entonces, y solamente entonces, se ha de introducir la mano por el útero e intentar la corrección, como disponen los autores.

Otra causa que impide el parto normal es la inclinación del cuello uterino. en tal caso se ha de proceder de igual manera que en el anterior, es decir, echar a la parturienta al lado contrario que presente la inclinación.

A la desproporción céfalo-pelvica, motivo de causa de muerte para el feto en muchas ocasiones y no pocas para la madre, se le dedica el capítulo 5 de la obra. Tras criticar a los autores franceses por el empleo de Corchetes, Garfios y Tiretetes, el Dr. De Gárate propone actuar en dichos casos del siguiente modo (transcribimos por su importancia un resumen de la maniobra):

**Tras asegurarse la Matrona o asistente de la existencia de dicha desproporción cabeza del feto-pelvis materna, pondrá de pies a la parturienta, sujeta por detrás por un ayudante.*

**La Matrona, puesta en tierra una rodilla, tomará un paño y poniéndolo encima del perineo o parte posterior debajo del ano (donde se encuentra la cabeza fetal), entrará sus manos por entre los muslos, y poniendo los cuatro dedos de la derecha sobre el paño, pondrá sobre los citados cuatro dedos los otros cuatro de la otra mano, y en esa posición arrimará su pecho contra la parturienta para hacer más y mejor fuerza. Inclinará la acción hacia la vulva de tal forma que la cabeza del niño saldrá fuera.*

Continúa el autor analizando distintos casos de distocia maternas y fetales (presentaciones de nalgas y podálica, encaje de los hombros en el canal del parto, retención de la placenta...), proponiendo su solución sin el empleo de medios violentos.

El capítulo ocho lo titula Del parto natural, y en el

mismo expone los distintos pasos que debe seguir una Matrona, incidiendo repetidas veces en dejar que la Naturaleza obre por sí misma, interviniendo aquélla lo menos posible y destacando la paciencia y observación como virtudes fundamentales de una buena profesional.

Las Secundinas no han de ser extraídas tras el parto, sino esperar a que caigan por sí solas, por maduras; así lo expone el Dr. De Gárate, citando al Dr. Ruischio, autoridad anatómica, en su apoyo y basándose en sus 21 años de experiencia. en palabras del propio autor:

Para mí es evidente argumento, que si no se han superado del fondo del útero, al tiempo de arrancarlas han de causar flujo de sangre muy copioso; conque por esta parte, casi ay certeza de la muerte; pero de no sacarlas tengo experiencia, y más que probabilidad, que la misma Naturaleza avisa el tiempo de la extracción, y sin peligro especial¹⁵.

Con especial acritud se critica la operación cesárea (capítulo 10), definiéndola del siguiente modo:

Es, pues, la operación Cesárea, una violenta extracción de la Prole, abriendo con un Cuchillo el vientre de su Madre. Con sólo esta breve definición, dirá el más rudo que no se puede executar, por bárbara abominable cruel, iniqua, digna de prohibirse, por ser mortal directamente¹⁶.

Reconoce el autor, no obstante, la licitud de esta intervención quirúrgica, citando a diversos canonistas y teólogos.

Al bautismo del feto¹⁷, ante la posibilidad de no salir vivo, se le dedica el capítulo 11. La interrelación religión-ciencia se halla aún plenamente vigente a mediados del siglo XVIII, como queda recogido en ésta y en la mayoría de las publicaciones científicas de la época.

De los varios casos que plantea para la administración del bautismo, extraemos éste:

Es también práctica sabida, que si se halla la Madre embarazada, y por enfermedad pierde la vida, están los facultativos prompts por abrirla así que dé el último aliento, para que logre la Criatura la luz del Baptismo, si acaso no la de este mundo¹⁸.

