

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº9 - 2º TRIMESTRE, 1997

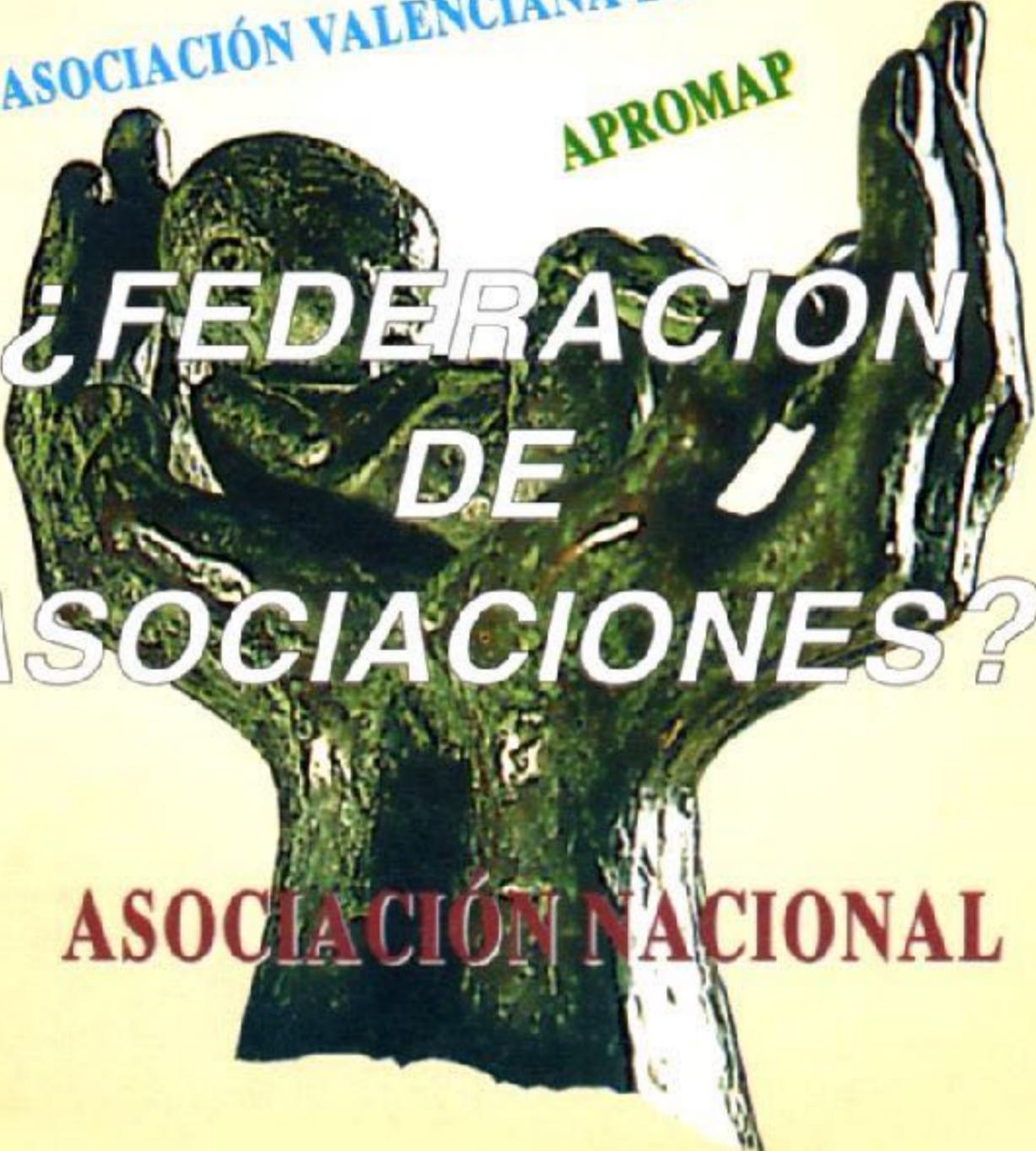
ASOCIACIÓ CATALANA DE LLEVADORS

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

ASOCIACIÓN VALENCIANA DE MATRONAS

APROMAP

ASOCIACIÓN GALLEGA DE MATRONAS

A detailed illustration of a hand holding a globe of the Earth. The hand is rendered in a dark, textured style, possibly representing a tree trunk or a gnarled hand. The globe is positioned in the palm, showing continents and oceans. The overall image is set against a light yellow background.

¿FEDERACION
DE
ASOCIACIONES?

ASOCIACIÓN NACIONAL



REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

Nº9 - 2º TRIMESTRE, 1997

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

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

**VII CURSO "NUEVAS PERSPECTIVAS
DE LA OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA** p.2

PUNTO DE VISTA p.3

**BIENVENIDA A UNA NUEVA
ASOCIACION** p.4

SECCION CIENTIFICA

- La atención a la embarazada realizada por los diferentes profesionales en una zona básica de salud p.5
- Sexualidad en la mujer menopáusica ... p.7
- "Consideraciones sobre los problemas éticos en el comienzo de la vida" p.11
- Madres adolescentes p.13
- Parto y pronóstico perinatal del feto macrosoma p.18
- Persistencia del cordón umbilical según el tipo de cura p.21
- Ritmicidad de los nacimientos y su repercusión en la clínica obstétrica p.24
- Cambio de actitudes en el embarazo, parto y postparto p.26
- La preparación al parto. Efectividad p.29

HEMOS LEIDO p.34

ASOCIACION INFORMA p.36

INTERNACIONAL p.41

**VI CONGRESO NACIONAL
DE MATRONAS** p.57

VII CURSO SOBRE "NUEVAS PERSPECTIVAS DE LA OBSTETRICIA GINECOLOGICA" Salamanca, 19 y 20 de Junio de 1997

Organizado por los departamentos de Obstetricia y Ginecología de los Hospitales
«12 de Octubre» y «Clínico de Salamanca»

Con la colaboración de: ASOCIACION DE MATRONAS

Bajo los auspicios de: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Comité científico: Prof. P. de la Fuente, Prof. J.M. Hernández García, D^a M^a Teresa Cabrera Sanz.

PROGRAMA

Día 19 de Junio

08.45 h. Recogida de documentación.
09.45 h. Presentación

MESA SOBRE: "PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA PREMATURIDAD"

Presidente: Prof. A. García Iglesias (Salamanca).
Secretaria: E. Esteban Castro (Madrid).

10.00 h. Problemática de la prematuridad en la sociedad actual. Prof. P. de la Fuente (Madrid).
10.20 h. Vaginositis y prematuridad. Prof. J. M. Escalante Salinas (Madrid).
10.40 h. Prevención de la prematuridad: amenaza de parto pretérmino. Dr. A. García Burguillo (Madrid).
11.00 h. Maduración del pulmón fetal. Dra. A. Zapata (Madrid).
11.20 h. Café
12.00 h. Asistencia al parto pretérmino. C. Dueñas y B. Gil (Burgos).
12.20 h. Problemas neonatológicos del nacido pretérmino. C. Pedraz García (Salamanca).
12.40 h. Papel de la matrona en la prevención de la prematuridad. T. Ramos, P. García y R. Maroto (Madrid).
13.00 h. MESA REDONDA
Moderador: Prof. J. M. Hernández-García (Madrid).

COMIDA RESTAURANTE LAS TORRES

MESA SOBRE: PROBLEMÁTICA DE LA MENOPAUSIA EN EL UMBRAL DEL SIGLO XXI.

Presidenta: Dra. Hernández Iglesias (Madrid).
Secretaria: C. López La pereyre (Madrid).

16.30 h. Motivación de la menopáusica para hacer el tratamiento. ¿Por qué lo abandonan? M^a J. Dupuy (Rocafort).
16.50 h. Riesgo de enfermedad cardiovascular y menopausia. Prof. J. L. Lanchares (Salamanca).
17.30 h. Cáncer y tratamiento hormonal sustitutivo. Dra. P. Miranda (Madrid).
21.00 h. **CENA PALACIO DE CASTELLANOS**

Día 20 de Junio

MESA SOBRE: TECNICAS ESPECIALES DE EXPLORACION EN OBSTETRICIA

Presidenta: D^a M^a Angeles Rodríguez Rozalén.
Secretaria: E. Muñoz Ortega (Madrid)

10.00 h. Ecografía convencional (abdominal y trans vaginal). (vídeo). Dr. A. Gosálvez Vega (Madrid).
10.20 h. Ecografía dopler-color-power. (vídeo). Dr. A. Galindo Izquierdo (Madrid).
10.40 h. Técnicas de obtención de muestras fetales para estudio genético. (vídeo). Dr. J. Arbues (Madrid).
11.00 h. Café
11.30 h. Registros cardiotocográficos durante el embarazo. R. Luengo Martín (Salamanca)
11.50 h. Registros cardiotocográficos durante los periodos de dilatación y expulsivo. C. Sanz Diaz (Cuenca).
12.10 h. Amnioscopia y micromuestras de sangre fetal. Dr. J. Alonso Zafra (Madrid).
MESA REDONDA
Moderador: Prof. P. de la Fuente (Madrid).

Este curso va dirigido a : Matronas, ATS y a todo el personal sanitario relacionado con la Obstetricia y Ginecología y la Medicina Perinatal.

Precio de la Inscripción: 20.000 pts., Residentes: 15.000 pts. (incluye comida de trabajo, cena, documentación diploma acreditativo y resúmenes de ponencias).

INFORMACION: Encarna Juárez. Secretaría del Dpto. de Obst. y Ginecología. Planta 5^a. Hospital Materno-infanti 12 de Octubre. - 28041 MADRID Tel.: y Fax: 91 - 390 83 76



El nivel de organización de los profesionales que pertenecen al mismo colectivo, se relaciona directamente con el progreso de la profesión de la que forman parte.

Esta afirmación no la hago gratuitamente o por escribir algo. Lo digo con toda formalidad y convencimiento.

Es cierto que cada matrona, de manera individual, en su actuación cotidiana, puede prestigiar a su colectivo, prestigiarse a sí misma, al equipo con el que trabaja o al establecimiento sanitario al que pertenece. Pero las actuaciones llamativamente excepcionales que puedan tener eco más allá del entorno inmediato se presentan pocas veces o ninguna.

Quiero decir con esto que la atención que proporcionamos a cada mujer en el día a día, puede ser excelente y eso lo apreciará ella misma y probablemente su familia, pero si queremos dar un gran paso que, sería de reconocimiento social, de status, retribución, etc. tenemos que poner en marcha estrategias que forman parte del mundo del marketing.

Tenemos que aprender a vender.

Hace unos años, en 1990, empecé a considerarlo con mi Ponencia "Un plan de marketing para matronas".

Hoy cada vez más convencida, lo someto a vuestra consideración para proponer una política, desde la Asociación, de actuaciones que sirvan para hacer una buena venta de nuestro papel, de nuestra profesión y de una idea: somos pieza imprescindible en el engranaje de cuidar la salud de nuestra sociedad.

Para hablar de planes, de estrategias, de políticas, etc., hace falta algo imprescindible: organización. Ésta la tendremos cuando todas formemos parte del mismo proyecto.

Ojalá cerremos el milenio con tantas asociaciones como Comunidades Autónomas y todas ellas con un proyecto compartido.

Le Angeles Rodríguez

¡BIENVENIDA A UNA NUEVA ASOCIACIÓN!

El mes de Diciembre de 1996 se creó la Asociación Andaluza de Matronas con dos objetivos fundamentales:

- Uno enfocado al colectivo de matronas de nuestra comunidad autónoma, pretendiendo informar a la vez que decidir nuestros objetivos; siempre enfocados a reafirmar la imagen de la matrona en nuestros días y en un futuro próximo.*
- El segundo objetivo, que no menos importante, está centrado en la atención a la mujer, pues no podemos ni debemos olvidarnos que desde que comienza su vida reproductiva y a lo largo de la misma hasta la menopausia forman el contenido de nuestra profesión.*

Los días 9 y 10 de Mayo tuvo lugar el «Primer Encuentro» de la asociación al que asistieron 154 matronas de la comunidad.

En este encuentro pretendíamos las matronas andaluzas romper nuestro aislamiento y aumentar el conocimiento entre nosotras.

Participaron nuestra compañeras: Dolor Costa, presidenta de la Asociación Catalana de Matronas, que nos expuso su experiencia asociativa, Gloria Seguranyes, directora de la Unidad Docente de Matronas de Cataluña y representante de las matronas españolas en la Comisión Europea que nos habló sobre el futuro de nuestra profesión.

El Encuentro fue clausurado por M^o Angeles Rodriguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de Matronas.

Braulia Ramos, matrona jubilada, nos animó a trabajar unidas dentro de la asociación.

A lo largo del día todas las matronas participamos en cuatro talleres, sobre los que la Asociación establecería como meta alcanzar, y actividades a llevar a cabo en los próximos años.

Los talleres eran:

- Relación entre niveles asistenciales (Hospital y Atención Primaria).*
- Papel de la matrona en la sociedad actual.*
- Formación Continuada.*
- Investigación en el área materno-infantil.*

LAS CONCLUSIONES SURGIDAS DE DICHO ENCUENTRO HAN SIDO:

- Las matronas quieren que convoquen las plazas en los Centros de Salud de toda Andalucía.*
- Necesidad de coordinación entre las matronas de hospitales y Atención Primaria.*
- Las matronas desean más formación para actualizar sus conocimientos.*
- Las matronas necesitan investigar para mejorar la calidad de los cuidados que dan a las mujeres.*
- Necesidad de definir de forma legal las competencias profesionales de las matronas.*

Este «Primer Encuentro de Matronas Andaluzas» ha sido una experiencia muy positiva, todas las que hemos participado en su organización damos por bien empleado el tiempo que le hemos dedicado ya que la respuesta de las Matronas Andaluzas ha sido extraordinaria, habiéndonos manifestado unánimemente su satisfacción.

La reunión finalizó con una pequeña fiesta en el marco maravilloso del Carmen de la Victoria, con la Alhambra iluminada de fondo, marco incomparable para despedir a las compañeras y transmitirle la necesidad de trabajar unidas por nuestra profesión y por las mujeres de Andalucía.



Momentos de la cena de clausura del Primer Encuentro de Matronas andaluzas.

LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA REALIZADA POR LOS DIFERENTES PROFESIONALES EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

ELENA GIMÉNEZ CAPEL. *Matrona del Centro de Salud S. Gregorio (Telde. Gran Canaria)*

M^ª TERESA RODRÍGUEZ SAN ROMÁN. *Médico del Centro de Salud S. Gregorio (Telde. Gran Canaria)*

M^ª DOLORES ESTÉVEZ GONZÁLEZ. *Profesora de Enfermería Materno-Infantil. Universidad de Las Palmas de G.C.*

Introducción

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales para la mayoría de las mujeres. La tasa actual de parto por cesárea del 25 por ciento en los Estados Unidos refleja que la tasa de intervención médica en el proceso del nacimiento es superior a la prevista. La medicina moderna es en parte responsable de haber utilizado un modelo de enfermedad para el tratamiento del embarazo y del parto, con el resultado de una tasa de complicaciones superior a la esperada. Al menos el 90 por ciento de las mujeres debería tener un parto normal sin intervención médica (1).

Las funciones de la matrona, respaldadas por su formación y por la legislación, consisten en asistir a la mujer normal y sana en el curso de un proceso fisiológico normal, en el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido. La prevención de patologías y la educación sanitaria son pilares básicos de su trabajo.

Asimismo, la matrona debe estar integrada en el nivel asistencial de Atención Primaria, por su fácil y continuo contacto con la comunidad.

Objetivos

—Describir la frecuencia de las consultas prenatales realizadas por los diferentes servicios implicados en el control del embarazo en la zona básica de salud, así como la incidencia de problemas durante el embarazo y el parto en las mujeres controladas.

—Conocer el grado de asistencia de las mujeres controladas durante el embarazo a las consultas de puerperio del Centro de Salud.

Material y Método

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud S. Gregorio, en Telde, en la isla de Gran Canaria. Este Centro atiende a una población adscrita de

una zona de salud de 20.859 habitantes, con una población de mujeres en edad fértil de 5.650. El Programa de atención a la Embarazada se desarrolla en el Centro de Salud desde 1.986, siguiendo los Protocolos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Canarias, revisados periódicamente (2). En él participan una matrona y los médicos generales del centro.

En el Centro de Salud se controlan los embarazos de bajo riesgo, derivándose al Tocólogo de Zona/F.E.A. (Facultativo Especializado de Área) / Hospital los embarazos de alto riesgo.

Asimismo, a todas las gestantes se las deriva durante el primer, segundo y tercer trimestre para un control especializado por F.E.A. o tocólogo de zona.

Se han revisado las historias clínicas de los últimos 103 embarazos que concluyeron entre Noviembre de 1995 a Mayo de 1996. Se han valorado las siguientes variables:

- N^º de controles por embarazo.
- Problemas en el embarazo.
- Tipo de parto.
- Controles de puerperio.

Estas variables se han analizado teniendo en cuenta los niveles asistenciales en los que han sido atendidas las mujeres durante el embarazo (exclusivamente en el Centro de Salud; en el Centro de Salud y Tocólogo de zona; en el Centro de Salud y Tocólogo privado; y en el Centro de Salud y Tocólogo F.E.A.)

Resultados

La media de los controles realizados durante el embarazo según los niveles de asistencia se muestran en la Tabla I. Hay siete mujeres embarazadas que fueron derivadas al hospital y que no han vuelto a acudir a la consulta del Centro de Salud.

Las 16 mujeres controladas exclusivamente por el Centro de Salud, no asistieron al Tocólogo a pesar de haber sido derivadas.

Nivel asistencial	Nº embarazadas	Media de consultas
Centro de Salud	16	6.8
C.S. y Tocólogo Privado	40	4.8
C.S. y Tocólogo Zona	17	6.05
C.S. y Tocólogo F.E.A.	23	1.5
Hospital	7	—
Total	103	

Tabla 1. Embarazos controlados y media de consultas, según los niveles asistenciales.

La incidencia de problemas (C.I.R., H.T.A.) durante el embarazo se refleja en la tabla 2.

Nivel Asistencial	Embarazos con problemas
Centro de Salud	0
C.S. y Tocólogo Privado	3
C.S. y Tocólogo Zona	1
C.S. y Tocólogo F.E.A.	1

Tabla 2. Problemas durante el embarazo.

El porcentaje de partos distócicos del grupo de embarazadas lo exponemos en la tabla 3.

Nivel Asistencial	Embarazos con problemas
Centro de Salud	0%
C.S. y Tocólogo Privado	17,5%
C.S. y Tocólogo Zona	11,5%
C.S. y Tocólogo F.E.A.	26%

Tabla 3. Partos distócicos.

La asistencia de las mujeres a la consulta de puerperio se expone en la tabla 4.

Nivel Asistencial	Número Embarazos	Asistencia puerperio	%
Centro de Salud	16	16	100
C.S. y Tocólogo Privado	40	40	100
C.S. y Tocólogo Zona	17	17	100
C.S. y Tocólogo F.E.A.	23	15	65,2
C.S. y Hospital	7	7	100

Tabla 4. Asistencia a la consulta puerperal.

Discusión

Con respecto al seguimiento en el Centro de Salud de las gestantes, se evidencia en dicho Centro una disminución del número de consultas en el grupo de mujeres que se derivaron al tocólogo F.E.A., en relación al resto de los grupos. Esto es debido a que el Tocólogo F.E.A. sigue controlando todo el embarazo a pesar de ser de bajo riesgo.

Es de señalar, como era de esperar, la ausencia de problemas durante el embarazo de las mujeres controladas exclusivamente por el Centro de Salud. Asimismo, el número de partos eutócicos en este subgrupo de mujeres fue del 100 por cien.

Se objetiva una disminución en la asistencia a la consulta puerperal en el Centro de Salud, de las mujeres que acudieron al tocólogo F.E.A.

