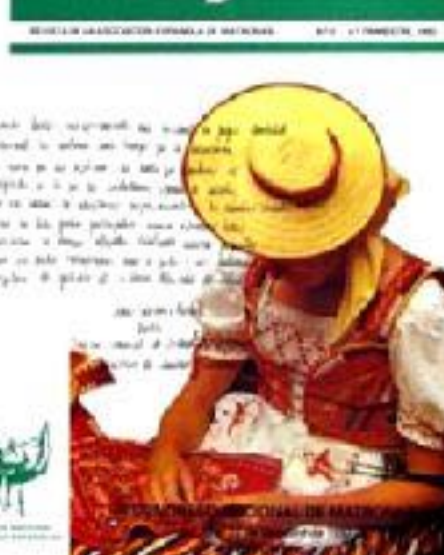


matronas hoy

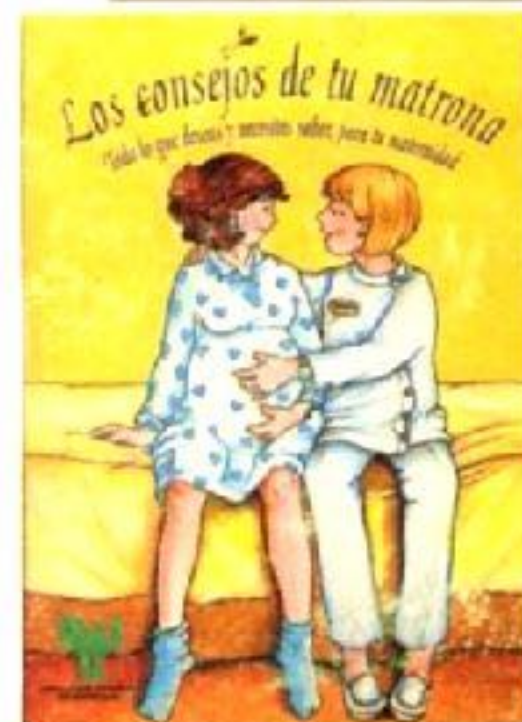
NUEVA ETAPA

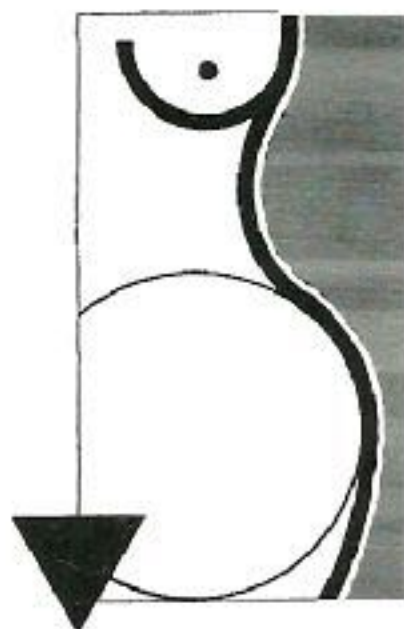
REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº8 - 4º TRIMESTRE, 1996



ASOCIACION NACIONAL
DE MATRONAS ESPAÑOLAS





Matronas en Europa: Profesión e investigación

Barcelona, 20, 21 y 22 de febrero de 1997

PROGRAMA CIENTIFICO

Ruth Ashton.

Matrona, OB. Secretaria
General del Royal College
of Midwives 1982 - 1994.
Reino Unido.

Dolors Costa Sampere.

Matrona, Coordinadora del
Programa de Atención a la
Mujer. Subdivisión de
Atención Primaria Centro.
Instituto Catalán de la Salud.

H.M. Crohecke-Reus.

Matrona, Presidenta de la
Junta Directiva de Matronas
Holandesas.
Práctica Privada. Holanda.

Cristina Martínez Bueno.

Matrona, Coordinadora del
Programa de Atención a la
Mujer.
Dirección de Atención
Primaria Granollers.
Instituto Catalán de la Salud.

M^a Luisa de la Puente Mar- torell.

Técnico en Salud Pública.
Región Sanitaria Centro.
Servicio Catalán de Salud.

Glória Seguranyes

Guillot.
Matrona, Directora de la
Unidad Docente
de Matronas de Cataluña.
Universidad de Barcelona.

Jennifer Sleep.

Matrona, Research
Coordinator of Wolfson
School of Health Sciences,
Reading, Reino Unido.

Mary Uprichard.

Matrona, OB. Presidenta del
UKCC for Nursing,
Midwifery and Health
Visitors.

JUEVES 20 de febrero

- 13.00 h. Entrega documentación
Auditorium Diagonal.
16.00 h. Conferencia inaugural.
16.30 h. Ponencia:
**Los Servicios de Maternidad en el
Reino Unido. Situación actual.**
17.30 h. Debate.
18.15 h. Café.
18.45 h. Ponencia:
**Las matronas y las relaciones
con las instituciones.**
19.30 h. Debate.
20.00 h. Comunicaciones y presentación
de posters.

VIERNES 21 de febrero

- 9.30 h. Conferencia:
**El Programa de Atención a la Mujer:
una asistencia integral. Análisis
de la situación.**
Ponencias:
**Como mejorar la asistencia en el
cuidado de la mujer en los
subprogramas del Programa de
Atención a la Mujer.**
10.20 h. Control prenatal.
10.40 h. Educación maternal.
11.00 h. Puerperio domiciliario.
11.20 h. Debate.
12.00 h. Café.
12.30 h. Planificación Familiar.
12.50 h. Jóvenes.
13.10 h. Menopausia.
13.30 h. Debate.
14.30 h. Comida de trabajo.
16.00 h. Ponencia:
**Aspectos epidemiológicos
en la salud reproductiva.**
16.30 h. Ponencia:
**La investigación: un reto
para la matrona.**
17.00 h. Debate.
17.30 h. Comunicaciones libres en salas
simultáneas.
Presentación de posters.
19.30 h. Fin de la sesión.
21.00 h. Cena-Buffer del Congreso.

SABADO 22 de febrero

- 9.00 h. Comunicaciones.
10.00 h. Ponencia:
La matrona y la atención al parto.
10.45 h. Ponencia:
**Hallazgos en la investigación
de la salud maternal.**
11.30 h. Debate.
12.15 h. Café.
12.45 h. Ponencia:
**La asistencia de la maternidad
en Holanda: la perspectiva
de las matronas.**
13.45 h. Debate.
14.30 h. Clausura del Congreso.

SEDE DEL CONGRESO:

Auditorium Diagonal
Avda. Diagonal, 662. Barcelona.

Inscripción y cuotas:

Socias de la Associació Catalana de Llevadores.
Hasta 4-2-97: 26.000pts. A partir 5-2-96: 30.000pts.

No socias:

Hasta 4-2-97: 37.000pts. A partir 5-2-97: 39.000pts.

Matronas residentes:

Hasta 4-2-97: 16.000pts. A partir 5-2-97: 20.000pts.

La inscripción incluye:

Documentación. Asistencia a las sesiones científicas.
Cafés de trabajo. Almuerzo de trabajo. Cena-buffet.

Forma de pago:

- ☐ Talón nominativo a:
Associació Catalana de Llevadores
☐ Transferencia bancaria a:
Associació Catalana de Llevadores
Banco Sabadell cta. núm.
0081-0057-35-0001240025

Comunicaciones y posters:

Fecha límite de admisión: 14 de enero de 1997.
Es requisito imprescindible haber formalizado
la inscripción para presentar comunicación y poster.

Cambios en el programa:

El Comité Organizador se reserva el derecho de hacer
cambios en el programa sin previo aviso.

Empresa Organizadora:

Mater Service

Información e inscripciones en:

ASSOCIACIÓ CATALANA DE LLEVADORES

Tapineria, 10 - 2^a Barcelona 08002 Teléfono (93) 310 15 64 Fax (93) 310 51 16





REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº8 - 4º TRIMESTRE, 1996

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

3º CONGRESO ASOCIACION CATALANA DE MATRONAS

INICIATIVA HOSPITAL

AMIGO DE LOS NIÑOS p.2

PUNTO DE VISTA p.3

SECCION CIENTIFICA

- Depresión puerperal
factores relacionados **p.4**
- El estado de las episiotomias **p.7**
- Motivación y actitud de las matronas
residentes de la unidad docente
de matronas de Cataluña **p.11**

**ACTIVIDADES, RESPONSABILIDADES
E INDEPENDENCIA DE MATRONAS
DENTRO DE LA UNION EUROPEA p.18**

CAMPAÑA DE IMAGEN

LACTANCIA MATERNA: INICIATIVA HOSPITAL AMIGOS DE LOS NIÑOS

La organización de las Naciones Unidas para la infancia: UNICEF celebra este año el 50 aniversario de su fundación. Esta organización vela desde 1946 por la salud de los niños de todo el mundo ejerciendo acciones en ámbitos políticos, sociales y sanitarios para este fin. El programa GOBI se inició como medio de acción para disminuir la mortalidad y morbilidad infantil. Este programa contempla: la monitorización del desarrollo pondo-estatural (G=Grow Monitoring), la rehidratación oral (oral rehydration), Vacunación Universal (I=inmunization) y Lactancia materna (B=breastfeeding).

La importancia de estas acciones ha sido demostrada en todos los países donde se están desarrollando, siendo incluidas en los programas de salud de los distintos países con el objetivo de la Salud para todos en el año 2000. Así el logro de la erradicación de la viruela en 1980 ha hecho difundir el EPI/PEVPAV en todo el mundo y se está muy cerca del logro de la erradicación de la poliomielitis en las Américas. La introducción de las sales de rehidratación oral (SRO) ha sido seguida con entusiasmo en todos los países reduciendo la mortalidad debida a las diarreas. Las gráficas del camino de la vida y el control del desarrollo de los niños ha sido incorporado en todos los programas de salud Materno Infantil en todo el mundo. La lactancia materna está siendo promovida en todo el mundo y en todos los ámbitos iniciando esta promoción desde los hospitales maternos que siguen la Iniciativa Hospital Amigo de los niños (IHAN) (BFHI Baby Friend Hospital Initiative).

La IHAN consiste en hacer que en los hospitales maternos se promueva la lactancia materna siguiendo las recomendaciones dadas por la UNICEF y OMS en 1989. Los diez puntos que se recomiendan han sido evaluados demostrando que el cumplimiento de cualquiera de ellos por sí solo ya ejerce una influencia importante en la iniciación y duración de la lactancia materna. Son:

- 1.- Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
- 2.- Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
- 3.- Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y como realizarla.
- 4.- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
- 5.- Mostrar a la madre como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si se ha de separar del niño.
- 6.- No dar a los recién nacido más que la leche materna.
- 7.- Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día.
- 8.- Fomentar la lactancia a demanda.
- 9.- No dar chupetes a los niños alimentados a pecho.
- 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

El hospital que cumple estos puntos, tras ser evaluado, consigue el galardón de Hospital Amigo de los Niños. En el mundo hay ya más de 2000 hospitales que han obtenido esta

distinción. En Europa muchos países ya tienen algún hospital como éste, siendo los países nórdicos los que están a la cabeza: el 85% de los hospitales de Suecia ya lo son.

En nuestro país la inmunización es prácticamente universal, el control del desarrollo se realiza en todas las consultas pediátricas y la deshidratación es un extremo que no se observa por el tratamiento correcto de los problemas diarreicos. La lactancia materna de la que nuestro país había sido un bastión, está decreciendo al igual que ocurrió en otros países industrializados tras la revolución industrial. Posiblemente la atención de todos los partos en el medio hospitalario ha contribuido en este descenso de la lactancia en nuestro país entre muchos otros factores sociales y culturales. Indudablemente es en los hospitales donde se podrá hacer una mejor difusión de la lactancia materna, razón por la que España se ha adherido a la iniciativa.

Seguramente muchos hospitales españoles ya cumplen los diez puntos recomendados por UNICEF/OMS y va a ser muy fácil el poder otorgar el primer galardón de hospital defensor de la lactancia muy pronto. No obstante, para que esto sea posible se tenía que crear una Comisión de la Iniciativa que pudiera nombrar el grupo consultivo evaluador y otorgar posteriormente el galardón de HAN.

El 20 de Noviembre de 1995, tuvo lugar en Madrid la reunión de formación de la comisión en la que junto a la Ministra de Sanidad participaron los más altos representantes de UNICEF, Sociedad Española de Pediatría, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, **Asociación Nacional de Matronas**, Asociación de Promoción de la Lactancia Materna (ACPAM), Asociación Española de Gerentes y Administradores de Hospitales y Grupos de Ayuda Mutua. Posteriormente se nombró un Coordinador Nacional de la Iniciativa y un Comité Permanente de dicha Comisión.

La primera acción de este Comité es difundir la Iniciativa Lactancia Materna: Hospital Amigo de los Niños, en primer lugar entre los profesionales sanitarios y, posteriormente entre la opinión pública. Con esta finalidad hemos preparado esta editorial para conseguir que los profesionales sanitarios que estamos en contacto con la madre que puede lactar, participemos de pleno en la mejora de la salud de nuestros niños, mediante el logro que la lactancia materna sea cada vez más prevalente: se de más y por más tiempo.

Es por eso que les animamos a tomar la acción en la Iniciativa de forma similar que el malogrado Presidente de UNICEF James Dant, solicitó en 1994 a todos los médicos: "Apreciado médico amigo de la infancia estamos convencidos de que el peso de su influencia, su reputación y ejemplo pueden ayudar a terminar con la competencia malsana en contra de la Lactancia, competencia que en ninguna parte podía ser menos apropiada que dentro de nuestros sistemas de salud".

En todas las oficinas de UNICEF así como en la secretaría de la Comisión pueden solicitar más información al respecto. (IHAN, Sra. M^a Ángeles. Tlf. 93/427 20 00. Ext. 2275).



Nuestras constantes vitales como profesión.

Es bueno parar un poco, dentro de éste ritmo frenético en el que estamos inmersos, y analizar la situación.

En este caso, la situación profesional de las matronas.

El acontecer de los últimos años ha sido el espaldarazo que necesitábamos.

Analizando la situación con un metafórico protocolo para la toma de constantes, nos encontraríamos con:

Pulso: discretamente taquicárdico, probablemente por las exigencias de la actividad.

Temperatura: alguna febrícula, por el sentimiento común de estar retribuidas tan injustamente.

Tensión arterial: alta, por un exceso de adrenalina, motivada probablemente por diversas "zancadillas", a lo largo y ancho del cada día.

Respiración: sincrónica, para evitar hiperventilaciones poco saludables.

Resumen: estado general reservado.

El espaldarazo al que me refería más arriba sería una realidad positiva por algunos logros de la última década: continuidad de la formación de Matronas, control de la misma por Matronas, reconocimiento social en alza, estatus funcional bien definido, etc...

Supongo que habrá que armarse de paciencia para ver como se consolida todo eso y se traduce, en nuestro próximo chequeo en: Excelente estado general.

Aracelis Rodríguez

DEPRESION PUERPERAL FACTORES RELACIONADOS

1^{ER}. PREMIO A LA MEJOR COMUNICACION

I REUNION CIENTIFICA DE MATRONAS BURGOS, 25, 26 y 27 de abril de 1996

FRANCISCA MACHADO RAMIREZ

NIEVES BERNABEU SAEZ

NATHALIE MOYA RÜEGG

TOMAS GARCIA SERRANO

ROSARIO CERDA DIAZ

(Unidad Docente de Albacete)

INTRODUCCION

El embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. Existen numerosos estudios que evidencian el riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, y fundamentalmente en los primeros meses después del parto.

Los trastornos del estado de ánimo más frecuentes se presentan en el puerperio inmediato de forma de "maternity blues" con una prevalencia que oscila del 50 al 80 por ciento de los partos; es de características clínicas leves y de corta duración (48 - 72 horas) alcanzando su punto álgido en el 4º - 5º días postparto.

La depresión postparto se caracteriza por una clínica más florida iniciándose entre la 2ª - 3ª semana tras el nacimiento, con una duración de 4 - 6 semanas e incluso de 1 año sin tratamiento, siendo la prevalencia del 10 al 17 por ciento.

La forma más grave y menos frecuente con una prevalencia del 0,2 por ciento de los partos la constituye la psicosis puerperal, trastorno que se inicia entre la 2ª - 3ª semana postparto y dura aproximadamente entre 6 - 12 semanas.

Aunque no se sabe con certeza cuál es la etiología desencadenante de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, se han descrito factores que estarían relacionados con su aparición, entre ellos los factores sociodemográficos, factores de morbilidad, factores biológicos de naturaleza hormonal y bioquímica, escaso apoyo socioafectivo y acontecimientos vitales estresantes.

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio llevan consigo una serie de consecuencias tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la mater-

nidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos, el deterioro de las relaciones conyugales y familiares sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales de las mujeres afectadas.

OBJETIVOS

Fueron planteados los siguientes objetivos para nuestro estudio.

- Conocer la prevalencia de la depresión postparto en las mujeres púerperas de la ciudad de Albacete:

Sociodemográficos.

Morbilidad Materna.

Morbilidad del recién nacido.

Tipo de parto y de lactancia.

Antecedentes de depresión.

Apoyo socioafectivo percibido.

PACIENTES Y METODO

Respecto al método, se trata de un estudio descriptivo transversal.

La población estudiada fue seleccionada entre las mujeres que dieron a luz en el Hospital General de Albacete (Hospital de la S.S.) durante el período de tiempo comprendido entre los meses de Mayo a Noviembre de 1995 y que declararon domicilio en la capital durante el período de postparto.

Se calculó una muestra de 442 mujeres, para una proporción esperada del 17 por ciento, un nivel de confianza del 95 por ciento y una precisión del 3,5 por ciento.

El método empleado ha sido una entrevista domiciliaria, realizada entre la 6ª - 8ª semana postparto.

Las variables que contempla del estudio fueron:

La valoración de posibles trastornos depresivos, mediante el test de depresión postnatal de Edimburgo.

En otros estudios, para dicha valoración se han utilizado diferentes escalas como la de Zung y la de Langer, aunque también miden la depresión, no son específicas para el periodo de postparto.

Hemos utilizado la EPDS por ser específica para identificar depresión en el puerperio, y estar demostrada su validez en diferentes estudios frente a RDC y entrevista psiquiátrica. Además es un test sencillo y de fácil comprensión para la mujer.

Consiste en una escala autoadministrada de 10 items, se considera depresión una puntuación mayor o igual a 13 y no depresión una puntuación menor o igual a 12.

Otras de las variables incluidas en el estudio son:

- Patología obstétrica referida al tipo de parto, si precisó ingreso durante el embarazo.
- Problemas del recién nacido, presencia de problemas de enfermedad o anomalía del recién nacido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.
- Enfermedad crónica... Declaración de dolencia o enfermedad que hubiera afectado a la entrevista.
- Antecedentes depresivos... Antecedentes de depresión declarados por la mujer antes y durante el embarazo y en el postparto inmediato.
- Apoyo en la realización de las tareas domésticas.
- Apoyo percibido en el cuidado del recién nacido.
- Apoyo emocional
- Variables sociodemográficas que incluiría edad, estado civil, nivel de instrucción y clase social.

La recogida de información fue mediante entrevista a domicilio llevada a cabo por 4 residentes de matrona.

El cuestionario constaba de una parte autoadministrativa para valorar el estado de ánimo y otra parte constituida por 25 items para obtener información sobre el resto de las variables.

Con el fin de conseguir el mayor número de respuestas los encuestadores se desplazaron al domicilio de la puérpera al menos en 2 ocasiones y contactaron telefónicamente con aquellas mujeres que durante el parto aportaron su nº telefónico entre los datos de filiación. Además, la Matrona, al realizar la visita puerperal, entregaba una carta a la mujer para anunciar la posterior visita del encuestador.

El periodo de realización de dicha entrevista domiciliar fue de Junio a Diciembre de 1995.

El posterior análisis estadístico consistió en la descripción de las variables, la comparación de medias y proporciones en grupos independientes y la regresión logística.

RESULTADOS

Según los resultados del estudio, respecto a las variables sociodemográficas, la Edad Media de nuestra mues-

tra fue de 30,05 años, con una D.E. de 4,43, estando casi el 80 por ciento de las mujeres en el rango comprendido entre los 26 y 35 años.

El 49 por ciento de dichas mujeres tenían un nivel de estudios primarios y solo el 15,4 por ciento eran universitarias.

Desempeñan un trabajo fuera del hogar un 48,5 por ciento y de estas el 21,8 por ciento tenían un nivel de ocupación de baja cualificación. Solo el 3,3 por ciento disfrutaba del nivel de ocupación más alto.

Hay que hacer mención de que algo más de la mitad de las mujeres sólo se dedica a las tareas domésticas.

En cuanto al tipo de parto que presentaron las mujeres fue el parto normal el 74,3 por ciento y de cesárea el 16,8 por ciento.

La gestación en el 98,4 por ciento de los casos fue única.

Respecto al tipo de lactancia, el 57,3 por ciento mantenían la lactancia materna en el momento de la encuesta.

Respecto a los antecedentes de morbilidad, presentaron ingreso durante el embarazo el 32 por ciento de las mujeres siendo los principales motivos de ingreso la A.P.P., seguido por control del embarazo y amenaza de aborto y metrorragias.

El 22 por ciento de los recién nacidos, habían presentado algún problema, anomalía o enfermedad desde el nacimiento hasta la encuesta, según manifestó la madre en la entrevista, siendo los principales problemas, la Prematuridad y bajo peso, ictericias y problemas traumatológicos.

La Prevalencia de la Depresión medida por una puntuación mayor o igual a 13 fue del 15,8 por ciento, siendo los límites de Intervalo de confianza del 11,8 por ciento - 19,8 por ciento.

Los valores obtenidos en otros estudios varían según el criterio de diagnóstico utilizado y la población de referencia se sitúa entre el 8,3 por ciento y el 25,6 por ciento. Por ejemplo en un estudio realizado en 1992 en Londres, utilizando la misma escala de depresión que nosotros, se obtuvo una prevalencia de 11,5 por ciento. Dada la escasez de trabajos similares publicados en la comunidad, nos impide comparar más ampliamente los resultados.

En cuanto a los antecedentes de depresión declarados por la mujer, en los tres periodos, antes y durante el embarazo y en los primeros 15 días postparto.

Hay un momento ostensible de la percepción de trastornos del estado de ánimo en el postparto inmediato, frente a cualquiera de los otros dos periodos.

Aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres entrevistadas, declararon haber padecido los "Maternity blues".

Esto corresponde a una percepción subjetiva de la mujer en este periodo, independientemente de si consultó por ello con algún profesional o estuvo o no sometida a tratamiento. Otros autores han constatado una elevada prevalencia de trastornos del estado de

ánimo en el postparto inmediato, coincidiendo con nuestros resultados.

En general las mujeres consideran dicho apoyo como bastante o suficiente, según sus expectativas en la mayoría de los casos.

El 28,3 por ciento se consideraba poco o nada ayudada emocionalmente de forma satisfactoria.

En nuestro estudio no se ha encontrado asociación estadística significativa entre trastornos depresivos durante el puerperio y edad, estado civil, nivel de estudios, ingreso materno durante el embarazo, tipo de parto, tipo de lactancia, peso del recién nacido y problema o anomalía del recién nacido. La mayoría de los autores coinciden en que la edad no es un factor relacionado con la depresión puerperal, solo algunos señalan esta asociación.

Podría pensarse que factores como la enfermedad del recién nacido, el parto difícil o las complicaciones del embarazo que ocasionaron ingreso hospitalario, pudieran ser factores que afectaran al estado de ánimo de la mujer y que condicionaran por tanto patología de tipo depresivo durante el puerperio. Si bien son variables incluidas en la mayoría de los estudios, los resultados no demuestran claramente su asociación con la depresión postparto. Solo algunos han puesto de manifiesto la relación con enfermedad del recién nacido o con el parto por cesárea y la lactancia artificial.

Al analizar los resultados en las mujeres de nuestra población con trabajo fuera del hogar, se demostró mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo en clases sociales más bajas y en las mujeres que no disfrutaron de descanso maternal, pudiendo influir en esta situación la sobrecarga física que supone en este período atender tanto al trabajo como a las tareas domésticas y cuidado de la casa y de los hijos.

El mayor apoyo socioafectivo percibido por la mujer, se ha descrito como factor que influye positivamente en su estado de ánimo, igual que su grado de satisfacción con la ayuda recibida por parte de su pareja, así como con la valoración de su propia autoestima.

En nuestro trabajo se demuestra una asociación de la depresión con el bajo apoyo emocional y la escasa ayuda en la realización de las tareas domésticas.