Las señales para conocer si el feto está muerto, son las siguientes (capítulo 12):

- La madre no percibe el movimiento.
- Si el feto cae como bola al lado que la madre se eche.
- Si la madre siente frialdad, dolor y pesadez en el vientre inferior.
- Si lleva mucho tiempo el cordón umbilical o secundinas fuera del útero.
- Si la cabeza del feto es de consistencia totalmente blanda.
- Si a la madre le sobrevienen síncope y convulsiones frecuentes.
- Si el feto se encuentra frío al palparlo.
- Si sale del útero olor fétido.
- Si la madre presenta ojos hundidos, rostro aplomado, lánguido aspecto, flujo de sangre, problemas respiratorios, disminución del tamaño del vientre...

El capítulo 13 recoge casos concretos ocurridos al autor y que vienen a confirmar su teoría del parto natural que viene proponiendo a la largo de toda su obra.

Finaliza la misma con una serie de adiciones, una a cada capítulo, a modo de aclaración del texto.

Concluimos este trabajo y, a modo de reflexión, resaltar que, al igual que ocurre en nuestros días, si bien no en grado tan extremo, en el siglo XVIII se hallaban vigentes, en cuanto a la asistencia al parto, los dos puntos de vista: el de la intervención a parto artificial,

donde cirujanos hacían y deshacían todo tipo de operaciones, con el material quirúrgico conveniente (fórceps, garfios...) y el, llamémosle, parto natural, es decir, aquél en que se deja a la Naturaleza que obre en su tiempo y modo, obviándose, en la medida de lo posible, el empleo de cualquier tipo de instrumental científico.

A la formación de la Matrona ese último tipo de asistencia, la natural, dedica el Dr. Babil de Gárate y Casabona su obra.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla: La Obstetricia en el siglo XVII. Discurso de recepción del académico electo Prof. Dr. D. Luis Recasens Serrano. Discurso de contestación del Excmo. Sr. D. Cristóbal Pera Jiménez. Editorial Católica Española, S.A. Sevilla, 1953, p. 107.

² Los datos completos recogidos en la portada de este libro son los siguientes: LIBRO NUEVO, CUYO TÍTULO: NUEVO, Y NATURAL MODO DE auxiliar á las Mujeres en los lances de los Partos, sin operación de manos, ni instrumentos, COMPUESTO POR DON BABIL DE GARATE Y CASABONA; nombrado primeramente, Cirujano del Grande, y Real Hospital de San-Tiago de Galicia, por la Real Cámara de Castilla; y al presente Cirujano Mayor por su Magestad de la Ciudadela de Pamplona. DEDICALO AL SEÑOR DON MIGUEL DE BORBON, Cathedrático antes de Anathomía, y después jubilado en la de Aphorismos de la Universidad de Zaragoza, Médico del Rey, y Reyna, nuestros Señores. Con licencia en Pamplona: en la Oficina de Pascual Ibañez, Impressor, y Librero, año 1756.

Se encuentra depositada en la Biblioteca Nacional en la signatura: 3/46105.

³ VALLE RACERO, J.I.; GARCIA MARTINEZ, A.C.; GARCIA MARTINEZ, M.J.: «Parteras y Matronas: su instrucción en el siglo XVIII», en HYGIA. Revista de Enfermería, Nº 26, p. 30. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, 1993.

En este trabajo se analiza la Cartilla Nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear, del doctor Antonio Medina, 1750. A partir de esa fecha se editarían distintas obras con la pretensión de dar respuesta al programa de formación de las Matronas.

⁴ Opus cit.: Libro Nuevo, cuyo título: Nuevo, y Natural modo...p. XI.

⁵ Ibidem, p. XIII.

⁶ Ibidem, p. I.

⁷ Ibidem, p. 121.

⁸ Ibidem, p. 2.

⁹ Ibidem, p. 10.

¹⁰ Ibidem, p. 16.

¹¹ Ibidem, p. 13.

¹² Ibidem, p. 25.

¹³ Ibidem, p. 41.

¹⁴ Ibidem, p. 46.

¹⁵ Ibidem, p. 96.

¹⁶ Ibidem, p. 97.