De todo lo expuesto, es evidente la falta de coordinación entre lo establecido en el Programa de Embarazo de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma, y la pauta seguida por el Tocólogo F.E.A. de nuestra zona de salud. La actuación de la matrona en el Programa de Atención al Embarazo de bajo riesgo en Atención Primaria, está respaldado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (3). Pensamos que para el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de que disponemos, el embarazo de bajo riesgo debe seguir siendo controlado por la matrona y los médicos generales, apoyados siempre por el tocólogo.

Bibliografía

1. Odent M. *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books, 1.984.
2. Gerencia de Atención Primaria de Las Palmas G.C. *Programa de Atención a la Embarazada*. Las Palmas G.C.: 1.993.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo: Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria. *Introducción al Trabajo de la Matrona en atención Primaria*: 1.987.

SEXUALIDAD EN LA MUJER MENOPÁUSICA

BEATRIZ LÓPEZ GARCÍA. *Unidad Docente de Matronas. Madrid.*

RAQUEL CASTRO MARTÍNEZ

M^a ISABEL SÁNCHEZ PERRUCA

Comunicación presentada en la 1^a Reunión de Matronas,
Burgos Abril 1996

Introducción

En primer lugar, nos gustaría explicaros la principal motivación que nos ha llevado a elegir este tema para compartirlo con vosotros hoy aquí, en este congreso.

La idea surgió cuando nos impartieron, durante la especialidad, la asignatura de sexualidad, y captamos la importancia y necesidad de incluir estos temas dentro de nuestra actividad profesional, para así poder cubrir la demanda existente en la población en este área.

Para llevar a la práctica en Atención Primaria esta idea, hemos querido elaborar un Proyecto de Educación Sexual y nos hemos centrado en el grupo de **mujeres menopáusicas**, fundamentalmente por dos motivos:

- Por una parte, es relevante que la esperanza de vida en España ha aumentado notablemente, el 95% de las mujeres actuales llegan a la menopausia, y al menos el 50% alcanzan los 75 años de edad.

- Y por otra parte, somos nosotros los profesionales encargados de la atención *integral* de la mujer durante todas las etapas de su vida, y la menopausia es una de ellas.

Existen una serie de conocimientos fundamentales y básicos a tener en cuenta a la hora de plantearnos la Educación Sexual en este grupo de población, los cuales vamos a intentar exponer resumidamente a continuación en dos grandes grupos:

1. Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la mujer durante la menopausia.
2. Respuesta sexual en la mujer menopáusica y su pareja.

Terminaremos finalmente, con la exposición de un modo de Educación Sexual para llevar a cabo en Atención Primaria en este grupo de personas.

Cambios fisiológicos, psicológicos y sociales

Dentro de los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que acontecen en la menopausia, nos refe-

rimos únicamente a los que influyen en mayor medida en la sexualidad, que es el tema que nos ocupa.

En el plano físico y fisiológico, se van a dar una serie de modificaciones en el organismo que pueden ser más o menos importantes para la mujer, y que se deben fundamentalmente a variaciones en la regulación y secreción de las hormonas sexuales (sobre todo el descenso en la producción de estrógenos).

En el tracto genital: el útero, ovarios y trompas experimentan una serie de cambios regresivos disminuyendo su tamaño y desapareciendo lentamente la función ovárica, así como el flujo menstrual debido al adelgazamiento y atrofia del endometrio.

El epitelio que reviste la vulva y vagina se adelgaza considerablemente. Disminuye la grasa de la dermis de la vulva y del monte de Venus, y desciende también el vello pubiano lentamente. Asimismo, puede reducirse el calibre del introito vulvar. La vagina se acorta y baja su secreción y lubricación. La uretra también experimenta cambios regresivos importantes.

Todos estos cambios descritos hacen que la mujer consulte por una serie de molestias: dispareunia, prurito vulvar, una mayor frecuencia de infecciones (vaginitis, endometritis, cistitis) y también prolapsos genitales (debido a la atrofia de músculos y ligamentos pelvianos).

Con el declive de la función ovárica, también se produce una involución mamaria con pérdida de estructuras lobulares, y un aumento proporcional de la grasa mamaria.

En la piel también se produce cambios, la epidermis se hace más delgada, etc.

Otras molestias y trastornos físicos de menor transcendencia en la relación sexual, pero no de menor importancia para la mujer menopáusica, son: cambios vasomotores, (produciendo "los sofocos"), descalcificación ósea (pudiendo llegar a una marcada osteoporosis), cambios circulatorios y cardíacos (aumentando la posibilidad de afecciones a este nivel), cambios metabólicos, etc.

En el plano psicológico y social, hoy por hoy no se ha encontrado una evidencia directa entre los cambios hormonales que tienen lugar durante la meno-

pausia y los síntomas psicológicos experimentados; si bien; parece cierto que la actitud de la mujer menopáusica en esta nueva etapa de su vida depende en buena medida de cómo vivió antes personalmente su edad adulta, y de cómo asumió los conflictos y frustraciones propios de su existencia.

La mujer puede referir: irritabilidad, sensación de ahogo, mareos, cefaleas, nerviosismo, inestabilidad afectiva, trastornos del sueño, trastorno del hambre e incluso depresión, los cuales pueden ser frenos importantes para una buena vivencia sexual.

Todos estos síntomas y molestias pueden ser bastante frecuentes en esta etapa debido a diversos factores psicosociales, a los cuales nos referiremos conjuntamente:

- Por otra parte, a esa edad se dan cambios importantes en las funciones familiares que la mujer ha venido desarrollando desde su edad adulta, cuando se formó su núcleo familiar. Así, en estos momentos puede comenzar la emancipación de los hijos o al menos, al hacerse mayores, no necesitan de cuidados tan cercanos como antes.

También puede suceder que la mujer durante el desarrollo de su familia se haya dedicado exclusivamente a ella y no desempeñara ninguna otra actividad profesional en la sociedad, lo que conlleva a una falta de relación con el mundo exterior y posible falta de relación como mujer y persona fuera del entorno familiar.

Por último, todo lo anterior unido a la creencia por parte de la mujer menopáusica de ciertos tabúes sociales como son: el temor a la pérdida de feminidad, del atractivo sexual y la pérdida de la capacidad reproductora, pueden ser, como hemos dicho al principio, factores condicionantes que nos explican la aparición de trastornos psicosociales en la mujer climatérica.

- Un factor que podía condicionar positivamente la aceptación de los cambios que acontecen en la menopausia, es el haber mantenido en los años anteriores una buena relación de comunicación, apoyo y estima con su pareja, pudiendo ser fundamental y decisivo para afrontar el impacto psicológico que puede suponer para la mujer toda esta etapa.

Un último elemento psicosocial a tener en cuenta es el estatus socio-económico ya que son mucho los autores que sostienen que son las mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo las que con mayor frecuencia refieren molestias.

Terminaremos este punto concluyendo, que posiblemente la mujer menopáusica se sentirá más cómoda en una sociedad donde la experiencia y la senectud sean aceptadas y realizadas con valores

positivos. Deberíamos reflexionar sobre el significado de la menopausia en la sociedad y los cambios socio-culturales que están teniendo lugar para las mujeres durante estos últimos años.

Respuesta social

¿Hasta qué punto las alteraciones en la función sexual son consecuencia de fenómenos fisiológicos? ¿Comprometen estos cambios al comportamiento sexual o simplemente conducen a una sexualidad diferente?

Hemos tratado de buscar respuestas a estas preguntas.

La sexualidad no es una función vital, pero es una dimensión de la personalidad que refleja el bienestar de cada individuo, en su rol de hombre o mujer, y la necesidad de compartir una serie de vivencias ya sean físicas, emocionales o intelectuales con otros seres humanos, tanto social como privadamente.

La menopausia tiene poca influencia sobre la respuesta sexual de una mujer, pudiendo existir una disminución de la actividad sexual que suele manifestarse: con un desinterés sexual (reflejando probablemente influencias culturales), con aburrimiento, molestias por deseo, alteraciones físicas y psíquicas del periodo, etc.

El déficit hormonal no se presenta de forma brusca en la vida de la mujer, y todas las molestias que acusarán con el tiempo como: coito doloroso, falta de lubricación, cistitis, etc.; no tienen una presentación inesperada, por lo que si la mujer consulta, éstas tienen solución.

De todo esto se puede afirmar, que el declive de la capacidad sexual de la mujer aparece mucho más tarde en su vida que el declive físico; y por lo tanto, la pareja puede ajustarse a una forma de relación sexual distinta, menos intensa, pero no por ello menos satisfactoria.

Al investigar sobre el interés y el deseo sexual, se observan dos reacciones diferentes: unas mujeres experimentan una disminución general y progresiva de la libido, y otro grupo experimenta un aumento de la misma, al liberarse del temor al embarazo y poder atender mejor a sus propias necesidades personales, después de haber cuidado durante años las necesidades de sus hijos.

Igualmente importante parece ser el contar con una pareja activa, sexualmente interesada, y por tanto, cuanto mayor actividad sexual tenga la mujer, resulta menos probable que dichos cambios le supongan algún problema, y además, se ha visto

que si la pareja tenía relaciones frecuentes y satisfactorias en su juventud y etapa adulta, no van a percibir muchos cambios en la menopausia.

Las mujeres que mantienen un buen tono vital y cuidan su aspecto, son la más favorecidas en su sexualidad, aunque también influye el nivel socio-económico, nivel cultural de ambos, el estado civil y el estado de ánimo.

Otros factores involucrados en la dimensión de la capacidad de respuesta social son: la monotonía, la preocupación respecto a problemas profesionales o económicos, fatiga, inseguridad, miedos, mitos, falta de comunicación e imaginación, de creatividad y padecimientos orgánicos.

Adentrándonos un poco más en la respuesta social, hemos observado que con la edad aparece una atenuación gradual en la intensidad de las manifestaciones del ciclo de respuesta sexual; pero la mujer menopáusica a pesar de los cambios involutivos, puede tener una respuesta sexual normal a nivel orgánico, si está bien estimulada.

Para que sea más explicativo, vamos a hacer una comparación entre la respuesta al estímulo sexual en la mujer joven y la mujer menopáusica, y después un resumen de la respuesta en el varón.

Respuesta al estímulo sexual en la mujer.

- *En la mamas*, en la fase de excitación la erección de los pezones ocurre de forma semejante a como ocurre en la mujer joven, pero el aumento del volumen de los senos debido al estímulo vascular es lento. En la fase de meseta la turgencia areolar es menor. En el orgasmo ocurre lo mismo que en la joven, y en la fase de resolución la pérdida de tumefacción del pezón se efectúa más lentamente.

- *En el aparato urinario*, en el momento del orgasmo, la mínima distensión del meato urinario ocurre exactamente igual que en la joven. A menudo la mujer se queja de comezón, peso hipogástrico, necesidad imperiosa de orinar, etc. que pueden llegar a durar 2 ó 3 días tras el coito, y es debido a la presión ejercida por el pene sobre la vagina.

- *En los genitales*, el clítoris reacciona exactamente igual que en la joven; pero más lentamente, en las cuatro fases, con menor tumefacción. No existe modificación en la fase de meseta y la detumescencia es más rápida.

Los *labios mayores* no presentan ni separación ni elevación de los mismos, y en los *labios menores* se aprecia una reducción de la congestión vascular.

La *lubricación vulvovaginal* tarda más en aparecer, y la *vagina* presenta sus paredes con

menor grosor y disminuye en anchura y longitud.

Las contracciones del tercio inferior de la vagina y del útero son menos numerosas e intensas, y pueden resultar dolorosas.

A medida que avanza la edad, las contracciones rectales durante el orgasmo desaparecen.

- *En la piel* el enrojecimiento es limitado, quedando restringido al epigastrio, parte anterior del tórax, cuello, cara y frente.

Respuesta al estímulo sexual en el hombre

En el hombre la respuesta sexual también es distinta a la del joven. En resumen podemos afirmar que las erecciones tienden a ser más blandas, y el ángulo del pene erecto es menos agudo. La reacción orgásmica pierde intensidad: hay menos contracciones, la eyaculación es menos vigorosa y el volumen de eyaculación es menor. Finalmente, los efectos de la vasocongestión y del aumento de la tensión muscular revierten más deprisa durante la fase de resolución, y el período refractario se prolonga con la edad.

Por todos estos cambios que acontecen en la Respuesta Sexual, tanto en la mujer como en el hombre, se hace necesario en el estímulo sexual aumentar el tiempo de caricias, besos, abrazos, etc.; en definitiva, aumentar el período preliminar de la relación sexual.

Disfunciones sexuales

Además de haber analizado los cambios de la respuesta sexual de la pareja en esta edad, nos pareció importante comentar algunas formas de disfunción sexual y sus causas. Así, las formas más comunes son: inhibición del deseo sexual, alteraciones en la excitación sexual con problemas en la erección y en la lubricación, trastornos del orgasmo, dispareunia,...; y además de los factores fisiológicos, también influyen los conflictos psicológicos o interpersonales.

A veces las mujeres menopáusicas, al tener una lubricación vaginal reducida, puede encontrar la relación sexual dificultosa y pensar que el sexo ya no volverá a ser placentero para ella. Otras veces puede ser por una enfermedad sistémica o patológica pélvica grave, o incluso por medicamentos.

Un ejemplo puede ser, que las mujeres histerectomizadas que pierden las contracciones orgásmicas, acusan sequedad vaginal y puede acortarse la vagina; o por ejemplo que las mujeres con mastectomía pierden parte de su atractivo erótico y un

órgano de estimulación, tanto propia como para la pareja, y pueden desarrollar una inhibición sexual por falta de conocimiento sobre la operación realizada.

Es por esto por lo que creemos tan necesaria la educación sexual en este sector, para desmitificar la idea que equipara las modificaciones en el funcionamiento de los órganos sexuales y el cese de la reproducción, con el final de la sexualidad, y para hacer comprender que el ser humano posee múltiples formas de sentir placer, y que hay que conocer los distintos cambios y las distintas opciones para adaptarse a vivir una nueva sexualidad.

Modelo de educación sexual

Después de haber analizado los cambios fisiológicos y psico-sociales, así como la respuesta sexual en la mujer menopáusica y su pareja, pasamos a exponer el Proyecto o Modelo de Educación Sexual, para llevar a cabo en Atención Primaria en este grupo de personas.

Este Modelo de Educación Sexual quedaría encuadrado dentro del Subprograma de Atención a la mujer menopáusica, que a su vez formaría parte del Programa global de Atención a la Mujer que existe normalmente en Atención Primaria.

En primer lugar, este Proyecto quedaría justificado por la demanda existente en este grupo de mujeres; y todo lo expuesto anteriormente.

La *Presentación* de este Modelo, nos llevaría a realizar un estudio sobre: la población diana, tamaño del grupo, cobertura prevista, forma de captación, profesores que impartirían las charlas, participantes por sesión, cronología de los grupos, etc.

Todos estos grupos se desarrollarían uno a uno, concentrándolos en un Área de Atención Primaria específica, teniendo en cuenta los estudios y demandas del Área en la que nos encontrásemos.

Nos plantearíamos como *objetivos generales* al impartir estas sesiones de Educación Sexual a la mujer menopáusica y su pareja:

- Contribuir a que acepten la vivencia de su sexualidad en esta etapa de su ciclo vital de una forma saludable y normal.

- Aumentar los conocimientos con respecto a la sexualidad en la menopausia.

A partir de estos *objetivos generales*, elaboraríamos unos *objetivos específicos* concretos para nuestra Área de Atención Primaria, así como unas *Metas de Salud*.

el *Propósito* que nos planteamos al impartir estas charlas sería:

“Estimular este aspecto de la personalidad y de

la relación de la pareja, para que puedan extraer una experiencia enriquecedora de la vida sexual en esta etapa de su ciclo vital; entendiendo los cambios físicos, fisiológicos, psicosociales y de la respuesta sexual durante la menopausia, y que estos cambios no sean motivo para que no puedan continuar disfrutando de una vida sexual activa.”

En cuanto a las *sesiones o charlas*, el número de las mismas se establecería en función de las necesidades de cada grupo; pero por lo general, serían en número de dos a tres charlas, y los contenidos incluidos en ellas serían, de manera esquemática, los siguientes:

- Previa presentación de la Matrona y de los participantes, creando un clima de confianza, la matrona expondrá el propósito de estas sesiones educativas.

- Pasaríamos un cuestionario a los participantes para hacernos idea de sus demandas y necesidades.

- Análisis del cuestionario por parte de la Matrona y en privado.

- Se impartirían unas breves y claras explicaciones sobre: el concepto de menopausia; cambios físicos, fisiológicos y psicosociales en esta etapa, incluyendo cambios en el hombre. Así también, se explicarían los cambios que acontecen en la respuesta sexual de la mujer menopáusica y su pareja, estableciendo una comparación con la respuesta sexual del adulto. Se hablaría ampliamente de la sexualidad y todo lo que ello significa para el ser humano. Terminaríamos estas explicaciones incluyendo la influencia de la Enfermedad en la sexualidad.

- Tiempo para preguntas y comentarios de los participantes.

- Se analizaría aquí en conjunto y para todo el grupo, aquellos errores generales hallados en el cuestionario.

La *Metodología y los Recursos Humanos y Materiales* utilizados, serían todos los necesarios para conseguir los objetivos generales propuestos al inicio de nuestro Modelo; se concretarían dependiendo de las necesidades y demandas específicas de los grupos formados en el Área de Atención Primaria donde desarrollemos nuestro trabajo.

Por último, al finalizar el desarrollo de nuestro Modelo, sería necesario establecer unos criterios de evaluación. Esta Evaluación se llevaría a cabo a través de “indicadores” que nos evaluarían la estructura, el proceso y los resultados.

Como conclusión final de nuestro trabajo, nos gustaría terminar diciendo que la matrona debe aceptar como responsabilidad y reto profesional la educación sexual de la pareja en todo su ciclo vital y concretizar en cada etapa de este.

“CONSIDERACIONES SOBRE LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN EL COMIENZO DE LA VIDA”

Comunicación presentada en la 1ª Reunión Científica de Matronas

Burgos abril 1996

Merche Ortega Galán

Matrona de Atención Primaria. Ambulatorio Dr. Areilza, Bilbao

Abriendo las puertas al futuro”, nos planteamos los cambios que se están produciendo, en los últimos tiempos en el seno de las relaciones sanitarias.

Partimos de hace muchos siglos, en que la relación médico-sanitaria era jerárquica, era el médico el que estaba arriba y mandaba, y tanto los demás sanitarios como el paciente debían obedecer. También en esta relación hay que incluir otro factor, el paternalismo, en esto participaban estrechamente las enfermeras y matronas, adoptando una postura de sumisión al médico y de madre protectora del paciente.

Las razones de este cambio son de tres tipos:

- 1º **La relación sanitario-paciente** empieza a interpretarse como un **proceso de negociación entre personas adultas**, esto ha hecho que se gane en madurez, aunque traiga a las relaciones mayor grado de conflictividad.
- 2º Otras razones están basadas en la **enorme tecnología sanitaria** y tiene que ver fundamentalmente con el principio y final de la vida.
- 3º Es en esta época, la primera en la historia, cuando se intenta **universalizar el acceso de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria**, esto supone una distribución de recursos económicos limitados y escasos, y hace que nos planteemos las siguientes preguntas:
 - ¿Qué son necesidades sanitarias?
 - ¿Cómo diferenciamos en el ámbito de la salud, lo necesario de lo superfluo?
 - ¿Qué criterios utilizar para la distribución de los escasos recursos?

Nace la Bioética

Hace 25 años en Estados Unidos y con el informe Belmont, se intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución a los problemas éticos planteados en las ciencias médico-sanitarias.

Estos procedimientos deben cumplir unos mínimos morales exigibles a todos, con criterio seculares, civiles y racionales.