De las mujeres que percibían poco apoyo emocional, el 37,5 por ciento presentan depresión puerperal, mientras que tan solo un 13,2 por ciento de las que sentían un apoyo emocional satisfactorio, tendría trastornos del estado de ánimo en el puerperio.

De igual forma hay mayor proporción de trastornos depresivos en aquellas mujeres que manifestaban recibir poca o ninguna ayuda en las tareas domésticas.

El buen estado de salud de la mujer puede influir positivamente en su situación anímica durante el postparto

y la presencia de problemas físicos o enfermedades crónicas pueden condicionar un mayor riesgo de padecer Depresión Puerperal.

Un 10,5 por ciento de las mujeres de la muestra declararon padecer alguna enfermedad crónica, de estas mujeres el 37,5 por ciento presentaría una puntuación alta en el test de Depresión Postnatal de Edimburgo, frente al 13,2 por ciento del grupo de mujeres que no manifestaron padecimiento crónico.

Encontramos asociación significativa entre depresión postparto y antecedentes de depresión antes y durante el embarazo y en el postparto inmediato.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes de este estudio son:

1. La prevalencia de depresión en las puérperas con parto en el Hospital de Albacete y residencia en la ciudad oscila entre el 11,8 y el 19,8 por ciento.

2. Los principales factores asociados son la historia previa de trastornos depresivos antes del embarazo, durante el embarazo y en el puerperio inmediato, así como el escaso apoyo en la realización de las tareas domésticas.

Diversas experiencias han demostrado que factores de vulnerabilidad psicosocial pueden evolucionar hacia situaciones más graves de salud mental si no son tratados adecuadamente.

Acciones sencillas llevadas a cabo oportunamente por médicos, matronas, enfermeras o pediatras, en los diferentes contactos con la mujer, control de embarazo, parto, visita puerperal, y consulta de pediatría, pueden tener efectos beneficiosos determinantes desde el punto de vista preventivo.

La matrona, como profesional especializado en la atención a la mujer en distintos momentos de su vida se encuentra en condiciones idóneas para prestar una atención globalizadora que integre facetas biológicas, psicológicas y sociales.

La visita a domicilio que se realiza a todas las mujeres puérperas en los 10 primeros días después del parto le permite hacer una valoración física de la madre y del recién nacido así como detectar problemas psíquicos y sociales.

Para la valoración de los trastornos depresivos, los más frecuentes durante este período, podría ayudarse de un test de screening sencillo como el EPDS.

Facilitar el apoyo y consejo a las mujeres que los presentan, así como realizar un seguimiento adecuado, coordinándose con el resto de profesionales de los equipos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos y enfermeras, va a contribuir a mejorar la salud de la mujer, el recién nacido y su familia.

EL ESTADO DE LAS EPISIOTOMIAS

"2º Premio a la mejor comunicación"

I Reunión científica de Matronas Burgos, 25, 26 y 27 de abril, 1996

La técnica llamada episiotomía, o incisión quirúrgica del periné, fue descrita en primer lugar por Fielding Ould en 1742.

Los objetivos postulados de la episiotomía son:

- Prevención de la laceración del esfínter anal y de la mucosa rectal (desgarros de tercer y cuarto grado), y reparación y cicatrización mejor que un desgarro espontáneo.

- Prevención de trauma en la cabeza fetal.

- Prevención de trauma serio en los músculos de la base pélvica.

Estos tres supuestos beneficios de la episiotomía han sido analizados en diversos estudios, los cuales no han podido confirmarlos.

Varios estudios han demostrado que cuando el uso de la episiotomía se limita a los casos en los que ésta es estrictamente necesaria (sufrimiento fetal, parto instrumentado, o parto pretérmino anterior a 37 semanas), la incidencia de laceración perineal es mucho menor. Por ejemplo:

- Harrison (1984) publicó un estudio en que el grupo selectivo sufrió episiotomía en el 8% de los casos, y el grupo liberal en el 89 por ciento.

- Sleep et al (1984) asignó 1000 mujeres al azar a uno de dos grupos —episiotomía liberal / episiotomía restringida a indicaciones fetales— la incidencia fue de 51% y 10% respectivamente.

- Thorp et al (1987) demostraron que uno de los riesgos de la episiotomía es la prolongación de la incisión hasta el esfínter anal y la mucosa rectal, laceraciones que son mucho menos frecuentes como consecuencia de trauma perineal espontáneo.

Algunos estudios han demostrado que los desgarrs espontáneos cicatrizan mejor que las episiotomías, especialmente debido a sus bordes infractuados.

Sleep et al, en el mismo estudio mencionado, demostraron que no había diferencia significativa entre los dos grupos en el estado del bebé en cuanto a test de Apgar y al número de recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados especiales pediátricos.

Harrison llegó a las mismas conclusiones en su estudio de 1984, es decir, el uso de la episiotomía no influ-

ye en el estado del recién nacido como se había postulado.

Gordon y Logue (1985) valoraron el tono muscular del periné tras varios tipos de parto y lo compararon con el de un grupo de comadronas nulíparas. No encontraron diferencias significativas entre los grupos estudiados, pero llegaron a la conclusión de que el grado de ejercicio que la mujer realizaba, si estaba asociado al tono muscular postparto.

Los signos asociados a trauma en los músculos de la base pélvica como son la incontinencia urinaria y el prolapso vaginal, no parecen estar asociados al parto sin episiotomía. Sleep (1984) demostró que un 19% de mujeres sufrían pérdida involuntaria de orina tres meses después del parto, pero no encontró evidencia de que el uso de la episiotomía previene este problema o disminuye su incidencia. En un estudio posterior en el que entrevistó a las mujeres tres años después, la incidencia de incontinencia urinaria había aumentado a 35% pero no encontró diferencia significativa entre los grupos en cuanto a porcentaje o severidad.

Murray Enkin et al (1989) consideran que si la intención de la episiotomía fuera realmente proteger la base pélvica, la incisión necesaria sería mucho más extensa que la que se suele realizar.

En cuanto al dolor perineal postparto, y al dolor asociado a las relaciones sexuales, todos nuestros autores coinciden en apuntar que un gran porcentaje de mujeres reanudan las relaciones sexuales antes en el grupo restrictivo que en el grupo liberal. Algunos autores han destacado también que hay menos dolor perineal postparto asociado a desgarrs espontáneos que a episiotomías.

La evidencia que nos ofrecen estos estudios y algunos otros parece desautorizar las supuestas ventajas de la episiotomía. Cada caso debería ser valorado individualmente por la persona que asiste el parto, y la decisión sobre la necesidad de practicar o no la episiotomía debería ser tomada siguiendo los siguientes puntos:

- Como ayuda en partos asistidos/instrumentados.

- Cuando hay signos de sufrimiento fetal y el periné está retrasando el nacimiento.

- Para proteger la cabeza del bebé pretérmino.

- Si, en opinión de la persona que asiste el parto, hay riesgo de trauma perineal mayor que la propia episiotomía.

PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL: Al considerar que la episiotomía no es siempre necesaria y permitir la distensión natural del periné durante el segundo estadio del parto, parece lógico pensar que debemos establecer prácticas que vayan dirigidas a la prevención de laceraciones perineales o a que estas sean mínimas.

Hay factores anteriores al expulsivo que pueden influenciar el estado del periné, como son la cantidad de analgesia/anestesia, la duración total del parto, y el estado de la madre y el feto.

En el momento del expulsivo es cuando la técnica de la comadrona puede jugar un papel importante en asegurar un nacimiento suave, controlado y seguro, en el que se produzca el mínimo trauma para la mujer y su bebé. Es importante prevenir la laceración perineal ya que esta puede ocasionar dolor y molestias desde corto hasta largo plazo, lo cual puede dominar la experiencia de los primeros días de la nueva madre, e incluso tener consecuencias en las relaciones de pareja.

Se han descrito técnicas de masaje perineal tanto durante el embarazo como durante el parto en la creencia de que estas pueden aumentar la elasticidad de los tejidos perineales. Algunos autores recomiendan el uso de compresas calientes, aceite de oliva o almendras, o preparaciones como crema de caléndula. Aunque estas prácticas tienen defensores acérrimos (Caroline Flint), también hay profesionales más escépticos que consideran que pueden aumentar la vascularización y el edema en la zona, incrementando el riesgo de trauma perineal. Desgraciadamente no hay ningún estudio lo suficientemente amplio que nos pueda servir de guía.

La mayoría de los autores, coinciden en recomendar la aplicación de presión suave sobre la cabeza fetal, como medio de controlar la velocidad de la salida de la misma, lo cual parece ser el factor principal que ocasiona laceraciones perineales.

MI PROPIA EXPERIENCIA: He analizado los datos recogidos por mi misma durante el tiempo que trabajé en hospitales de Londres y Brighton donde se seguía un protocolo restrictivo del uso de la episiotomía.

La muestra la componen 97 mujeres, el 100% de las cuales tuvieron un parto espontáneo sin ningún tipo de instrumentación. Se agrupan por paridad como sigue:

Primíparas	41,24%	(n=40)
Secundíparas	38,14%	(n=37)
Tercíparas o más	20,62%	(n=20)

Los porcentajes de severidad de la laceración perineal en total y en función de la paridad se agrupan en las siguientes tablas:

TABLA 1 Total		
	%	n
Periné intacto	43,30	42
Desgarro 1º grado	12,37	12
Desgarro 2º grado	35,05	34
Desgarro 3º-4º grado	2,06	2
Episiotomía	8,25	8

TABLA 2 Primíparas		
	%	n
Periné intacto	50,00	20
Desgarro 1º grado	2,50	1
Desgarro 2º grado	35,00	14
Desgarro 3º-4º grado	2,50	1
Episiotomía	10,00	4

TABLA 3 Secundíparas		
	%	n
Periné intacto	27,02	10
Desgarro 1º grado	13,51	5
Desgarro 2º grado	48,65	18
Desgarro 3º-4º grado	0,00	0
Episiotomía	10,81	4

TABLA 4 Tercíparas o más		
	%	n
Periné intacto	60,00	12
Desgarro 1º grado	30,00	6
Desgarro 2º grado	10,00	2
Desgarro 3º-4º grado	0,00	0
Episiotomía	0,00	0

Como se puede ver, se realizó episiotomía en un 8,25% del total —en un 24,24% de estos (2 casos) fue por mutilación genital de la mujer lo cual la hizo imprescindible para evitar laceración perineal masiva por introito reducido—. Ninguna de las tercíparas sufrió la episiotomía.

Solo hubo dos desgarros serios (3°-4° grado), y uno de estos fue como consecuencia de una episiotomía que se prolongó.

CONCLUSIONES

Basándonos en esta pequeña muestra de 97 mujeres podemos afirmar que el protocolo de uso restringido de la episiotomía a los casos mencionados con anterioridad, reduce significativamente el índice de laceración perineal y de necesidad de sutura perineal. Esto debe repercutir en el nivel de dolor perineal postparto, lo cual implica una recuperación mejor, mayor

facilidad al amamantar al bebé, y niveles inferiores de molestia durante las relaciones sexuales.

Hemos visto cuales son los supuestos beneficios de la episiotomía, y que los estudios realizados no han conseguido aportar datos que confirmen estadísticamente estos beneficios.

Estudios recientes han demostrado que el trauma perineal es mayor en relación a la episiotomía y que el parto espontáneo sin ayuda de la episiotomía no afecta al tono muscular perineal.

En vista de la evidencia existente, no creo que haya motivos suficientes como para continuar con un protocolo universal e indiscriminado de la episiotomía.

Parece ser hora de dejar atrás viejas prácticas que hemos seguido utilizando rutinariamente, y empezar a abrir nuevas perspectivas en nuestra forma de trabajar. Debemos ser nosotras mismas quienes establezcamos nuestros protocolos y modelos de asistencia.

Tabla 0: PARIDAD

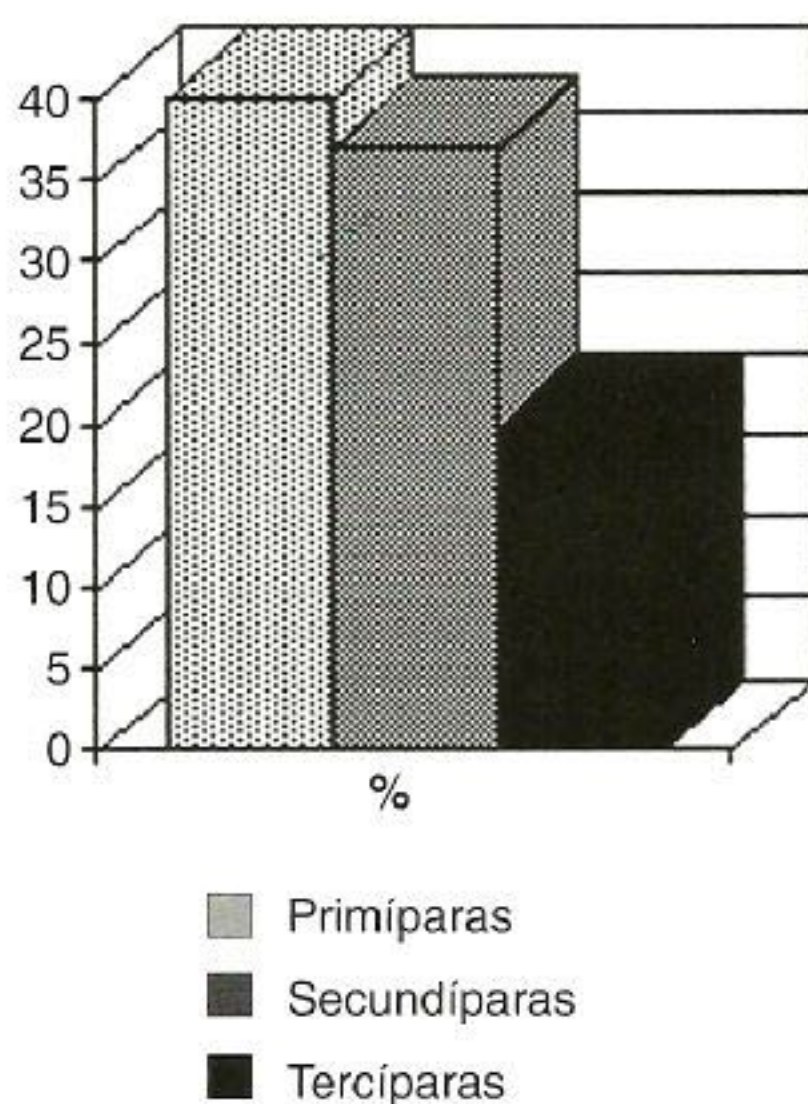


Tabla 1: SEVERIDAD DE LA LACERACION PERINEAL EN EL TOTAL

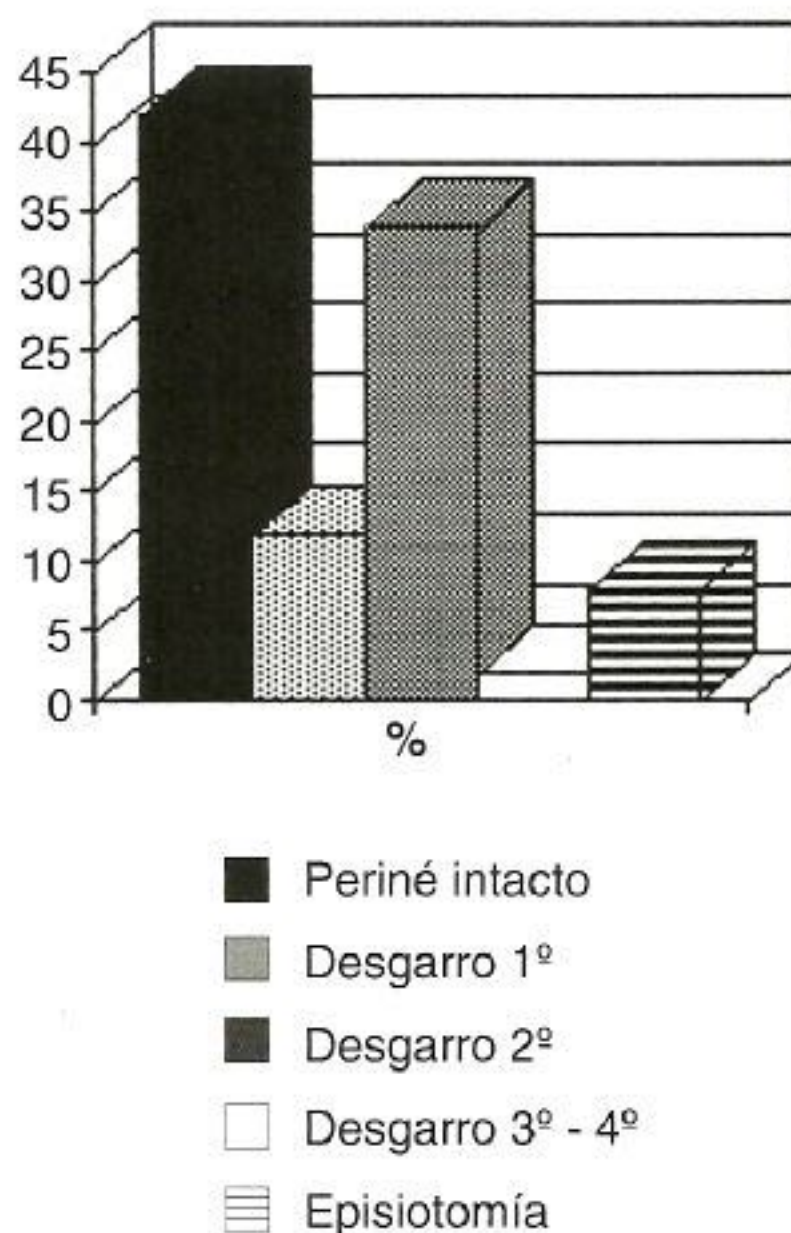


Tabla 2:
SEVERIDAD DE LA LACERACION
PERINEAL EN PRIMÍPARAS

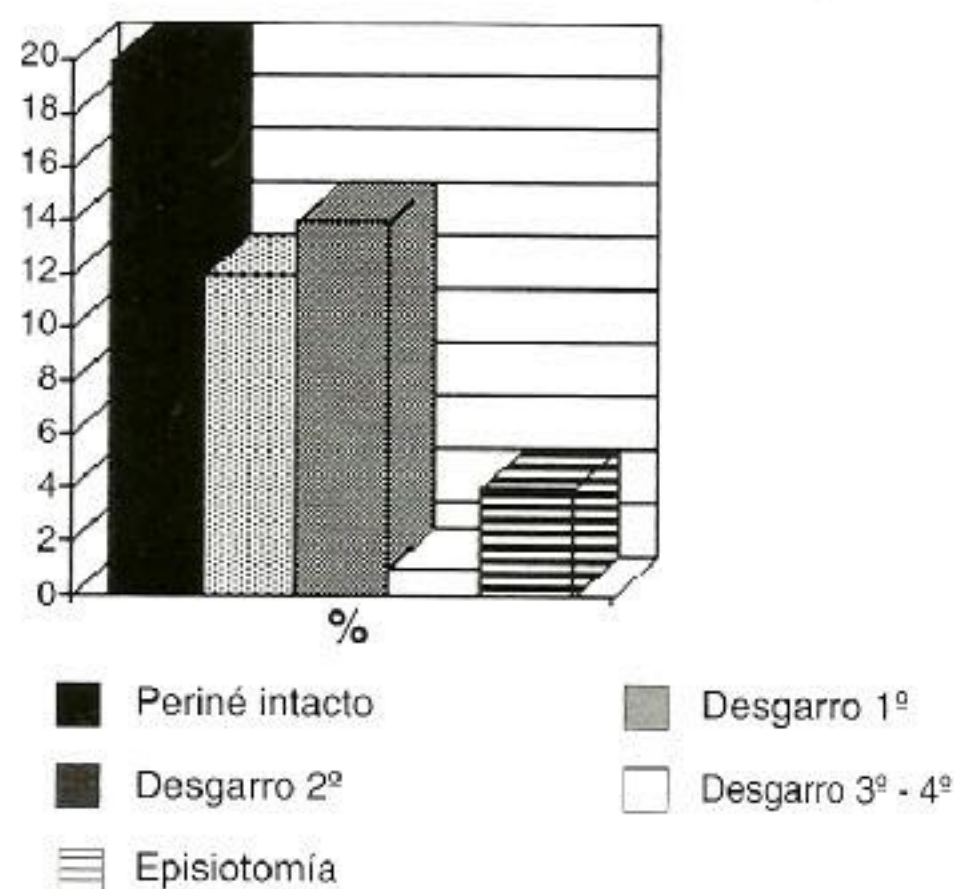


Tabla 3:
SEVERIDAD DE LA LACERACION
PERINEAL EN SECUNDÍPARAS

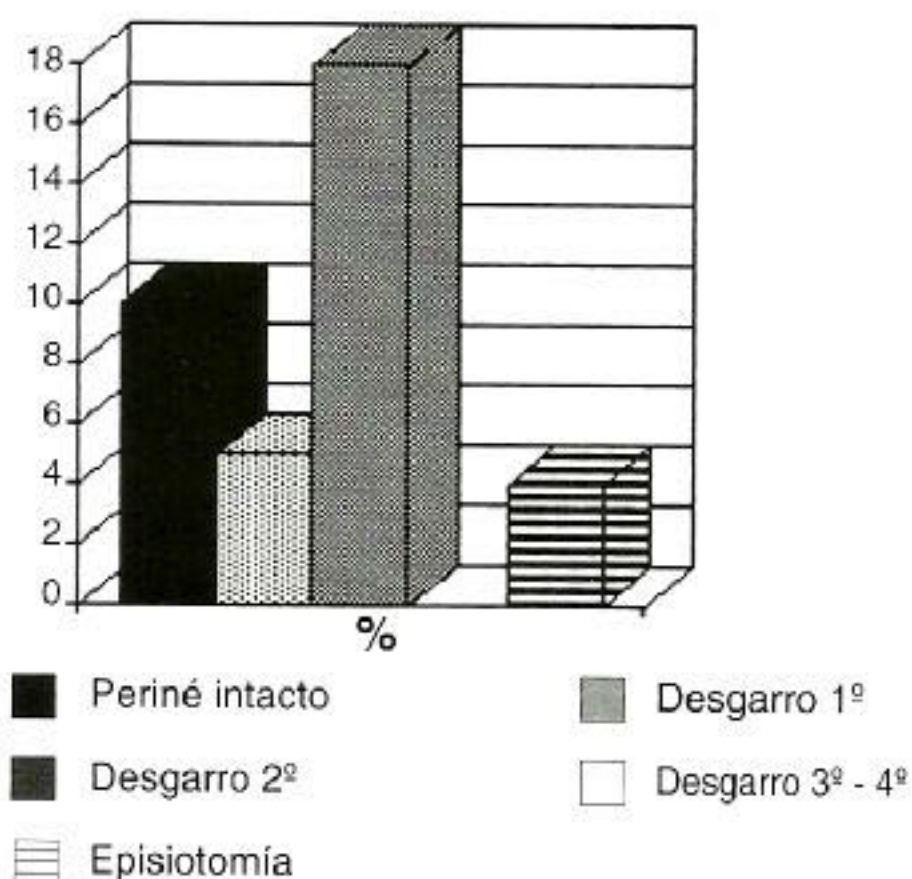
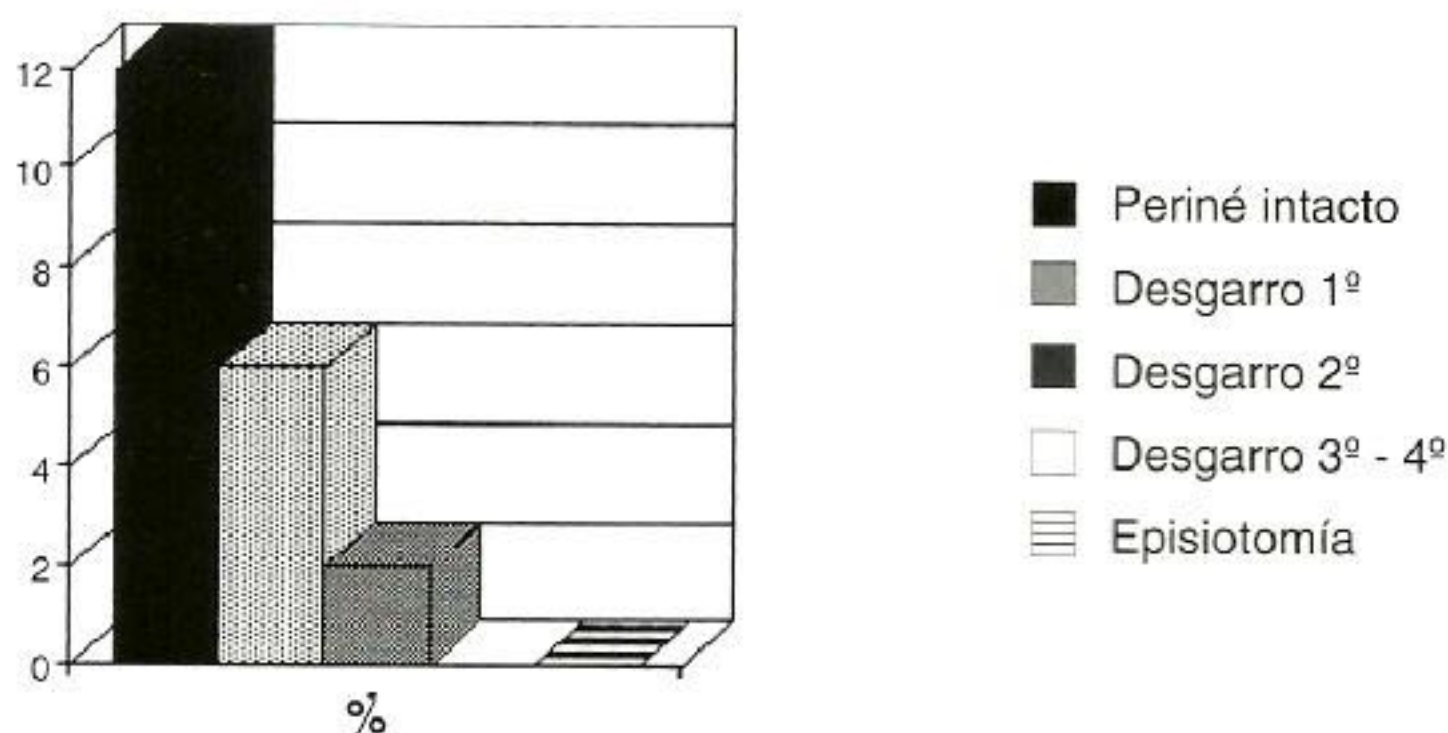


Tabla 4:
SEVERIDAD DE LA LACERACION
PERINEAL EN TERCÍPARAS



BIBLIOGRAFIA

- Enkin M, Keirse MJNC Chalmers Y "A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth". 1989, pp 232.
- Gordon A, Loggins M, "Perineal Muscle Function After childbirth" Lancet 1985, ii: 123-5.
- Harrison RF, Brennan M, North PM, Redd JV, Wickham EA "Is Routine Episiotomy Necessary?" British Medical Journal. 1984, 288: 1971-5.
- Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers Y "West Berkshire Perineal Management Trial" British Medical Journal 1984, 289: 587-90.
- Thorp JM, Bowes WA, Brame RG, Cefalo R "Selected Use Midline Episiotomy: Effect on Perineal Trauma" Obstetrics and Gynaecology 1987, 70: 260-2.