¹⁷ Sobre este tema puede consultarse GARCIA MARTINEZ, M. J.; GARCIA MARTINEZ, A. C.; VALLE RACERO, J.I.: «La administración del Bautismo de urgencia: una función tradicional de Matronas», en Matronas Hoy, Nº 4, 2º Trimestre, Madrid, 1994, p. 47 y ss.

¹⁸ Opus cit.: Libro Nuevo, cuyo título..., p. 106.

LA MATRONA Y LAS PUBLICACIONES CIENTIFICAS

«Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional de Matronas, Madrid, 5, 6 y 7 de Mayo, 1995»»

M^a ISABEL AVELLANED JIMENEZ, FUENSANTA SANCHEZ FERNANDEZ
ANA MARIA GARCIA PARRA, BERNARDO VILA BLASCO
ISABEL M^a MORALES GIL, SEBASTIAN DANIEL LUPION GONZALEZ

Profesores de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

INTRODUCCION

Realizamos un trabajo con la inquietud de conocer el grado de participación de las Matronas en la producción científica. Llevamos a cabo una amplia revisión bibliográfica logrando recuperar trece publicaciones, seis españolas y siete extranjeras, todas ellas de carácter nacional.

Tras el análisis de estas revistas obtenemos una perspectiva bastante aproximada sobre las publicaciones científicas de nuestro colectivo profesional.

OBJETIVOS

- Conocer la participación de la matrona en las publicaciones científicas, nacionales y extranjeras.
- Analizar el tipo de trabajo y temas que tratan los artículos publicados con más frecuencia por las Matronas.
- Reflexionar sobre la necesidad de aumentar la producción científica de nuestro colectivo profesional.

MATERIAL Y METODO

- Se estudian 1.221 artículos en un total de 109 revistas pertenecientes a 13 publicaciones distintas.

* ESPAÑOLAS:

- Revista de Enfermería Rol.
- Nursing.
- Enfermería Clínica.
- Investigación y Ciencia.
- Toko-Ginecología.
- Matronas Hoy.

INGLESAS:

- British Journal of Obstetric and Gynaecology.

- Maternal and Child Health.

* AMERICANAS:

- Journal of Nurse-Midwifery.
- Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing.
- American Journal of Maternal/Child Nursing.
- Nursing Research.
- American Journal of Nursing.

- Período de estudio: de enero a diciembre de 1993.

- Variables estudiadas:

- * Temática de los artículos.
- * Tipo de estudio realizado:
- Investigación.
- Revisión Bibliográfica - Artículo de opinión.
- Casos Clínicos

- * Autores de los artículos:

- Matronas.
- Enfermeras.
- Equipo multidisciplinar en el que participan matronas.

- * Revista en la que se publica:

- Nacional.
- Revista de Enfermería.
- Revista de Obstetricia y Ginecología.
- Revista específica de Matronas.

RESULTADOS

* De los 1.221 artículos revisados, las Matronas han escrito o participado en la producción de 87, el 7,12% del total estudiado.

* De las trece publicaciones estudiadas:

• Seis son españolas, sólo una de ellas específica de Matronas: "Matronas hoy". En estas seis publicaciones encontramos un total de 513 artículos, de los que sólo 15 están escritos por Matronas, lo que supone el 2,9%.

• Dos son inglesas sólo una de ellas de Matronas, el total de artículos publicados son 348, sólo 9 de ellos escritos por Matronas, el 5,4%.

• Cinco son americanas, sólo dos de ellas de Matronas. El total de artículos publicados es de 360 y sólo 53 están escritos por Matronas, el 14,7%.

• Los temas en los que se centran con más frecuencia los trabajos de las Matronas son:

- Cuidados del embarazo: 34,5%.
- Atenciónal parto: 15%.
- Educación Sanitaria y atención en la comunidad: 11,5%.
- Ginecología: 11,5%.
- Docencia e investigación: 6%.
- Planificación familiar: 4,5%.
- Aplicación de moderna tecnología: 3,5%.
- Otros: 4,5%.