- La Bioética médica debe ser civil, no religiosa.
- Deben coexistir, códigos morales muy distintos.
- Deben ser pluralistas, ya que sólo el pluralismo universal puede dar lugar a una ética verdaderamente humana.
- Debe ser racional, no creencial.

-Debe ser autónoma, considerando el criterio de moralidad como el del propio ser humano.

-Debe estar abierta a un proceso en continua revisión.

Hablamos de HECHOS y de VALORES

La cercanía que se establece entre la matrona y la mujer, en momentos críticos de la vida hace que se vean mezclados en la toma de decisiones, los HECHOS con los VALORES.

Al hablar del campo de trabajo de la matrona, abarcamos la vivencia de la sexualidad en sus distintas etapas, la planificación familiar, el embarazo, parto y postparto y también la menopausia.

En este campo, se toman decisiones clínicas continuamente, que muchas veces tienen que ver con el comienzo de la vida o con el proyecto de vida de la mujer. Para esto, es preciso hacer juicios basados en conocimientos y experiencias y esto hace que surjan problemas éticos:

- ¿Qué decisión tomar ante el embarazo no deseado?
- ¿Quién decide la amniocentesis?
- ¿Qué tipo de parto desea la mujer?
- Etc...

En estas decisiones no sólo entran a formar parte la mujer y la matrona, sino que hay que tener en cuenta a la familia y a todo el sistema sanitario, cada cual aporta sus valores.

Metodología en Bioética

La Bioética pretende establecer sistemas de análisis de la toma de decisiones sobre cuestiones en “conflicto de valores”.

Los criterios en los que se basa, se llaman también Principios y son:

- NO MALEFICENCIA
- JUSTICIA
- AUTONOMÍA
- BENEFICENCIA

No Maleficencia

Es el punto de partida ético de todos los profesionales sanitarios.

No tenemos que hacer daño con los conocimientos

propios y hacer bien el trabajo que corresponde a la profesión.

Al plantearse las buenas prácticas de la matronas, debemos formularnos la siguiente preguntas:

- ¿Qué conocimientos forman la base de la formación de las matronas?
- ¿Dónde adquiere los conocimientos?
- ¿Dónde adquiere la experiencia?
- ¿Cómo mejora su práctica asistencial?
- ¿Cómo se favorece la coordinación entre los distintos niveles que intervienen en el proceso clínico?

Principio de JUSTICIA

Hay que procurar que no se discrimine, margine o segregue a unas usuarias respecto a otras, las matronas debemos denunciar las injusticias ante el sistema sanitario, tal vez en este principio, deberíamos plantearnos las largas listas de espera para las revisiones ginecológicas, la anestesia epidural para unas si y otras no, el derecho a una planificación familiar, etc...

La responsabilidad de este principio es fundamentalmente de la administración, porque:

- Establece las estructuras y pautas para que todas las personas sean tratadas con la misma consideración.
- Busca una distribución equitativa de los recursos.
- Fomenta el trato digno.

Principio de AUTONOMÍA

Cuando hablamos de este principio, pensamos en la mujer o usuaria como persona autónoma, que acude a la relación clínica con sus criterios, sus creencias, su jerarquía de valores, su proyecto de vida, su proyecto de felicidad, que es distinto para cada persona y que le hace capaz de tomar sus decisiones.

Pero muchas veces necesita del sanitario, médico o matrona para que le informen, le aconsejen, le guíen, pongan su conocimiento y su experiencia a su disposición, y con todo ello pueda acudir y hacerse cargo de sí misma. Puede permitirse dudar, preguntar, consultar a otras personas, etc.

No estamos hablando de una idea abstracta de Libertad, sino de reconocer que todos somos capaces de decidir sobre nuestra propia vida.

La información objetiva, completa y comprensible, es la clave para el desarrollo de este criterio.

La información, la puede dar la matrona o puede asistir colaborando en que la información haya sido comprendida, o hayan quedado aspectos no comentados, o detectando cuestiones confusas y sobre todo valorando el aspecto emocional que puede influir en la toma de decisiones.

Bibliografía

- JORNADAS DE DEBATE SOBRE BIOÉTICA. O.P.E. 1995
 - CURSO DE FORMACIÓN BÁSICA EN BIOÉTICA, OSAKIDETZA. 1995.
- Impartido por: Azucena Couceiroo. Magister en Bioética.
Mabel Marijuan (UPV). Magister en Bioética.

Principio de BENEFICENCIA

Todos queremos el "bien de la mujer", pero tenemos que respetar el "criterio de bien" para ella, no imponer nuestro criterio o el del sistema sanitario.

Como vemos este principio está mediado por el de Autonomía.

Aquí, también tenemos que tener en cuenta a los que no pueden valerse por sí mismos, (niños, disminuido, etc...) sólo podemos decidir por otros para "hacer el bien", nunca, perjudiciales.

Comités de Ética Asistencial

Para que una decisión sea correcta y buena, deben respetarse todos los valores en juego, a veces esto es muy complejo y debemos conocer los planteamientos metodológicos.

Los Comités de Ética Asistencial, pretenden integrar una metodología Bioética en la práctica asistencial.

- Resuelven conflictos concretos, asesorando en la toma de decisiones.
- Participan en la formación de personal en cuestiones de ética asistencial.
- Colaboran en la revisión o elaboración de protocolos, allí donde se repiten los problemas o donde se prevenen.

Actitudes

Existe la diferencia entre la práctica clínica en el ambiente hospitalario, donde las relaciones son más puntuales, en menos tiempo, fijémonos por ejemplo en una sala de partos ante situaciones de conflicto de valores, las actitudes de los sanitarios son importantes, porque debemos no sólo saber plantear los problemas y solucionarlos, sino también preverlos y hacer que las relaciones mejoren, haciéndolas más correctas y bondadosas.

En la medicina comunitaria, el proceso de relación clínica permite que se integren los valores de todos los participantes y hagan que ésta sea más adecuada y más satisfactoria para todos.

Probablemente todo esto forme parte de un cambio cultural que debe ir haciéndose, y para ello es necesaria la formación desde los primeros años.

Puede que llegue el momento, en que todos tengamos suficientes conocimientos, habilidades y actitudes como para hacer que las decisiones, los actos y las relaciones clínicas que llevamos a cabo diariamente, tengan una calidad ética tal que no sea necesaria la existencia de Comités de Ética, ni el tener que introducir formación y debates. Porque esto será algo habitual en el desarrollo de nuestra profesión.

PARTO Y PRONÓSTICO PERINATAL DEL FETO MACROSOMA

D. RAFAEL SÁEZ BLÁZQUEZ (*Vocal Matronas Colegio de Enfermería. Albacete*).

D^a CONSUELO GARCÍA. (*Matrona E.A.P.*)

D^a M^a FE OLIVER. (*Matrona hospital General de Albacete*)

DR. GASPAR GONZÁLEZ DE MERLO. (*Jefe de Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital General Albacete*)

"Comunicación presentada en la I Reunión Científica de Matronas"

Burgos, Abril 1996

Resumen

En el siguiente estudio, analizamos todos los fetos macrosomas (de peso igual o superior a 4.000 grs.) nacidos en el Hospital General de Albacete, durante el año 1995.

Una vez identificados, obtuvimos de las Historias Clínicas todos los datos referentes a las variables que estudiamos y determinamos:

- El tipo de parto que tuvieron.
 - Pronóstico perinatal inmediato, para lo cual vamos a delimitar dos parámetros como son: El pH de alerta umbilical y el Test de Apgar a los 5 minutos.
 - Pronóstico materno.
 - Incidencia de lesiones del parto en estos fetos, la mayoría producidas por distocias de hombros, parálisis bronquiales.
 - Relación entre Edad Gestacional y Macrosomía.
- Realizamos tratamiento estadístico para identificar su significación.

En los resultados vimos que el porcentaje de partos eutócicos en estos fetos macrosomas era menor que en el total de recién nacidos, aunque solamente con una diferencia de 2,5%. Nos llamó la atención el gran número de partos eutócicos que se dan en estos fetos.

También observamos que el índice de cesáreas en los fetos macrosomas son menos frecuentes que el total de nacimientos.

En cuanto al pronóstico perinatal, vamos a estudiar el pH de arteria umbilical y el Test de Apgar. Consideramos el pH acidótico aquél inferior a 7,20, a su vez consideramos mal pronóstico perinatal cuando el Apgar es igual o inferior a 7 a los 5 minutos.

En los resultados de los parámetros estudiados,

para ver el pronóstico perinatal vemos que no hay diferencias significativas en los pH acidóticos entre el total de recién nacidos y los fetos macrosomas.

Observamos que de los pH acidóticos apreciados en los fetos macrosomas, todos terminaron su parto vía vaginal y ninguno en cesárea.

No encontramos ningún Apgar inferior o igual a 7 a los 5 minutos, entre todos los macrosomas nacidos en el Hospital General de Albacete, durante el año 1995.

De todas las distocias de hombros acontecidas en el año 1995, es significativo que no se produjo ninguna en fetos de peso igual o superior a 4.000 grs.

No observamos mayor frecuencia de cefalohematomas y otro tipo de lesiones obstétricas, en estos fetos macrosomas.

Observamos que existe una clara relación entre salud gestacional (superior a 40 semanas) y la incidencia de macrosomas. Son mucho más frecuentes los macrosomas en mujeres cuya edad gestacional supera las cuarenta semanas.

Objetivos

1- Determinar la frecuencia de los macrosomas durante el año 1995.

2- Identificar el tipo de parto de los fetos macrosomas durante el año 1995.

3- Predecir el pronóstico perinatal inmediato de los fetos macrosomas nacidos durante el periodo de estudio.

4- Identificar la incidencia de lesiones producidas por el parto en los fetos macrosomas nacidos en el Hospital General de Albacete, durante el año 1995.

5- Definir la relación entre Edad Gestacional y la incidencia de fetos macrosomas.

Material y Métodos

- Estudio de naturaleza descriptiva.
- El grupo de estudio, todos los fetos de peso igual o superior a 4.000 grs., nacidos en el Hospital General de Albacete, durante el período de estudio.
- El período de estudio, ha sido durante todo el año 1995.
- El estudio ha sido realizado en el Hospital General de Albacete.
- La recogida de datos se ha realizado a partir de las historias clínicas de los recién nacidos.
- El análisis y procedimientos de los datos se ha realizado mediante las técnicas estadísticas de Chi cuadrado, prueba exacta de Fisher y Chi cuadrado de tendencia Mantel-Heanzel.
- Como soporte informático utilizamos: Word Perfect 6.0, Harvard Graphics, Epi info.

Resultados

Al estudiar la incidencia de fetos macrosomas, en el H. G. de Albacete, durante el año 1995, vemos que el total de estos fue de 122 fetos con peso igual o superior a 4.000 grs.

- Incidencia global de macrosomas: 122, equivale al 3,85% respecto al total de RN en nuestro hospital.
- Incidencia de fetos de peso entre 4.000 y 4.500 grs.: 109, equivale al 3,44% respecto al total de RN.
- Incidencia de fetos de peso mayor o igual a 4.500 grs.: 13, equivale al 0,5% respecto al total de RN.
- Al estudiar el tipo de parto por el que nacieron los fetos macrosomas, nos llamó la atención la importante cifra de partos eutócicos que se daban en estos fetos, encontramos que los partos eutócicos ascienden al 70,5%, que comparándolo con el porcentaje de partos eutócicos en el total de RN durante ese año en nuestro hospital que fue el 72,9% vemos que no llegan la diferencia a 2,5 puntos.

Cuando estudiamos el tipo de parto en fetos macrosomas de peso igual o superior a 4.500 grs., vemos que el porcentaje de partos eutócicos baja al 69%.

Para identificar la posible significación estadística de estos datos, utilizando el test de Chi cuadrado, intentamos ver la relación entre la macrosomía y la terminación del parto con un parto eutócico, com-

parándolo con el resto de fetos de peso inferior a 4.000 grs.; al realizar el tratamiento estadístico mediante el test de Chi cuadrado, obtuvimos un valor de P superior a 0,05, por lo que decimos que no existe significación estadística entre los fetos macrosomas y la terminación del parto mediante un parto eutócico.

Por lo tanto podemos decir que, aunque en valores absolutos son inferiores los partos eutócicos de los fetos macrosomas, no existe significación estadística.

Cuando estudiamos otros tipos de partos vía vaginal, nos centramos en partos instrumentales, tanto fórceps, vacuextracción (o ventosa) y espátulas.

Tomando como referencia la incidencia de partos instrumentales en el total de partos de nuestro Hospital, vemos que asciende al 8%, centrándonos en los recién nacidos de peso igual o superior a 4.000 grs., la incidencia de partos instrumentales desciende al 6,5%, vemos que existe una diferencia en números absolutos, aunque al realizar el tratamiento estadístico con técnicas de Chi cuadrado no hay significación estadística.

Estas diferencias que son apreciables en valores absolutos, son hasta cierto punto posibles, debido a la dificultad que pudiera existir a la hora de realizar partos instrumentales en mujeres con fetos de estas dimensiones.

Cuando la terminación del parto no era vía vaginal, estudiamos las cesáreas en estos fetos macrosomas y vimos que la incidencia de cesáreas en estos fetos asciende al 22,9%, que si comparamos con el índice de cesáreas global de todo el año 19%, vemos que hay una diferencia de casi 4 puntos.

La incidencias de cesáreas en fetos de peso igual o superior a 4.500 grs., asciende al 30,7%, casi 8 puntos más que en el total de fetos macrosomas.

Vemos como en el caso anterior que existen diferencias en valores absolutos y que se produce un incremento en las cesáreas en estos fetos macrosomas.

Al analizar el estudio estadístico utilizado el test de Chi cuadrado, obtenemos unos valores de P superiores a 0,05 por lo que diremos que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los fetos macrosomas o de peso inferior a 4.000 grs. y la terminación del parto mediante una cesárea.

- Para el estudio del pronóstico perinatal inmediato, vamos a utilizar dos variables, el pH de la arte-

ria umbilical y el test de Apgar inferior a 7 a los 5 minutos.

Consideramos pH acidótico aquellos de valor inferior a 7,20, obtenidos según técnicas estandarizadas por el laboratorio del Hospital General de Albacete.

La incidencia de pH arterial umbilical acidóticos, respecto al total de recién nacidos en el Hospital fue del 11%.

Valorando los pH art. umbilical acidóticos en los fetos macrosomas, vemos que se producen en el 6% de los recién nacidos de peso igual o superior a 4.000 grs.

Evidentemente un mayor número de pH acidótico en el total de RN, con una diferencia importante en los valores absolutos con respecto a los fetos macrosomas, pensamos que esta diferencia tan apreciable se debe al mayor número de partos eutócicos que se dan en el total de R.N.

Al analizar el estudio estadístico, vemos que no hay significación estadística, puesto que el valor de P, obtenida según Test de Chi cuadrado es superior a 0,005, diremos que encontramos diferencias en valores absolutos pero que no estadísticamente significativos.

Pensamos que se dan más número de pH acidóticos en recién nacidos de peso inferior a 4.000 grs., debido a que en estos se producen más número de partos vaginales y en estos son más frecuentes los pH acidóticos.

Estudiando los pH acidóticos que se producen en los fetos macrosomas vemos que:

- El 71% de los pH acid. se dieron en p. eutócicos.
- El 29% de los pH acid. se dieron en p. instrumentales.
- No se produjo ningún pH acid. en cesáreas.

Resulta muy significativo ver que los pH acidóticos sólo se producen en los partos vaginales y no se da ningún caso en cesáreas.

Estudiando el Test de Apgar y considerando valores inferiores a 7 a los 5 minutos, como de mal pronóstico perinatal, vemos que no tenemos ningún caso en los fetos macrosomas estudiados.

La incidencia de Distocia de Hombros en fetos de peso inferior a 4.000 grs. ha sido de 7 casos, todos oscilan en el peso de 3.550 a 3.930 grs.

No se dio ningún caso de Distocia de Hombros en

recién nacidos de peso igual o superior a 4.000 grs.

Teniendo en cuenta los valores de pH de art. umbilical, veremos que los R.N. por esta vía tendrán mejor pronóstico.

Por el contrario el pronóstico materno será peor en los casos de las cesáreas, riesgo de la intervención quirúrgica, postoperatorio, etc...

Cuando nos fijamos en la paridad de las madres de estos fetos macrosomas, vimos que:

- El 46% de las madres eran secundíparas.
- El 34% de las mismas eran primíparas.
- El 20% restante eran múltiparas, tercer o posterior parto.
- Por último valoramos la relación Edad Gestacional y feto macrosomas.

Vimos que el 13% de todas las mujeres que parían con una Edad Gestacional superior a 40 semanas, fueron recién nacidos de peso igual o superior a 4.000 grs.

Cuando nos referimos a las mujeres que parían con una Edad Gestacional superior a 40 semanas, el 2,3% de todas éstas tenían fetos macrosomas.

Al analizar el tratamiento estadístico a estas cifras, de entrada se aprecia una diferencia importante en valores absolutos y al realizar la prueba de Chi cuadrado obtenemos una p de 0.0001, que al resultar inferior a 0,05 nos dice que existen diferencias estadísticamente significativas, luego podemos establecer que cuando la E. Gestacional supera las 40 semanas hay mayor posibilidad de que el R.N. tenga un peso igual o superior a 4.000 grs.

Conclusiones

- Destacar el gran número de parto eutócicos que se dan en los fetos de más de 4.000 grs.
- Se produce un incremento de cesáreas en nuestro grupo de estudio con respecto al total de R.N.
- Menor incidencia de partos vaginales operatorios en nuestro grupo de estudio en comparación con el total de partos.
- Mejor pronóstico perinatal inmediato, en los macrosomas que nacen mediante cesárea.
- Peor pronóstico materno en el grupo de estudio por el incremento de las cesáreas.
- Mayor posibilidad de macrosomas en mujeres con Edad Gestacional superior a 40 semanas.

MADRES ADOLESCENTES

Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas
Santiago de Compostela, Octubre 1995

M^a JESUS ISLA. (Profesora asociada en ciencias de la salud, Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares)

CLARA I. PATRÓN. (Unidad de paritorio. Hospital universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares)

M^a PILAR MAESO. (Unidad de paritorio. Hospital universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares)

CATALINA BECERO. (Unidad de paritorio. Hospital universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares)

Resumen

Los objetivos que motivaron este trabajo fueron dos estudios comparativos de partos en mujeres > de 20 años y < de 20 años y averiguar problemas discriminatorios y sociales en madres adolescentes.

Para conseguir estos objetivos se han estudiado todos los partos acontecidos durante 1994, separando madres adolescentes y madres > de 20 años.

Los parámetros estudiados para este objetivo fueron: edad, paridad, variaciones estacionales, características del parto y recién nacido (R/N).

Para el segundo objetivo además se realizó una encuesta telefónica abierta y anónima a 40 de las 79 adolescente que parieron en 1994. Las preguntas realizadas en dicha encuesta estaban relacionadas con el apoyo en el parto, relación actual con su pareja, alimentación de su hijo y problemas que habían surgido en su vida por ser madre adolescente (económicos, sociales, culturales etc.).

Encontramos 74 partos de primíparas y 5 secundíparas adolescentes, existiendo un incremento de partos durante los meses de enero y abril; no existiendo grandes diferencias en cuanto a características del parto y R/N entre adolescentes y mujeres mayores de 20 años, salvo el aumento de partos instrumentales.

En cuanto a la encuesta se sintieron en un porcentaje elevadísimo apoyadas, tanto por su pareja como por el personal de enfermería de paritorio, ninguna se sintió en ese momento discriminada y en su mayoría tienen problemas sobre todo sociales y económicos.

Introducción

Es un gran problema para la sociedad, que mientras que en las parejas estables ha descendido considerablemente el índice de natalidad, aumenten los embarazos en mujeres adolescentes.

El inicio temprano de relaciones sexuales por maduración biológica precoz, se asocia a una mejor percepción del riesgo y a una menor utilización de métodos contraceptivos.