Motivación y actitud de las matronas residentes de la Unidad Docente de Matronas de Cataluña (I)

GOMEZ-MORENO, CARMEN (Profesora Titular Escuela de Enfermería / Unidad Docente de Matronas de Cataluña).

GIBAU-GARCIA, ROSA (Profesora Titular Escuela de Enfermería; Salud comunitaria)

TERRÉ-RULL, CARMEN (Profesora Titular Escuela de Enfermería/Unidad Docente de Matronas de Cataluña).

VIÑAS-LLEBOT, HELENA (Profesora Titular Escuela de Enfermería/Unidad Docente de Matronas de Cataluña).

SEGURANYES-GUILLOT, GLORIA (Profesora Titular Escuela de Enfermería/Unidad Docente de Matronas de Cataluña).

INTRODUCCION

El objetivo que nos planteamos al realizar este trabajo, fué el conocer más de cerca las motivaciones que llevaron a las matronas residentes en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña a elegir esta especialidad. Del mismo modo, nos planteamos estudiar las actitudes que tienen hacia nuestra profesión.

Se define la motivación como " un proceso que sostiene y dirige la actividad y el comportamiento de los individuos este es un proceso complejo en el que intervienen aspectos cognitivos, vivenciales y de expectativas "(Eberhard Todt, 1991).

Entendemos la actitud, como una disposición mental que ejerce una dinámica sobre la conducta. Las actitudes son importantes porque producen reacciones ante una realidad y condicionan las relaciones interpersonales y también condicionan la adquisición de conocimientos.

En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, ya se llevó a cabo un estudio similar previo a este, en el que se media la actitud y la motivación de los estudiantes de enfermería (Girbau,R. 1995). Los resultados obtenidos constataron una actitud positiva en relación a la profesión de enfermería y una motivación no demasiado alta.

La hipótesis que nos planteamos es que tanto la motivación como la actitud que se tiene al cursar la especialidad va a influir en las expectativas de los propios alumnos y en la calidad de cuidados que van a ofrecer a la población. Este estudio nos puede ayudar a recanalizar actitudes erróneas y reforzar las actitudes positivas que los alumnos ya poseen.

MATERIAL Y METODO

El estudio se ha realizado con las matronas residentes (MR) de primer año, promoción 94, y de segundo año, promoción 95, de la especialidad de Matrona, la mues-

tra estaba formada por un total de 73 matronas residentes, 35 MR de 2º años y 38 MR de 1º año.

Se utilizó como instrumento de medida un cuestionario que constaba de dos partes diferenciadas, en una se recogían datos sobre los motivos que les llevaron a la elección de la especialidad y en otra se recogían datos sobre las actitudes relacionadas con la profesión.

El cuestionario se pasó a los 15 meses de inicio de la promoción 94 y a los 6 meses de inicio de la promoción 95. Se consultó sobre la variable motivación mediante ocho afirmaciones en las cuales el entrevistado describe su situación en una escala del 1 al 10. El puntaje 1, representa una opinión en total desacuerdo y el puntaje 10, en total acuerdo.

En la valoración de resultados estas afirmaciones se agruparon en cuatro bloques que hacían referencia a: Motivación por causas relacionadas con el entorno, tales como influencia familiar profesional, una circunstancia de salud, conocer a profesionales matrona o la asignatura de enfermería maternal en la diplomatura de enfermería.

Motivación por factores socioeconómicos: perspectivas laborales inmediatas o a corto plazo, mayor reconocimiento social, laboral y económico que la enfermera generalista.

Motivación por factores de profesionales vocacionales. Y la motivación por factores de azar: superar el examen de acceso sin una motivación clara hacia la especialidad.

En el cuestionario, la variable actitud la medimos a través de 14 ítems en una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta para cada enunciado, que iban desde el totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

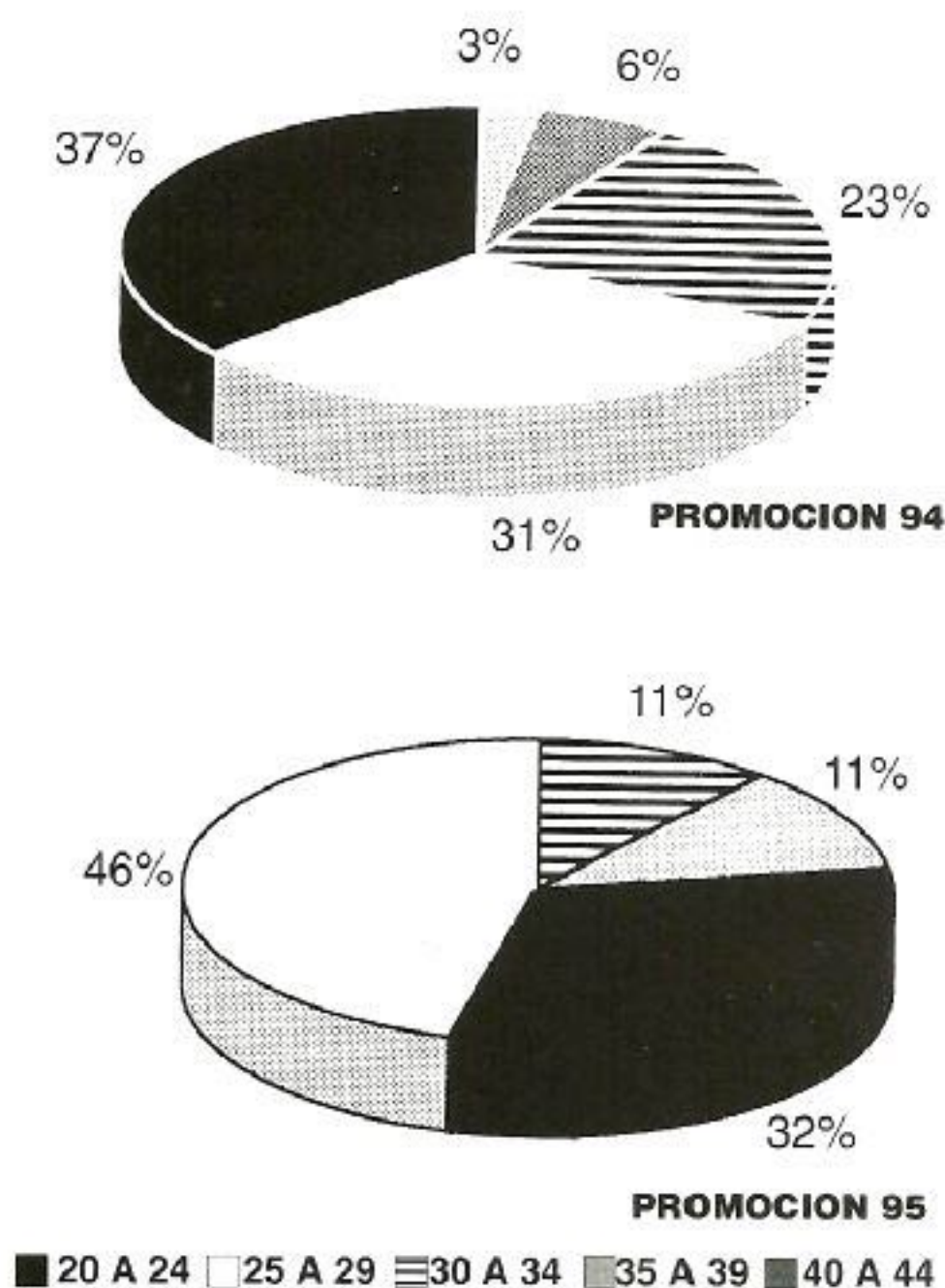
Para la valoración de los resultados se agruparon los catorce enunciados en siete apartados que hacían referencia a las actitudes relacionadas con la profesión, competencia laboral, factores socioeconómicos, educación sanitaria y relaciones con la usuaria, con el equipo obstétrico y con las propias matronas.

El análisis estadístico se realizó con el programa start graphics.

RESULTADOS

Se procesaron 73 cuestionarios pertenecientes a las matronas residentes de las promociones de 1994 y 1995 de la Unidad Docente de Matronas de Cataluña. La edad media de la muestra en las dos promociones fue de 27 años. Se observó una mayor distribución de la muestra entre las edades comprendidas entre los 20 y 29 años. (fig.1)

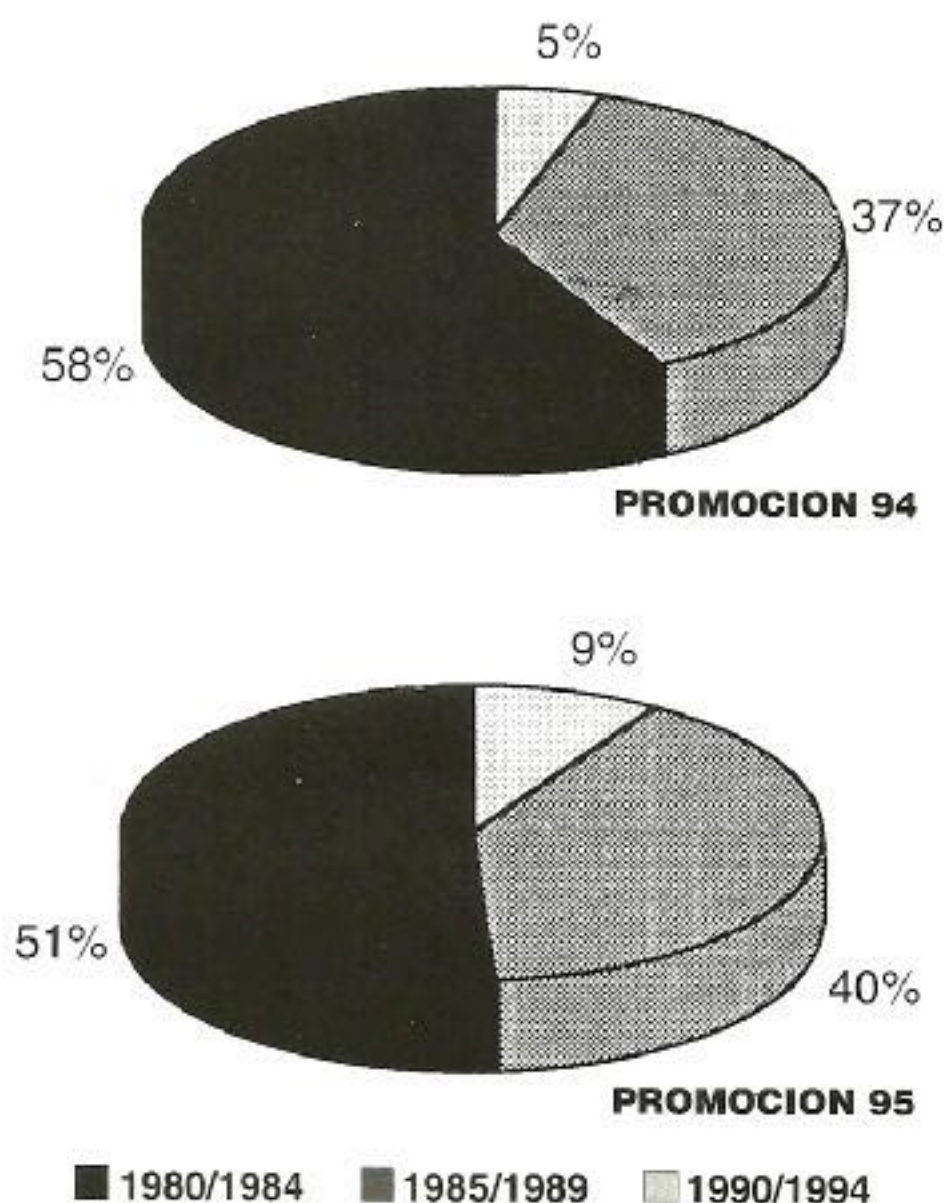
UNIDAD DOCENTE MATRONAS CATALUÑA
Promoción 94 - 95
EDAD



Se valoraron los años transcurridos desde la finalización de la Diplomatura de Enfermería hasta el inicio de la especialidad. El resultado es que más de la mitad de la muestra ha finalizado sus estudios hace menos de 5 años, y solo entre un 5% y un 9% finalizó hace más de 10 años (fig.2).

En los resultados obtenidos sobre los motivos que condujeron a la elección de la especialidad, en la figura 3, podemos observar que los factores relacionados con la profesión o vocacionales, son los que más peso tienen a la hora de elegir la especialidad, esto sucede tanto en los alumnos que cursan primer curso como en los

UNIDAD DOCENTE MATRONAS CATALUÑA
Diplomado Enfermería: año finalizado
Promoción 94 - 95



alumnos de segundo. El segundo motivo de elección son los factores socioeconómicos. En tercer lugar está el azar y por último los factores del entorno.

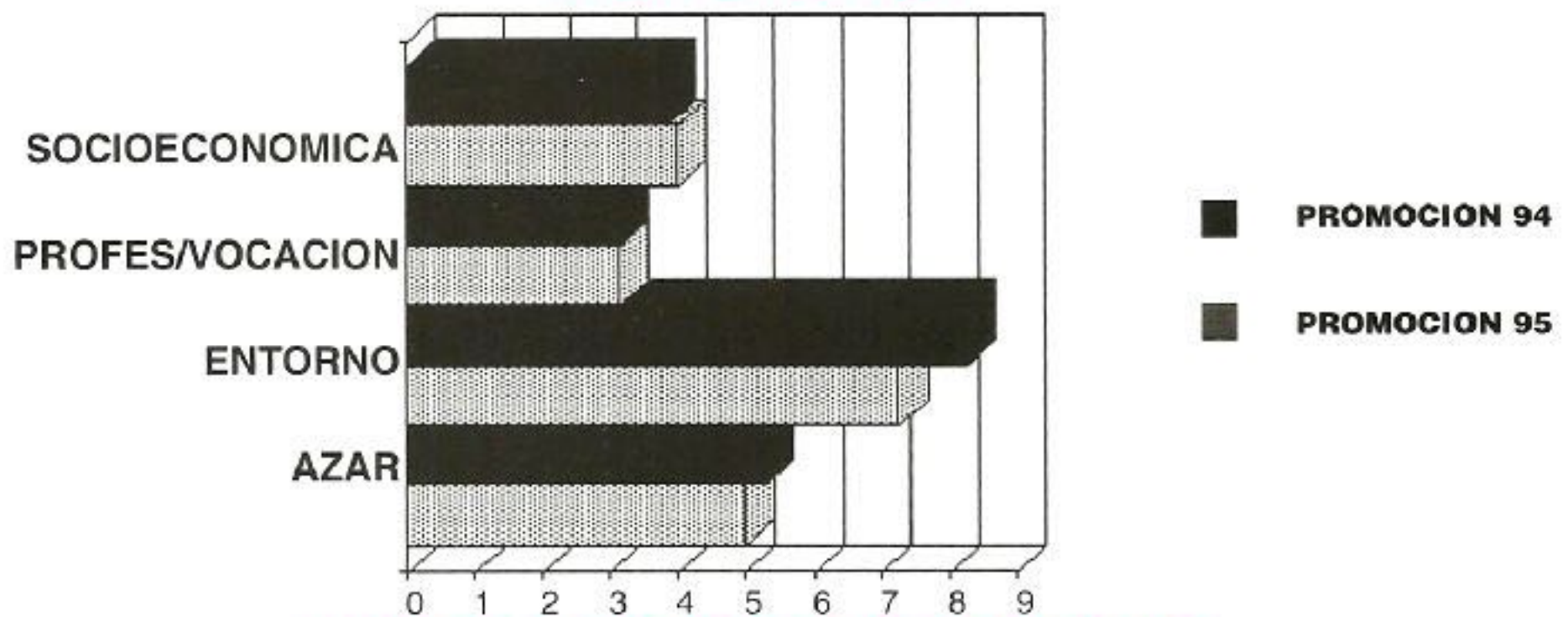
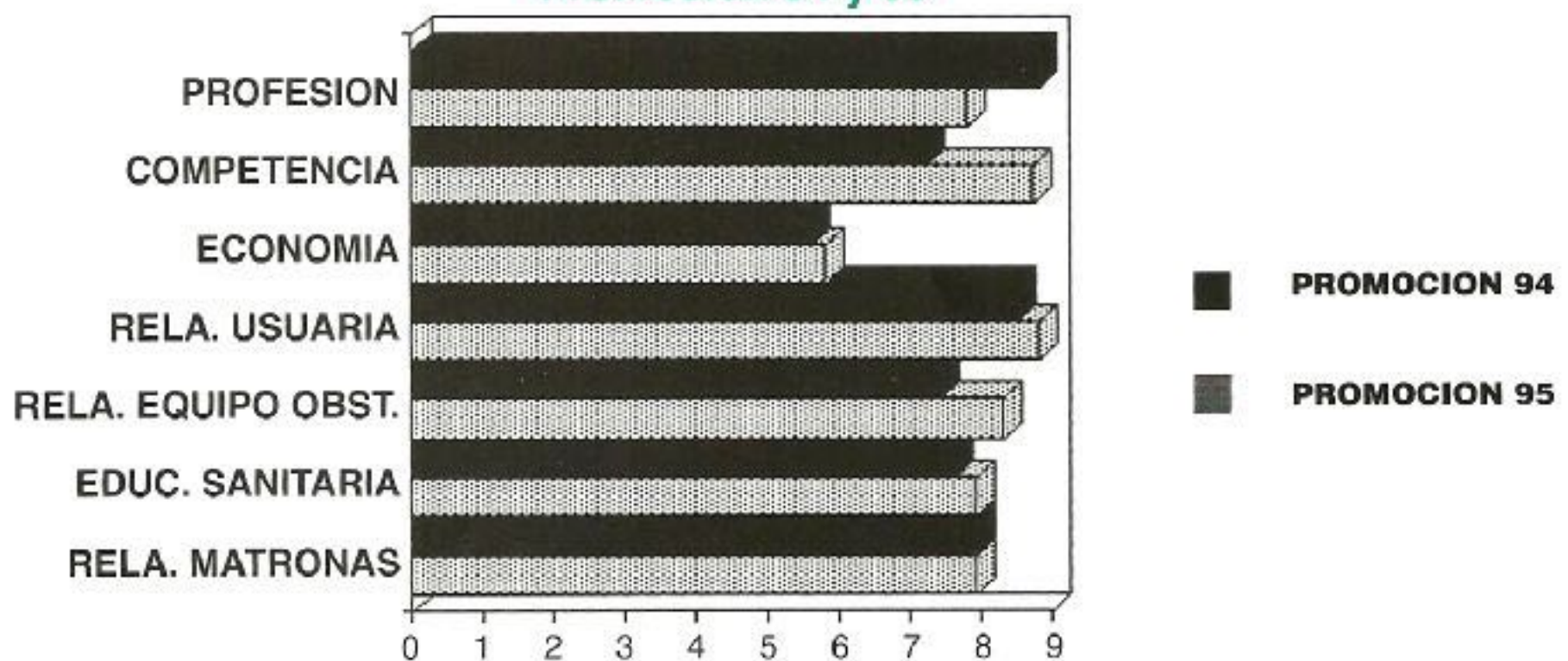
Los resultados de la segunda parte del cuestionario sobre la valoración de las actitudes, muestran una actitud muy positiva en la relación con la usuaria, la relación con otros profesionales matronas y también, los factores económicos. La actitud menos positiva corresponde a la relación con el equipo obstétrico. (fig.4)

DISCUSION

En relación a la motivación de elección de la especialidad, observamos que no existen grandes diferencias entre las MR de la promoción 94 y la promoción 95. El motivo que más destaca es el profesional, es decir aquel en que el alumno elige la especialidad por convicción personal, creemos que este es un aspecto muy positivo para la profesión. El hecho socioeconómico también ha tenido mucho peso a la hora de elegir especialidad; sobre todo cuando nos encontramos en un momento en que las perspectivas laborales de enfermería son dificultosas.

Llama la atención que el factor azar ocupe una franja superior al factor entorno, dentro de los motivos de elección, esto se puede deber a que es la única especialidad de enfermería que existe hoy en día.

En relación a las actitudes que muestran estas matronas

UNIDAD DOCENTE MATRONASMotivación
Promoción 94 y 95**UNIDAD DOCENTE MATRONAS**Motivación
Promoción 94 y 95

residentes observamos que tampoco existen grandes diferencias entre las MR de la promoción 94 y la promoción 95. En general existe una actitud muy positiva hacia todos los aspectos relacionados con la profesión de matrona. Cabe destacar unas actitudes menos positivas en las MR de ambos cursos en referencia al equipo obstétrico. Este aspecto tendremos que canalizarlo

y positivizarlo, ya que la matrona trabaja actualmente dentro de este equipo.

Este estudio nos puede ayudar a recanalizar actitudes erróneas y reforzar las actitudes positivas que los alumnos ya poseen. En general las matronas residentes inician su camino con unas actitudes muy positivas hacia una profesión que a pesar de las dificultades vale la pena ejercer.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Tapia, J.: Motivación y aprendizaje en el aula. Edit Santillana. 1991.
 Bandura, A: Teoría del aprendizaje social. Edit Espasa Calpe. 1982.
 Eberhard Todt.: La motivación: problemas, resultados y aplicaciones. Edit Herder. 1991.
 Girbau, R. Salas K. Vidal M. Isla P.: Estudio evolutivo de la motivación y la actitud de los estudiantes de enfermería. (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona 1995, en prensa.
 Sancerni Olivan, P.: Formación continuada. Motivación, intereses, necesidades. Revista ROL, 1992, nº 161.
 Visauta Vinacua, B.: Técnicas de investigación social. PPU. Barcelona 1989.