• El tipo de estudio que se realiza con más frecuencia es:

- Investigación 46%.
- Revisiones bibliográficas y artículos opinión 49,5%.
- Estudios de casos 4,5%

• Los 87 artículos estudiados están escritos por:

- Enfermeras el 7%.
- Matronas el 25%.
- Equipo multidisciplinario con participación de matronas 68%.

DE LOS ARTICULOS ESTUDIADOS MERECE SER DESTACADOS

• POR SU ORIGINALIDAD:

- "Aprendiendo en el útero", escrito por Matronas en la Revista española de Matronas Hoy.
- "Tendencias de Investigación en el Journal Nursing Midwifery", escrito por Matronas, formando parte de un equipo multidisciplinario, en la revista americana Journal of Nurse Midwifery.

– "Enfermeras-Matronas, como preceptoras en la educación sanitaria de los médicos", escrito por Matronas y Enfermeras en la misma revista anteriormente citada.

– "Simulación del hogar durante el parto en el hospital", escrito por Matronas dentro de un equipo multidisciplinario en la revista inglesa British Journal of Obstetrics and Gynaecology.

• POR LA TEMATICA:

* EDUCACION SANITARIA Y ATENCION EN LA COMUNIDAD:

— "Programa educativo de la Enfermera-Matrona en la Comunidad" escrito por un equipo multidisciplinario publicado en la revista americana Journal of Nurse Midwifery.

— "Cuidados prenatales y post-parto en una comunidad de base en Hawai" escrito por Matronas y Enfermeras en la revista americana Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing.

— "Salud sexual de la mujer" escrito por un equipo multidisciplinario y publicado en la revista inglesa Maternal and Child Health.

— "Calidad en la educación al paciente" escrito por Matronas en la revista americana The American Journal of Maternal Child Nursing.

DOCENCIA:

— "Una revisión comprensiva para el certificado de Enfermera Matrona" escrito por matronas en la revista americana Journal of Nurse-Midwifery.

— "Educación en el Arte de la Obstetricia" escrito por matronas en la misma revista citada.

— "Educación en servicio" escrito por matronas y enfermeras en la revista americana The American Journal of Maternal/Child Nursing.

CONCLUSIONES

• La producción científica del colectivo de Matronas es escasa a nivel mundial por lo que se hace necesario aumentarla.

• Para mejorar nuestra práctica profesional necesitamos más medios de difusión: foros de opinión, revistas y medios de publicación específicos.

• Una profesión que no investiga, revisa sus conocimientos y los da a conocer, se estanca y muere. Debemos realizar trabajos, investigar y publicarlos.

MANUAL PRACTICO PARA MATRONAS

Manual Práctico M.^a Angeles Rodríguez Rozalén para Matronas



Autora: M.^a Angeles Rodríguez Rozalén
Editorial: ARAN

La publicación del "Manual práctico para Matronas" resuelve, parcialmente, el vacío bibliográfico específico para matronas.

Cada capítulo está escrito con rigor, para conseguir la máxima utilidad.

Los textos de cada parte están diseñados para ayuda de las que desarrollan su actividad en el medio hospitalario o fuera del mismo. Una parte importante del volumen está dedicada a patologías de la gestación, con las respuestas necesarias al ¿qué hacer?.

Otros capítulos dedicados a lo fisiológico están tratados con el inevitable "toque" de una larga experiencia de la autora.

Es importante reseñar en los contenidos, un bloque de normativas nacionales y comunitarias, que deben conocer las Matronas.

Por último, merece la pena leer el capítulo dedicado a un tema de actualidad plena: la identificación del recién nacido. Tratado de manera muy interesante desde una perspectiva antropológica e histórica. Incluye una variante indentificativa a los métodos propuestos hasta hoy, que podría implantarse de forma generalizada.

Este libro no es un tratado, pero será un instrumento utilísimo en la actividad cotidiana.

24TH TRIENNIAL CONGRESS. 26-31 MAYO, 1996. OSLO- NORUEGA

FEDERACION DE MATRONAS



PROGRAMA CIENTÍFICO

Lunes 27 de Mayo

9-10. Política de salud para mujeres y niños.