El método más conocido y de fácil adquisición es el preservativo, pero las expectativas de que este puede disminuir la espontaneidad y placer de una relación sexual, se han descrito como los posibles factores responsables de su escasa utilización por parte de los adolescentes.

Las jóvenes sin actividad laboral ni académica, constituyen un grupo de riesgo especial, pero más difícil de alcanzar a través de los canales educativos habituales.

El 80% de los casos tienen en su hábitat unas condiciones socio-económicas un tanto especiales: familias numerosas, falta de intimidad, desempleo, alcoholismo, malos tratos.

Después del parto, el abandono de los estudios, matrimonio impuesto, ausencia de precauciones etc., aumenta el número de embarazos en adolescentes de 17 a 18 años. Pasados los cinco años sólo las 3/4 partes de estos matrimonios se mantienen.

Las adolescentes de 15 a 16 años suelen mantenerse solteras.

Por tanto los profesionales de la salud de este centro, nos planteamos la necesidad de fomentar la educación sexual dirigida a los adolescentes que en ellas se inician.

En el presente trabajo nos proponemos analizar los partos, y problemática que generan en nuestras madres adolescentes del año 1994.

Material y Métodos

El área III, supone un espacio industrial-urbano en la zona noreste de la comunidad autónoma de Madrid. La extensión es de 453 Km². La población es de 234.685, de los cuales 116.578 son mujeres. Densidad de 558 habitantes por Km², siendo una de las áreas con una población más joven dentro de nuestra comunidad.

Los partos durante el año 1994 sumaron un total de 2.211, de los cuales 79 fueron de madres adolescentes, de ellos 5 correspondieron a madres menores de 15 años.

Los parámetros recogidos, para analizar las características de todos los partos fueron:

- Paridad
- Duración de la gestación
- Forma de inicio

- Finalización del mismo
- Sexo
- PH arterial

Preguntas realizadas en la encuesta anónima y telefónica:

- ¿Cómo se sintió en el parto? Apoyada (pareja, matrona) ó discriminada.
- ¿Cómo se alimentó tu hijo? Lactancia materna (duración) ó lactancia artificial. ¿Por qué?
- ¿Vive con su pareja? Sí-No
- ¿Vive sola o con su familia? ¿Mantiene algún contacto con el padre de su hijo/a?
- ¿Ha supuesto algún problema en su vida ser madre tan joven?
- Económico - trabaja El, trabaja Ella o dependencia.
- Social
- Relación con amigos de su edad.
- Estudios

Resultados

De los 2.211 partos, 79 (3,5%) corresponden a mujeres adolescentes, 5 de ellos fueron asistidos a menores de 15 años, los 74 restantes a mujeres entre 16 y 19 años.

La incidencia mensual fue:

En mujeres adolescentes, nos ha sorprendido que el número de partos está aumentando en los meses de enero y abril (10 partos) correspondiendo el inicio de la gestación a los meses de abril y julio del año anterior, que curiosamente fueron los meses de Semana Santa y campamentos estivales.

Un 93,67% de las adolescentes estudiadas eran primíparas, siendo el resto 6,32% secundíparas.

En cuanto a las características del parto hemos encontrado:

No hubo diferencias significativas en la duración de la gestación, ocurriendo el proceso del parto entre la 37 y 42 semana de gestación (S.G.) en ambos casos en un 92% aproximadamente. (Gráfico 1)

CARACTERISTICAS DEL PARTO

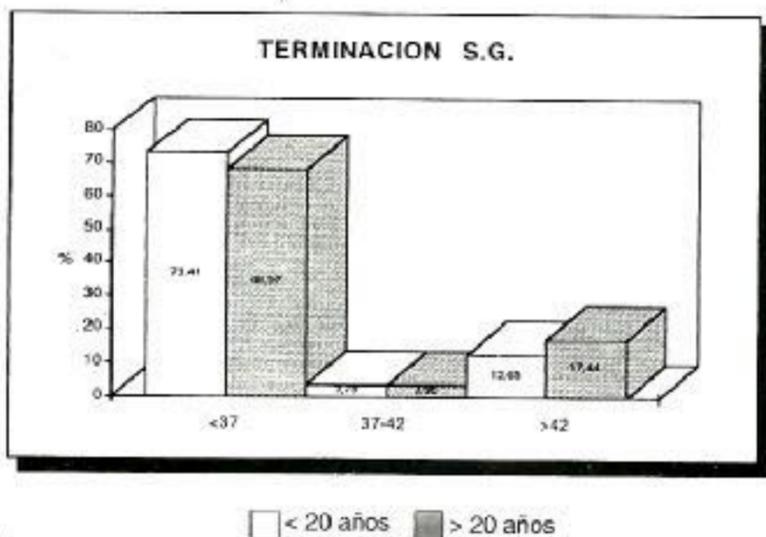


Gráfico 1

Queremos reseñar que en mujeres adolescentes existe un ligero incremento de partos pretérmino, no existiendo ningún parto postérmino.

Los partos se iniciaron espontáneamente, en mayor número, en mujeres adolescentes. Las inducciones fueron la mayoría por rotura prematura de membrana (rpm), y las cesáreas electivas por presentación de nalgas.

La incidencia de inducciones fue mayor en mujeres mayores de 20 años.

En mujeres adolescentes, el inicio y final del parto fue de forma espontánea en su mayor parte, observando un ligero incremento de espátulas debido a la edad materna.

Hay un ligero incremento de población masculina en ambos casos. (Gráfico 2 y 3)

CARACTERISTICAS DEL PARTO

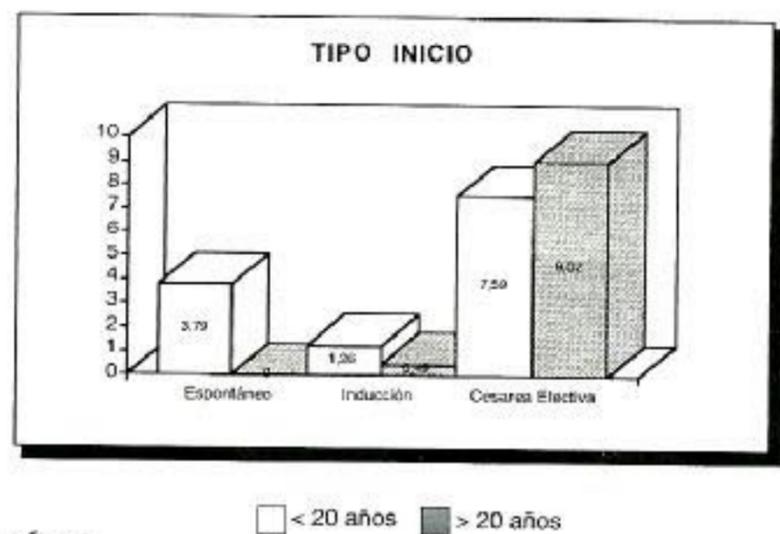


Gráfico 2

CARACTERISTICAS DEL PARTO

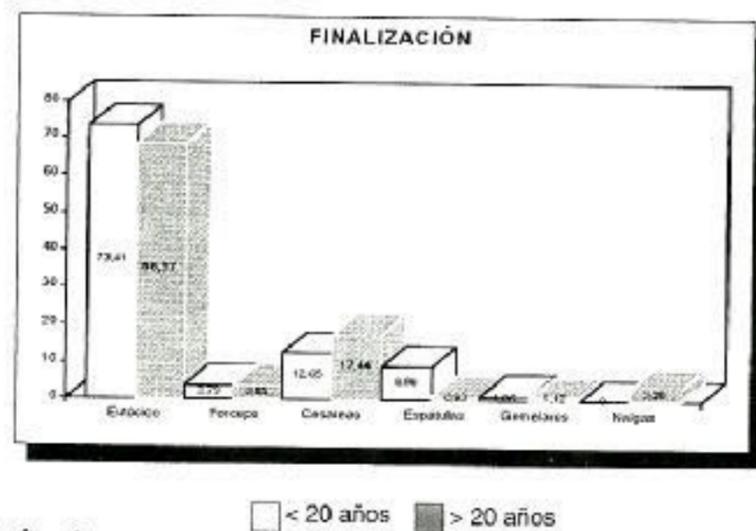


Gráfico 3

En más de un 85% en ambos grupos el peso estaba comprendido entre 2.500 y 3.999gms. (Gráfico 4)

No ha existido ningún Ph de cordón arterial por debajo de 7.10 en hijos de madres adolescentes, siendo el 88,9% valores por encima de 7.20, hecho que nos demuestra el buen estado general de los R/N. (Gráfico 5)

En la encuesta realizada, el total de adolescentes llamadas (40), respondieron gustosas. Nuestra presentación fue: somos matronas del Hospital.

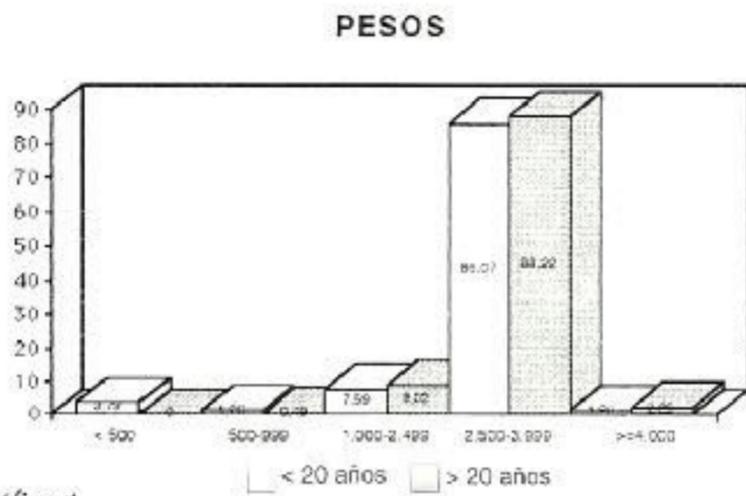


Gráfico 4

Valores de pH Arterial

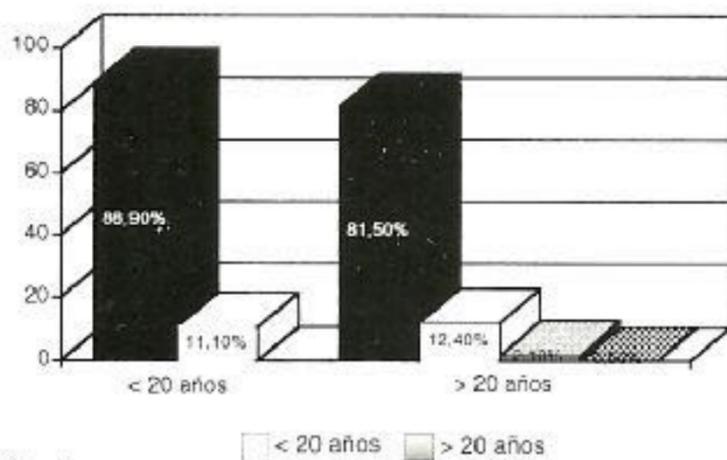
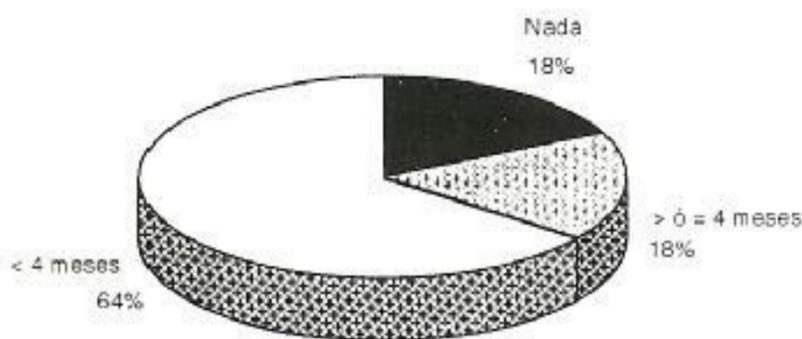


Gráfico 5

El total de ellas se sintió apoyada tanto por su pareja, si la tenían, como por las matronas que les asistieron.

La atención al R/N, por parte de estas madres, al principio estuvo llena de temores por desconocimiento, sólo 7 de ellas utilizaron la lactancia materna 4 o más de 4 meses, otras 7 utilizaron lactancia artificial y el resto menos de 4 meses 64%.

Lactancia Materna

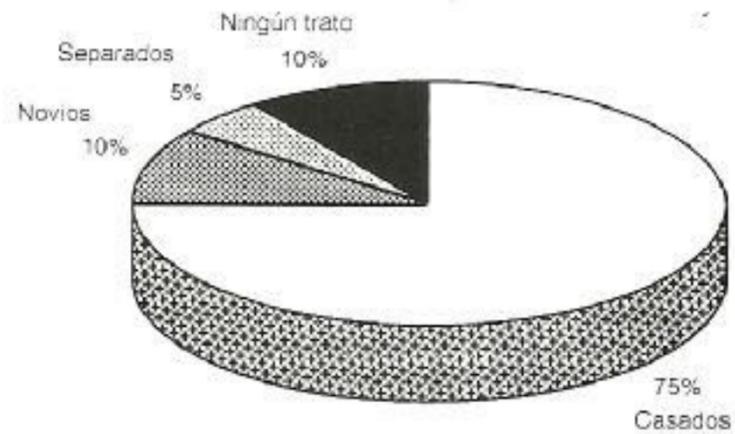


Todas ellas coinciden que dejaron de dar el pecho, a pesar del problema económico porque el niño lloraba, tenía hambre.

La relación con su pareja al año siguiente de ser madre es la siguiente:

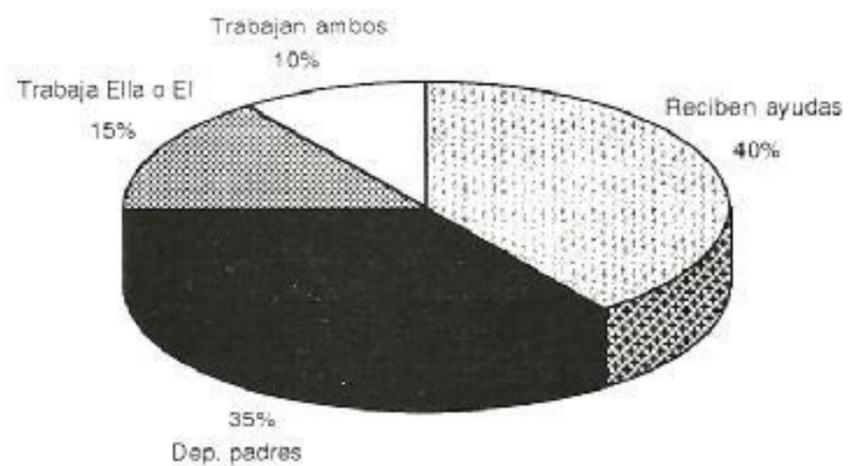
Casados 75%, sólo habían contraído matrimonio o vivían en pareja antes del embarazo el 12% de ellos, ningún trato 10%, separados 5% y novios 10%.

Relación con pareja



La economía familiar deja mucho que desear, sólo un 25% tienen independencia económica, depende de los padres un 35% y el 45% reciben ayuda de familia.

Nivel socio-económico



Sólo una adolescente de las 40 retomó sus estudios, dejaron los estudios por el embarazo 13 (33%) de las entrevistas, no hacían nada 21 (53%), dejaron de trabajar 2 (5%) y por último trabajaban y trabajan 4 (10%).

Nivel socio-cultural



Sólo un 15% de ellas dicen tener relaciones con otros adolescentes.

Discusión

Después de realizar el estudio y la encuesta, nos han sorprendido algunos de los datos obtenidos, pues no responden a los trabajos que hay realizados sobre este tema, como son: el aumento de partos pretérminos, que en nuestro caso no hemos constatado.

Además, queremos reseñar que la respuesta obtenida ante la problemática que plantea un embarazo en una adolescente han sido mucho más positivas de lo que nosotras esperábamos al iniciar la encuesta. En la mayoría de los casos tanto las familias como las adolescentes, han asumido el hecho con gran alegría, sin dar excesiva importancia a los problemas socio-económicos que ello les ha acarreado.

También nos sorprendió la cifra tan elevada (53%) de adolescentes que a esta edad no hacían nada.

Conclusiones

- Cuatro de cada cien mujeres que paren en nuestra área, son adolescentes. De ellas el 6,32%, repiten embarazo siendo todavía adolescentes.
- Se incrementa el inicio de gestaciones en Semana Santa y julio del año estudiado.
- Hay aumento de partos instrumentales (espátulas), para aliviar expulsivo.
- Partos programados (descansar en verano) para mujeres > de 20 años. Partos inesperados para adolescentes.
- Disminución del tiempo de lactancia materna por desconocimiento.
- Problemas socio-económicos en madres adolescentes, por una mala educación sanitaria.

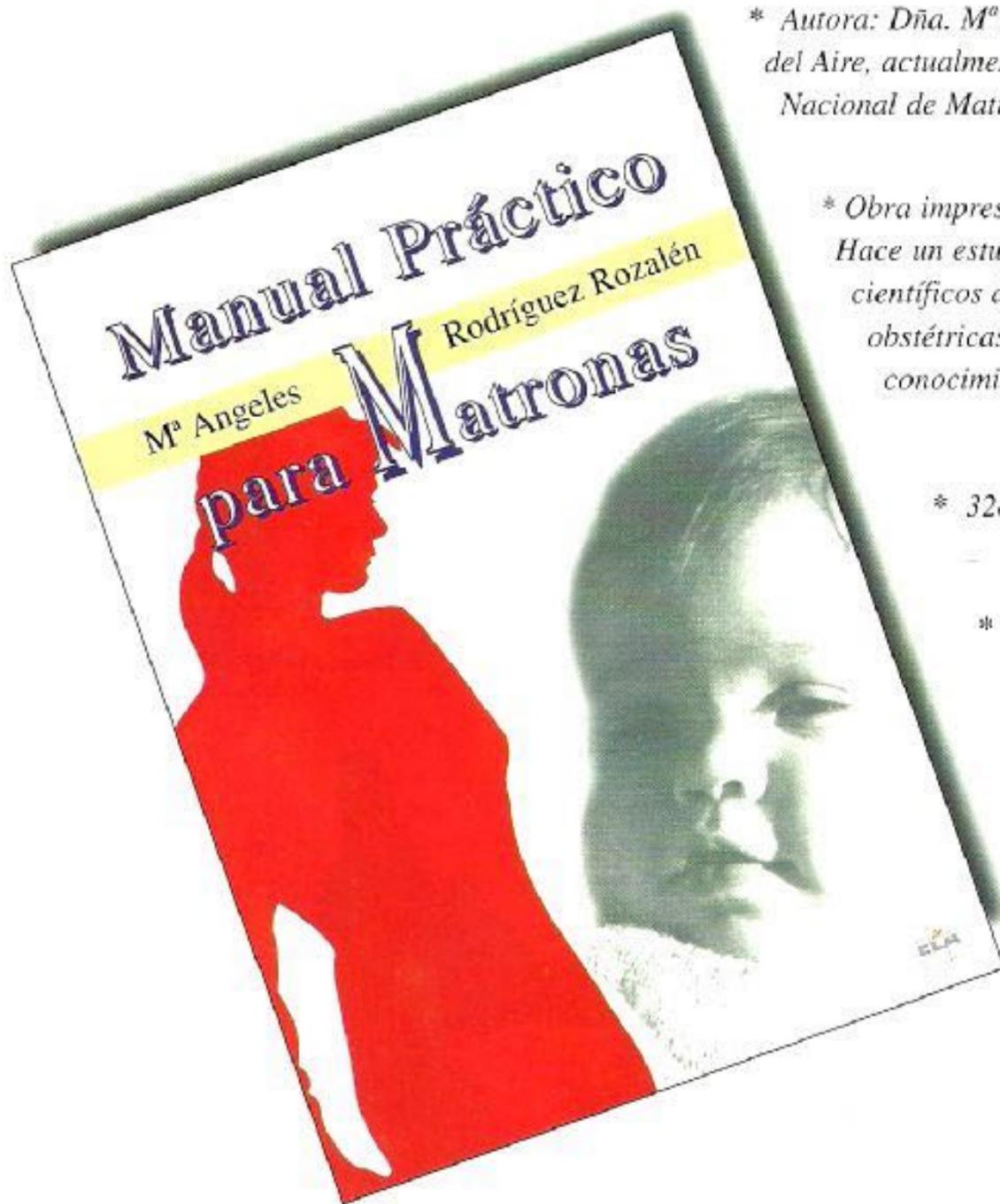
Bibliografía

- H. ARMS, N.C. GONZÁLEZ GONZÁLEZ, J.A. GARCÍA HERNÁNDEZ.
Estudio clínico epidemiológico del embarazo en la adolescencia. Acta ginecológica vol. XLIII (1986).
- EDUARDO FERNÁNDEZ, M. MARTÍNEZ TEN.
Repercusiones psicoemocionales del embarazo en la adolescencia. XIX Congreso Nacional de Ginecología. Oviedo (1987).
- III Curso Nacional de Obstetricia Matronas para matronas. Gran Canarias (1990).
- C. BEDOYA BERGUA, F. GARCÍA, J.M. BEDOYA GONZÁLEZ.
Algunas peculiaridades de las embarazadas juveniles. HU "Virgen de la Macarena" (1995).
- M. NEBOT, I. ROHLFS.
Factores de riesgo de embarazo en adolescentes usuarias de planificación familiar. Barcelona (1994).
- J.F. SÁNCHEZ ALONSO, C. CRESPO PURAS, R. ARRANZ NOTIVOLI.
Embarazo en la adolescencia. Madrid (1989).
- MAPA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (1991).
- REGISTRO DE PARTOS DE ALCALÁ DE HENARES (1994)