LA MATRONA Y LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ELENA GIMENEZ CAPEL (Matrona. Las Palmas).
ANGELES HERNANDEZ MORENO (ginecóloga).
JOSE ALBERTO CABRERA *residente de Medicina de Familia).
MARIA DOLORES ESTEVEZ GONZALEZ (profesora de Enfermería Materno-Infantil de la Universidad de Las Palmas).

INTRODUCCION

Las consultas de Planificación Familiar son un pilar importante en la promoción de la salud de una comunidad, ya que son el vehículo de información y educación, evitando así embarazos indeseados. El aspecto educativo es fundamental en las actividades de las Matronas en atención Primaria, y así está reconocido en nuestro país y en la normativa europea. La Matrona es una profesional cercana a la población femenina, pues ella es la que controla también gran parte de los embarazos de la zona de Salud, en un trabajo de colaboración con otros profesionales desde el punto de vista multidisciplinar. En base a todo esto, nos ha interesado conocer las características de las mujeres que acuden a la consulta de Planificación familiar de nuestro Centro de Salud, pues esta información nos permite detectar la población de riesgo y poder intervenir en caso de que fuera necesario. Asimismo esta revisión nos permite valorar el trabajo realizado hasta el momento.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud S. Gregorio de Telde (Las Palmas). El Programa de Planificación Familiar comenzó en el año 1986, y en él participan una Matrona, una Ginecóloga y una Enfermera. A la consulta puede acceder la población de la ciudad, excepto la correspondiente al barrio de Jimpanar que tiene su propia consulta. La población femenina de esta gran zona geográfica es de 29.187 mujeres, de las cuales 20.949 están en una edad entre 15 y 49 años. Un total de 1.730 mujeres han acudido a la Consulta de Planificación Familiar, ocasionando en 10 años un total de 26.400 consultas. Hemos recogido los datos de 658 historias, muestra que nos asegura un $\pm 0,3$ de precisión y un 95% de nivel de confianza. La elección de la muestra ha sido aleatoria, sobre un total de historias, y distribuidas equitativamente para cada uno de los años de desarrollo de la Consulta.

Cada uno de los datos estudiados corresponden a la primera visita de la usuaria. Los datos analizados han sido: edad, motivo de consulta, estudio, dedicación, estado civil, número de hijos, espacio entre los hijos, por iniciativa de quién realiza la consulta, anticonceptivo utilizado antes de la consulta, y anticonceptivo recomendado en la consulta.

RESULTADOS

La edad media de las mujeres que han acudido a la consulta es de 28.7 ± 13.3 años. La distribución por grupos de edad se expresa en la tabla 1.

GRUPO DE EDAD	N	%
< 20 AÑOS	31	4.7
21 - 35 AÑOS	490	75.6
> 35 AÑOS	127	19.5
TOTAL	648	

TABLA 1. Grupos de Edad.

Los motivos por los que las mujeres han acudido a la consulta de Planificación Familiar se reflejan en la tabla 2.

MOTIVO DE CONSULTA	N	%
Espaciar nacimientos	456	71.25
Desea tener hijos	24	3.75
No quiere más hijos	160	25.0
TOTAL	640	

TABLA 2. Motivo de consulta.

Hay una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre la edad de las mujeres que quieren espaciar los nacimientos (edad media 26.6 ± 14.5 años) y las que no quieren tener ningún hijo más (edad media $35.2 \pm 6.7\%$).

El tipo de estudios de las mujeres lo expresamos en la tabla 3.

ESTUDIOS	N	%
Ni primarios	35	5.41
Primarios	518	80.1
Medios	77	11.9
Universitarios	16	2.47
TOTAL	646	

TABLA 3. Nivel de estudios.

El 65.3% de las mujeres se dedican a las labores domésticas, y el resto trabaja además fuera del hogar. El estado civil de las mujeres lo exponemos en la tabla 4.

ESTADO CIVIL	N	%
Casada	523	81.2
Soltera	111	17.2
Separada	10	1.5

TABLA 4. Estado civil.

Las mujeres que acuden a la consulta de Planificación Familiar de nuestro Centro de Salud tienen 1.5 ± 1.1 hijos, distribuyéndose según el número de hijos como expresamos en la tabla 5.

NUMERO DE HIJOS	N	%
Ninguno	123	18.7
1 - 3 hijos	493	75.2
Más de 3 hijos	39	5.9
TOTAL	655	

TABLA 5. Distribución del número de hijos.

El espacio de tiempo transcurrido entre el nacimiento de los hijos es el que sigue (tabla 6).

TIEMPO ENTRE HIJOS		N	%
Entre 1º y 2º	< 2 años	64	20.06
hijo (N=319)	> 2 años	255	79.9
Entre 2º y 3º	< 2 años	17	17
hijo (N=100)	> 2 años	83	83
Entre 3º y 4º	< 2 años	5	13.8
hijo (N=36)	> 2 años	31	86.1

TABLA 6. Tiempo transcurrido entre los embarazos.

Las mujeres acuden a la consulta de Planificación familiar en un 59.6% de los casos a iniciativa propia, y el resto a instancias de profesionales sanitarios (un 3.4% deriva por Enfermería).

El cambio producido entre el método anticonceptivo utilizado antes de acudir y el método recomendado en la consulta lo reflejamos en la tabla 7.

ANTICONCEPTIVO	ANTES%	RECOMENDADO (%)
Anticon. orales	37.4	46.2
Anticon. im	0.9	
D.I.U.	10.5	44.5
Ninguno	6.1	2.8
Coitus interruptus	14.1	0
Naturales	1.2	0.1
Preservativo	28.2	3.3
Espermicida	1.4	0.1
Diafragma	0	0.1
Lig. trompas/vassec.		2.5

TABLA 7. variación entre el anticonceptivo utilizado antes de acudir a la consulta y el anticonceptivo recomendado.

DISCUSION

Las mujeres que acuden a la Consulta de Planificación Familiar son jóvenes, aunque todavía hay un bajo porcentaje de asistencia por parte de adolescentes, como ha sido publicado por otros autores (Chaves, Méndez). Esta escasa demanda originada por las adolescentes nos debe hacer reflexionar sobre la necesidad de buscar otros métodos para llegar a este grupo de población, bien, organizando consultas exclusivas para adolescentes, o bien, organizando consultas en entornos más agradables para ellos, como podrían ser Institutos, Asociaciones, etc. Esta baja consulta por parte del adolescente lleva consigo la alta tasa de embarazos en adolescentes que existe actualmente. El perfil de la usuaria de la consulta de Planificación Familiar de nuestro Centro de Salud corresponde a una mujer con estudios primarios, que trabaja exclusivamente en su casa, casada y con pocos hijos. Este tipo de mujer corresponde totalmente con las características de la población joven femenina de la zona de Salud. El mayor porcentaje de las mujeres desean espaciar los hijos, mientras que la cuarta parte de ellas parecen tener claro que no desean tener ningún hijo más. Como era de esperar, este último grupo corresponde al grupo de mujeres de mayor edad.

El tiempo que transcurre entre los embarazos, nos demuestra que a medida que tienen más hijos, el espacio entre ellos es mayor. Es importante señalar que una cuarta parte de las mujeres tienen los embarazos separados entre sí un tiempo inferior a 2 años entre el primer y segundo hijo, lo que la O.M.S. ha desaconsejado totalmente.

Un reflejo del estudio multidisciplinar en el que está inmersa la matrona del Equipo de Atención Primaria, es el hecho de que gran parte de las consultas realizadas tienen a otros profesionales como autores de la derivación. Asimismo, la matrona con ocasión de la consulta puerperal que atiende como parte del Programa de Embarazo, puede captar y derivar a gran número de mujeres a Planificación Familiar.

Se observa un cambio importante en el método anticonceptivo utilizado antes de la consulta y el método aconsejado, aumentando los anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos. Se observa la bajísima frecuencia de consejo sobre utilización de otros métodos anticonceptivos menos seguros como los métodos de barrera.

Concluimos con que la consulta de Planificación Familiar de nuestro Centro de Salud responde a las necesidades de la población, debiendo buscar cauces para incrementar la asistencia de las mujeres más jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

Chaves González R.: Perfil de la usuaria que acude a la consulta de planificación familiar de un Centro de Salud. Centro de Salud: 1996; vol.4, nº3, 153-8.

Méndez Méndez E.: Desarrollo de la dimensión educativa en la atención de Planificación Familiar. Consejería de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno de Canarias.

La salud de las mujeres en Atención Primaria. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: Madrid. 1991.

Introducción al trabajo de la matrona en Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1987.

La Asociación Nacional de Matronas
les desea
¡Felices Fiestas!



BOLETIN DE INSCRIPCION A LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

Nombre y apellidos
Domicilio
Localidad Provincia
C.P. Teléfono D.N.I.
Lugar y fecha de nacimiento
Centro de Trabajo
Nº de Colegiada

(Remitir a la Asociación junto con dos fotografías)

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Titular de la Cuenta D.N.I.
Entidad/Banco
Código de Entidad Código de Sucursal
Número de Cuenta
Domicilio de la Entidad
Localidad y Provincia C.P.

Sr. Director:

Ruego atienda los recibos que pasará a mi cargo la Asociación Nacional de Matronas en concepto de cuotas de asociada a partir del día de la fecha.(Cuota semestral: 4.000 Pts).

Fecha y firma

ACTIVIDADES, RESPONSABILIDADES E INDEPENDENCIA DE MATRONAS DENTRO DE LA UNION EUROPEA

INFORME PREELIMINAR

ACTIVIDADES, RESPONSABILIDADES E INDEPENDENCIA DE MATRONAS EN LA UNION EUROPEA

Sección I descripción del proyecto

1.1 Introducción

El papel de la matrona ha quedado definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Matronas (CIM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Tocólogos (FIGO) de la siguiente manera:

“Una matrona es una persona que después de haber sido admitida en el programa de educación de obstetricia que rija en su país, ha superado con éxito los cursos obligatorios para estar titulada y/o legalmente autorizada para ejercer dicha profesión.

Ella/él debe supervisar su plantilla, cuidar y aconsejar a mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, atender partos bajo su propia responsabilidad y cuidar al recién nacido. Estos cuidados incluyen medidas preventivas si se descubren condiciones anómalas en la madre y el niño.

También debe poder aplicar la asistencia médica necesaria y tomar medidas de urgencia en ausencia de ayuda médica.

La matrona desempeña una función muy importante en la orientación y educación, en la salud tanto en las madres como en la familia y comunidad, abarcando desde una educación prenatal y preparación para la maternidad, hasta funciones determinadas de ginecología, planificación familiar, y atención al niño.

Ella puede ejercer en hospitales, clínicas, unidades de salud, en el hogar o en cualquier otro servicio”.

En la Unión Europea (UE) el entrenamiento de matronas está legislado por la Directiva sobre matronas (80/154/EEC, 80/155/EEC, 80/156/EEC, 80/157/EEC).

El éxito de un programa de entrenamiento dirigido al desarrollo de las habilidades del profesional, depende de la manera en que se reflejen las áreas de responsabilidad que el estudiante debe adquirir. Cuando contemplamos las necesidades de cualquier grupo-cliente de asistencia sanitaria, y la habilidad necesaria para hacer frente a estas necesidades, observamos que tienen los profesionales que emprender su papel en un momento determinado.

1.2 Intereses del Comité de Enlace de Matronas Europeas

El Comité de Enlace de Matronas Europeas (EMLC, antiguamente el Comité de Enlace de Matronas de la Unión Europea), que está constituido por representantes de las asociaciones de matronas de cada uno de los miembros de la UE y observadores de los estados del Area Económica Europea (EEA), reúne los intereses profesionales de las matronas de cada país. Este puede presentarlos a la Comisión y/u otras organizaciones apropiadas a las cuales buscan influenciar (EMLC Constitución párrafo 1.1).

La EMLC no se interesa directamente por la puesta en práctica de la Directiva sobre Matronas, puesto que éste es el papel del Comité Consultivo sobre Entrenamientos de Matronas (EACTM) que fue constituido bajo la Directiva 80/156/EEC. Sin embargo, el Comité de Enlace si se interesa por la amplitud de las actividades y responsabilidades para las cuales están entrenadas las matronas en Europa, junto con la preocupación por que éstas tengan el derecho de emprender las actividades para las que fueron entrenadas, así como que los estudiantes conozcan la gama completa de sus actividades. Se trata de asumir un proyecto que demuestre:

Lo que se espera de las matronas Europeas según las autoridades competentes de los estados miembros respectivos.

Lo que se espera de ellas en unidades de maternidad/hospitales/servicios.

Lo que las matronas hacen habitualmente en su ejercicio de la obstetricia.

El Comité era de la opinión que la formación obtenida podría ser útil para valorar la naturaleza del trabajo de matronas en Europa y provechoso para la EACTM, al considerar los programas de entrenamiento de matronas estudiantes y la experiencia práctica disponible durante su entrenamiento.

Este documento describe el proyecto, e informa sobre sus conclusiones.

1.3 Título del proyecto

Con el fin de reflejar sus intereses el comité de enlace tituló el proyecto:

Actividades, Responsabilidades e Independencia de las Matronas dentro de los Estados Miembros de la Unión Europea.

1.4 Propósito del Proyecto

El propósito del proyecto fue:

—Hacer una evaluación cuantitativa de las actividades, responsabilidades e independencia de las matronas dentro de la Unión Europea.

—Comparar éstas con las exigidas por la Directiva sobre matronas.

—Valorar hasta que punto las matronas hacen uso de dichas competencias.

—Cuantificar sus responsabilidades y su independencia dentro de los estados miembros de la UE.

1.5 Objetivos del proyecto

—Determinar por parte de las autoridades competentes de cada estado el área de actividad permitida, conforme a la legislación vigente que controla el ejercicio de la Matrona.

—Determinar por parte de las matronas supervisoras dentro de cada estado, las actividades emprendidas por las matronas que están bajo su vigilancia y control, y hasta qué punto pueden mantener su independencia dentro del ámbito de su ejercicio.

—Determinar por parte de las matronas la amplitud de sus actividades, responsabilidades e independencia dentro de su área de práctica.

1.6 Metodología

1.6.1 Recopilación de datos

La información se recopiló por medio de tres cuestionarios distintos enviados a:

Las autoridades competentes de cada estado miembro.

Las matronas supervisoras.

Una muestra al azar de matronas en ejercicio.

1.6.2 Estudio piloto

En base al estudio realizado de una muestra de los cuestionarios a las supervisoras y matronas en Dinamarca y Reino Unido.

1.6.3 Análisis de los cuestionarios

Los cuestionarios realizados a las autoridades competentes fueron analizados manualmente. Los de las supervisoras y matronas prácticamente fueron codificados para un análisis estadístico introducido en un programa de ordenador para su posterior análisis. El programa utilizado fue SPSS para Windows².

Se prepararon tablas y gráficos de los datos analizados para el informe final.

1.7 Ejecución del proyecto

Los trabajos fueron coordinados por la Honorable Secretaría del Comité de Enlace, y administrados por un director del proyecto asistido por otras dos personas.

El miembro votante de cada estado del Comité fue el punto de contacto para el coordinador y el director del proyecto.

1.7.1 El cuestionario

Cantidad de cuestionarios enviados

I. Uno fue enviado a la autoridad competente de cada uno de los doce estados miembros.

II. Las matronas supervisoras y jefas de servicios fueron incluidas en la totalidad de matronas en ejercicio.

III. El número de éstas variaba desde 62 en Luxemburgo hasta 31.000 en el Reino Unido. Se siguieron los consejos del estadístico, y exceptuando a Luxemburgo, el número de cuestionarios enviados a cada estado estaba basado en el porcentaje total de matronas en ejercicio, con un máximo de 1.000 por cada país. El total fue de 8.562.

Estado Miembro	Matronas	Cuestionarios
Bélgica	2.382	500
Irlanda	1.000	400
Alemania	11.000	1.000
Italia	14.767	1.000
Holanda	931	400
España	7.000	800
Dinamarca	6.200	400
Francia	9.725	1.000
Grecia	5.600	1.000
Luxemburgo	62	62
Portugal	1.000	1.000
Reino Unido	31.152	1.000

Tabla 1. Número de matronas³ y cuestionarios distribuidos a cada estado miembro

DISEÑO DE LOS CUESTIONARIOS

El primer cuestionario enviado a las Autoridades Competentes fue traducido a dos idiomas: Francés e Inglés. Muchas de las preguntas eran sin plazo definido, lo cual a la larga, hizo difícil la comparación detallada de éstos con los enviados a las supervisoras.

Una vez devuelto este primer cuestionario por las Autoridades Competentes, se emprendió el diseño de los destinados a las matronas, y se plantearon ciertos problemas:

Los cuestionarios tenían que ser traducidos a los

² Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.

³ Eurostatistique Démographie médicale n°180 enero 1991.

nueve idiomas utilizados en la Comunidad Europea (Griego, Italiano, Español, Portugués, Francés, Holandés, Danés, Alemán e Inglés. Bélgica precisó Holandés y Francés, y Luxemburgo Francés y Alemán).

El formato debía ser sencillo para evitar una valoración desigual.

Para resolver estos problemas y al mismo tiempo obtener mejor información para el propósito del proyecto, se diseñaron de la siguiente manera:

—Los cuestionarios siguieron cuidadosamente las normas expuestas en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. Al mismo tiempo, las preguntas trataron de determinar en qué puntos el papel de la matrona se apartaba de las labores de su competencia y en qué condiciones trabajan sin independencia.

—Se utilizó el formato de “sí/no” para las respuestas.

Al final, el análisis de las respuestas se hizo por dos personas con el propósito de obtener la mayor coherencia en las valoraciones.

ESTUDIO PILOTO

Como se mencionó anteriormente se enviaron cuestionarios a las supervisoras y matronas en Dinamarca y Reino Unido, analizando los resultados con el fin de dar validez al cuestionario. La muestra final se llevó a cabo con matronas del Reino Unido.

Al terminar los estudios experimentales, la Presidenta y la Honorable Secretaria de la EMLC aprobaron el cuestionario final.

TRADUCCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

La traducción de los cuestionarios eran responsabilidad de cada país, así como su posterior envío a las matronas. De esta labor se encargaron las vocales de la EMLC, que tuvieron la oportunidad de estudiarlos detalladamente y hacer cualquier tipo de sugerencia. Al finalizar la traducción, los cuestionarios fueron devueltos a la Directora del Proyecto en Londres.

DISTRIBUCIÓN

Los cuestionarios fueron copiados en el Reino Unido y enviados por la Directora del Proyecto a cada vocal para que los repartiesen dentro de su país.

Estaban identificados por un número para conseguir su confidencialidad, y codificados por colores según el país para facilitar su identificación una vez devueltos.

Cada vocal era responsable de confeccionar la lista de supervisoras y matronas a las que se les iban a enviar. El objetivo era hacer un muestreo aleatorio, asegurándose de que en esta lista se debía incluir tanto las matronas que trabajaban en zonas rurales, como las que trabajaban dentro de las instituciones hospitalarias y dentro de la comunidad.

Para ayudar a confeccionar la lista, se envió a cada vocal una serie de números al azar. Estos números tení-

an que ser identificados con los números que el registro nacional asigna a cada matrona. Pero esta labor no estuvo exenta de problemas: España no pudo distribuir los cuestionarios hasta que no se confeccionara su registro nacional, puesto que anteriormente a este proyecto las matronas estaban registradas por provincias.

En Luxemburgo se enviaron cuestionarios a sus 62 matronas.

Después de esta primera distribución, en los casos que la respuesta era menor al 50 por ciento se le recordó que no habían devuelto los cuestionarios.

Estos, una vez completados, eran devueltos primero a la coordinadora nacional y luego a la directora del proyecto en Londres.

1.7.2 Análisis del cuestionario

Fue una tarea de titanes ya que sólo se podían codificar ocho cuestionario por hora, y se emplearon otras tantas para introducir los códigos en el ordenador. Durante los diez primeros meses trabajó sola la directora del proyecto. En octubre de 1993 fue reclutada una segunda persona en la codificación, y el verano de 1994 una tercera persona ayudó a introducir los códigos en el ordenador. Se emplearon más de dieciocho meses en concluir la codificación.

1.8 Sincronización de la distribución, devolución, codificación y análisis de los cuestionarios

SECCION 2

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS

PARTE A

INTRODUCCIÓN

La información que se desprende de los tres cuestionarios no sólo proporciona detalles sobre el panorama en relación a los servicios de obstetricia y su práctica en Europa y en cada estado miembro, sino que, facilita una visión más general.

La información que nos aportan los gráficos de esta sección es suficiente para describir de una manera general la obstetricia en Europa. Profesión que se encuentra muy definida aunque existan diferencias en detalles internos y entre países. Así por ejemplo, independiente del país, más del 50 por ciento de las matronas emprenden cuidados prenatales y sólo la mitad participan en la educación a los padres. Asimismo, en todos los países, la mayoría de las matronas realizan cuidados durante el parto, y como excepción en muy pocos casos lo hacen bajo su propia responsabilidad.

Los datos demuestran también que lo que en unos países se considera prácticamente habitual de la obstetricia, en otros no está incluido dentro de la misma. Un ejemplo de esto lo encontramos en relación con la episiotomía: en algunos países las matronas emprenden cada uno de los pasos para llevar a cabo: infiltración,

realización de la episiotomía y suturación de la misma, en muchos otros se limitan a su realización.

Finalmente, la parte B de esta sección se ocupa de la información recopilada de los cuestionarios enviados a las autoridades competentes. En ésta surgen dudas sobre hasta que punto la autoridad competente de algún país en particular obra en contra del Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC en cuanto a las actividades que las matronas tienen derecho a efectuar. Se darán cuenta comprobando las tablas que aparecen a continuación que, casi sin excepción, las matronas participan en todas las actividades no permitidas por la autoridad competente. En algunos casos más del 50 por ciento de las encuestadas en una categoría particular, practica alguna actividad que no les está permitida (por ejemplo: ver Grecia en la Tabla 2 - Examen vaginal en embarazos normales).

	CM	M		CM	M
BEL.	303	257	ITA.	500	655
DIN.	1.000	996	IRL.	500	675
FRA.	864	714	LUX.	1.000	366
ALE.	402	212	POR.	750	710
GRE.	978	905	ESP.	583	980
HOL.	700	911	RU	750	713

Tabla 2 Práctica de exámenes vaginales en embarazos normales. (Parte sombreada = Autoridad Competente que permite la Práctica).

Estas actividades son llevadas a cabo tanto por matronas como por supervisoras. Los cuestionarios no clarifican el porqué de estas discrepancias y es competencia de cada autoridad el intentar resolver estos problemas. Por lo tanto, sería conveniente por parte de las autoridades competente revisar las normas, con vistas siempre a la ampliación de las actividades permitidas a las matronas.

PARTE B

CUESTIONARIOS DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES

La importancia de los cuestionarios enviados a las autoridades competentes estriba en demostrar hasta qué punto, los estados miembros de la UE dan apoyo oficial a sus matronas, para ejercer de acuerdo con el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC, y así, crear la oportunidad para que los estudiantes realicen la gama completa de actividades de obstetricia exigidas por la Directiva.

2B.1 Análisis de los cuestionarios

2B.1.1 Puntos Generales

Se recibieron formularios de todos los estados miembros con excepción de Italia, Portugal y España. El perfil de las matronas dentro de cada estado presentado por las autoridades competentes, demuestra que en general, las matronas que devolvieron los cuestionarios

eran representativas dentro de su país. En la tabla (3) * significa dónde ocurrió un sobre-baja-representación de un grupo en particular.

2B.1.2 Actividades permitidas a las matronas

Con las preguntas de los cuestionarios enviados a las autoridades competentes se pretendía comparar las actividades incluidas en la norma 80/155/EEC con las del Artículo 4, para saber hasta que punto se han ampliado las actividades respaldadas por la autoridad competente.