10'30-12. **Reproducción y salud infantil.**

- Salud en la mujer. Efectos en la mortalidad y la morbilidad en el parto.

Diferencias culturales.

- Las matronas en Europa. Ejemplos de tres países.

Aspectos psicológicos.

- La experiencia de la mujer en el parto.

Aspectos psicológicos.

- Nacimiento prematuro: causas y tratamiento.

Educación e investigación.

- ¿Cómo influye la educación en el papel de la Matrona?

Martes 28 de Mayo

9-10. Diversidades culturales en el parto y en la obstetricia.

10'30-12. **Salud reproductiva**

- La mujer, los niños y la matronas en situación de guerra y estado de sitio.

Diferencias culturales.

- La obstetricia en África. Ejemplos de tres países.

Aspectos psicológicos

- El no-nato y el neonato.

Aspectos psicológicos

- El papel de la tecnología en el parto normal.

Educación e investigación.

- El proceso de formación: como interpretar un estudio científico.

Miércoles 29 de mayo.

9-10. La experiencia de la mujer: la cara oculta del parto.

10'30-12. **Salud reproductiva.**

- La lactancia materna. Iniciativas del Hospital para el buen estado del bebé.

Diferencias culturales.

- La obstetricia en Asia/región del Pacífico. Ejemplos de tres países.

Aspectos psicológicos.

- Los padres en el parto.

Aspectos psicológicos.

- Cuidado prenatal. ¿Qué se sabe y qué no se sabe?

Educación e investigación.

- Estudios experimentales y descriptivos (diseño/proyecto, datos, análisis y metodología).

Jueves 30 de Mayo.

9-10. Las clases de preparación canalizadas a través de la educación y la investigación.

10'30-12. **Salud reproductiva.**

- Estrategias para proteger la maternidad en países en vías de desarrollo.

Diferencias culturales.

- La obstetricia en América. Ejemplos de tres países.

Aspectos psicológicos.

- La Psicología en la Obstetricia.

Aspectos psicológicos

- Nivel adecuado de atención durante el parto.

Educación e investigación

- Estudios descriptivos (diseño/proyecto, datos, análisis y metodología).

Viernes 31 de Mayo

9-10 h. Diferencias en el parto en distintos países.

10'30-12 h. Ceremonia de Clausura.

- INFORME DE LA ICM.(1993-1996)
- DESPEDIDA DEL ANTERIOR PRESIDENTE.
- TOMA DE POSESIÓN DEL NUEVO PRESIDENTE.
- TOMA DE POSESIÓN DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA.
- INVITACIÓN AL PRÓXIMO CONGRESO.

PROGRAMA BASE

25 Mayo Sábado	ESPAÑA - OSLO Salida en vuelo regular destino Oslo, vía Copenhague. A la llegada, asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento
26/31 Mayo Domingo/ Viernes	OSLO Estancia en el GRAND HOTEL, de categoría lujo, situado en la calle principal de la ciudad, en régimen de alijamiento y desayuno buffet. Días libres destinados a participar en los actos y sesiones organizadas por la Secretaria del 24 CONGRESO INTERNACIONAL DE LA FEDERACION DE MATRONAS.
1 Junio Sábado	OSLO - ESPAÑA A la hora indicada traslado al aeropuerto para salir en vuelo de regreso a España. Llegada y fin del viaje.

Precio por persona en habitación doble:

Desde Barcelona.....	207.400 pesetas.
Desde Madrid.....	208.900 pesetas.
Suplemento habitación individual.....	93.850 pesetas.

Los precios incluyen:

- Billete de avión, vuelo de línea regular, con franquicia de 20 kg. de equipaje.
- Traslados aeropuerto/hotel/aeropuerto en todas las ciudades.
- Estancia en hoteles de lujo en Oslo, Copenhague y Estocolmo, y primera superior en el post-congreso, en régimen de alojamiento y desayuno buffet.
- Visitas, excursiones y comidas indicadas en el programa.
- Bolsa y seguro de viaje.
- Acompañante de ULTRAMAR CONGRESS para un mínimo de 50 participantes.