Manual Práctico para

MATRONAS



* *Autora: Dña. Mª Angeles Rodríguez Rozalén, matrona del Hospital del Aire, actualmente ostenta la Presidencia de la Asociación Nacional de Matronas.*

* *Obra imprescindible de consulta para matronas y enfermeras. Hace un estudio sistemático de los principios y fundamentos científicos de la atención prenatal, recopila las cuestiones obstétricas de mayor incidencia y está adaptada a los conocimientos de nuestros días.*

* *328 páginas.*

* *38 gráficos de monitorización materno-fetal.*

* *110 tablas y 60 figuras.*

* *Formato 170 X 240 mm.*

* *Encuadernación Rústica.*

**MANUAL PRACTICO
PARA MATRONAS**

P.V.P.: 4.500 PTAS
IVA INCLUIDO

Para pedidos: envíe esta tarjeta a:



Núñez de Balboa, 120
Telf.: 562 60 00 - Fax: 561 57 87
28006 Madrid
E-mail: arangrup@ctv.es

Deseo recibir ejemplares

Apellidos y nombre

Dirección

Población Provincia..... C. P.

Especialidad Centro de trabajo

Forma de pago: Contra reembolso Talón adjunto

Tarjeta de crédito: VISA AMERICAN EXPRESS

N.º

FECHA CADUCIDAD

TITULAR

Firma:

PERSISTENCIA DEL CORDÓN UMBILICAL SEGÚN EL TIPO DE CURA

VERDEGUER FURIÓ J, (Matrona A. Primaria).

RUIZ ROYO. (Enfermera Profesora Titular. Enfermería Materno-infantil. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante).

M^a T. GIMENO FURIÓ. (Matrona A. Primaria).

M SÁNCHEZ PÉREZ, S. (Médico. Profesor de Informática. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante).

COMUNICACIÓN PRESENTADA EN EL V CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

SANTIAGO DE COMPOSTELA, OCTUBRE 1995

Introducción

La cicatrización normal del cordón umbilical se produce por término medio entre el 7º y el 10º día de vida (1), (2), (3), (4), (5), (6) y (7). La cicatrización tardía favorece la aparición de infecciones en el recién nacido (1), ya que mientras persista el cordón, puede actuar como reservorio de gérmenes potencialmente patógenos (2). El cuidado correcto del cordón umbilical en el momento del nacimiento y en los días posteriores hasta su caída y completa cicatrización será aquél que permita que el proceso tenga lugar en el tiempo adecuado.

En nuestra práctica ciudadana hemos observado que más de la mitad de los niños controlados en nuestra consulta, mantienen el cordón umbilical más allá del 10º día de vida, produciéndose la caída en la mayoría de los casos entre el 11º y el 27º día, aunque en ninguno de ellos se ha observado signo alguno de infección.

Habitualmente, en nuestro medio, no hay conexión entre los niveles de asistencia primaria y especializada en cuanto a los criterios o protocolos que se utilizan para curar el cordón. Es un hecho, que a pesar de que la totalidad de las madres han recibido, en la consulta prenatal, información y formación de como deben de curarlo, cuando vienen a la visita puerperal, constatamos que utilizan distintos tipos de cura y de antiséptico, según les hayan indicado en el hospital.

Con el presente estudio pretendemos identificar el tipo de cura que ha sido más eficaz para la caída del cordón umbilical en los recién nacidos atendidos por nosotros en el Centro de Especialidades de Elche, dentro del Programa de Atención a la Mujer Embarazada.

La finalidad es establecer un protocolo eficaz de cura de cordón umbilical e intentar que sea aceptado y llevado a la práctica en todos los niveles de asistencia de nuestra área de salud, con el fin de mostrar a las madres criterios claros de actuación en este cuidado específico de sus niños, aumentando así la calidad de la asistencia al recién nacido.

Material y Método

La muestra, constituida por 228 recién nacidos, ha sido recogida de forma aleatoria entre los nacimientos de la

Zona Centro, Zona Llano, La Marina y la Holla, atendidos en el Centro de Especialidades de Elche, dentro del Programa anteriormente citado, en el periodo comprendido entre Enero de 1994 y Junio de 1995.

Los datos han sido obtenidos a partir de la Historia de Salud de la Embarazada y la Hoja de Anamnesis del Recién Nacido correspondiente.

Las variables estudiadas han sido tiempo de persistencia, tipo de cura, frecuencia de la misma y antiséptico utilizado.

Las curas las hemos definido como:

CURA HÚMEDA.- Cuando cada vez que se cura el cordón, se deja alrededor del mismo, una gasa impregnada del antiséptico utilizado.



CURA SECA.- Cuando cada vez que se cura el cordón, con el antiséptico utilizado, se seca y se lía con una gasa estéril y seca. Es la que recomendamos en nuestra consulta.



La frecuencia ha sido definida como:

- 1.- Una vez al día.
- 2.- Dos veces al día.
- 3.- Tres o más veces.

Los antisépticos utilizado han sido:

- 1.- Alcohol de 70°.
- 2.- Mercromina.
- 3.- Betadine.
- 4.- Alcohol más Mercromina.
- 5.- Alcohol más Betadine.

El tipo de cura que se enseñó a las madres en la consulta prenatal y en Educación maternal fue el siguiente:

- 1.- Secado exhaustivo del cordón tras el baño, a ser posible con secador de aire caliente moderado.
- 2.- Limpieza del muñón umbilical y de la zona de inserción con alcohol de 70°.
- 3.- Secado de nuevo con gasa estéril.
- 4.- Envoltura del cordón con otra gasa estéril.
- 5.- Colocación del pañal de forma que no tape la herida umbilical (1), (3) y (8).

El estudio es de tipo descriptivo aleatorio y transversal. El tratamiento informático se ha realizado con la base de datos DBASE III PLUS y el programa EPINFO.

Resultados

TIEMPO DE PERSISTENCIA.- Los 228 casos estudiados, los hemos dividido en dos grupos:

Grupo A.- Incluye los niños cuyo cordón se desprendió en los 10 primeros días de vida, entre el 2° y el 10°, siendo N = 95 (43%), la media de 6,3 días y la moda de 10 (28 casos).

Grupo B.- Incluye los niños cuyo cordón se desprendió entre el 11° y el 27° día, siendo N = 129 (57%), la media de 17,9 y la moda de 20(21 c asos).

Tipo de Cura

Grupo A.- De los 95 casos que constituyen este grupo, 85 casos (89%), fueron tratados con cura seca. Sólo 10 casos (11%), con cura húmeda.



Grupo B.- De los 129 casos que comprende, 26 casos (20,15%), recibieron cura seca. El resto, 103 casos (79,8%) cura húmeda.

Frecuencia de Cura

Grupo A.- En 83 casos (87,3%), la cura se efectuó 1 vez en 24 horas. En ningún caso se realizó 2 veces en 24 horas y en 12 casos (12,6%) se realizó 3 veces o más.

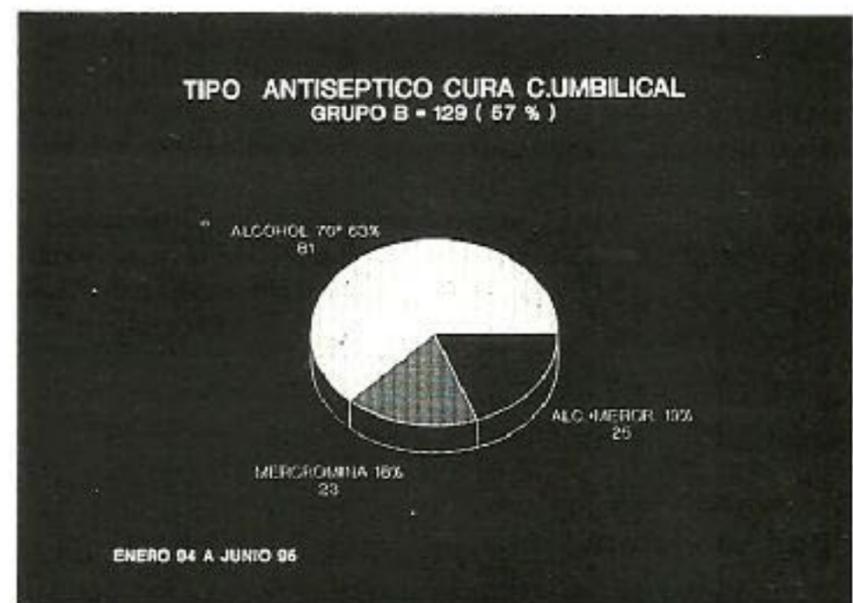
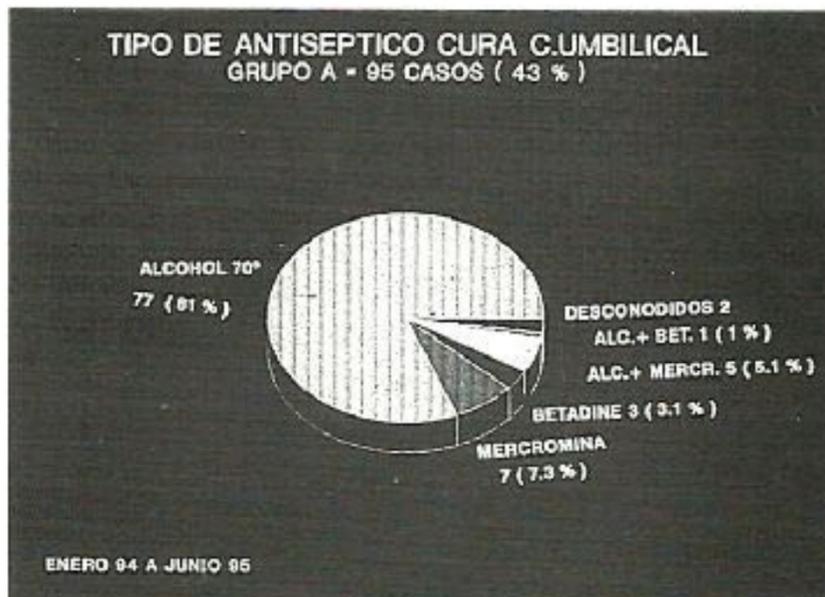
Grupo B.- En 30 casos (23,2%) se curó el cordón 1 vez en 24 horas. 18 casos (13,9%), 2 veces y 81 casos (62,7%) tres o más veces.



Tipo Antiséptico

Grupo A.- En 77 casos (81%) se utilizó el alcohol de 70°; en 7 casos (7,3%), mercromina; en 3 casos (3,1%) Betadine y en 5 casos (5,2%), mercromina sin alcohol. En 1 caso (1%) Betadine más alcohol. En dos casos desconocemos el antiséptico.

Grupo B.- En 81 casos (62,7%) se utilizó Mercromina; en 25 casos (19,3%), Mercromina más alcohol.



Discusión

Realizada una búsqueda bibliográfica Medline, Acta Pediátrica Española y Anales Españoles de Pediatría, de los años 1985 al 1995, encontramos un total de 35 artículos referidos a distintos aspectos del tratamiento del cordón umbilical. La mayoría de ellos son estudios sobre la colonización bacteriana del mismo en función del antiséptico utilizado, relacionando la caída, en algunos, con el tipo de parto, peso del recién nacido y raza.

No hemos encontrado ningún estudio que haga referencia al tiempo de caída del cordón en función de la cura que se aplica.

Los resultados del presente estudio, parecen demostrar que la cura seca favorece la momificación y posterior caída del cordón umbilical dentro de los 10 días posparto.

En cuanto a la frecuencia de la cura, tampoco hemos encontrado referencias en nuestra búsqueda bibliográfica.

Respecto al antiséptico utilizado, sin entrar en el terre-

no de la colonización bacteriana, nuestros resultados coinciden con otros realizados en nuestro país (6) y (7).

En vista de los resultados obtenidos y siendo conscientes de que nuestro estudio es un simple descriptivo, podríamos concluir que el tratamiento más adecuado del cordón umbilical se realizaría de la siguiente forma:

Antiséptico de elección: Alcohol de 70°.

Tipo de cura: seca.

Frecuencia de la misma: 1 vez al día, tras el baño del recién nacido.

Aunque este dato no ha sido verificado en nuestro estudio, apoyándonos en la bibliografía existente (1), (3), y (8) y en el sentido común (9), el empleo de pañales especiales de RN, o en su defecto la colocación del pañal normal de forma que no tape el cordón umbilical, favorecería la momificación y caída del cordón en el tiempo deseable.

Bibliografía

- 1.- Cruz, M. et al.: Tratado de Pediatría, 7ª edición, Ed. Espaxs. Barcelona, 1993.
- 2.- Hamilton, P.M.: Enfermería Pediátrica Básica, 5ª. Ed. Interamericana de España - McGraw-Hill. Madrid, 1990.
- 3.- Dickason, Silverman y Schult.: Enfermería Materno-Infantil. 2ª edición, Ed. Moby/Doyma Libros. Madrid, 1995.
- 4.- Bourke, E.: Cord care: too much or too little. Aust J Adv Nurs. 1990. Dec. -Feb. 7(2). P 19-22.
- 5.- Novack, AH., Mueller, B. y Ochs, H: Umbilical cord separation in the normal newborn. Am J. Dis Child: 1988 Feb. 142 (2). P 220-3.
- 6.- Perapoch López, J., Salcedo Abizanda, S., Gallart Catalá, A., Peguero Monforte, G., Casellas Caro, M., Barroso Pérez, C., Fernández Pérez, F., Rodríguez Garrido, V.: Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia umbilical. An. Esp. Pediatr. 39, 3 (195-198), 1993.
- 7.- Dominguez Cunchillos, J., Cañedo-Argüelles, L., Calvo Escribano, C., Olivan del Cacho, M.J., Sierra Sirvente, J., Roc, L., Cantalapiedra Malaguilla, E.: Antisépticos cordonales: Protocolo de cuidado del cordón umbilical en el RN. Acta Pediatr. Esp. 49, 3 (215-218), 1991.
- 8.- Whaley, L.F. y Wong, D.L.: Enfermería Pediátrica, 4ª edición, Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid, 1995.
- 9.- Nightingale, F.: Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Ed. Salvat. Barcelona, 1990.

RITMICIDAD DE LOS NACIMIENTOS Y SU REPERCUSION EN LA CLINICA OBSTETRICA

Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas
Santiago de Compostela, Octubre 1996

M^a.DOLORES VIÑAS. *Matrona. P.A.C.S. Universidad de Santiago de Compostela, Unidad docente de matronas (E.U.E.), Matrona del Hospital General.*

MERCEDES GONZÁLEZ. *Profesora colaboradora, Unidad docente de matronas (E.U.E.). Matrona del Hospital General.*

LOURDES CASTRO. *Matrona. Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas (E.U.E.). Supervisora de Obstetricia y Partos, de H.G.G.*

Históricamente se admite la influencia de determinados elementos y/o fenómenos en la puesta en marcha del parto.

Hay creencias populares muy arraigadas que se han ido transmitiendo de generación en generación que, aunque a priori carecen de rigor científico, tienen una gran influencia sociocultural.

Podríamos citar, a modo de ejemplo, la influencia de la luna, las mareas, la temperatura, los ciclos de luz-oscuridad, la estacionalidad, los ciclos circadianos y algunas tan pintorescas como el florecimiento de la Flor de Jericó, el agua de orégano, el colgar la llave detrás de la puerta.

A veces, encontramos trabajos sobre dichas creencias que son contradictorias y discutibles, pero que, al mismo tiempo, tienen un gran interés: (Torrejón, Jara, Stern, Guillón). Si pudiéramos demostrar los efectos de tales elementos y/o fenómenos en la puesta en marcha del parto podríamos así mismo lograr una mejor distribución del trabajo sanitario.

Material y Método

En el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (H.G.G.) y en colaboración con la Universidad de Vigo, hemos llevado a cabo un estudio sobre la distribución día a día, mes a mes y año a año de 91.852 partos que tuvieron lugar en la Comunidad Autónoma Gallega, cifra que supone un 93 por ciento del total de partos registrados y que abarcan un período comprendido entre el 1 de Noviembre de 1988 y el 30 de Junio de 1993. Datos que fueron evaluados en el laboratorio de Cronobiología de la Universidad de Vigo y tras su estudio y posterior discusión se obtuvieron los siguientes resultados:

Resultados

Hemos encontrado una ritmicidad en el número de nacimientos definida por un ritmo anual ($p < 0.001$), semestral ($p < 0.001$), cuatrimestral ($p < 0.001$) y trimestral ($p = 0,015$) tal como se observa gráficamente en la figura 1. Esta se mantiene aunque dividamos la población de sexos (figura 2) o por áreas sanitarias (figura 3).

Los meses en los que se produce el mayor número de nacimientos son enero, abril-mayo y septiembre. Los pe-

ríodos de mayor fecundidad serían, por tanto, los meses de abril, agosto y diciembre, y el más bajo en marzo. Esta ritmicidad probablemente se deba o se vea influenciada por factores socioeconómicos, estacionalidad de los matrimonios, ciclos económicos y agrícolas, períodos de vacaciones, y climatológicos (temperatura y fotoperíodo).

Becker⁷ sugiere que, para España, en el período 1.974-1978, el pico de máxima concepción estaría en el mes de agosto y el mínimo en marzo, coincidiendo con nuestros hallazgos en Galicia.

Pero estos datos también podrían concordar con un posible factor de mayor fertilidad femenina en esas épocas, ya que los cambios endocrino-cronobiológicos que expresarían un posible incremento de la fecundidad podrían estar relacionados con aquellos que inducirían la aparición de la menarquia como indicador del comienzo de la fertilidad. Si esto estuviese influenciado por factores endocrinológicos que siguiesen un ritmo, los efectos que ocasionasen éstos deberían influir en todas las mujeres, propiciando en todas ellas un cambio hormonal semejante, lo que conllevaría a un posible período de mayor fertilidad femenina en esa época.