		Ejercicio Independiente %	Sector Público %	Sector público %
Bélgica	Cifras Auto. Competen.	2.0	44.0	55.0
	Cuestiona. devueltos	6.0	39.0	57.7
Dinamarca	Cifras Auto. Competen.	2.0	99.8	—
	Cuestiona. devueltos	0.7	98.6	3.2
Francia*	Cifras Auto. Competen.	12.3	57.4	30.6
	Cuestiona. devueltos	0.0	58.2	38.5
Alemania*	Cifras Auto. Competen.	30.0	60.0	10.0
	Cuestiona. devueltos	60.1	68.4	15.1
Grecia*	Cifras Auto. Competen.	3.0	60.0	37.0
	Cuestiona. devueltos	0.8	79.3	21.1
Holanda*	Cifras Auto. Competen.	70.6	16.5	12.8
	Cuestiona. devueltos	90.2	3.3	3.2
Italia	Cuestiona. devueltos	4.2	93.2	8.0
Irlanda	Cifras Auto. Competen.	porcentaje	10	suministrado
	Cuestiona. devueltos	1.3	98.3	9.2
Luxemburgo	Cifras Auto. Competen.	2.0	70.0	28.0
	Cuestiona. devueltos	2.4	78.1	17.1
Portugal	Cuestiona. devueltos	6.9	94.5	8.2
España	Cuestiona. devueltos	11.3	97.3	7.8
Reino Unido	Cifras Auto. Competen.	0.08	97.3	0.06
	Cuestiona. devueltos	0.07	100.0	1.0

Tabla 3 Comparación entre la proporción de matronas empleadas en diferentes áreas —información de Autoridad Competente— valoración de respuestas de las matronas.

ACTIVIDAD I

Aconsejar sobre planificación familiar

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Las autoridades competentes permiten a las matronas aconsejar sobre planificación familiar, aunque esto está restringido en Francia y Alemania en el periodo de embarazo más que en el periodo postnatal.

Ampliación de la actividad más allá de los especificado por el Artículo 4:

A las matronas de Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Luxemburgo y de Reino Unido se les permite aconsejar sobre planificación familiar a nivel escolar. Estos países junto con Grecia, si permiten aconsejar al público en general sobre planificación familiar.

Sólo dos países demostraron que a sus matronas se les permite ampliar sus actividades más allá de aconsejar. En Reino Unido y Francia se permite la colocación de diafragmas y la inserción DIU, además de prescribir anticonceptivos orales en Reino Unido.

ACTIVIDAD 2

Diagnosticar y monitorizar embarazos normales: llevar a cabo los exámenes necesarios para el control del desarrollo de éstos.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

La autoridad competente en Alemania, no autoriza a sus matronas a diagnosticar embarazos, actuando en contra de lo dispuesto en la Directiva.

En Europa, el diagnóstico del embarazo es una actividad sobre la cual las autoridades competentes dan independencia. Con la excepción de Alemania, anteriormente mencionada, y Dinamarca, que, sólo lo permite en algunos casos.

Los métodos para diagnosticar el embarazo varían de un país a otro, mientras que en Bélgica sólo permite el uso de exámenes físicos, en Dinamarca y Luxemburgo permiten el uso de los exámenes de orina y otros métodos clínicos.

Luxemburgo es el único país que no apoya a las matronas en cuanto a proporcionar cuidados prenatales, actuando en contra de la Directiva. Sin embargo, a pesar de no apoyar a las matronas en la práctica de los cuidados prenatales, la autoridad indica que sí pueden hacer los exámenes de rutina para controlar el embarazo.

Con la excepción de Alemania y Grecia, que no permiten realizar exámenes vaginales, el resto de los países si que lo autorizan.

Sin embargo, muy pocos países autorizan a sus matronas para ampliar el control del embarazo, utilizar ultrasonido, registro cardio tocográfico, análisis de sangre o amnioscopia.

Sólo en Dinamarca, Francia y Reino Unido se les permite usar ultrasonido, en Francia y Luxemburgo, registro cardio tocográfico, y en Francia amnioscopia. Ningún país permite el uso de análisis de sangre con el propósito de controlar el embarazo.

ACTIVIDAD 3

Respetar o aconsejar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de embarazos con riesgo.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

A pesar de proporcionar cada estado miembro el derecho a efectuar todas las actividades del Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC, las respuestas de las autoridades competentes demuestran que muchas se contradicen seriamente respecto a esta actividad particularmente cuando se trata de ordenar exámenes.

Se hicieron dos preguntas similares sobre este tema. Una, si las matronas están autorizadas a llevar a cabo ciertos exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de embarazos con riesgo, y la otra, si la matrona está autorizada a prescribir dichos exámenes. El resultado de las preguntas es el siguiente:

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Monitorización		X	X			X	X	X	X
Ecografía		X	X			X	X	X	X
Muestreo de sangre para análisis hormonal		X	X			X		X	X
Muestreo de sangre para hemoglobina		X	X			X	X	X	X
Muestreo de sangre para enfermedades transmitidas sexualmente									X

Tabla 4 Exámenes permitidos a las matronas para diagnosticar embarazos con riesgo.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Monitorización			X				X	X	X
Ecografía			X			X	X	X	X
Muestreo de sangre para análisis hormonal			X					X	X
Muestreo de sangre para hemoglobina			X			X	X	X	X
Muestreo de sangre para enfermedades transmitidas sexualmente	X								
Análisis biológicos y serológicos			X						
Radiografías de embarazo precoz			X						
Radiografías de pelvimetría		X							

Tabla 5 Procedimientos que las matronas pueden ordenar para diagnosticar embarazos de alto riesgo.

ACTIVIDAD 4

Proporcionar un programa de preparación para el parto incluyendo consejos sobre higiene y nutrición a los padres.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Todas las autoridades competentes esperan que las matronas supervisen y asistan a las mujeres durante el parto.

Esta actividad está muy apoyada por las autoridades competentes. Asimismo, utilizar el monitor electrónico y el estetoscopio fetal está bajo su criterio. A las matronas de Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Luxemburgo y Reino Unido les está permitido colocar el electrodo fetal cefálico bajo su responsabilidad. En Dinamarca, Francia, Luxemburgo y Reino Unido también les está permitido colocar el catéter uterino.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Estetoscopio fetal	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro cardio									
Tocográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplicación electrodo fetal cefálico	X	X	X				X	X	X
Cateter		X	X					X	X

Tabla 6 Tipos de monitorización autorizados a las matronas durante el parto.

Las autoridades competentes en Bélgica, Alemania e Irlanda no permiten a sus matronas prescribir ninguna drogas o medicamento bajo su propio criterio. En Francia y en el Reino Unido se les permite administrar sedantes e hipnóticos; en Francia y en el Reino Unido,

tranquilizantes; en Francia, Luxemburgo y el Reino Unido, oxitócitos antes del parto; y en Dinamarca, Francia, Grecia, Holanda, Luxemburgo y Reino Unido, oxitócitos del parto.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Sedantes/hipnóticos			X						X
Analgésico			X		X	X		X	X
Tranquilizantes			X						X
Oxitócitos antes del parto			X					X	X
Oxitócitos después del parto		X	X		X	X		X	X

Tabla 7 El derecho a recetar medicamentos durante el parto.

En todos los países, con la excepción de Alemania, las matronas pueden administrar la gama completa de drogas y medicamentos bajo prescripción de un médico. Aunque si contemplamos la actividad 10, puede parecer lo contrario.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Sedantes/hipnóticos	X	X	X		X	X	X	X	X
Analgésico	X	X	X		X	X	X	X	X
Tranquilizantes	X	X	X		X	X	X	X	X
Oxitócitos antes del parto	X	X	X		X	X	X	X	X
Oxitócitos después del parto	X	X	X		X	X	X	X	X

Tabla 8 El derecho a administrar drogas recetadas por un médico.

A ninguna matrona se le permite efectuar bloqueo parcial, bloqueo de pudendos, o administrar las dosis sucesivas de una epidural bajo su propio criterio. En Dinamarca, Irlanda y Reino Unido las matronas pueden administrar óxido nítrico y oxígeno; en todos los países con la excepción de Bélgica y Alemania, aún bajo prescripción médica no está permitida la infiltración del periné con anestesia local. Estos datos ponen en tela de juicio la capacidad de las matronas Belgas y Alemanas a reivindicar su derecho a la actividad 6, y poder realizar una episiotomía cuando sea necesario, y cuestiona la capacidad para cumplir con los requisitos de entrenamiento a matronas estudiantes en este área.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Bloqueo paracervical									
Bloqueo de pudendos									
Dosis sucesivas de la epidural									
Óxido nítrico y Oxígeno		X					X		X
Infiltración del periné		X	X		X	X	X	X	X

Tabla 9 Derecho de administrar medicamentos y actuación de la matrona bajo su propia responsabilidad.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Bloqueo paracervical									
Bloqueo de pudendos		X	X						
Dosis sucesivas de la epidural			X						
Óxido nítrico y Oxígeno		X	X				X	X	X
Infiltración del periné		X	X		X	X	X	X	X
T.E.N.S.									X

Tabla 10 Derecho de administrar medicamentos y actuación de la matrona bajo prescripción médica.

ACTIVIDAD 6

Efectuar parto espontáneo incluyendo episiotomía cuando sea requerido, y parto de nalgas en caso de urgencias.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Todas las autoridades competentes apoyan el derecho de la matrona a efectuar parto normal espontáneo, bajo su propia responsabilidad. Sin embargo las cifras presentadas por éstas con respecto al parto normal, ponen en duda hasta qué punto las matronas de ciertos países realmente disfrutan de ese derecho. Las cifras presentadas son las siguientes:

BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
2-8.0	100.0	100.0	90.0	10.0	42.8	70-80.0	pocos	75.0

Tabla 11 Porcentaje de partos normales efectuados por matronas.

Los países más preocupantes son Bélgica, Grecia y Luxemburgo.

Todas las autoridades competentes permiten a sus matronas efectuar partos de nalgas en caso de urgencia.

En contra de la Directiva, en Luxemburgo no se permite efectuar la episiotomía.

ACTIVIDAD 7

Reconocer las señales de normalidad en la madre o el bebé que hacen necesarias las atenciones de un médico y ayudar a éste en los casos apropiados: tomar las medidas necesarias de urgencia en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta seguida de un examen manual del útero.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Todos los países menos Grecia, permiten a la matrona ejercer su derecho a tomar medidas de urgencia en el caso de efectuar distocia de hombros; no existe ninguna disposición para que las matronas de Bélgica, Grecia y Holanda efectúen la extracción manual de la placenta. En Bélgica, Alemania, Grecia, Holanda e Irlanda no les está permitido exámenes intrauterinos aún en caso de urgencia. La falta de esta disposición por parte de las autoridades es una infracción del Artículo 4 de la Directiva.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Distocia de hombros		X		X		X	X	X	X
Uso de la ventosa obstétrica									
Parto con fórceps									
Extracción manual de la placenta			X					X	
Examen intrauterino			X					X	

Tabla 12 Procedimientos autorizados en el ejercicio normal de la matrona.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Distocia de hombros	X	X	X	X		X	X	X	X
Uso de la ventosa obstétrica		X							
Parto con fórceps									
Extracción manual de la placenta		X	X	X	X		X	X	X
Examen intrauterino		X	X					X	

Tabla 13 Procedimientos autorizados a las matronas en caso de urgencia.

Ampliación de la actividad más allá de lo especificado en el Artículo 4

Las autoridades competentes de Dinamarca, Alemania, Holanda, Irlanda, Luxemburgo y Reino Unido dijeron que las matronas pueden efectuar distocia de hombros como práctica habitual. Francia incluyó la extracción manual de la placenta, y Luxemburgo, además de ésta, incluyó el examen intrauterino.

ACTIVIDAD 8

Examinar y cuidar al recién nacido: tomar todas las iniciativas necesarias en caso de necesidad y efectuar reanimación inmediatamente en caso de urgencia

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Las autoridades competentes permiten que la matrona efectúe reanimación al recién nacido. En Grecia no están autorizadas a examinar al recién nacido por si existen desplazamiento de cadera.

ACTIVIDAD 9

Cuidar y controlar el desarrollo de la madre en el periodo postnatal y aconsejarla sobre el cuidado del bebé, facilitando así la evolución óptima del recién nacido.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Todas las autoridades competentes permiten a las matronas cuidar a las madre y al recién nacido después del parto. Los cuestionarios para los tres grupos de encuestadas tienen el propósito de conseguir datos sobre si los cuidados a las madres y bebés se realizan tanto en el hospital como fuera de él, y si son continuos o sencillamente esporádicos. Independientemente de lo dicho por las autoridades sobre los cuidados continuos o intermitentes, dentro o fuera del hospital, en todos los países las matronas cuidan de una manera continua o intermitente a las madres y al recién nacido dentro y fuera del hospital.

No es posible determinar porqué existe esta discrepancia. Podemos concluir que es aceptable que las matronas en cada estado se ocupen de las madres y de los bebés tanto en el hospital como fuera de él. A pesar de las respuestas, lo podemos confirmar observando la siguiente tabla:

Bélgica	7 días	diario
Dinamarca	7 a 14 días	1 a 3 visitas
Francia	21 días	
Alemania	10 días	diario
Grecia	30 a 40 días	diario la primera semana
Holanda	42 días	diario la primera semana
Irlanda	variable	diario
Luxemburgo	5 días	diario
Reino Unido	10 a 28 días	diario 10 primeros días

No todas las autoridades indican el tipo de actividad esperada de la matrona en los cuidados posnatales a las madres y el bebé. Las que sí lo hacen, indican lo que se detallan a continuación, lo cual se puede entender como apoyo para la actividad 9.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Cuidados continuos en hospital	X		X		X	X	X	X	X
Cuidados intermitentes en hospital		X		X		X		X	
Cuidados continuos en casa	X		X	X		X			X
Cuidados intermitentes en casa	X	X			X	X	X		
Ningún contacto en casa	X	X			X	X			

Tabla 14 Tipos de cuidados posnatales a la madre permitidos por las autoridades.

	BEL	DIN	FRA	ALE	GRE	HOL	IRL	LUX	RU
Cuidados continuos en hospital	X	X	X	X	X	X	X		X
Cuidados intermitentes en hospital		X		X		X		X	
Cuidados continuos en casa	X		X	X		X			X
Cuidados intermitentes en casa		X				X	X	X	
Ningún contacto en casa							X		

Tabla 15 Tipo de cuidados neonatales al recién nacido permitidos por las autoridades.

ACTIVIDAD 10

Realizar el tratamiento prescrito por el médico.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

Los cuestionarios contienen referencias específicas sobre la realización por parte de la matrona del tratamiento prescrito por el médico respecto a las actividades relacionadas con el parto (ver actividad 5). Como ya dijimos, Alemania es el único país que no lo permite, considerándose por lo tanto una infracción esta actividad como en la ya mencionada Actividad 5.

ACTIVIDAD 11

Mantener toda la documentación necesaria.

APOYO PARA LA ACTIVIDAD

No se pregunta a ninguna autoridad competente sobre esta actividad.

2B.2 Conclusión

2B.2.1 Lamentamos no haber recibido cuestionarios de las autoridades competentes de Italia, Portugal y España. Al analizar los datos de los cuestionarios de las supervisoras y las matronas existen algunas lagunas preocupantes en ciertas áreas de las actividades. Esto pondría en tela de juicio hasta qué punto los estudiantes pueden desarrollar la gama completa de actividades trazadas en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. Sin la información de las autoridades competentes no es posible saber si existe o no apoyo oficial en estos países para el ejercicio de la obstetricia.

2B.2.2 La respuesta por parte de las autoridades competentes demuestra que los estados miembros de la Unión Europea dan un fuerte respaldo a sus matronas según el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. Sin embargo, según los datos recogidos observamos que existen las siguiente excepciones:

I. Diagnóstico del embarazo con riesgo:

Las matronas Belgas, Danesas, Alemanas, y Griegas no están autorizadas a prescribir ninguno de los procedimientos para el diagnóstico del embarazo con riesgo. Sin embargo, debemos apuntar en estos países un gran porcentaje de matronas que sí lo hacen en realidad.

II Monitorización del feto por los médicos clínica y técnicamente apropiados:

En Alemania, Grecia, y Holanda las matronas no están autorizadas a utilizar el electrodo fetal cefálico y en Irlanda, tampoco a insertar el catéter intruterino.

(Tabla 6). (Para el EMLC; será conveniente alguna discusión sobre si es una opinión aceptada en Europa que estas restricciones coartan la capacidad de controlar la condición del feto por los medios apropiados).

A pesar de estas restricciones, las matronas de estos países emprenden estos procedimientos en menor o mayor medida.

III. Actuación bajo la prescripción del médico:

Para el EMLC: la tabla 8 y 10 demuestran que las autoridades competentes no permiten que las matronas realicen algunas actividades bajo la prescripción del médico. El Comité debe discutir si estas actividades caen fuera de los requisitos de la actividad 10 - realizar el tratamiento prescrito por el médico.

IV Infiltración del periné:

Las matronas en Bélgica y Alemania no están autorizadas a efectuar la infiltración del periné ni bajo su propia responsabilidad, ni bajo la prescripción del médico (tablas 9 y 10), sin embargo si están autorizadas a efectuar episiotomías. En vista de que ambas

actividades están relacionadas, se debe considerar que en este caso las autoridades no están proporcionado el apoyo necesario.

V. Medidas de urgencia durante el parto en ausencia del médico:

Las matronas en Grecia no están autorizadas a practicar distocia de hombros rutinariamente o en caso de urgencia. En Grecia y Holanda no pueden hacer la extracción manual de la placenta, y en Bélgica, Alemania, Holanda e Irlanda no pueden efectuar examen intrauterino (tablas 12 y 13). En todos los casos, las matronas de estos países reconocen practicar estos procedimientos.

2B.2.3 Salvo las excepciones mencionadas, las autoridades competentes apoyan categóricamente a las matronas que actúan bajo su propia responsabilidad, sin ninguna condición en las áreas de cuidados prenatales y durante el parto. En caso de no expresar su permiso tampoco existe ninguna condición. Se puede concluir que las autoridades apoyan la responsabilidad e independencia de la matrona en el cumplimiento de las actividades permitidas.

2B.2.4 Con estas excepciones, la práctica de la obstetricia autorizada por las autoridades en cada estado miembro, significa que las matronas estudiantes pueden desarrollar la gama completa de actividades que tienen derecho a ejercer las matronas.

PARTE C

LA NATURALEZA DEL EJERCICIO DE MATRONAS EN EUROPA

La sección B describió hasta qué punto las autoridades competentes en la Unión Europea apoyan el derecho de las matronas para llevar a cabo y efectuar la gama completa de actividades para la práctica de la obstetricia definidas en el Artículo 4 del 80/155/EEC. Con la información de los cuestionarios devueltos, esta sección estudiará la naturaleza del trabajo de las matronas en Europa, incluyendo comparaciones entre países.

2C.1 Perfil de las áreas de trabajo

Los cuestionarios preguntaron tanto a las supervisoras como a las matronas en ejercicio, en qué áreas estaban trabajando. Para poder hacer comparaciones, se describieron sus áreas de trabajo.

Los datos reflejan que la inmensa mayoría de supervisoras como las matronas en Europa ejercen en hospitales del sector público. Sin embargo, en casi todos los países existen grupos importantes que trabajan en otros lugares. Era de particular importancia el hecho de que en Bélgica hay muchas más supervisoras y matronas que ejercen en el sector privado, y en Holanda más del 90% de las matronas ejercen independientemente.

		Práctica Independiente		Sector público		Sector privado	
		hos.	com.	hos.	com.	hos.	com.
Bélgica	CM	3.0	27.3	0.0	0.0	69.7	0.0
	M	6.0	38.6	0.6	0.0	57.4	0.03
Dinamarca	CM	0.0	42.1	5.3	47.4	0.0	0.0
	M	0.7	31.4	13.1	54.1	1.4	1.8
Francia	CM	0.0	95.5	4.5	0.0	0.0	0.0
	M	0.0	54.9	1.1	2.2	38.5	0.0
Alemania	CM	46.0	76.2	4.3	1.1	13.0	0.0
	M	50.1	63.6	3.4	1.4	10.3	4.8
Grecia	CM	0.0	82.6	2.2	0.0	10.0	0.0
	M	0.8	75.2	3.3	0.8	21.1	0.0
Holanda	CM	0.0	80.0	0.0	10.0	0.0	0.0
	M	90.2	4.9	2.0	3.3	0.4	2.8
Italia	CM	0.0	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0
	M	4.2	68.9	18.2	6.1	6.1	1.9
Irlanda	CM	0.0	90.0	10.0	0.0	0.0	0.0
	M	1.3	96.1	0.4	1.8	9.2	0.0
Luxemburgo	CM	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
	M	2.4	73.2	4.9	0.0	17.1	2.4
Portugal	CM	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	M	6.9	94.5	0.0	0.0	6.2	0.0
España	CM	8.3	91.7	8.3	0.0	0.0	0.0
	M	11.3	42.3	33.5	21.8	6.4	1.4
Reino Unido	CM	0.6	25.6	4.2	76.0	0.6	0.0
	M	0.7	62.2	23.3	14.5	1.0	0.0

Tabla 16 Distribución de áreas de trabajo de matronas supervisoras (CM) y matronas (M).

2.C.2 Las actividades de la Matrona

Tanto los cuestionarios enviados a las autoridades competentes como los enviados a las matronas supervisoras y a las matronas en ejercicio, estaban basados en las actividades descritas en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. Esta descripción de la práctica de las matronas en Europa, está basada en estas actividades.

ACTIVIDAD 1 Aconsejar e informar sobre planificación familiar

Aunque en cada estado de la Unión Europea existen servicios supervisados por matronas y matronas en ejercicio que aconsejan sobre planificación familiar, existe una gran variación entre países, por ejemplo, en Bélgica, Francia y Luxemburgo menos del 30 por ciento de las matronas aconsejan sobre planificación familiar; en Alemania sólo lo hacen el 39 por ciento y en los demás países el porcentaje sobrepasa el 50 por ciento incluyendo Holanda donde se llega al 39 por ciento.

Un importante número de servicios dirigidos por matronas supervisoras no aconseja ni dan instrucciones sobre planificación familiar, con la excepción de Irlanda (100%), Luxemburgo (100%) y el Reino Unido (91%). Sólo el 50 por ciento de la totalidad de los servicios dirigidos por matronas supervisoras en Europa tienen previsto aconsejar sobre planificación familiar. En Bélgica, Italia y España se limitan estos servicios a menos de una tercera parte.

1. ¿A quienes aconsejan e informan las matronas sobre planificación familiar? (Apéndice 5)

Alumnos en colegios

Sobre todo las matronas de Dinamarca, Francia y

España, pero en general, pocas aconsejan a nivel escolar.

La población en general

Tampoco en este caso se tiende a aconsejar sobre planificación familiar al público en general. Algo más en Francia, Grecia e Italia.

De manera individual o a grupos reducidos, durante y después del embarazo

El 100 por ciento de las matronas coinciden que los servicios que se ocupan de aconsejar e informar sobre la planificación familiar se realizan fundamentalmente de manera individual o en grupos durante el embarazo.

En resumen, la responsabilidad de aconsejar sobre planificación familiar es limitada dentro de los servicios de maternidad, sin embargo, cuando las matronas realizan esta actividad lo hacen en un alto porcentaje de manera individual o a grupos de mujeres durante el embarazo, y después de éste lo hacen sobre todo de manera individual.

II. Práctica de procedimientos de planificación familiar (Apéndice 6)

Los cuestionarios incluyen preguntas para determinar si los servicios de obstetricia o las mismas matronas amplían sus atribuciones más allá de lo estipulado en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC, e incluyen metodología práctica sobre planificación familiar.

En ningún país las matronas realizan inserción de dispositivos intrauterinos, evaluación para diafragma, ni recetan anticonceptivos orales. Sin embargo, observamos que en ciertos países cuyas autoridades no permiten la práctica de ciertas actividades, las matronas si las emprenden, bien dentro de los servicios hospitalarios o en su práctica independiente. Por ejemplo, todas las autoridades competentes que respondieron a los cuestionarios, con la excepción del Reino Unido, dicen no autorizar a sus matronas a insertar los dispositivos intrauterinos, y sin embargo, en todos los países excepto en Luxemburgo se efectúa.

En resumen, no existe evidencia que demuestre que las matronas de Europa incluyen como parte de su práctica habitual llevar a cabo procedimientos de planificación familiar.

ACTIVIDAD 2 Diagnóstico del embarazo y monitorización del desarrollo del embarazo

1. Diagnóstico del embarazo (Apéndice 7)

Casi todas las matronas coinciden al afirmar que no son la primera persona profesional en diagnosticar el embarazo.

Las matronas supervisoras, con la excepción de las Danesas (32%) y las griegas (46%) no esperan que las matronas adscritas a los servicios que ellas dirigen, diagnostiquen el embarazo.