No incluyen:

- Tasas de aeropuerto.
- Inscripción al Congreso.
- Extras de tipo personal, y en general, cualquier servicio no indicado anteriormente.

Nota: Los precios han sido calculados según las tarifas y cambio de moneda vigentes en junio de 1955. Cualquier variación de las mismas puede incidir en el precio final del viaje.
Precios válidos para un mínimo de 50 participantes en el programa base y 25 en los programas pre y post Congreso.

CONDICIONES GENERALES

Organiza la Agencia de Viajes ULTRAMAR EXPRESS, GC - 4 - MD, en colaboración con todas las Cías. Aéreas miembros de IATA. La Agencia de Viajes actúa como agente de las Compañías transportistas, hoteles u otros prestatarios de servicios y no es responsable por ningún acto, omisión o evento mientras los pasajeros no estén a bordo de sus aeronaves. El contrato de transporte aéreo en uso por las Compañías aéreas, cuando esté emitido, constituirá el único contrato de estas excursiones. Los precios que se indican en este folleto se hallan sujetos a variaciones o alteraciones que puedan producirse. La Agencia de Viajes organizadora declina toda responsabilidad sobre daños personales, robos, pérdidas o deterioros de equipaje, así como por las consecuencias o alteraciones de programa que puedan derivarse en concepto de cierres de aeropuertos por consiciones climatológicas u otros motivos, retrasos en los vuelos, situaciones políticas, huelgas, reajustes de horarios, etc. que puedan obligar a cambios de ruta imprevistos.

Este folleto se publica bajo responsabilidad del organizador turístico.

No se publica por cuenta de la Compañía Aérea mencionada o por las compañías aéreas cuyos servicios son utilizados en el viaje ni las compromete.

La Agencia de ULTRAMAR EXPRESS, S.A. GC - 4-MD, actúa como intermediaria entre los prestatarios de servicios. Las condiciones generales se basan en el Decreto 45/1988 del 13 de enero de la Generalitat de Catalunya. Ultramar Congress no se responsabiliza de posibles errores de imprenta, de interpretación o de modificación de tarifas posterior a la emisión del folleto.

Folleto emitido en Junio de 1995

Para formalizar la inscripción al Congreso
pueden dirigirse a:

ULTRAMAR CONGRESS

Diputación 238, 3ª. 08007 BARCELONA.
Tel.: (93) 482 71 60 - Fax: (93) 482 71 58.
Señorita Trini Audet.

PRE - CONGRESO

19 Mayo Domingo	ESPAÑA - COPENHAGUE Salida en avión con destino a Copenhague. Llegada y traslado al hotel. Alojamiento.
20 Mayo Lunes	COPENHAGUE Por la mañana, detallada visita de la ciudad: La Sirenita, la Fuente Gefion, el Palacio Real de Amalienborg, el castillo de Rosenborg etcétera.
21 Mayo Martes	COPENHAGUE Día libre. Posibilidad de efectuar una excursión facultativa al impresionante Castillo de Kronborg, famoso por ser el lugar donde Shakespeare situó la acción de su tragedia "Hamlet".
22 Mayo Miércoles	COPENHAGUE-ESTOCOLMO A la hora indicada traslado al aeropuerto para salir en avión hacia Estocolmo. Traslado al hotel y alojamiento.
23 Mayo Jueves	ESTOCOLMO Por la mañana visita de la ciudad con su hermoso ayuntamiento, la Iglesia de la Coronación y su encantadora parte antigua con sus edificios medievales. Tarde libre.
24 Mayo Viernes	ESTOCOLMO Día libre en esta elegante y cosmopolita capital que fue construida sobre numerosas islas unidas entre sí por 14 impresionantes puentes que se elevan sobre bellos canales.
25 Mayo Sábado	ESTOCOLMO-OSLO A la hora indicada traslado al aeropuerto y salida en vuelo con destino Oslo, donde se reunirán con los demás participantes al Congreso. Traslado y alojamiento.