Albright et al.⁶ recientemente indicaron que habría un incremento en las menarquias en los meses de enero, agosto y julio y una menor tasa de febrero y mayo. Esto indicaría que los nacimientos correspondientes a esos supuestos períodos de mayor fecundidad deberían ocurrir en septiembre, mayo y abril. Al mismo tiempo, la menor incidencia sería en los meses de noviembre y febrero, coincidiendo así con nuestros hallazgos (figura 55).

Conclusiones

1.- Existe una ritmicidad anual respecto al número de partos a lo largo de los meses, independientemente del sexo o del área sanitaria.

2.- La ritmicidad se verá influenciada por dos factores diferentes:

- a) Los puramente biológicos.
- b) Socioculturales.

A medida que estos influyan requerirán estudios posteriores.

3.- Como conclusión práctica, al determinar las épocas de mayor volumen de partos, se podría organizar racionalmente el trabajo de la clínica obstétrica.

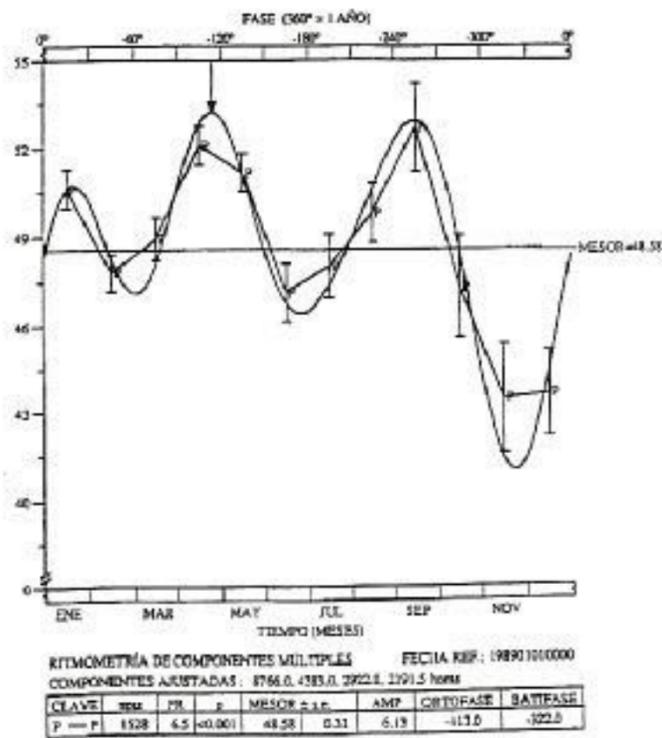


Figura 1. Ritmicidad del número de nacimientos en los días del año. Galicia 1989-1993.

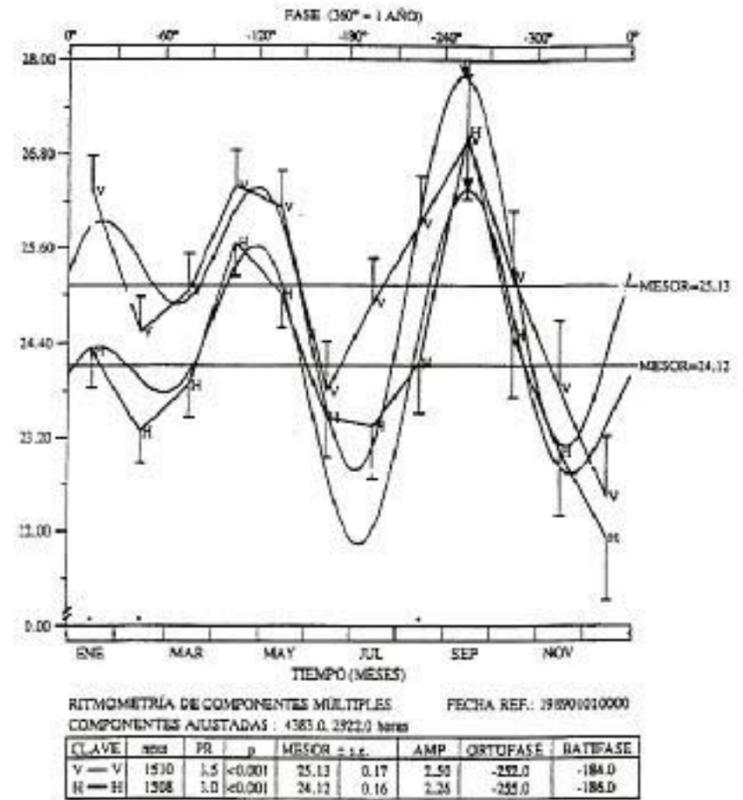


Figura 2. Ritmicidad del número de nacimientos en los días del año. Comparación de los sexos: «V» niños y «F» niñas.

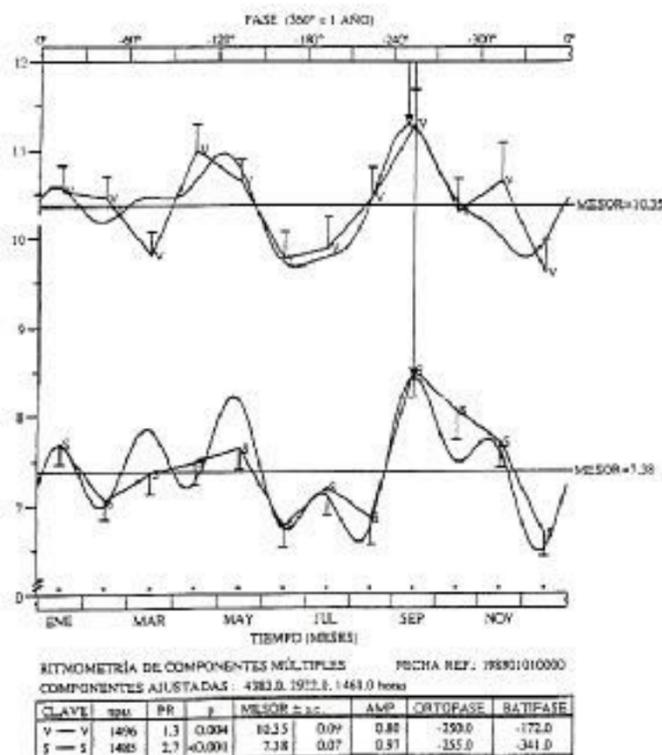


Figura 3. Ritmicidad del número de nacimientos en los días del año. Comparación de las áreas sanitarias de Vigo «V» y Santiago de Compostela «S».

Bibliografía

- 1º "Influence of the full and moon onset of labor and spontaneous rupture of membranes"; Ellen W. Stern, Greer L. Glacer, Nick Sanduleak, *Journal of Nurse-Midwifery*. Vol. 33, nº2, Marzo/Abril 1988.
- 2º "Nacer con Luna"; Torrejón M. En: *Hygia* nº8.
- 3º "Partos y fases lunares. Un estudio y replicación"; Felix J. Jara Fernández. *Enfermería Científica*, nº98 Mayo 1990.
- 4º "Les rythmes saisonier, hebdomadaire et lunaire des naissances"; Guillon D., Pierre F., Soutoul J. H., *Rev. Fr Gynecol. Obste.* 83, 1988.
- 5º "Ritmo estacional, semanal y horario de los partos habidos en el Hospital "General Yagüe" de Burgos en la última década"; J. Berzosa González, J.V. Carmona Moral, J. Martínez. *Progresos en obstetricia y Ginecología*, Vol. 33 nº6.
- 6º "Seasonal characteristics of and age at menarche"; albright DI, Voda AM, Snolesky Mh. *Prog. Clin. Biol. Res.* 1990 (USA).
- 7º "Seasonal patterns of Births and conception throughout the world"; Stan Becker. Departamento of population dinamy. Universidad de Jhon Hopkins Baltimore.

CAMBIO DE ACTITUDES EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

APLICACIÓN DE TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN LA EDUCACIÓN MATERNAL

Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Matronas
Santiago de Compostela - Octubre de 1995

ISABEL CASTELLÓ LOPEZ

Vocal Matrona del Iltre. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Introducción

Ante todo agradecer al Comité Organizador, la posibilidad de estar presentando, esta, mi primera comunicación, además de hacerlo como Vocal Matrona de Valencia.

Esta comunicación no pretende hacer una valoración de resultados, sino exponer una experiencia personal de hacer la educación maternal durante cinco años.

Esta manera de hacer la educación maternal surgió por mi formación en el campo de psicoterapia, teniendo la posibilidad de aplicarlo en algo que sin duda pretendemos todas las matronas que nos dedicamos a la Atención Primaria como es la educación maternal.

Tengo que decir que los resultados han sido buenísimos a lo largo de este tiempo, valorables no sólo por mí, sino por el equipo tocológico del hospital que las asistía.

Deciros que el cambio de actitudes no supone la transformación total de la persona, pero sí de parte de ella, por eso creo importante comentaros un poco sobre actitudes.

Actitud

1.- Definición:

Se puede definir como: "Una manera de estar o posicionarse en el mundo". Otra definición es: "una respuesta valorativa, relativamente estable, ante un objeto, que tiene componentes y consecuencias importantes para el individuo y/o el grupo".

2.- Componentes:

Los elementos que componen la actitud son tres:

- a) Cognoscitivos: ideas o creencias respecto de algo y/o de alguien.
- b) Emocionales: casi siempre asociado a elementos afectivos.
- c) Comportamentales: conducta observable y objetiva.

Pero todos estos elementos tienen un **origen**, y

este es el aprendizaje, que la mayor parte de las veces es en el entorno familiar, en el entorno educativo y en el entorno social, que son los que más marcan la personalidad del humano, sobre todo, en la etapa básicamente temprana del aprendizaje, dando lugar a una actitud determinada ante la vida futura.

Pero esto se **aprende** por: condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental, imitación o aprendizaje vicario. Todo ello va a dar lugar en la persona adulta a dos **tipos de actitudes**:

- a) Generativas: nutrientes o positivas.
- b) Limitantes: bloqueantes o negativas.

Pero si lo que se pretende o por lo menos lo que yo trato es modificar o moldear son estas actitudes negativas cara al embarazo, parto o postparto, con la educación maternal, hay que intervenir en alguno o parte de los elementos que la componen: creencias, emociones o conductas al respecto, que hacen que algunas mujeres lo vivan de forma temerosa e inquietante en lugar de agradable y satisfactoria.

El hecho es que con la educación, se da información, a la gestante, suficiente para que haya un cambio de ideas o creencias, a través de: la modificación de ideas viejas por nuevas o cambiando el foco de atención en las ideas más positivas o modificando el proceso de ideas limitantes a generativas, bien por repetición de éstas o por el impacto que tengan en la mujer.

Todo lo anterior, va a hacer que la gestante modifique su parte emotiva y que efectivamente se pueda sentir más unida a su proceso, más segura y responsable. También se puede intervenir en el componente conductual a través de: la teoría del refuerzo positivo, teoría del equilibrio o teoría de la disonancia.

Bien, pues os preguntaréis como llevo a cabo todo esto, que aparentemente puede resultar complicado para algunas Matronas que no tengan conocimientos psicológicos, que os aseguro que son técnicas fáciles de aplicar para aquellas que sobre todo tienen una buena actitud ante este trabajo, ante este oficio, para mí tan enriquecedor como es el de "**Matrona**".

Antes de pasar a explicaros cuáles son las técnicas y cómo las aplico, comentaros que la mujer que está en el grupo de educación maternal, ha sido vista y controlada en consulta, para mí, es decir, soy yo también la que sigo su embarazo, por lo que ya me conoce. Esto da pie a que yo ya haya trabajado individualmente con ella y que venga al grupo voluntariamente. Con todo ello se consigue que antes de la educación maternal en grupo haya: un contacto previo, conocimiento mutuo, empatía, seguridad y confianza ante la persona, en este caso ante la profesional, ante la Matrona. Todo esto no sería posible si el clima en la consulta no fuese de confianza y la actitud no fuese favorecedora por parte de la Matrona, con lo que se llama "escucha activa".

Aplicación de Técnicas

Una vez se incorporan al grupo entre la semana 24 y 26, forma parte de un CLUB, el cual casi siempre lleva el mismo nombre, y cuyas normas de inclusión transmiten las veteranas a las recién llegadas, dando la posibilidad de ser aceptadas o no en función de su compromiso a respetar las condiciones.

Con todo ello, lo primero que se consigue es la "motivación" a través de la identificación con el grupo y la creación de un clima de seguridad y respeto, así como el compromiso con el grupo. Al margen de las clases de educación maternal que todas realizamos (ejercicios físicos, respiración, etc...) aplicó las siguientes técnicas o estrategias para el cambio de actitudes.

1.- **Fantasia dirigida:** a través de una relajación corporal (con música dirigida) se hace una vivencia favorable de contacto íntimo madre-hijo, fomentando el estímulo prenatal para llegar a una plena aceptación y satisfacción de la situación, que se expresa en el grupo a través de un coloquio una vez finalizado el ejercicio, sirviendo éste como feed-back positivo.

2.- **Proyección al futuro:** en ella se realiza una visualización positiva del día del parto, aún por venir, previa relajación corporal.

3.- **Reeducación de creencias:** se realiza a través de la modificación del lenguaje verbal y corporal, moldeando el contenido, expresión, tono verbal, de forma que la vieja creencia negativa sea una nueva, pero esta vez positiva. Este proceso se refuerza para que la creencia pase a ser una convicción, armonizando el lenguaje verbal con el corporal. Este refuerzo se hace por repetición, introduciéndola con ayuda de la relajación corporal y la respiración abdominal sincrónica.

4.- **Desmitificación:** Los mitos no dejan de ser creencias, ideas respecto de algo o alguien, que a veces se

crean por una falsa asociación causa-efecto y que perduran en la cultura popular, transmitiéndose verbalmente de unas generaciones a otras y que por lo general, no suelen ser muy favorecedoras o generativas.

La forma de desmitificar es haciendo reflexión, por parte del grupo, viendo el origen, como se ha llegado a esa falsa asociación y argumentarla.

Si $A \rightarrow B$ y si $C \rightarrow B$ entonces si B , siempre A y $C =$ FALSO

Entre ellos podría haber algunos como: "cruzar las piernas enreda el cordón umbilical" o "si hay ardor es que tiene mucho pelo", etc.

Y por último una técnica que supongo que la mayoría de vosotras conoceis:

5.- **Rol playing:** que significa desarrollo o desempeño de papeles.

Bien, pues aquí las gestantes escenifican una situación cotidiana que viven, conflictiva o no, y que previamente han elegido ellas mismas. Se distribuyen los papeles y se desarrolla la situación, teniendo en cuenta que es MUY importante que la gestante NUNCA haga de embarazada, por lo que se necesita la colaboración de la pareja, o que sea la propia Matrona la que desarrolle este papel. Solo se dan las consignas de los contextos y los caracteres de los personajes, no el contenido del diálogo. Se desarrolla entre cinco y diez minutos mientras el resto observa.

Una vez concluido, se da un tiempo de discusión en el grupo para proceder a obtener la información o feedback positivo. Esto se realiza mediante la técnica de Brainstorming o tormenta de ideas, recogiendo todo lo que el resto de gestantes que no han intervenido, aportan de sus propias percepciones y el por qué de éstas. Cuando se concluye esta técnica de tormenta de ideas, se sacan una serie de conclusiones a las que ellas mismas aportan soluciones o propuestas favorables o generativas.

Con esta técnica se suele conseguir la creación de nuevas actitudes, ya que se interviene en los tres componentes: Creencias (ideas), emociones y conducta.

Pero estas actitudes se pueden objetar a través de la valoración de: conocimientos nuevos, habilidades adquiridas y conducta favorable, sobre todo en el momento del parto.

Para concluir, comentaros que es una tarea a la que no podemos renunciar las Matronas, sobre todo aquellas que realizamos educación maternal, como es AYUDAR A LAS FUTURAS MADRES A VIVIR SU PROCESO DE LA FORMA MÁS GRATIFICANTE, se haga como se haga, aunque este trabajo aquí expuesto sea un reflejo sólo de cual es mi manera de hacerlo.

LA PREPARACIÓN AL PARTO. EFECTIVIDAD

FILOMENA CALLEJA LÓPEZ

Hospital General de Albacete: Servicio de Partos.

Objetivo

Analizar la efectividad de la preparación al parto sobre mujeres que lo han realizado.

Diseño

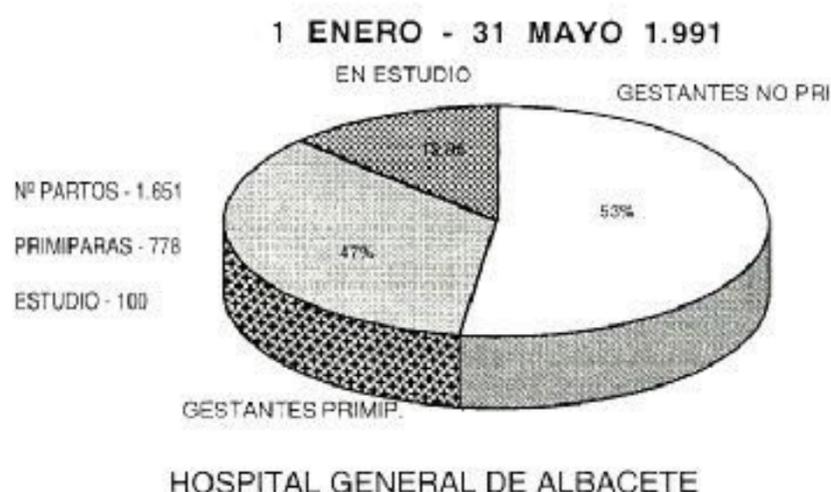
Estudio descriptivo transversal. Realizado desde el 1 de Enero de 1991 al 30 de Mayo de 1991.

Ámbito

Población de mujeres primigestas de la provincia de Albacete.

Sujetos de Estudio

Se ha realizado el estudio de cien mujeres primigestas, cincuenta mujeres que han realizado la preparación al parto y cincuenta mujeres que no han realizado la preparación al parto.



Antecedentes y Estado Actual del Tema

La idea de mejorar los resultados perinatales mediante una adecuada preparación física ha sido una constante en Europa desde comienzos del presente siglo.

Expertos masajistas y fisioterapeutas británicos (Van Ghan, Randell, etc.) crearon las bases de la actual gimnasia para embarazada, cuyos objetivos eran preparar las estructuras corporales, óseas y musculares para el parto. También un obstetra inglés se percató de que en el hospital las mujeres se sentían tensas, solas y parían mal; por lo tanto era necesario intervenir no sólo sobre su físico, sino también

sobre su situación psicológica. Esta idea se extendió después por toda Europa.

En Estados Unidos, concretamente en Harvard, un grupo de psicólogos intentaron establecer las bases científicas de la relajación; nace así la llamada "relajación progresiva de Jacobson" que de una forma y otra ha influido posteriormente en los diversos métodos de preparación al parto.

En la actualidad, los cursos de preparación al parto pueden utilizar distintas técnicas, pero todos apuntan a los mismos objetivos:

–Proporcionar a la gestante la información necesaria sobre el embarazo, el parto y el recién nacido para que pueda vivir conscientemente ese momento tan especial.

–Vencer la ansiedad y el temor transmitidos de madres a hijas para que el dolor físico no se vea ampliado por la angustia.

–Reducir el dolor al mínimo gracias a las medidas ampliamente comprobadas como técnicas de respiración, relajación...

–Enseñar a colaborar con el propio cuerpo para que todo se desarrolle de la forma más fácil y rápida posible.

–Ofrecer la ocasión de un encuentro con otras mujeres en la misma situación.

–Ofrecer al futuro padre la información y los consejos necesarios para que en todo momento, incluido el parto, pueda estar lo más cerca posible de la futura madre.

Métodos y corrientes para la facilitación psicológica del parto

–**Sugestión extraña e hipnosis.** Consiste en la desconexión del dolor mediante la sugestión o la hipnosis. Son representantes destacados Herberer y Kogerer (1920-1930).