A pesar de estas cifras tan bajas, cuando las analizamos conjuntamente con la respuesta la pregunta sobre si la matrona es alguna vez la primera persona en diag-

nosticar un embarazo, parece un panorama más alentador, aunque todavía hay pocos países en los cuales las matronas ejercen su derecho o independencia con respecto a esta práctica. Tomadas conjuntamente, las cifras respecto al diagnóstico del embarazo, observamos que dentro de los servicios dirigidos por matronas supervisoras, en Dinamarca el 57 por ciento de las matronas sí habían tenido la oportunidad de ser las primeras en diagnosticar el embarazo, 68 por ciento en Francia, el 89 por ciento en Grecia e Irlanda. Sólo en dos países el porcentaje era menor, en Alemania el 4.9 por ciento y en España el 17 por ciento. Sin embargo, en general sólo el 45 por ciento de las matronas que responden a los cuestionarios en los estados miembros, son las primeras en diagnosticar embarazos. En un alto porcentaje se encuentra Holanda con el 71 por ciento, y en menor Alemania con el 14 por ciento y Luxemburgo el 7 por ciento.

II. Métodos para el diagnóstico del embarazo (Apéndice 8)

En Bélgica, Grecia, Italia, Irlanda y Portugal el método más común para diagnosticar el embarazo, es el análisis de orina; en Dinamarca, Francia, Holanda y España, el examen físico; mientras que en Alemania, Luxemburgo y el Reino Unido utilizan ambos procedimientos por igual.

Las matronas supervisoras dicen que las matronas adscritas a sus servicios, utilizan el examen físico para diagnosticar el embarazo con excepción de las de Grecia y Portugal que utilizan pruebas de orina más frecuentemente.

Aunque aproximadamente la mitad de las matronas supervisoras dijeron que dentro de los servicios se utilizan la ecografía para diagnosticar el embarazo, sólo Francia utiliza este método en significativa medida.

En resumen, a pesar de lo dispuesto en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC acerca del derecho de las matronas a diagnosticar el embarazo, en realidad esta práctica es bastante limitada, tanto en matronas adscritas a los servicios de maternidad como las que actúan con independencia.

III. Monitorización del desarrollo del embarazo normal - participación en cuidados prenatales (Apéndice 9)

En muchos servicios dirigidos por supervisoras, las matronas participan en cuidados prenatales, e independientemente, un gran número de las encuestadas proporcionan dichos cuidados.

Las matronas supervisoras dicen que dentro de sus servicios las matronas participan en cuidados prenatales de acuerdo al siguiente porcentaje: el 100 por cien en Dinamarca e Irlanda; el 99,4% por ciento en el Reino Unido; el 85 por ciento en Francia; el 78 por ciento en Grecia y el 70 por ciento en Holanda. Sólo el 18 por ciento en Bélgica, 35 por ciento en Alemania, 40 por ciento en Italia, 30 por ciento en Portugal y 17 por ciento en España.

En Bélgica, Alemania, Luxemburgo y España menos del 50 por ciento de las matronas encuestadas partici-

pan en cuidados prenatales en embarazos normales. El resto de los países, las cifras varían entre el 70 y el 100 por ciento (Dinamarca).

IV. Procedimientos para la monitorización del embarazo normal (Apéndice 10)

Los procedimientos apropiados para la monitorización del embarazo normal fueron análisis de orina, estimación de la tensión arterial, peso materno, valoración del tamaño del útero, movimiento fetal, auscultación, examen vaginal, registro cardio tocográfico y ecografía.

(EMLC: es conveniente tomar nota de que ésta es una de las áreas para la cual estamos a la espera de las cifras revisadas. Esta no alterará la tendencia general, pero quizás, sí la percepción de algunos detalles).

Salvo en raras excepciones, excluyendo el caso de las ecografías, las matronas que participan en cuidados prenatales en embarazos normales, no emprenden la gama completa de exámenes y procedimientos enumerados anteriormente. Las excepciones fueron en Grecia, Holanda (dentro de los servicios dirigidos por supervisoras), e Italia, donde hay menos tendencia a recetar exámenes de orina; en la mayoría de los países, excepto en Dinamarca, Holanda, en Luxemburgo y España, hay menos tendencia a la valoración del desarrollo del feto, y las matronas de Alemania y Reino Unido efectúan menos exámenes vaginales. Sólo en Francia, las matronas utilizan la ecografía en mayor grado, y aún así, sólo la mitad de las que proporcionan cuidados prenatales a mujeres con embarazos normales, lo hacen.

Una de las discrepancias más evidentes es lo que permiten las autoridades competentes y lo que se espera de las matronas en las unidades hospitalarias, o lo que realmente practican, en este área. Las autoridades en Alemania y Grecia dicen no permitir la práctica de exámenes vaginales, y sin embargo, en ambos países ocurre; más del 90 por ciento de las supervisoras y matronas en ejercicio en Grecia, dicen que emprenden esta actividad.

En resumen existe una importante participación de las matronas en cuidados prenatales. En la práctica, sin embargo, parece ser que en Bélgica, Alemania, Luxemburgo y España, no tienen muchas oportunidades para emprender este aspecto de la función normal de la matrona, que es un área de actividad donde pueden actuar independientemente y bajo su propia responsabilidad.

ACTIVIDAD 3

Recetar o aconsejar los exámenes para el diagnóstico precoz del embarazo con riesgo.

I. Participación en cuidados de embarazos anormales (Apéndice II)

Una gran mayoría de las matronas encuestadas se ocupan de cuidar a mujeres con embarazos normales. Hay dos excepciones en concreto: en Alemania (26%) y en Holanda (13%).

En más del 75 por ciento de los servicios dirigidos por matronas supervisoras en Bélgica, Dinamarca, Francia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, España y Reino Unido, se asisten a mujeres con embarazos anormales. Sólo en Alemania y en Italia, menos del 40 por ciento de las matronas adscritas a los servicios prestan estos cuidados prenatales.

Existen importantes anomalías en las respuestas sobre esta actividad. Aún cuando el 80 por ciento de las supervisoras en Holanda proporcionan cuidados prenatales a las madres, sólo el 13 por ciento de las matronas encuestadas lo hacen. Esto es debido a que la mayoría de las supervisoras trabajan en hospitales del sector público, mientras que la mayoría de matronas trabajan independientemente dentro de la comunidad, y por tanto no están relacionadas con los cuidados a mujeres con problemas. También existen anomalías entre las cifras de Italia: el 20 por ciento de las supervisoras y el 55 por ciento de las matronas prestan cuidados prenatales, mientras que en España las cifras son del 75 por ciento en las supervisoras y el 47 por ciento en las matronas. (Estamos a la espera del desglose de estas cifras, especialmente de España, donde ésta diferencia puede atribuirse al lugar de ejercicio).

Bélgica también tiene cifras que demuestran la diferencia entre los cuidados a mujeres con embarazos anormales y normales. El 90 por ciento de las supervisoras dicen que las matronas adscritas a sus servicios atienden a mujeres con embarazos anormales, mientras que sólo el 18 por ciento de ellas, dirige a matronas en cuidados de embarazos normales. Esto ocurre igual en las matronas que trabajan de manera independiente. En Portugal y España, existe también esta diferencia entre las matronas adscritas a los servicios de supervisoras, pero no así en las matronas en general.

II. Procedimientos utilizados en la monitorización de embarazos anormales (Apéndice 12)

Los procedimientos apropiados para la monitorización de embarazos anormales, son idénticos a los utilizados en embarazos normales.

Las matronas dirigidas por supervisoras y las que trabajan de manera independiente, proporcionan cuidados a mujeres con embarazos anormales, utilizando igualmente todos los procedimientos salvo en tres excepciones: en Grecia, Italia y España, las matronas encuestadas no tienden a utilizar los análisis de orina. Esto también es cierto para las que trabajan en servicios hospitalarios en Holanda. En segundo lugar, salvo las excepciones de Dinamarca y Reino Unido, existe una fuerte tendencia entre las matronas a no efectuar una valoración del crecimiento del feto. Y, en último lugar, sólo en Francia las matronas ordenan ecografías. Además, la mitad de las matronas en Luxemburgo no realizan auscultación, las de Irlanda y el Reino Unido, no tienden a realizar exámenes vaginales, y las de Grecia, tienden a no utilizar Registro Cardio Tocográfico.

III. Procedimientos recetados por la matrona (Apéndice 13)

Se preguntó a las matronas supervisoras y las matronas en ejercicio, si recetan Registro Cardio Tocográfico, ecografías, análisis hormonal y valoración de la hemoglobina bajo su propia responsabilidad, esto es, sin consultarlo con un médico o un cargo superior.

La mayoría de las cifras, demuestran que sí ordenan registro Cardio Tocográfico y valoración de hemoglobina bajo su propio criterio.

Registro Cardio Tocográfico

Generalmente, del 80% al 100% de las matronas adscritas a los servicios, lo ordenan. En otros siete países, ocurre igual con más del 70 por ciento. Las excepciones importantes a estas cifras son Grecia; donde sólo en el 37 por ciento de los servicios hospitalarios se ordenan Registro Cardio Tocográfico y el 42 por ciento en el caso de las matronas en general, y Holanda, donde lo realizan en un 50 por ciento.

Valoración de la hemoglobina

Las matronas no asumen tanta responsabilidad a la hora de ordenar una valoración de hemoglobina. Sin embargo, en siete países, las cifras demuestran que más del 50 por ciento sí lo hicieron: en Francia, Holanda y el Reino Unido, las cifras sobrepasaron el 57 por ciento, en el resto de los países las cifras oscilan entre el 19 por ciento de Portugal y el 41 por ciento de España.

Ecografía y análisis hormonal

En general, pocas matronas ordenan ecografías y análisis hormonal; en Holanda, el 90 por ciento de las matronas bajo supervisión y el 87 por ciento de las matronas en general. En Dinamarca y Francia, del 50 al 60 por ciento de las matronas en servicio ordenan ecografías. En el resto de los países, las cifras bajaron considerablemente del 40 al 0 por ciento.

Sólo en Dinamarca más de la mitad de las matronas ordenan análisis hormonal, con cifras que varían del 1 al 34 por ciento en el resto de los países.

En resumen, las matronas en toda la Unión, cuidan a mujeres con embarazos anormales, con excepción de Alemania, Holanda y España. Aunque es limitado saber hasta qué punto las matronas pueden recetar los procedimientos para un diagnóstico precoz de un embarazo con riesgo.

ACTIVIDAD 4

La provisión de programas de planificación. (Apéndice 14)

El Apéndice, demuestra que existe una considerable variación, no sólo de un país a otro, sino también, dentro de un mismo país, en cuanto a los servicios que proporcionan planificación familiar y el número de matronas que realmente practican esta actividad.

En tres países (Irlanda, Luxemburgo, Reino Unido), el

100% de los servicios dirigidos por supervisoras llevan a cabo la preparación para una maternidad responsable. Sólo en Bélgica (58%), Grecia (38%) y España (42%), son más limitados estos servicios.

Aunque las supervisoras dicen que en sus servicios las matronas llevan a cabo la preparación de los padres, el número real es menos del 60 por ciento con la excepción de Dinamarca (86%), los mínimos están en Grecia (36%) y Portugal (25%).

En cuanto a la planificación familiar de cursos para padres, sólo en Dinamarca (83%) y en España (60%), más de la mitad de las matronas citadas en este proyecto aceptan ser responsables de la planificación de dichos cursos. Por otra parte, tan sólo el 4,8 por ciento de matronas en Portugal, y el 12 por ciento en Grecia, participan en esta planificación.

A las matronas y supervisoras se les preguntó sobre otros grupos que participaban en la educación de los padres. Existe una importante coherencia en toda España respecto a otras personas que participan en esta educación, aunque se producen algunas diferencias en el grado de participación. En la mayoría de los países, las matronas participan en ésta, en mayor o menor grado conjuntamente con visitantes de salud, enfermeras, médicos, fisioterapeutas y expertos en dietética. En otros países lo practican educadores de salud y maestros. Y en otros, visitantes de salud, médicos y fisioterapeutas.

En resumen, aunque existen bastantes servicios en los cuales las matronas facilitan educación a los padres, el número de matronas encuestadas, que en la actualidad proporcionan esa educación, es más bajo de los que se podría esperar de una actividad en la cual es evidente el derecho y la oportunidad de la matrona para ejercer su responsabilidad, específica e independiente.

ACTIVIDAD 5

Cuidados y asistencia a la madre durante el parto y monitorización del feto.

(Apéndice 15)

El apéndice 15 demuestra que entre el 83 y el 100 por ciento de todas las matronas en este estudio, proporcionan cuidados y asistencia a la madre durante el parto, con la excepción de España, donde sólo consta el 62 por ciento. En más del 80 por ciento de todos los servicios dirigidos por supervisoras, las matronas asisten a las mujeres durante el parto, y en seis países la cifra llegó al 100 por cien.

A pesar de lo mencionado anteriormente, sólo en Holanda, la mayoría de las matronas cuidan a la madre enteramente bajo su propia responsabilidad. El 39 por ciento de las matronas de Francia, indican que trabajan de esta forma, y sólo un 10 por ciento, o a veces menos, en el resto de los países. La mayoría de las matronas que dicen no trabajar bajo su propia responsabilidad, si lo hacen dentro de las normas de la unidad de maternidad. Aquellas que no trabajan bajo su responsabilidad, ni dentro de las normas de la unidad de

maternidad, indican que asisten bajo la supervisión directa de otra persona. Esto ocurre principalmente en Bélgica, Grecia, Luxemburgo y Portugal, aunque existen algunos casos importantes en Francia e Irlanda. En el caso de asistencia a la madre durante el parto bajo supervisión, ésta se realiza en mayor medida, por el médico y el tocólogo, y en menor medida por la matrona de más antigüedad.

I. Acciones, intervenciones y procedimientos realizados por las matronas al proporcionar asistencia a la mujer durante el parto.

Las preguntas se hicieron a las supervisoras y a matronas, que estuvieron relacionadas con las actividades de la matrona durante la asistencia al parto, y diseñadas para conocer los modelos de los cuidados proporcionados por éstas, y hasta qué punto son responsables e independientes al emprender las actividades exigidas.

II. Monitorización del feto por los medios clínica y técnicamente apropiados. (Apéndice 16)

Los cuestionarios buscaban información respecto a los cuatro métodos para la monitorización del feto y su utilización; uso del estetoscopio fetal, monitorización fetal electrónica, uso del electrodo fetal cefálico y el catéter intrauterino.

Monitor fetal eléctrico

En todos los países, las matronas utilizan principalmente el monitor fetal eléctrico para observar el estado del feto en el útero. Las cifras son sistemáticamente altas, llegando al 80-90 por ciento e incluso al 100%. Como excepción se encuentra Holanda, donde sólo se llega al 36 por ciento.

Electrodo fetal cefálico

Por parte de las matronas independientes hay una menor utilización del electrodo fetal cefálico; sin embargo, por parte de las matronas con supervisora, la utilización de éste es mayor respecto al uso del estetoscopio fetal. Esto sucede en Bélgica, Francia, Holanda, Luxemburgo, España y Alemania (aunque aparentemente, en Alemania no se permite el uso del electrodo fetal por las autoridades).

Estetoscopio fetal

Los servicios hospitalarios y las matronas que más utilizan el estetoscopio fetal, son las de Dinamarca, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, Portugal y el Reino Unido. En Bélgica, Francia, Alemania y España, es muy limitado su empleo. En Dinamarca, Irlanda y el Reino Unido utilizan en gran medida los tres métodos mencionados anteriormente.

Catéter intrauterino

Las matronas en Europa no suelen insertar el catéter intrauterino. En Francia el 81 por ciento de las supervisoras encuestadas coinciden al comentar que las matronas adscritas a sus servicios efectúan este procedimien-

to, mientras que sólo el 29 por ciento de las matronas lo llevan a cabo. Otros usos significativos se encuentran en España (25%) y Dinamarca (19%).

III. Utilización de drogas durante el parto (Apéndice 17)

Con los cuestionario se pretendía saber hasta qué punto las matronas administran drogas durante el parto, y en que medida bajo su propia responsabilidad o bajo la prescripción de un médico. También se busca información sobre los sedantes, analgésicos, tranquilizantes y oxitócitos.

Sólo un número limitado de autoridades competentes permiten a la matrona administrar cualquier medicamento bajo su propia responsabilidad. Sin embargo, en casi todos los países lo administran. El modelo general consiste en que los analgésicos y oxitócitos son los más comunmente recetados después del parto. Si embargo, sólo en Dinamarca, Francia, Grecia y Reino Unido más del 50 por ciento de las matronas prescriben analgésicos, llegando al 85 por ciento en el Reino Unido. Las cifras respecto a la administración de oxitócitos demuestran que las matronas de Bélgica, Alemania, Portugal y España son la excepción, puesto que en estos países menos del 50 por ciento de ellas administran este medicamento bajo su propia responsabilidad.

En general, la prescripción de sedantes, tranquilizantes y oxitócitos antes del parto, es muy limitado, salvo en Francia, donde entre 65% y el 78% de éstas prescriben estos medicamentos.

Como demuestra el apéndice 17 una proporción bastante alta de los servicios dirigidos por supervisoras y un número igualmente alto de matronas en general, administran la gama completa de los medicamentos mencionados anteriormente bajo la prescripción de un médico, incluyendo las de Alemania aunque no están autorizadas por las autoridades competentes.

IV. Administración de anestesia local e inhalación analgésica. (Apéndice 18)

El apéndice 18 demuestra hasta qué punto las matronas efectúan bloqueo paracervical, bloqueo de pudendos, administran dosis sucesivas de la epidural, y hacen la infiltración del periné con anestesia local, o administran óxido nitroso y oxígeno, bien bajo su propia responsabilidad, o bajo la prescripción del médico.

Bloqueo paracervical

Ninguna autoridad competente permite a las matronas efectuar bloqueo paracervical, bien bajo su responsabilidad o bajo la prescripción del médico, y no se practica en Europa.

Bloqueo de pudendos

Excepto en Dinamarca, donde este procedimiento es efectuado por más del 75 por ciento de las matronas, bien bajo su responsabilidad o bajo la prescripción del médico, el resto de las matronas europeas raramente lo practican.

Dosis sucesivas de la epidural

Francia es el único país que permite a las matronas administrar la dosis sucesivas de la epidural bajo su propia responsabilidad. Sin embargo, en Alemania, Irlanda y Reino Unido lo hacen. En Irlanda, Luxemburgo y el Reino Unido, más de 50 por ciento de las matronas las aplican bajo prescripción médica. En general, es muy limitado el número de matronas que las administran.

Oxido nitroso y Oxígeno

El empleo más generalizado del óxido nitroso y oxígeno, por parte de las matronas bajo su propia responsabilidad, es en Dinamarca (92%), Irlanda (80%) y el Reino Unido (91%). Partiendo del hecho que en otros países no se les permite utilizarlo por su cuenta, este procedimiento está limitado. Aún bajo prescripción médica su uso es muy limitado.

Infiltración del periné

Las matronas realizan la infiltración del periné bajo su propia responsabilidad en Europa con muy pocas excepciones; las principales son Bélgica (23%), Alemania (9%), Italia (47%) y Luxemburgo (7%). Aproximadamente, la mitad de las matronas europeas indican que efectúan infiltraciones del periné bajo prescripción médica.

En resumen, es evidente que las matronas en Europa son responsables de la asistencia a las mujeres durante el parto, aunque algunas de ellas con la excepción de las que trabajan independientemente en Holanda, puede decirse que lo hacen enteramente bajo su responsabilidad, aún cuando trabajan dentro de las normas de la unidad de maternidad.

La mayoría de las matronas europeas, emprenden por su cuenta procedimientos adecuados para la monitorización del feto. Bien bajo su propia responsabilidad o bajo la prescripción del médico pueden proporcionar el alivio del dolor. Esto es cierto también para las matronas y servicios supervisados en Alemania aunque, la autoridad competente de Alemania dice que estas actividades no pueden ser realizadas por ellas.

En algunos casos, los cuidados que las matronas dan durante el parto, les otorga un grado de independencia y la oportunidad de tomar decisiones respecto a los procedimientos a utilizar; sin embargo en muchos casos, todavía están bajo la supervisión de un médico. Por medio de la información recopilada, no es posible demostrar que todas las matronas de la Unión Europea tienen la independencia y autoridad para determinar y proporcionar las intervenciones requeridas, con el fin de satisfacer las necesidades de las madres durante el parto.

ACTIVIDAD 6

La práctica de partos normales, incluyendo la episiotomía y el parto de nalgas en casos de urgencia.

I. Asistencia a partos normales

Con la excepción de Bélgica (41%), todos los países dicen que más del 50 por ciento de sus matronas efec-

túan partos bajo su propia responsabilidad. En los casos de Bélgica, Grecia, Holanda y Luxemburgo, las cifras de la práctica de partos son altas en comparación con las dadas por las autoridades competentes (ver tabla X).

En Dinamarca (95%), Holanda (93%) y el Reino Unido (34%), la matrona asiste partos en el hogar. En el resto de los países, menos del 10 por ciento dicen hacerlo.

I I. Relización de episiotomía

La ejecución de la episiotomía por las matronas es bastante generalizada. Sin embargo, la tendencia en muchos países respecto a la suturación del periné posterior a la episiotomía, no está reflejada en otros, como demuestran las bajas cifras en países como Italia (7%), Luxemburgo (2%), o Portugal (42%). Esta información, y la relacionada con la infiltración del periné con anestesia local (tabla x & x), plantea el interrogante de si en estos países donde la realización y reparación de la episiotomía no está en manos de la matrona, bien por restricciones impuestas por las autoridades, como es el caso de Bélgica y Alemania, bien debido a la práctica local y política relacionada con los servicios de la matrona, la asistencia a las madres en realidad, cumple con las necesidades de éstas.

I I I. Reparación del desgarro del periné

La tendencia general es que las matronas reparan los desgarros del periné, aunque en Bélgica (no autorizado) Alemania (no autorizado), Italia, Irlanda Luxemburgo y Portugal, las cifras son bajas. Es en áreas como éstas donde existen opiniones divididas en Europa sobre lo que aparenta ser aceptado o no, en cuanto a la práctica de la obstetricia.

I V. El parto de nalgas

A pesar de que en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC, el parto de nalgas en casos de urgencias es competencia de las matronas, y a pesar de la autorización por las autoridades para efectuar esta práctica, las respuestas al cuestionario tanto de supervisoras como de matronas sobre este punto, resultan un tanto preocupantes. Se esperaba que todas las cifras en este apartado estuviesen entre el 80 y 90 por ciento. En realidad, sólo en Dinamarca y Holanda las cifras alcanzan estos niveles. A parte de estos dos países, sólo en Francia e Irlanda, más de la mitad de las supervisoras dicen que en sus servicios se permite a las matronas efectuar el parto de nalgas. En la mayoría de los países, las cifras están por debajo del 25 por ciento.

A las preguntas sobre si las matronas efectúan esta actividad habitualmente o si lo habían hecho alguna vez, las respuestas eran puramente de interés intelectual, dado que el asunto en cuestión es que la matrona debe estar autorizada para efectuar este procedimiento en caso de urgencia.

El resultado de estas preguntas era previsible. A excepción de Dinamarca, donde el 54 por ciento de matronas dicen efectuar el parto de nalgas rutinariamente (estando permitido por las autoridades), y

Francia (32%), en casi ningún otro país se hizo. Sólo en Dinamarca (72%), Francia (67%), Holanda (65%) y Portugal (50%), practica alguna vez esta actividad más del 50 por ciento de las matronas. En el resto de los países, las cifras significativas varían del 28 al 46 por ciento.

En resumen, por lo general, las matronas europeas aceptan la responsabilidad del parto espontáneo del bebé. Sin embargo, a la vista de las cifras de las autoridades competentes se debe cuestionar si las matronas de Holanda ejercen la obstetricia en condiciones ideales, el número de mujeres asistidas con partos normales, cae por debajo de las cifras.

Los servicios de maternidad dirigidos por supervisoras, y las matronas que dicen que se les permite efectuar el parto de nalgas, resultan un número preocupantemente bajo, con la excepción de Dinamarca y Francia. Esto significa que aunque existe la autorización para efectuar esta actividad, los servicios individuales no la respaldan. Mientras que en muchos países de Europa la matrona puede emprender y cumplir con todas las actividades necesarias durante un parto normal, en algunos países, el procedimiento completo de la episiotomía o reparación de desgarros, no entra dentro de sus atribuciones. Esto ocurre con las matronas en Bélgica, Alemania, Grecia y Luxemburgo, lo cual pone en tela de juicio si las matronas en estos países pueden cumplir con las necesidades de las madres, o si la asistencia en este espacio, está fragmentada.