Precio por persona en habitación doble a añadir al programa base:

Desde Barcelona.....	134.500 pesetas.
Desde Madrid.....	136.000 pesetas.
Suplemento habitación individual.....	55.100 pesetas.

CUOTAS DE INSCRIPCION (en coronas noruegas):

	Antes 30/10/95	Hasta 1/3/96	A partir 1/3/96
Participantes	4.000	4.900	5.900
Inscripción 1 día	NO	NO	1.200
Acompañantes	1.400	1.400	1.400

POST - CONGRESO

01 Junio Sábado	OSLO-LILLEHAMMER-GEIRANGER Por la mañana salida por carretera bordeando el lago Mjosa, el mayor del país, hasta Lillehammer (sede de los Juegos Olímpicos de Invierno del 1994), donde visitaremos su interesante Museo Maihaugen, al aire libre y que alberga una impresionante representación de antiguas casas noruegas. Seguiremos a través del tradicional valle de Gubrandsdalen hacia Geiranger, población situada en el mismo corazón de la región de los fiordos. Cena y alojamiento.
02 Junio Lunes	GEIRANGER-GLACIAR BRIKSDAL-BALESTRAN Por la mañana realizaremos un mini-crucero por el espectacular fiordo Geiranger, pasando por las cataratas Siete Hermanas. Continuación por carretera bordeando el fiordo Nord hasta el lugar donde se encuentra el importante Glaciar Briksdal. Por la tarde, salida hacia Balestrand a través de las montañas Gaular y bordeando el Fiordo Sogne. Cena y alojamiento.
03 Junio Martes	BALESTRAND-FIORDO SOGNE-BERGEN Durante este día seguiremos bordeando la orilla del fiordo Sogne, y tras una corta travesía en ferry, continuaremos a través de hermosos valles hasta Bergen. Alojamiento en el hotel.

04 Junio Martes	BERGEN Encantadora ciudad, antigua capital Noruega, con impresionantes edificios de la época medieval que todavía perduran. Por la mañana visita panorámica de la ciudad incluyendo "Troidhaugen", en un tiempo el hogar del famoso pianista y compositor Edvar Grieg y otros lugares de interés. Tarde libre. Alojamiento.
05 Junio Miércoles	BERGEN-FLAM-STALHEIM Por la mañana traslado a la estación para tomar el tren que, a través de bellos paisajes, nos conducirá hasta Flam, a orillas del fiordo Aurlands. Embarque para efectuar la travesía del espectacular fiordo Naeroy hasta Gudvangen. Continuación por carretera bajo el imponente paisaje del Cañón de Stalheim, hasta la población del mismo nombre. Cena y alojamiento.
06 Junio Jueves	STALHEIM-FIORDO HARDANGER-LOFTHUS Por la mañana visita del Museo de Stalheim y salida por carretera, vía Voss, hasta Northeimsund, a orillas del fiordo Hardanger. Por la tarde mini-crucero por el fiordo hasta el bello hotel donde nos alojamos, situado en el fiordo Resort de Lofthus. Cena y alojamiento.
07 Junio Viernes	LOFTHUS-OSLO Por la mañana visita de la impresionante Catarata Voringfoss continuando a través de la bella región montañosa de Hardangervidda, de profundos y espesos bosques y región de los lagos hasta Oslo, donde llegaremos por la tarde. Alojamiento
08 junio Sábado	OSLO-ESPAÑA Por la mañana traslado al aeropuerto y salida en el vuelo de regreso a España

Precio por persona en habitación doble a añadir al programa base:

Desde Barcelona.....	187.800 pesetas.
Desde Madrid.....	189.300 pesetas.
Suplemento habitación individual.....	47.400 pesetas.

Por gestión de la Asociación Nacional de Matronas, las congresistas españolas, podrán inscribirse con tasas reducidas hasta el 30 de Noviembre de 1995.