–**Adiestramiento autógeno respiratorio.** Fue puesto a punto por el profesor Umberto Piscicelli, que perfeccionó el Adiestramiento Autógeno de Shulz. Se basa en técnicas de autosugestión y respiración que tiene la finalidad de acostumar al organismo a reaccionar espontáneamente, en la forma más adecuada a cada una de las fases del parto, aliviando la tensión física y emotiva.

–**Relajación progresiva.** Se basa exclusivamente en la regulación del tono de la musculatura. Jacobson, 1928.

–**Parto natural sin temor.** Método inglés de G. Dick-Read, 1933. Está basado en romper el círculo miedo-tensión-dolor mediante la distensión muscular externa que conlleva a la relajación interna afectiva.

–**Psicoprofilaxis del dolor del parto.** Método ruso de Velvovski, 1949. Pretende esta escuela la educación para el parto, mediante las explicaciones y la educación sustituyen los reflejos condicionados negativos con otros positivos.

–**Psicoprofilaxis de los dolores del parto.** Método francés de Lamaze. Lamaze y Vellary en 1952 modificaron el

método ruso con la introducción, además de la comprensión consciente del proceso del parto (elemento educativo), del factor de la relajación como componente de los ejercicios corporales. Introduce la respiración en rastrillo tan usada en la preparación al parto.

–**Sofrología.** Iniciado por el profesor Dr. Alfonso Caycedo. Se basa en la relajación terapéutica. Esta consiste en cortar el contacto con el exterior y entrar en comunicación con el propio cuerpo, tomando conciencia de las tensiones, calmar nuestro sistema neuromuscular para influir en la mente.

–**Eutonía y relajación.** Lo desarrollan Alexander en Copenhague y Brieghel-Mueller en Francia. Se trata de educar la sensibilidad para escucharse a sí mismo a través de la percepción, sobre todo táctil.

En la actualidad, la preparación al parto consta de dos elementos fundamentales: la instrucción psicológica y el entrenamiento físico. La instrucción psicológica básicamente consiste en el descondicionamiento de las ideas negativas respecto al parto. La preparación física se basa en tres pilares: la gimnasia, la relajación y el entrenamiento respiratorio. Estos tres elementos se complementan y resulta difícil establecer una preparación correcta faltando alguno de ellos.

La educación maternal-preparación al parto en Albacete

Ésta se está desarrollando en los distintos centros de salud dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo. Está impartido por matronas adscritas a dichos centros. Los cursos constan de un día semanal durante ocho semanas, a partir del séptimo mes. El número de participantes es de quince a veinte participantes por grupo. Las técnicas utilizadas son:

- Información pedagógica.
- Gimnasia prenatal.
- Técnicas de relajación sofrónica.
- Entrenamiento respiratorio.

El material didáctico utilizado: televisor, video, gráficas de respiración, ejercicios físicos, hojas de autoevaluación, listas de control...

Estado actual del tema

La unidad de educación maternal y preparación al parto de la ciudad sanitaria 12 de Octubre, cuyo jefe de servicio es el Dr. Rafael Fernández Dopico, llevó a cabo un estudio sobre la efectividad de la preparación al parto; llegando a las conclusiones de que si bien esta preparación al parto puede influir sobre las variables cualitativas, como apreciación de la sensación dolorosa y comportamiento, no va a influir en las variables cuantitativas, tiempo de duración del periodo de dilatación y expulsión.

DESARROLLO DEL INFORME DE INVESTIGACION

Objetivo

Analizar la efectividad de la preparación al parto en función de las siguiente variables:

1. Tiempo de duración del periodo de dilatación.

2. Tiempo de duración del periodo expulsivo.
3. Comportamiento durante el parto con independencia de la sensación dolorosa.
4. Apreciación de la sensación dolorosa de la contracción, independientemente del comportamiento.
5. Opinión general sobre el parto.

Instrumentalización

Para la recogida de los datos relativos a las variables objeto de estudio se han utilizado:

1.- Cuestionario utilizado en educación maternal, impartido por Gloria Sebastián en el hospital C. de Barcelona y sacado del Método de Educación Maternal del Profesor González Merlo.

2.- Para las variables, tiempo de duración del periodo de dilatación y tiempo de duración del periodo de expulsivo, se han utilizado los datos existentes en el libro de recogida de datos del Servicio de Partos del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Albacete.

Población de Estudio

La población objeto de estudio está constituida por el total de primigenias que han pasado por el Servicio de Partos del Hospital General de Albacete, desde el uno de Enero de 1991 al treinta de Mayo de 1991, con un parto en curso. Entendiendo como tal el parto no inducido y con las características siguientes:

- Dilatación aproximada de 2/3 cm.
- Cérvix retrocentrado o centrado.
- Borramiento de 50/75%.

La población está formada por 778 primigestas, con preparación al parto y sin preparación al parto.

Muestra

Muestra de sección transversal no ponderada formada por 100 casos de primigestas, 50 primigestas con preparación al parto y 50 primigestas sin preparación al parto. La muestra representa el 12.85% de la población.

Recogida de Datos

1. Recogida de datos: cumplimentación de cuestionarios durante el periodo anteriormente citado. Éste se ha realizado transcurridas 24 horas del parto.

El cuestionario no ha sido rechazado en ningún caso.

2. Análisis descriptivo: descripción de todas las variables mediante la realización de distribución de frecuencias para cada una de ellas.

3. Análisis bivariante para cada una de las variables independientes cualitativas con la variable dependiente. Chi cuadrado.

Para cada una de las variables independientes cuantitativas con la variables dependiente. F.

Grupos

- Grupo A: 50 casos sin preparación al parto.
- Grupo B: 50 casos con preparación al parto.

Variables

TD: Tiempo de duración del periodo de dilatación.
 TE: Tiempo de duración del período expulsivo.
 CE: Comportamiento excelente.
 CMB: Comportamiento muy bueno.
 CR: Comportamiento regular.
 CM: Comportamiento malo.
 El Comportamiento se dicotomiza en:
 CB: Comportamiento bueno.
 CM: Comportamiento malo.
 No existe ningún caso de CE.
 PSD: Parto sin dolor.
 PMS: Parto muy soportable.
 PS: Parto soportable.
 PDS: Parto difícilmente soportable.
 PNS: Parto no soportable.
 La opinión general sobre el parto se dicotomiza:
 PS: Parto soportable.
 PNS: Parto no soportable.
 No existe ningún caso de PSD.
 PE: Peor de lo que esperaba.
 CE: Como lo esperaba.
 ME: Mejor de lo que esperaba.

Hipótesis 1

Se desea probar la hipótesis de que se dan diferencias en función de la preparación al parto en el tiempo de duración del periodo de dilatación.

Se desea poner a prueba la hipótesis a un nivel de confianza del 0.99, = 0.01 de nivel de significación.

Análisis del caso

- Se trata de sujetos seleccionados al azar.
- Hipótesis bilateral, pues no predice el sentido de las diferencias, esto es a favor de que grupo se darán. Por tanto:
Ho:
- Se puede aplicar una prueba paramétrica.
- Aplicamos la prueba F, que es una prueba de análisis de varianza.

Hipótesis 2

Se desea probar la hipótesis de que se dan diferencias en función de la preparación al parto en el tiempo de duración del periodo de expulsión.

Se desea poner a prueba la hipótesis a un nivel de confianza del 0.99, = 0.01.

Análisis del caso

- Se trata de sujetos seleccionados al azar (toda la muestra).

- Hipótesis bilateral, pues no predice el sentido de las diferencias, esto es a favor de que grupo se darán. Por tanto:
Ho:

Hipótesis 3

Se desea probar la hipótesis de que existen diferencias, en función de la preparación al parto, en el comportamiento durante el parto con independencia de la sensación dolorosa.

Se desea poner a prueba la hipótesis a un nivel de confianza de 0.99, nivel de significación de 0.01.

Análisis del caso

- Se trata de sujetos seleccionados al azar (toda la muestra).
- Se utiliza una prueba no paramétrica, X, y se han dicotomizado las contestaciones transformándolas en dos:
CB: Comportamiento bueno.
CM: Comportamiento malo.

Hipótesis 4

Se desea probar la hipótesis de que se dan diferencias, en función de la preparación al parto, en la apreciación de la sensación dolorosa de la contracción.

Se desea poner a prueba la hipótesis a un nivel de confianza de 0.99, nivel de significación = 0.01.

Análisis del caso

- Se trata de sujetos seleccionados al azar.
- Prueba no paramétrica. Se han dicotomizado las contestaciones en:
PS: Parto soportable.
PDS: Parto difícilmente soportable.

Hipótesis 5

Se desea probar la hipótesis de que se dan diferencias en la opinión general sobre el parto entre los dos grupos, en función de la preparación al parto.

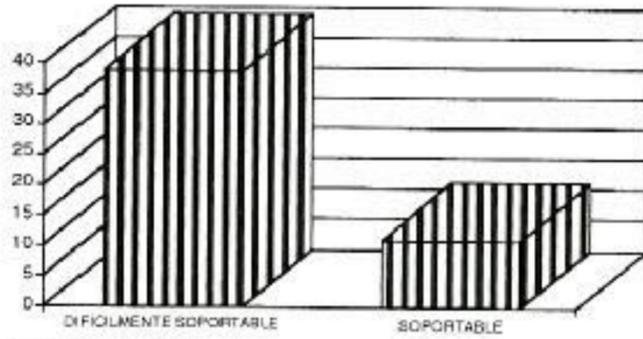
Se desea poner a prueba la hipótesis a un nivel de confianza de 0.99, = 0.01.

Análisis del caso

- Se trata de sujetos seleccionados al azar.
- Se ha adjudicado una puntuación a cada apreciación:
1.....Peor de lo que esperaba.
2.....Como lo esperaba.
3.....Mejor de lo que esperaba.

GESTANTES SIN PREPARACION AL PARTO

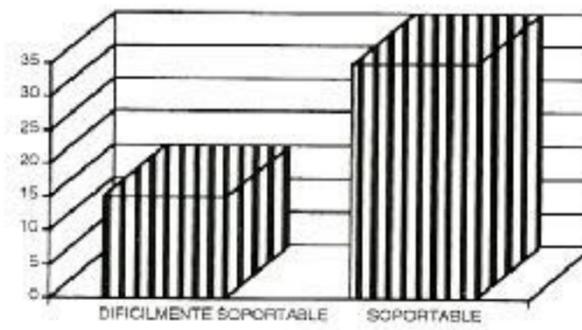
APRECIACION DE LA CONTRACCION



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES CON PREPARACION AL PARTO

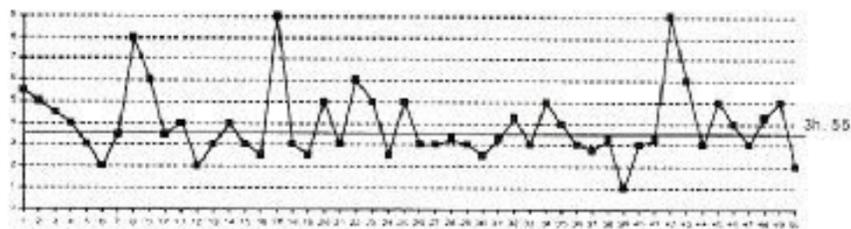
APRECIACION DE LA CONTRACCION



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES CON PREPARACION AL PARTO

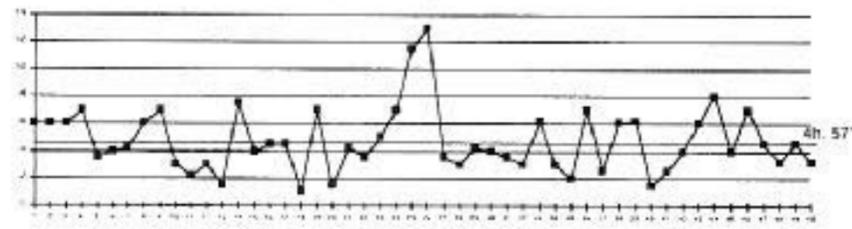
TIEMPO DILATAcion (en horas)



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES SIN PREPARACION AL PARTO

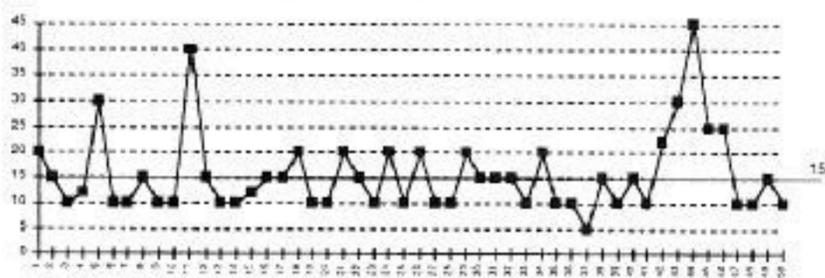
TIEMPO DE DILATAcion (en horas)



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES CON PREPARACION AL PARTO

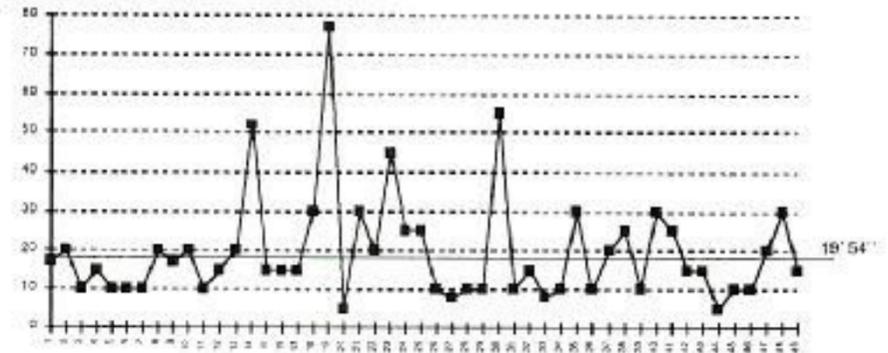
TIEMPO EXPULSION (en minutos)



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES SIN PREPARACION AL PARTO

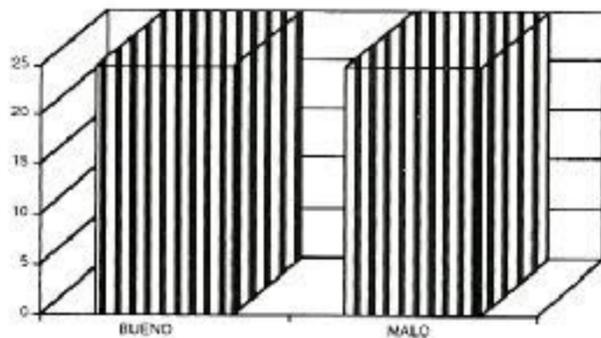
TIEMPO EXPULSION (en minutos)



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES SIN PREPARACION AL PARTO

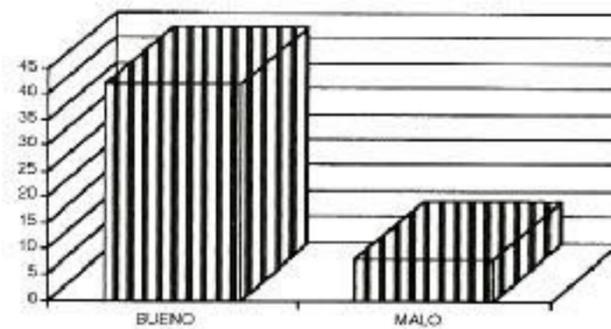
COMPORTAMIENTO DURANTE EL PARTO



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES CON PREPARACION AL PARTO

COMPORTAMIENTO DURANTE EL PARTO



HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE

GESTANTES SIN PREPARACION AL PARTO



GESTANTES CON PREPARACION AL PARTO



Conclusiones

Partiendo de los datos recogidos y de las pruebas estadísticas utilizadas podemos afirmar:

Primero, no existen diferencias significativas, en cuanto a la mayor o menor duración de tiempo durante el período de dilatación, entre mujeres que han realizado la preparación al parto y las que no han realizado preparación al parto.

Segundo, no existen diferencias significativas, en cuanto a la mayor o menor duración de tiempo durante el período expulsivo, entre las mujeres que han realizado la preparación al parto y las mujeres que no han realizado preparación al parto.

Tercero, existen diferencias significativas en el comportamiento durante el parto entre aquellas mujeres que han realizado la preparación al parto y aquellas que no lo han realizado. Siendo este comportamiento, en general, bueno en aquellas mujeres que han realizado preparación y un comportamiento más regular en aquellas que no han realizado.

Cuarto, existen diferencias significativas en la apreciación de de la sensación dolorosa en la contracción, siendo este dolor difícilmente soportable para las mujeres que no han realizado preparación al parto y soportable para aquellas que si han realizado la preparación al parto.

Quinto, se han encontrado diferencias significativas en la apreciación sobre cómo esperaban el parto, siendo éste como lo esperaban o mejor de lo que lo esperaban en mujeres con preparación al parto y peor de lo que lo esperaban en las mujeres sin preparación al parto.

Finalmente, se concluye que la preparación al parto no influye en la mayor o menor duración de tiempo durante el período de dilatación ni en la duración del período expulsivo, variables cuantitativas de tiempo; a pesar de que la media del período expulsivo es inferior a cinco minutos favorable a la preparación al parto. Pero es indudable que la preparación al parto, que se está desarrollando en la provincia de Albacete, cumple el requisito indispensable en toda preparación con es la de producir un descondicionamiento de las ideas negativas respecto al parto; además de llevar a cabo un entrenamiento físico adecuado de reflejos condicionados que logran inhibir las sensaciones dolorosas durante el parto, variables cualitativas. Este círculo vicioso, descrito por Dick Read, de temor-tensión-dolor se logra romper con la preparación al parto, tanto física como psicológica, desapareciendo el temor y despertando una actitud positiva frente al parto.

Bibliografía

- Aguirre de Cárcer, A.: Preparación al parto. 1985.
- Carrera, J.M.: Preparación física para el embarazo, parto y puerperio. Instituto Dexeus. 2ª Edición. Barcelona: Ediciones Media, 1990.
- González-Merlo, J.: Cuestionario del Método de Educación Maternal. Utilizado por Gloria Sebastián en el Hospital Clínico de Barcelona.
- Käser, O.: Obstetricia-ginecología. Salvat, 1971
- Libro de recogida de datos sobre los partos del Servicio de Partos del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Albacete.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía de profilaxis obstétrica.
- M. Varela. Psicología de la embarazada. Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer.
- B. Whiteford y M. Polden. Ejercicios para después del Parto. Ed. Plaza y Janés.
- A. de Cárcer. Preparación al Parto.
- Educación para el Parto. Jeannette L. Sasnor.
- Preparación física para el embarazo, parto y postparto. José Mª Carrera. Instituto Dexeus.
- Coban, R. Efectos de la preparación al parto. Clínica obstétrica y Ginecológica.
- Dick-Read, G. Educación para el parto sin dolor.
- Alcon C. y colaboradores. Preparación psicoprofiláctica del parto.

La revista OCU-Compra Maestra en el nº 200 de Abril de 1997. Publicó un reportaje sobre el Embarazo y Parto en España.

Los principales resultados son:

¿Quién supervisa el Embarazo?

- En el 70% de los casos el seguimiento lo realiza principalmente el ginecólogo.

- La matronas lo hace en 1 de cada 10 embarazos, sobre todo en las mujeres más jóvenes y de menos nivel socioeconómico. Las matronas son las que, por término medio, dedican más tiempo a las mujeres a las que atienden (20 minutos).

El tiempo medio de duración de las consultas disminuye a medida que aumenta la edad del médico, sobre todo si superan los 50 años de edad. Es posible que este hecho esté relacionado con el menor nivel de satisfacción de las pacientes de estos profesionales de mayor edad, cosa que ha evidenciado la encuesta.

¿Satisfechas de las consultas?