ACTIVIDAD 7

Reconocer las señales de advertencia de anormalidad en la madre y el bebé, y tomar las medicinas necesarias en ausencia del médico. En particular, la extracción manual de la placenta, seguida posiblemente por el examen manual del útero.

I. Las medidas de urgencia necesarias (Apéndice 20)

Los cuestionarios añadidos a la distocia de hombros y a las actividades mencionadas anteriormente, como medida necesaria a tomar en ausencia de un médico. También dieron oportunidad para que las cifras reflejasen cualquier tendencia en la práctica de las matronas europeas que incluyera procedimientos como la utilización de la ventosa obstétrica y fórceps, ambas consideradas actividades estrictamente médicas.

I I. Distocia de hombros

Sin excepción, la inmensa mayoría de las respuestas demuestra que las matronas efectúan distocia de hombros en casos de urgencia. Los resultados demuestran que este procedimiento es parte de la práctica habitual con excepción de Bélgica, Luxemburgo y España, donde bastante menos de la mitad declaran que lo hacen habitualmente. Esta misma tendencia se sigue en Francia y Grecia, aunque la práctica rutinaria de distocia de hombros no está permitida.

III. Extracción manual de la placenta

Según las autoridades de Bélgica y Holanda, las matronas no están autorizadas bajo ninguna circunstancia a efectuar la extracción manual de la placenta. En el resto de los países existe al menos la disposición para hacerlo en caso de urgencia. En la práctica, entre el 25 y el 33 por ciento de las matronas y servicios de maternidad en Francia y Grecia efectúan este procedimiento habitualmente. En el resto de los países se realiza la extracción de la placenta en caso de urgencia.

IV. Examen intrauterino

Sólo las autoridades de Francia y Luxemburgo permiten que las matronas habitualmente practiquen el examen intrauterino. En Francia, el 36 por ciento de las supervisoras y el 34 por ciento de las matronas lo hacen. Aunque no está permitido por las autoridades, sí lo practican en caso de urgencia en Bélgica, Alemania, Grecia, Holanda e Irlanda, resultando los mayores porcentajes en Francia (69%), Grecia (43%) y Luxemburgo (53%).

V. Uso de la ventosa obstétrica o fórceps

Ninguna autoridad competente permite el uso de la ventosa obstétrica o fórceps con la excepción de Dinamarca, donde es permitido en casos de urgencia. Ninguno de estos procedimientos se hace habitualmente o en casos de urgencia. Las cifras demuestran que en Dinamarca, el 78 por ciento de los servicios y el 76 por ciento de las matronas utilizan la ventosa obstétrica en caso de urgencia. Otras cifras sorprendentes demuestran que el 18 por ciento de las matronas en Grecia dicen utilizar el fórceps en partos normales, en Francia y Alemania utilizan la ventosa obstétrica en un 13 y un 14 por ciento respectivamente.

En resumen, la mayoría de las matronas europeas tienen el permiso para tomar las medidas necesarias en casos de urgencia, como son distocia de hombros, extracción manual de la placenta y examen del útero. Dicho esto hay que cuestionarse hasta que punto la no permisión por parte de las autoridades de cada país, afecta a sus derechos según los requisitos europeos. La ausencia de apoyo oficial, hace que las matronas permanezcan en una situación muy vulnerable. Hay matronas dentro de los estados miembros que no están autorizadas a efectuar la extracción manual de la placenta o el examen de útero aún en los casos de urgencia.

No existen datos que demuestren ninguna tendencia hacia la práctica de utilizar la ventosa obstétrica o fórceps, y de este modo ampliar la capacidad de las matronas a tomar las medidas de urgencia necesarias en ausencia de médico.

ACTIVIDAD 8

Reconocimiento del recién nacido e iniciativas necesarias, incluyendo la reanimación inmediata.

I. Reconocimiento del recién nacido

En general, las matronas europeas realizan la revisión del recién nacido para vigilar su desarrollo completo, cualquier malformación visible o daño traumático cau-

sado por el parto. Aunque muchas supervisoras declaran que las matronas adscritas a sus servicios y las matronas en general revisan al bebé por si existe desplazamiento congénito de la cadera, en realidad, esta práctica está poco extendida. En Dinamarca, Francia, Grecia (aunque aparentemente no está autorizada), Holanda, Luxemburgo y Portugal, se realiza más frecuentemente, pero en Bélgica, Alemania, Italia, Irlanda, España y Reino Unido, casi no se practica.

II. Reanimación inmediata del recién nacido

Con la única excepción de Alemania, las matronas europeas efectúan la reanimación del recién nacido en casos de urgencia. En Alemania, sólo el 42 por ciento de las matronas y el 37 por ciento de las adscritas a servicios de maternidad, dieron reanimación inmediata al bebé.

En resumen, la práctica de la obstetricia en Europa incluye la revisión del recién nacido para vigilar su desarrollo completo y malformaciones visibles, y en menor grado el desplazamiento de la cadera.

La práctica de la obstetricia, también incluye la reanimación del bebé, aunque menos del 50 por ciento de las matronas en Alemania lo hacen, y a pesar de que el 80 por ciento de ellas asisten partos normales.

ACTIVIDAD 9

Cuidados y monitorización de las madres en el periodo postnatal. Consejos sobre cuidados al bebé.

Existe un panorama muy variado en cuanto al contacto entre la matrona y la madre después del parto. Según las cifras correspondientes a las autoridades competentes, en algunos países se sigue muy de cerca a las madres que han dado a luz en casa. Sin embargo, si las madres dan a luz en el hospital y se marchan a casa, las matronas tienen muy poca oportunidad de cuidar y monitorizar a la madre en el periodo postnatal, y quizás lo que es más importante, las madres no se pueden beneficiar de esta asistencia de la matrona.

Los resultados de los cuestionarios también ponen en tela de juicio la capacidad de los países europeos para proporcionar una asistencia adecuada y apropiada a las matronas estudiantes, para que puedan desarrollar las habilidades obstétricas requeridas en el periodo postnatal.

En Bélgica, Francia, Grecia, Irlanda y Portugal, las matronas tienen contacto continuo con la madre y el recién nacido dentro del hospital, pero muy pocas tuvieron contacto una vez fuera.

En Dinamarca, las matronas no están continuamente en contacto con la madre y el bebé dentro del hospital. Un 25 por ciento tiene contacto con la madre después de haber salido del hospital y un 33 por ciento tiene contacto con el bebé.

En Alemania, el 33 por ciento de las matronas tiene contacto continuo con la madre dentro del hospital. El 59 por ciento tiene contacto con la madre una vez fuera. El 33 por ciento de ellas tiene contacto con el bebé dentro del hospital y mas del 60 por ciento una vez en su hogar.

En Holanda, el contacto entre matronas, madres y bebés es continuo en el hogar. En Italia, el único contacto importante y continuo (78%), es en el hospital. Sólo en el Reino Unido existe contacto continuo entre la matrona y el bebé, dentro y fuera del hospital.

En resumen, el contacto con las madres y bebés en Europa no se desarrolla de manera uniforme. Varía, desde casi ningún caso en España y Luxemburgo, hasta el continuo en el Reino Unido dentro y fuera del hospital. La Directiva 80/155/EEC, exige que cada estado miembro proporcione a sus matronas la oportunidad de reivindicar y practicar las actividades catalogadas, incluyendo los cuidados en el periodo postnatal. Aún cuando la autorización para ejercer está en manos de las autoridades competentes, el estado también tiene la responsabilidad de cómo se proporciona ésta. Debe plantearse la pregunta de si algunos países no apoyan las directivas como resultado de las previsiones vigentes para el ejercicio de la obstetricia, por la naturaleza de sus leyes sobre la salud, financiación, o previsiones de la seguridad social.

ACTIVIDAD 10

Realización del tratamiento prescrito por el médico.

Nos hemos ocupado de este área en las secciones clínicas pertinentes.

ACTIVIDAD 11

Mantenimiento de la documentación necesaria. (Apéndice 23)

La inmensa mayoría de las supervisoras declara que las matronas adscritas a sus servicios, están obligadas a mantener toda la documentación necesaria excepto Portugal (45 por ciento). Sin embargo las propias matronas declaran que hay un número importante de ellas que no lo hace. Por ejemplo, Bélgica, Francia y España en un 20 por ciento, Grecia e Italia 30 por ciento y en Portugal, un 70 por ciento no mantiene dicha documentación.

En resumen, las supervisoras coinciden en manifestar que las matronas deben mantener la documentación necesaria de los registros de obstetricia. Sin embargo, en la mitad de los países, el 20 por ciento de las matronas no quieren ser responsables de esta labor, negándose a llevar a cabo esta obligación un 70 por ciento de las matronas Portuguesas.

SECCION 4

CATALOGOS, RESUMENES Y CONCLUSIONES. CUESTIONARIOS DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES

Es lamentable que no se hayan recibido los cuestionarios de las autoridades competentes de Italia, Portugal y España, sobre todo porque cuando se analizan los datos de las supervisoras y las matronas en ejercicio encuestadas, existen algunas lagunas importantes res-

pecto a las áreas de actividades. Esto pone en tela de juicio hasta qué punto las matronas estudiantes pueden prepararse para el conjunto de actividades obstétricas catalogadas en el Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC. Sin embargo, existen las siguientes excepciones:

I. Diagnóstico del embarazo con riesgo

En Bélgica, Dinamarca, Alemania y Grecia, las matronas no están autorizada oficialmente a ordenar ninguno de los procedimientos de diagnóstico con riesgo (tabla 5). Sin embargo, un alto porcentaje de las matronas bajo supervisión si ordenan éstos.

II. Monitorización del feto por los medios clínicos y técnicamente apropiados

En Alemania, Grecia y Holanda, no está permitido el uso de electrodo fetal cefálico y en Irlanda, la inserción del catéter intrauterino (tabla 6). (Para la EMLC: se debe discutir si estas restricciones coartan la capacidad de las matronas para controlar el feto por todos los medios). A pesar de estas restricciones, las matronas en estos países llevan a cabo estos procedimientos, en mayor o menor grado.

III. Actuación bajo la prescripción del médico

(Para la EMLC: Las tablas 8 y 10 demuestran varias actividades en las que la actuación de las matronas no está autorizada, ni siquiera bajo la prescripción del médico. El Comité debe discutir si estas actividades se deben considerar fuera de lo requerido o exigido por la actividad 10 -llevar a cabo el tratamiento prescrito por un médico).

IV. Infiltración del periné

Las matronas en Bélgica y Alemania, no están autorizadas para realizar la infiltración del periné, ni bajo su propia responsabilidad, ni bajo las órdenes del médico (Tablas 9 y 10), a pesar de que sí pueden hacer episiotomías. Al estar ambas actividades relacionadas, deducimos que las autoridades no están proporcionando el apoyo necesario en este caso.

V. Medidas de urgencia durante el parto en ausencia del médico

A las matronas en Grecia, no se les permite efectuar distocia de hombros, ni siquiera en caso de urgencia. En Grecia y Holanda, no permiten realizar la extracción manual de la placenta, y en Bélgica, Grecia, Holanda e Irlanda no se les permite efectuar exámenes intrauterinos (tablas 12 y 13). En todos los casos, sin embargo, las matronas de estos países declaran efectuar estos procedimientos. Con las excepciones mencionadas anteriormente, las autoridades competentes apoyan la actuación de las matronas bajo su propia responsabilidad, sin condiciones, en las áreas de cuidados prenatales y durante el parto. Cuando esta autorización no se expresa explícitamente no está condicionada de ninguna manera. Se puede concluir, que las autoridades competentes apoyan la responsabilidad e independencia de sus matronas para llevar a cabo las actividades a que están autorizadas.

Con estas excepciones, la práctica de la obstetricia permitida por las autoridades en cada estado miembro, significa que el entrenamiento de matronas estudiantes cubre la gama de actividades reivindicadas por las matronas de la Unión Europea.

LA NATURALEZA DEL TRABAJO DE LAS MATRONAS EN EUROPA

ACTIVIDAD 1

Los servicios de maternidad tienen sólo una obligación limitada en cuanto a la educación sobre planificación familiar. Sin embargo, un alto porcentaje de matronas sí lo llevan a cabo, tanto en grupos como individualmente, durante el embarazo. Después del embarazo, el índice de participación de las matronas a nivel individual es muy alto.

No existen datos para demostrar que las matronas en Europa lo hayan incluido como práctica habitual.

ACTIVIDAD 2

A pesar de la disposición del Artículo 4 de la Directiva 80/155/EEC, que autoriza a las matronas a realizar el diagnóstico del embarazo, en realidad, el ejercicio de esta actividad es limitado, tanto por los servicios de maternidad como por las matronas en general.

Existe una participación importante en cuidados prenatales. En la práctica, a las matronas de Bélgica, Alemania, Luxemburgo y España, no se les ofrece la oportunidad para llevar a cabo este aspecto de la función habitual de la matrona, aún siendo ésta un área de actividad donde ellas pueden actuar independientemente y bajo su propia responsabilidad.

ACTIVIDAD 3

Las matronas de la Unión Europea, participan ampliamente en los cuidados a mujeres con embarazo anormal, con las importantes excepciones de Alemania, Holanda y España. En la práctica, es limitada la prescripción de los exámenes para el diagnóstico precoz del embarazo.

ACTIVIDAD 4

Aunque hay un número importante de servicios en los cuales las matronas participan en la educación a los padres, las cifras de las matronas encuestadas que proporcionan esta educación, son más bajas de las esperadas, dentro de una actividad, donde la matrona, claramente, tiene la oportunidad de ejercer específicamente su responsabilidad e independencia.

ACTIVIDAD 5

Es evidente que las matronas europeas son responsables de cuidar a las madres durante el parto aunque, relativamente pocas, con la excepción de las que trabajan independientemente en Holanda, pueden decir que lo hacen enteramente bajo su propia responsabilidad.

Sin embargo opinan, en su mayoría, que las atenciones y cuidados son proporcionados bajo su propia responsabilidad, aún dentro de la unidad de maternidad.

La mayoría de las matronas europeas, realizan actividades bajo su propia responsabilidad para la monitorización del feto. También proporcionan bajo su responsabilidad o bajo la prescripción del médico, los fármacos necesarios para aliviar el dolor, incluso en Alemania, aunque las autoridades competentes dicen que no están autorizadas para llevar a cabo estas actividades.

En algunos casos, la asistencia a las mujeres durante el parto, da oportunidad a las matronas para ejercer su independencia en la toma de decisiones respecto a los cuidados y procedimientos utilizados, en otros, su participación se limita a la determinada por el médico, según los datos recopilados no se puede demostrar que las matronas europeas tengan independencia para determinar y desarrollar los métodos obstétricos.

ACTIVIDAD 6

Las matronas en Europa, aceptan la responsabilidad para efectuar el parto espontáneo. Sin embargo, a la luz de las cifras de las autoridades no sabemos realmente, si las matronas en Bélgica, Grecia y Luxemburgo, pueden cumplir con sus derechos bajo la Directiva Europea. Aunque las cifras demuestren que las matronas en Holanda ejercen la obstetricia en condiciones ideales, el número total de mujeres con partos normales asistidas por matronas, está muy por debajo de las cifras. El número de servicios de maternidad y las matronas, en general, a las que se les permite efectuar el parto de nalgas, son preocupantemente bajos, con la excepción de Dinamarca y Francia. Por lo tanto, aunque exista la autorización para efectuar esta actividad, los servicios individuales no la respaldan.

Mientras que en muchos países de Europa, la matrona puede emprender y cumplir con todas las actividades que sean necesarias durante un parto normal, en algunos países como Bélgica, Alemania, Grecia y Luxemburgo, el procedimiento completo de la episiotomía o reparación de desgarros no entra dentro de sus atribuciones, por lo que ponemos en duda que las matronas en estos países puedan cumplir con las necesidades requeridas por las madres.

ACTIVIDAD 7

A la mayoría de las matronas europeas, se les permite efectuar las actividades que pueden requerir los casos de urgencia, como la distocia de hombros, extracción manual de la placenta y examen del útero. Otra vez más nos planteamos hasta que punto la prohibición por parte de las autoridades de cada país afectan a sus derechos según las disposiciones europeas, y observamos como la ausencia de apoyo oficial las hace permanecer en una situación muy vulnerable. Sabemos, que hay matronas dentro de los estados miembros, a las que no se les permite efectuar la extracción manual de la placenta, ni el examen del útero aún, en casos de urgencia.

No existen datos sobre la utilización de las ventosas obstétricas o fórceps que puedan ampliar la capacidad de las matronas a tomar medidas de urgencia necesarias en ausencia de médico.

ACTIVIDAD 8

La práctica de la obstetricia en Europa incluye la revisión del recién nacido, observar su desarrollo completo, y malformaciones visibles, y en menor grado el desplazamiento congénito de la cadera.

La práctica de la obstetricia también incluye la reanimación urgente del recién nacido, aunque menos de la mitad de las matronas en Alemania lo hacen, a pesar de que el 89 por ciento de ellas asisten partos normales.

ACTIVIDAD 9

El contacto entre madres, bebés y matronas, no es uniforme, y varía desde casi ninguno en España y Luxemburgo, hasta el continuo dentro y fuera del hospital, en el Reino Unido. La Directiva 80/155/EEC, exige que cada estado miembro proporcione a las matronas la oportunidad de reivindicar y practicar las actividades catalogadas, incluyendo los cuidados en el periodo postnatal. Aunque la autorización para ejercer está en manos de las autoridades competentes, el estado también tiene la responsabilidad en cuanto a cómo se proporciona esta asistencia. Debemos preguntarnos si algunos países no apoyan a la directivas por las naturaleza de sus leyes sobre la salud, financiación o previsiones de la seguridad social.

ACTIVIDAD 10

La práctica de mantener la documentación necesaria, tiene el apoyo de la mayoría de los servicios dirigidos por matronas supervisoras. Sin embargo, en la mitad de los países, más del 20 por ciento de ellas dijeron no ser responsables del mantenimiento de los registros de obstétricos. Más del 70 por ciento de las matronas Portuguesas, indicaron que ellas no cumplían con esta obligación.

NIVELES DE ACTIVIDAD DE MATRONAS DENTRO DE CADA PAIS

Bélgica

El nivel de participación de las matronas en diagnóstico del embarazo, consejos, planificación familiar y cuidados a las mujeres con embarazos normales, resulta limitado. Sin embargo, es elevada la actuación de las mismas en la atención a mujeres con embarazos normales, 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 este área.

El hecho de que casi la mitad de las matronas trabajen directamente bajo la supervisión de otra persona, que un alto porcentaje no participan en la toma de decisiones, que menos de la mitad de ellas efectúan partos

normales espontáneos y que en Bélgica, sólo el 10 por ciento de los partos normales, sean 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, descrito para la libre circulación de matronas a través de Europa.

Dinamarca

Las actividades de las matronas en Dinamarca, son 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.

Francia

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 resulta apropiada para el entrenamiento de matronas estudiantes en todas las actividades exigidas.

Alemania

Las cifras parecen indicar que las matronas en Alemania, no están participando suficientemente en actividades prenatales, aún cuando las que proporcionan cuidados prenatale participan 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 tratan de impedir que las matronas efectuen una labor completa de atención de atención a las mujeres durante el parto. Las cifras demuestran que probablemente el nivel real de las matronas es más alto y más apropiado para el entrenamiento de las matronas estudiantes.

Holanda

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

Italia

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

Irlanda

El patrón de actividades practicadas por las matronas en Irlanda cubre 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.

Luxemburgo

Antes del nacimiento, la atención de las matronas, se dirige principalmente al cuidado de las mujeres con embarazos normales. No se puede decir que ellas desarrollan completamente 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.

Portugal

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

España

En general, el modelo de actividades de las matronas en el periodo prenatal no cumple lo requerido en este área. Es cuestionable si la práctica de las matronas es apropiada para el entrenamiento de las estudiantes.

En cuanto al parto y cuidados al recién nacido, la actuación de las matronas cubre la gama completa de actividades requeridas. La práctica de ésta en el ejercicio de su trabajo, es apropiada para el entrenamiento de matronas estudiantes en las actividades relacionadas con el parto, dentro de la Unión Europea. Sin embargo, el nivel de actividad de las matronas en el periodo postnatal es cuestionable.

Reino Unido

El modelo de las actividades de las matronas en el Reino Unido, con la única excepción descrita anteriormente, cubre la gama completa de actividades requeridas.

Resultando así, satisfactoria, la práctica de la obstetricia en todas las áreas requeridas, para el entrenamiento de matronas estudiantes con objeto de su libre circulación a través de Europa.

APENDICE I

Artículo 4 80/155/EEC

Los Estados Miembros deben asegurar y efectuar las siguientes actividades:

1. Aconsejar e informar sobre la planificación familiar.
2. Diagnosticar y monitorizar embarazos normales; efectuar los exámenes necesarios para el control del desarrollo de embarazos normales.
3. Prescribir o aconsejar los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz del embarazo.
4. Proporcionar un programa de preparación al parto incluyendo consejos sobre higiene y nutrición.
5. Cuidar y asistir a la madre durante el parto y monitorizar al feto en el útero por los medios clínicos y técnicamente apropiados.
6. Efectuar partos espontáneos incluyendo la episiotomía cuando sea necesario, y el parto de nalgas en casos de urgencia.
7. Reconocer las señales de advertencia de cualquier anomalía en la madre o el bebé que requieran la intervención de un médico, y asistir a este cuando sea necesario; tomar las medidas de urgencia necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida, por un examen manual del útero.
8. Examinar y cuidar al recién nacido; tomar todas las iniciativas necesarias en casos de necesidad y efectuar la reanimación inmediata en casos de urgencia.
9. Cuidar y controlar el progreso de la madre en el periodo postnatal y aconsejarla sobre los cuidados del recién nacido, para así asegurar su óptimo desarrollo.
10. Llevar a cabo el tratamiento prescrito por un médico.
11. Ocuparse de la documentación necesaria.

Apéndice 5

Actividad 1 Información y Consejos sobre Planificación Familiar.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Escuelas	CM	6,1	26,3	31,8	3,8	21,7	10,0	10,0	25,0	0,0	0,0	16,7	18,5
	M	2,5	9,2	12,1	5,9	7,0	3,3	6,8	0,4	2,4	2,8	14,8	2,6
Público en general	CM	6,1	0,0	27,3	4,9	30,4	0,0	20,0	50,0	0,0	5,0	8,3	14,3
	M	3,1	2,5	9,9	11,6	22,3	1,2	33,7	5,9	0,0	24,5	20,1	6,2
Grupos de embarazadas	CM	9,1	42,1	40,9	12,5	28,3	10,0	10,0	50,0	0,0	35,0	25,0	60,1
	M	3,8	36,4	11,0	16,8	16,9	5,7	28,4	17,7	9,8	20,0	53,6	22,6
Individuas embarazadas	CM	9,1	57,9	31,8	15,2	56,5	50,0	20,0	50,0	100,0	30,0	8,3	69,6
	M	6,3	54,4	11,0	16,4	44,6	30,9	17,4	31,1	7,3	37,2	26,7	34,7
Grupos después del parto	CM	12,1	21,1	18,2	4,3	23,9	20,0	0,0	50,0	0,0	45,0	16,7	33,9
	M	1,3	20,8	5,5	3,9	14,0	4,1	9,1	11,5	2,4	26,2	16,0	9,3
Individuas después del parto	CM	36,4	63,2	50,0	22,3	63,0	60,0	20,0	100,0	100,0	65,0	41,0	92,3
	M	23,5	60,8	17,6	35,8	55,8	89,8	45,5	60,1	17,1	74,5	55,4	75,1

Información y consejos sobre Planificación Familiar por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 6

Actividad 1 Información y Consejos sobre Planificación Familiar.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Inserción del DIU	CM					13	10	10					2,4
	M	0,3	0,4	1,1	0,5	7,4	1,2	1,5	0,9	0	1,7	1,8	0,5
Evaluación para el diafragma	CM			18,2		17,4		41,0					6
	M	0,9	0		0,9	9,9	1,6	15,2	1,8	0	0	11,1	2,4
Recetar diafragma	CM			22,7	0,5	2,2						8,3	2,4
	M	0,3	0,4		0,5	1,2	0	13,3	1,8	0	0	11,7	1,4
Recetar anticonceptivos	CM	3		31,8		15,5	20	10				8,3	6
	M	0	0,4	22	0,2	19,8	4,9	16,2	22	0	0,7	15	2,4

Participación en procedimientos de Planificación Familiar

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 7

Actividad 2 Diagnóstico y monitorización de embarazos normales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Diagnóstico rutinario del embarazo	CM	6,1	31,6	4,5	1,1	45,7	20	10			5	8,3	3,6
	M	3,4	24	6,6	0,5	31,4	39,4	14,8	9,2	0	7,6	21,4	1,9
Diagnóstico ocasional del embarazo	CM	18,2	15,8	63,6	3,8	43,5	10	20	50		15	8,3	36,3
	M	15,7	7,4	30,8	13,7	39,3	31,7	41,7	31,1	7,3	17,9	37,2	17,6

Diagnóstico del embarazo - diagnóstico rutinario u ocasional

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 8

Actividad 2 Diagnóstico y monitorización de embarazos normales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Análisis de orina	CM	15,2	5,3	22,7	3,8	67,4	40	30			25	25	26,8
	M	15,4	8,5	26,4	10,5	62,4	27,2	47,7	34,6	7,3	31	56,5	16,2
Examen físico	CM	15,2	15,8	50	2,2	37	70	40	50		5		31,5
	M	8,8	19,1	46,2	8,4	34,3	45,9	24,6	22,4	4,9	17,9	14,6	13,3
Examen ecográfico	CM	6,1	5,3	40,9	1,1	6,5	60		50		15		15,5
	M	3,8	5,7	35,2	2,1	12,8	22,8	10,6	11,8	2,4	10,3	9,4	3,6
Otros métodos	CM	9,1		40,9	1,1	2,2	10	10			10		0,6
	M	2,5	0,7	30,8	0,4	7	0,8	11,7	1,3	0	7,6	1,8	0,7

Métodos utilizados por matronas para diagnosticar embarazos

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 9

Actividad 2 diagnóstico y monitorización de embarazo.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Efectúan cuidados	CM	18,2	100	86,4	34,8	78,3	70	40	100	100	30	16,7	99,4
	M	27	100	71,4	27,1	95,5	99,2	72	87,3	39	71,7	47,2	90,7

Práctica de cuidados prenatales por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 10

Actividad 2 Diagnóstico y monitorización de embarazos normales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Pruebas de orina	CM	30,3	97,4	90,6	33,7	32,6	20	10	100	100	50	8,3	91,1
	M	24,5	100	60,4	22,3	26	94,7	32,6	85,5	39	20,7	50,9	84,6
Tensión arterial	CM	33,3	94,7	100	46,2	97,8	60	50	100	100	75	58,3	98,2
	M	26,3	100	68,1	26,2	94,2	98	70,8	85,5	39	70,3	78,6	91
Peso materno	CM	33,3	94,7	95,5	42,4	95,7	50	40	100	100	70	41,7	91,1
	M	26	99,3	61,5	23,9	93,4	95,1	67,8	74,6	34,1	62,1	70,4	80,5
Altura de fondo uterino	CM	30,3	100	95,5	49,5	80,4	70	50	100	100	55	58,3	98,9
	M	24,8	99,3	71,4	26,6	90,1	95,5	68,2	86,4	36,6	66,1	75,2	90,7
Estimación del crecimiento del feto	CM	27,3	100	22,7	36,4	78,3	40	50	75	100	45	58,3	78
	M	12,9	99,6	56	17,1	63,6	96,7	47,7	64,9	31,7	35,9	62	83,4
Auscultación del feto	CM	33,3	100	95,5	44,6	100	70	50	100	100	75	58,3	99,4
	M	26,6	99,6	71,4	24,6	94,6	96,7	70,8	85,5	39	70,3	78,2	90,5
Registro Cardio Tocográfico	CM*	33,3	100	95,5	47,8	60,9	70	50	100	100	65	50	97
	M*	22,9	90,1	64,8	22,3	64,5	17,5	61	78,9	39	69	56,1	81
Ecografía	CM*	3	36,8	68,2	8,7	17,4	40		75		5	58,3	32,7
	M*	1,6	19,8	40,7	3,7	8,7	8,5	9,5	14,9	19,5	19,3	7,4	5,5
Examen vaginal	CM	30,3	100	86,4	40,2	97,8	70	50	50	100	75	58,3	75
	M	25,7	99,6	71,4	21,2	90,5	91,1	65,5	67,5	36,6	71	68	71,3

*

Procedimientos efectuados por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Area sombreada indican la práctica autorizada por las autoridades competentes

* autoridades competentes no consultadas

Apéndice 11

Actividad 3 Participación en cuidados a embarazos anormales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Efectuán cuidados prenatales	CM	90,9	89,5	95,5	33,7	69,6	80	20	75	100	60	75	86,9
	M	74,6	91,5	91,2	26,2	89,3	13,4	54,5	82,5	61	79,3	47,4	85,7

Cuidados a embarazos anormales por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

No se solicitó comentario de las autoridades competentes sobre este aspecto.

Apéndice 12

Actividad 3 diagnóstico y monitorización de embarazos anormales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Pruebas de orina	CM	84,8	84,2	95,2	28,3	26,1		10	100	100	65	33,3	79,2
	M	71,2	89,4	81,3	19,3	18,2	11,8	26,9	82	48,8	53,1	37,2	82,9
Tensión arterial	CM	84,8	84,2	95,5	39,1	95,7	50	30	100	100	80	75	89,9
	M	73,7	89,8	86,8	25	86	13,4	53	81,1	51,2	77,2	55,6	86,5
Peso materno	CM	84,8	78,9	90,9	36,4	95,7	20	30	100	100	75	50	82,7
	M	73,4	88,3	80,2	22,5	86	0	50,4	70,6	41,5	69	48,9	77,2
Alturo de fondo uterino	CM	72,7	89,5	86,4	40,2	80,4	80	20	100	100	60	75	83,9
	M	62,1	90,5	89	25,1	82,6	13,4	44,7	78,5	58,5	67,6	52,8	84,6
Palpación abdominal	CM	72,7	89,5	86,4	40,2	84,8	80	30	100	100	55	83,3	85,1
	M	63	91,2	86,8	25,5	81,4	13,4	49,6	79,8	58,5	67,6	52,8	84,6
Estimación del crecimiento del feto	CM	21,2	89,5	63,6	28,8	73,9	80	20	75	100	15	41,7	78,6
	M	22,9	91,2	64,8	15,2	57,9	13,4	31,1	59,6	31,7	33,8	42,3	77,4
Auscultación del feto	CM	87,9	89,5	86,4	39,1	91,3	80	30	100	100	75	83,3	86,3
	M	69,3	91,2	84,6	23,9	87,2	13,4	54,2	79,8	46,3	74,5	55	84,1
Registro Cardio Tocográfico	CM	87,9	89,5	86,4	39,7	54,3	80	30	100	100	60	75	87,5
	M	72,1	84,1	85,5	23,7	58,7	7,3	48,9	75,4	61	73,1	41,5	78,4
Ecografía	CM	3	21,1	54,5	6,5	8,7	60	30	75		10		21,4
	M	5,3	14,8	39,6	2,7	8,3	3,7	5,3	17,1	22	18,6	6,8	4
Examen vaginal	CM	78,8	89,5	86,4	31,5	91,3	80	30	75	100	70	75	57,1
	M	62,1	90,8	89	20,1	82,6	12,6	47,7	61,4	61	75,9	45,4	59,6

Procedimientos efecctuados por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

No se solicitó comentario de las autoridades competentes sobre este aspecto.

Apéndice 13

Actividad 3 Diagnóstico y monitorización de embarazos anormales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Registro Cardio	CM	72,7	94,7	100	82,6	37	90	60	100	100	70	83,3	92,3
	M	64,6	95,4	87,9	66,5	42,5	50	73,1	82,5	82,9	76,6	57,7	89,5
Tocográfico	CM	42,4	57,9	77,3	24,5	52,2	10	10	100		30	25	82,7
	M	22,6	67,1	76,9	24,6	55,8	89,4	25,4	78,5	53,7	19,3	41,1	89,1
Valoración de hemoglobina	CM	12,1	57,9	59,1	8,2	15,2	90		25			8,3	33,3
	M	6,9	58,7	25,7	11,6	27,3	87	22	19,3	4,9	2,1	25,7	23,4
Ecografías	CM	12,1	47,4	50	5,4	8,7	20					8,3	5,4
	M	5	51,6	34,1	7,1	12,8	2,4	15,9	1,8	24,4	2,1	15,8	5,5
Niveles de hormonas	CM												
	M												

Procedimientos recetados por matronas bajo su propia responsabilidad

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 14

Actividad 4 Provisión de un programa de Planificación Familiar.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Provee preparación de Planificación Familiar	CM	57,6	94,7	86,4	70,7	34,8	90	50	100	100	50	41,7	100
	M	44,5	85,9	56	56,9	36,4	56,4	49,6	61,8	46,8	24,8	63,9	61,5
Resp. de Planificación de cursos	CM	30,3	89,5	81,8	62,5	21,7	70	50	100		10	41,7	99,4
	M	21,6	83,4	36,3	48	11,6	17,1	40,2	29,8	31,7	4,8	59,5	43,2

Provisión y planificación de cursos de planificación familiar preparados por matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 15

Actividad 5 Cuidados y asistencia a mujeres durante el parto.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Asistencia a mujeres durante el parto	CM	100	100	99,9	97,8	91,3	100	90	100	100	80	91,7	100
	M	96,2	100	92,3	84,1	97,9	95,9	86,4	83,3	100	95,9	62,2	95
Bajo su propia responsabilidad	CM	12,2			9,2	6,5	40	10			15	8,3	8,3
	M	10,3	5,6	38,5	16,6	4,1	89,8	8,7	0,9	9,8	4,1	10,2	8,3
Dentro de las normas de la unidad de maternidad	CM	45,4		77,3	84,8	58,7	30	80	75		55	66,7	91,1
	M	42	93,6	37,4	62,9	66,5	3,3	62,5	75,9	65,9	59,3	3,9	86
Bajo su supervisión directa	CM	42,4		13,6	6	23,9	30		25	100	20	16,7	
	M	42,9	0,7	14,3	4,1	23,6	2	13,6	6,1	25,4	29,7		0,7

Provisión de asistencia durante el parto y grados de responsabilidad

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 16

Actividad 6 Monitorización del feto en el útero.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Registro cardio tocográfico	CM	97	100	90,9	99,5	80,4	100	90	100	100	80	91,7	99,4
	M	92,5	86,9	92,3	80,6	84,7	36,2	83	82,5	100	91,7	62	90,5
Electrodo fetal cefálico	CM	60,6	94,7	81,8	62,5	4,3	100	30	100	100	10	75	92,9
	M	58	86,2	58,2	50,4	5,4	29,7	2,3	73,7	65,9	22,8	43,5	81,2
Estetoscopio fetal	CM	51,5	100	36,4	21,7	67,4	80	60	100		70	25	24,6
	M	35,4	99,6	27,5	22,1	40,5	82,1	51,9	74,1	9,8	85,5	24,8	78,1
Catéter intraúterino	CM	18,2	36,8	81,8	4,3	2,2	30				10	25	4,8
	M	9,1	19,8	29,7	2,9	1,7	4,5	0,4	0,9		11	25,3	3,1

Procedimientos efectuados por matronas para monitorización del feto durante el parto

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 17

Prescripción y administración bajo la responsabilidad de la propia matrona.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Sedantes	CM	9,01	36,8	31,8	15,2	17,4	10					8,3	53
	M	9,1	23	65,9	10	9,5	4,1	2,7	1,8	2,4	0,7	9	41,8
Analgésicos	CM	18,2	47,4	59,1	47,8	73,9	20	10	25			8,3	82,1
	M	26	51,9	80,2	39	69,4	11,4	23,1	19,3	41,5	6,2	23,8	85
Tranquilizantes	CM	15,2		22,7	11,4	41,3	20						11,3
	M	11,3	3,9	72,5	9,3	33,5	1,6	7,6	0,4		2,1		6,9
Oxitócicos antes del parto	CM	18,2	10,5	59,1	21,7	37	10	10	25	100	20	75	20,2
	M	22,9	23,3	78	23	29,3	0,8	19,7	21,9	51,2	21,4	45,4	12,1
Oxitócicos después del parto	CM	39,4	73,7	68,2	43,5	69,6	100	30	75	100	45	75	83,3
	M	49,5	90,8	90,1	45,8	68,6	95,9	54,9	54,8	73,2	7,9	49,5	85,5

Administración bajo receta médica

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Sedantes	CM	72,7	89,5	63,6	75,5	84,8	100	70	100	100	80	83,3	80,4
	M	81,5	92,6	58,2	56,9	87,2	40,2	48,9	75,9	100	86,2	54,4	73,2
Analgésicos	CM	84,8	78,9	59,1	83,7	95,7	90	80	100	100	80	83,3	82,1
	M	85,3	91,2	61,5	70,1	74,4	24,8	66,7	80,7	97,6	91	55,2	76,5
Tranquilizantes	CM	84,8	94,7	72,7	76,6	89,1	100	70	100	100	80	83,3	80,4
	M	82,1	87,3	62,6	52,2	82,6	20,7	59,8	68,4	97,6	85,5	54,2	70,3
Oxitócicos antes del parto	CM	90,9	94,7	68,2	89,7	93,5	90	100	100	100	80	83,3	88,7
	M	91,2	94,3	67	74,3	83,1	212	78,4	78,1	97,6	90,3	54,2	83,8
Oxitócicos después del parto	CM	87,9	68,4	68,2	87,5	93,5	80	100	75	100	80	75	76,8
	M	87,5	84,1	68,1	73,3	74,4	43,9	78,4	71,5	97,6	88,3	54,2	70,8

Prescripción y administración de medicinas - bajo propia responsabilidad y receta médicaDatos de Matronas Supervisoras - *Datos de Matronas*

Áreas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 18

Actividad 5 Cuidados y asistencia a mujeres durante el parto

Prescripción y administración bajo la responsabilidad de la propia matrona.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Bloqueo paracervical	CM	9,01	4,5										0,6
	M	0,6	0,7		0,9	1,2	1,2	0,4		2,4		1,2	0,5
Bloqueo de pudendos	CM	3	78,9	18,2	4,3			10			10	8,3	0,6
	M	0,6	80,2	9,9	5,9	1,7	5,3	2,3		2,4	26,9	9,7	0,2
Dosis sucesivas de la epidural	CM	6,1	21,1	13,6	25	2,2					15	16,7	30,4
	M	11,3	17	20,9	22,3	1,7	1,2	0,8	18,4	29,3	9,7	5,7	27,8
Oxido nitroso & Oxígeno	CM	6,1	89,5	31,8	23,9	26,1	10		100		5	25	95,2
	M	2,5	92,6	38,5	24,8	16,1	4,1	3,8	80,3	14,6	0,7	11,9	91,4
Infiltración del periné	CM	24,2	84,2	86,4	5,4	69,6	100	40	100	100	55	91,7	89,9
	M	23,5	86,6	82,5	9,8	69,8	92,7	47	47,1	7,3	65,5	51,9	92,4

Administración bajo receta médica

		M	33,3	64,7	27,3	25,1	26,1		10	1,3		Por	70,3
Bloqueo paracervical	CM	Bél	18,5	47,4	30,8	32,6	10,7	50	4,2			5	Esp
	M		Din	68,6	54,5	36	69,6			0,9		13,8	16,7
Bloqueo de pudendos	CM	1,9	15,8	Fra	62,6	10,3	27,7	10	3,8	50		10	4,3
	M	3	3,2	9,1	Ale	15,5	10,9		10	52,6	100	31,7	33,3
Dosis sucesivas de la epidural	CM	1,9	57,9	1,1		Gre	70,2	80	9,5	75	66,4	35	10,5
	M		73,1	4,5	3,4	4,3	Hol		90	55,7		26,9	33,3
Oxido nitroso & Oxígeno	CM	6,6	4,2	8,8	1,6	9,5		Ita	58	75	26,8	15	17,9
	M	9,1	33,6	18,2	5,2	4,3			Irl	58,3	100	9,7	41,7
Infiltración del periné	CM	3,1	36,8	20,9	29,3	9,5		1,1		Lux	19,5	55	24,2

Prescripción y administración de medicinas - bajo propia responsabilidad y receta médica

Datos de Matronas Supervisoras - *Datos de Matronas*

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 19

Actividad 6 Práctica de parto normales y parto de nalgas en caso de necesidad.

		M	Bél	23,5	Din	85,9	Fra	53,8	Ale	10,3	Gre	43,8	Hol
Partos Normales	CM		39,4		00		86,4		90,8		58,7		70
	M		41,1		99,3		75,8		80,2		66,5		95,1
Efectuar episiotomía	CM		69,7		100		90,9		77		80,4		100
	M		84,6		99,6		89		70,4		79,3		96,3
Reparación de la episiotomía	CM		9,1		100		90,9		3,8		73,9		100
	M		16		99,3		73,6		5,9		78,9		96,3
Reparación desgarros del periné	CM		9,1		100		90,9		3,8		73,9		100
	M		13,8		99,6		71,4		8,7		70,2		96,3
Partos de nalgas	CM		27,3		78,9		54,5		5,4		45,7		90

Partos normales, episiotomía y parto de nalgas en caso de necesidad

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 20

Actividad 7 Medidas de urgencia en la ausencia de un médico.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Distocia de hombros	CM	54,5	94,7	68,2	84,8	76,1	100	70	100	100	55	83,3	97,6
	M	58,3	94,7	80,2	74,7	66,5	93,5	71,2	78,1	78	66,9	52	92,4
Extracción manual de la placenta	CM	21,2	26,3	59,1	14,7	50	30	20	25	100	10	8,3	20,8
	M	15	20,5	67	28,9	39,7	22	21,2	18,9	56,1	22,1	20,1	13,1
Examen de útero	CM	24,2	31,6	63,6	17,4	56,5	30	20	25	100	10	8,3	9,5
	M	13,2	15,5	69,2	43	31,7	18,6	11	53,7	22,8	20,5	10,2	
Uso de la ventosa obstétrica	CM	12,1	89,5	9,1	8,2	6,5	30						3
	M	6,6	49,1	13,2	14,3	5,8	2,8	8	0,9	4,9	4,1	7,6	0,7
Parto con fórceps	CM		5,3		1,6								0,6
	M	2,5	4,6	2,2	5	0,8	1,6	1,9	0,9	2,4		1,8	1,4

Medidas de urgencia: distocia de hombros, extracción manual de placenta, examen intrauterino, uso de la ventosa obstétrica y forceps

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 21

Actividad 8 Examen del recién nacido y en caso de urgencias, la reanimación inmediata.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Examen general	CM	97	100	81,8	95,7	84,8	100	90	100	100	85	75	98,8
	M	94,7	100	89	81,8	93,4	96,7	79,2	83,3	92,7	93,1	60	94,8

Signos de madurez	CM	67,7	100	68,2	92,9	84,8	90	70	100	100	85	58,3	88,1
	M	83,7	99,6	84,6	80	83,5	96,7	71,2	77,6	92,7	86,2	52,6	86,2
Malformaciones Visibles	CM	90,9	100	81,8	94	91,3	100	100	100	100	85	75	100
	M	92,2	100	90,1	80,6	92,6	97,2	76,1	83,3	92,7	93,1	57,1	94,1
Examen de las caderas	CM	33,3	100	59,1	57,1	58,7	80	10	75	100	50	8,3	45,8
	M	26	99,6	52,7	47,2	59,9	63	17,8	35,5	56,1	56,6	16,2	43,9
Daños por traumatismos durante el parto	CM	69,7	100	68,2	91,3	89,1	100	100	100	100	85	41,7	89,9
	M	73,4	98,2	82,4	78,8	88,8	92,3	74,6	74,6	87,8	79,3	43,5	87,9

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Reanimación inmediata	CM	90,9	89,5	63,5	37,5	97,8	90	80	100	100	90	75	98,2
	M	86,2	84,1	84,6	42,6	90,1	95,5	56,1	75,4	92,7	98	52,4	93,1

Examen y reanimación del recién nacido

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 22

Actividad 9 Cuidados postnatales y neonatales a la madre y al recién nacido.

Cuidados a la madre

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Contínuos en el hospital	CM	87,9	5,3	90,9	31,5	100	50	90	100		75	16,7	100
	M	91,5	11,3	82,4	31,6	95,5	97,6	78,8	88,6	19,5	75,9	27,5	76,2
Algunos en el hospital	CM	12,1	78,9	90,9	57,1	8,7	50			100	10	16,7	0,6
	M	2,8	76,7	13,2	45,1	3,3	2	12,9	3,5	2,4	8,3	8,2	13,8
Contínuos en casa	CM	6,1	42,1	9,1	63,6	13	10		25		5	8,3	98,2
	M	5,3	27,6	3,3	59,9	13,6	95,1	28,8	20,2	22	6,2	49,5	38,8
Algunos en casa	CM	3	36,8	13,6	12,5	60,5	10	10			10	16,7	
	M	8,2	32,5	11	6,6	8,3	2	2,5	10,5	51,2	2,8	15,4	4,8

Cuidados al recién nacido

		M	3	6,4	4,5	39,9	8,7	46,3	20	Irl	9,6		
Contínuos en el hospital	CM	Bél	4,4	42,1		61,4	5,8	30	26,5	100	Lux	14,6	1,4
	M	90,9	Din	32,5	9,1	61	6,5	17,5	30	89		Por	
Algunos hospital	CM	90,3	5,3	Fra	9,9	10,9	79	20	37,5		19,5	65	Esp
	M	6,1	12	54,5	Ale	5,2	4,3	92,3		2,6	100	66,9	
Contínuos en casa	CM	2,5	52,6	78	12,5	Gre	5,8	20	25,4	50	2,4	5	22,6
	M	3	60,8	27,3	16,2	93,5	Hol	2,4	20	18,4		7,6	25
Algunos en casa	CM	3,4		13,2	56	95,5	50	Ita	20,1	25	2,4		11,1

**Cuidados postnatales a la madre y al recién nacido:
contínuos o intermitentes en el hospital y en casa**

Información de Matronas Supervisoras.

Información de matronas

Áreas sombreadas indican práctica autorizada por las autoridades competentes

Apéndice 23

Actividad 11 Mantanimiento de la documentación necesaria.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Mantienen documentación	CM	87,9	100	86,4	98,4	91,3	100	100	100		45	100	99,4
	M	79	98,2	78	95,6	69,4	99,6	68,9	92,1	95	27,6	73,7	97,9

Mantenimiento de documentación por las matronas

Información de Matronas Supervisoras

Información de matronas

No se solicitó la opción de las autoridades competentes sobre este aspecto

Apéndice 24

Actividad 6 y 9 Partos en el hogar y cuidados postnatales.

		Bél	Din	Fra	Ale	Gre	Hol	Ita	Irl	Lux	Por	Esp	RU
Partos en el hogar	CM	9,1	89,5	4,5	4,9	2,2	20	10			5		97
	M	6	95,4	1,1	10,9	7,4	93,3	9,1		2,4	2,1	9,2	33,7
Cuidados Postnatales	CM	3	42,1	9,1	10,9	4,3	20	20	25			25	97
	M	6,3	94	3,3	35	12	82,1	14,4	1,8	4,9	11	17,2	34,2

Parto en el hogar bajo la responsabilidad de la matrona y cuidados a la madre y el recién nacido

Información de Matronas Supervisoras.

Información de matronas

Areas sombreadas indican práctica aurotizada por las autoridades competentes

LA CAMPAÑA DEL GORRITO

Se ha demostrado, con numerosos estudios la importancia de la termorregulación en el recién nacido, así como la relación temperatura corporal-consumo energético. De tal manera que uno de los puntos clave de la pérdida de calor es la cabeza, por la desproporción que representa en relación con el resto de su superficie corporal.

Como educadoras nos corresponde inculcar en las madres el uso del gorrito para las primeras horas de vida de sus hijos.

Desde la Asociación pero con una participación imprescindible de muchas matronas, iniciaremos nuestra campaña de Navidad.



Forma de llevarla a cabo.

Durante 15 días, del 23 de Diciembre al 6 de Enero, todos los recién nacidos recibirán el regalo de su matrona: un gorrito en la sala de partos.

Forma de disponer de los gorritos.

Escribe a la Asociación, explicando someramente tu lugar de trabajo y número de nacimientos, para que te podamos enviar los que necesites.

Esperamos que nos impliquemos muchas en esta campaña que además de educativa, tiene una segunda lectura de imagen para las Matronas.