- La nota media sobre 10 que obtiene las matronas en cuanto a satisfacción de las embarazadas es de 8,5.

- La nota media de los ginecólogos es de 7,9.

Nuestras encuestas han evaluado aspectos como el tacto, educación, discreción, interés humano, disposición a escuchar, información sobre el estado de la madre y el feto y seguimiento médico. En general, tanto las matronas como los ginecólogos son bien valorados.

La disposición para escuchar (las matronas son aquí especialmente bien calificadas) es el aspecto que mejor han valorado las embarazadas. Por otra parte, la información aportada sobre el estado de la madre y el feto es la cuestión a la que más importancia otorgan las futuras mamás cuando acuden a la consulta.

Gimnasia prenatal

El 65% de las embarazadas participa en cursos de gimnasia prenatal de cara a la preparación al parto.

Las mujeres que más asiduamente acuden a estos cursos son las madres primerizas. El número medio de sesiones a las que acuden es de 9, principalmente en centros de atención primaria. Las madres de nivel socioeconómico más alto suele acudir a estos cursillos con mayor asiduidad que las demás.

Las madres veteranas son las que menos acuden a estos cursos. Su experiencia previa parece influir en su menor interés por la gimnasia prenatal.

El parto

- El seguimiento de las contracciones previas al parto los realizan en un 67% de los casos las Matronas y en un 10% los ginecólogos.

- El parto en sí es dirigido en la mitad de los casos por un ginecólogo, y en la otra mitad por una matrona.

- Casi la totalidad de las mujeres es sometida a pruebas de control antes de que hayan transcurrido 10 minutos desde su ingreso en el hospital.

- En el 23% de los casos se utiliza algún tipo de estímulo para el parto, en el 17% el parto es provocado y en otro 8% de los casos no existe proceso de parto por practicarse una cesárea programada.

- La libertad de movimientos es puntuada (de 1 a 10) con un 6,4 de media durante la dilatación y con un 5 durante el parto. Las matronas suelen asumir el control y seguimiento de las contracciones previas al parto la mayoría de las veces, mientras que los ginecólogos los hacen sólo en 1 de cada 10 casos. Pero el parto propiamente dicho es dirigido en la mitad de los casos por una matrona y en la mitad por un ginecólogo (habitualmente distinto del que hace el seguimiento del embarazo). Nada más llegar al hospital se practican una serie de pruebas que ayudan a garantizar el desarrollo satisfactorio del parto: control cardíaco del bebé, toma de tensión, examen interno y, menos frecuentemente, análisis de orina.

Hay que destacar el hecho altamente positivo de que se logra realizar la mayoría de estas pruebas con una gran celeridad.

Una cesárea programada se practica cuando se sabe de antemano que un parto normal puede traer muchas complicaciones. Tal es el caso, por ejemplo, cuando el bebé está en una posición inadecuada para el parto. El porcentaje de cesáreas programadas puede considerarse como dentro de lo normal.

Las madres suelen estar acostadas durante la dilatación en la gran mayoría de los casos, y a lo sumo (5%) sentadas. Las más propensas a permanecer sentadas fueron las madres que ya habían dado a luz anteriormente. Las mujeres que pudieron optar por la posición sentada valoraron su libertad de movimientos durante el parto más positivamente que las que estuvieron tumbadas.

Este aspecto, el de la libertad de movimientos que disponen las mujeres durante la dilatación y especialmente durante el parto propiamente dicho, no es demasiado bien valorado, tanto en centros públicos como en privados. Así, la puntuación media (en una escala de 1 a 10) que se otorga durante la dilatación a la posición tumbada (que es la mayoritaria) es de 5,7. Sin embargo, las que pudieron sentarse otorgan un 7,7; de pie 8,7; en movimiento 9,1; y varias posiciones alternativamente 7,9. En lo que se refiere al parto, la posición tumbada fue valorada con un 5,1 y la sentada con un 6,3 de media.

El ritmo cardíaco del bebé y las contracciones del útero son generalmente controladas por monitorización electrónica continua, que se aplica en la gran mayoría de los partos. Con ella es posible un mayor control del proceso del parto, por lo que goza de las preferencias de los médicos.

Nuestra encuesta pone en relieve que muchas madres no valoran positivamente la posición tumbada durante la dilatación y el parto. La intervención del médico, sin embargo, resulta más difícil si la madre no está tumbada.

Calmar el dolor

- Se aplican métodos antidolor en el 50% de los partos (43% de los partos centros públicos y 87% de los privados).
- Un tercio de las mujeres pide un antidolor durante la dilatación o el parto, pero sólo lo obtiene el 64% de los que lo hacen.
- La analgesia epidural es el método más utilizado (27% de los partos).
- En las maternidades públicas se aplicó la analgesia epidural en el 18% de los partos, mientras que en las privadas la cifra asciende al 71%.

Las mujeres de mayor edad y posición socioeconómica son las que más frecuentemente demandan la aplicación de un método antidolor.

La analgesia epidural fue especialmente demandada y aplicada en las madres primerizas y de nivel socioeconómico alto. Recordemos que en el sistema público de salud no está generalizada la posibilidad de aplicar la analgesia epidural, dependiendo ello, por lo tanto, fundamentalmente de la iniciativa del médico.

Los ginecólogos son más proclives a la administración de antidolores durante el parto que las matronas: un 69% frente a un 23%.

La analgesia epidural es más frecuentemente aplicada en los centros privados que en los públicos. Indudablemente, supone un alivio de los sufrimientos de las mujeres, pero aquí juega un papel fundamental el coste económico de su aplicación.

El nacimiento

El parto abdominal o cesáreas se practica en un 23% de los alumbramientos. La media en los centros públicos es de 21% pero en los privados asciende hasta el 31%.

La mayoría de los niños vienen al mundo en España tras un parto natural espontáneo (60%), sin la asistencia de métodos artificiales como fórceps o ventosas. El recurso a estos métodos se da en un 17% de los casos.

El riesgo de sufrir una cesárea es mayor cuando se trata del primer hijo (26%), y va disminuyendo entre las mujeres que ya han tenido algún hijo anteriormente (hasta 9% en las que han tenido 4 hijos o más). De igual modo, este riesgo aumenta con la edad de la madre, llegando a ser del 39% en mujeres mayores de 40 años.

La duración de las contracciones regulares (una media de 6 horas y 12 minutos) y de la expulsión del bebé (27 minutos) disminuye con el aumento de la edad de la madre y del número de partos que ésta haya vivido anteriormente.

Un 23% de cesáreas es un porcentaje muy alto. La Organización Mundial de la Salud estima como aceptable no más allá de un 10%. Téngase en cuenta que la cesárea aumenta entre 10 y 20 veces el riesgo de muerte en el parto. ¿Están todas las cesáreas estrictamente motivadas por consideraciones médicas o hay algo más?

En cuanto a la duración de la expulsión, se constata que ésta fue algo mayor entre las que realizaron la gimnasia que entre quienes no.

De ello se puede deducir que la utilidad de estos ejercicios desde el punto de vista físico es nula. Sin embargo, más que los ejercicios en sí, lo que más valoraron de estos cursos las participantes fue la información que recibieron a lo largo de los mismos.

Por otra parte, existen hipótesis que afirman que la presencia de la pareja (50% de los casos, lo que no es mucho) en el parto hace disminuir la necesidad de aplicar métodos antidolor y la duración de la expulsión. Los resultados de la encuesta no confirman dichas hipótesis.

La gimnasia prenatal no da los resultados físicos que se le atribuyen. Pero desde el punto de vista psicológico puede contribuir a una mayor confianza de la madre. Tampoco son desdeñables las posibilidades que abre para satisfacer la necesidad de información de muchas futuras madres.

Parto mejorable

• Indudablemente, la analgesia epidural ayuda mucho a sobrellevar el parto, pero en la sanidad pública su uso es bastante limitado.

• La asistencia al parto de las parejas de las embarazadas (50%) no es todavía un hecho tan frecuente como sería de desear. Por otra parte, no se ha observado una correspondencia relevante entre la presencia del compañero de la parturienta (cuyo apoyo moral debe ser bienvenido) y el alivio o resistencia al dolor y la duración de la expulsión.

• El tibio grado de satisfacción con la postura y la libertad de movimientos de las parturientas merecería una profunda reflexión. Sería deseable que se buscasen mejoras que permitiesen superar estos inconvenientes.

• Se practican demasiadas cesáreas, más de las que razonablemente deberían esperarse a juzgar por la experiencia médica. Hay dos factores que pueden estar detrás de esta circunstancia:

– Temor del facultativo que asiste el parto a tener que afrontar la responsabilidad civil profesional que supondría un error médico. Así, ante la más remota sospecha de que el parto pudiese llegar a complicarse, aunque médicamente no esté suficientemente justificado, los médicos tienden a practicar una cesárea. Los riesgos asociados a una cesárea no son más fácilmente imputables a la actuación del médico que los de un parto, aunque esta posibilidad sea remota.

– En la sanidad privada se añade el hecho de que la cesárea, como intervención quirúrgica extraordinaria que puede suponer un incremento del importe de la factura.

La tentación de recurrir a una cesárea que cubre las espaldas del profesional, aumentando al mismo tiempo los ingresos, es una posibilidad que no puede ser ignorada.

Además de las arriba mencionadas, puede haber otras posibles causas que desconocemos. Pero podemos considerarlas suficientes para afirmar que es preciso poner fin a todas aquellas situaciones que conducen a que se tomen decisiones médicas que no se justifican en consideraciones médicas. Y el excesivo número de cesáreas parece ser un ejemplo de esta necesidad.

CURSO DE PSICOLOGIA
MATERNIDAD ENTRE EL SEXO Y LA FILIACIÓN.
UNA PERSPECTIVA PSICOLOGICA PARA DESARROLLAR LA PROFESIÓN DE MATRONA

Profesora:

Graciela Kasants. Licenciada en Psicología. Miembro de la Escuela de Psicoanálisis de Madrid.

Objetivos:

- Brindar elementos teóricos acerca de la estructura y funcionamiento del psiquismo humano.
- Comprensión de las particularidades de cada mujer.
- Ofrecer herramientas prácticas para:
 - Ayudar a la madre a establecer un vínculo afectivo positivo con su hijo/a.
 - Discriminar y prevenir la patología psíquica que puede desencadenarse en la madre durante el embarazo, parto y puerperio.
 - Prevenir las dificultades de la pareja en el proceso de asunción de roles paterno y materno.
 - fomentar una práctica profesional gratificante y de calidad para los/as profesionales, la mujer y la familia.

Desarrollo:

Las clases tendrán una metodología activa y participativa. Constarán de una parte expositiva de conceptos teóricos y otra de coloquio y trabajo en pequeños grupos.

Duración:

30 horas lectivas.

Contenido:

Aspectos psicológicos:

- El psiquismo.
- El cuerpo y el psiquismo.
- El embarazo.
- El parto.
- El puerperio.

Precio:

Asociadas: 5.000 pts.

No Asociadas: 15.000 pts.

Lugar:

Puede llevarse a cabo en cualquier ciudad donde se reúnan un mínimo de 20 personas interesadas.

Inscripciones:

Asociación Nacional de Matronas.

Tel.: 501 05 09

CURSO DE INVESTIGACION EN OBSTETRICIA UNA PERSPECTIVA SOCIOLOGICA

Profesora: Mercedes Montero. Socióloga. Antropóloga.

Objetivos:

- Facilitar herramientas metodológicas en general.
- Promover el importante rol de la matrona como agente sanitario y como agente social.

Desarrollo:

El curso tiene una orientación teórica-práctica.
El componente teórico hará referencia al método de investigación social y sus diversas técnicas de aplicación.
Se pueden aplicar los conocimientos adquiridos en un proyecto concreto de libre elección.

Duración:

30 horas lectivas.

Contenido:

- La importancia de la investigación social aplicada al campo de la Obstetricia.
- La investigación social.
- La comunicación verbal.
- La investigación en el campo de la Obstetricia.
- El diseño de la investigación.
- Límites de la investigación.
- El objeto de estudio.
- Objetivos de la investigación.
- Constitución de un modelo teórico.
- Perspectivas metodológicas: Cuantitativa y Cualitativa.
- Técnicas de investigación.
- Evaluación.
- Elaboración del informe final.

Precio:

Asociadas: 5.000 pesetas.
No asociadas: 15.000 pesetas.

Lugar:

Puede celebrarse en cualquier ciudad donde se reúnan un mínimo de 20 personas.

Inscripciones:

Asociación Nacional de Matronas. Tel.: (91) 501 05 09

CURSO DE CAMBIO DE ACTITUDES EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Dirigido a Matronas.

Profesora: M^a Isabel Castelló López. Matrona de Valencia.

Nivel 1: 15, 16 y 17 de octubre

Intensivo mañana y tarde

Nivel 2: 3, 4 y 5 de diciembre

Intensivo mañana y tarde

Lugar: Asociación Nacional de Matronas. Menéndez Pelayo, 93 - 28007 Madrid.

Inscripciones: Asociación Nacional de Matronas - Telf.: 501 05 09

CURSO DE SEXOLOGIA Y CURSO DE INFORMATICA

Se establecerán lugares y fechas concretas para su celebración. Si estás interesada en alguno de ellos, ponte en contacto con la Asociación.

Los cursos se pueden impartir en cualquier localidad donde se reúnan un mínimo de 20 personas.



BOLETIN DE INSCRIPCION DE LA ASOCIACION NACIONAL DE MATRONAS

(Remitir: Avda. Menéndez Pelayo, 93 - 28001 Madrid)

Nombre y apellidos

Domicilio

Localidad Provincia

C.P. Teléfono D.N.I.

Lugar y fecha de nacimiento

Nº de Colegiada

(Enviar dos fotografías tamaño carnet y fotocopia de título de Matrona).

ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA

Titular de la Cuenta D.N.I.

Entidad/Banco

Código de Entidad Código de Sucursal

Número de Cuenta

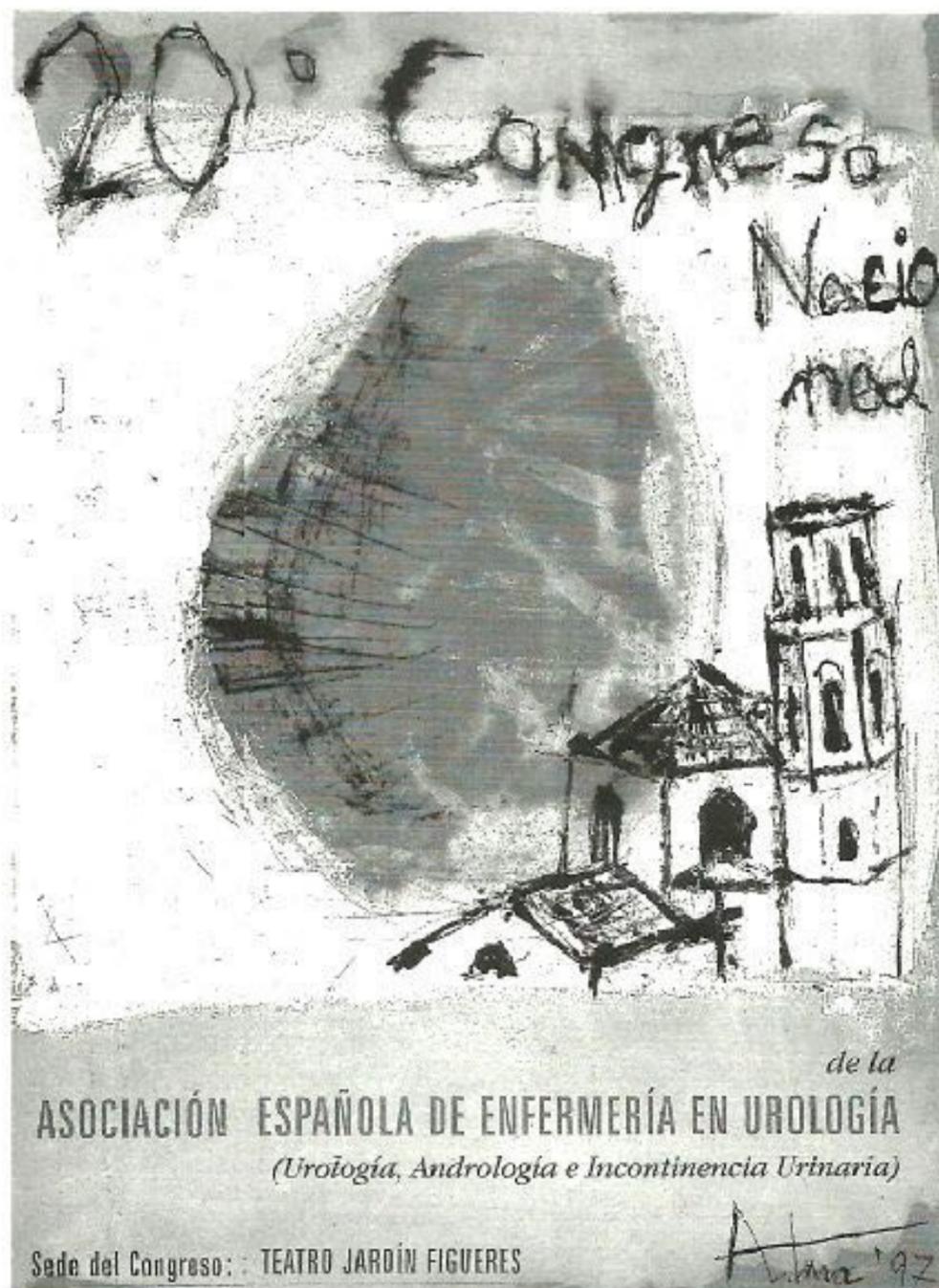
Domicilio de la Entidad

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



“ENFERMERÍA UROLÓGICA INTEGRAL. BÚSQUEDA DE SUS ROLES”

“INFERMERIA UROLÓGICA INTEGRAL. A LA BÚSQUEDA DE ROLES”

FIGUERES (GIRONA)
15, 16, 17 Y 18 DE OCTUBRE DE 1997

SECRETARÍA TÉCNICA
Companya Europea de Serveis Personals
ctra. Barcelona, 12 - 14, 5è-6a
17001 Girona
Tel.: (972) 41 01 97 - Fax: (972) 41 04 02

III ESCUELA DE VERANO 1997

Monasterio de San Juan de la Cruz
SEGOVIA, 4 - 5 y 6 de Julio

Creatividad, Expresión y Meditación

Organiza:

Sociedad Española de Psicoterapia Integral y Medicina Holística. (PSIME).

imparte:

M^{ra} José Domínguez Díaz. Psicóloga. Psicoterapeuta. Presidenta de PSIME.

Precio:

Curso 39.000 pts.

Matrícula:

2.000 pts. Incluye material, certificado de asistencia y pensión completa.

Información e inscripción:

Secretaría de la Sociedad PSIME.

Marqués de Urquijo, 28 - 4ºB - 28008 Madrid

Tel.: (91) 547 54 44 • TEL./FAX: (91) 547 91 45

ADIOS A UNA GRAN PROFESIONAL

Una carta con destino...

Hace poco tiempo o quizás "mucho" empezamos una vida llena de ilusión y promesas:

Unos estudios...

Un trabajo...

Una familia...

¡Cuántas guardias juntas!

¡Cuántas noches de Hospital!

¡Cuántos bebés en nuestras manos!

¡Toda una vida...!

Ahora después de tanto tiempo luchando, por llevar una vida normal de esperanza y ganas de seguir viviendo, ... nos has abandonado; pero en el fondo de muchos corazones, has dejado una parte de madre, esposa, amiga y compañera.

Guadalupe: cuando estés en el país de la felicidad, al lado de tu madre, recuerda que tienes que seguir cuidando de todas tus buenas amigas y compañeras, que tienen que seguir realizando el trabajo comenzando por ti y otras muchas como tú que dieron parte de su vida ayudando a nacer a los hombres del futuro.

Hasta que volvamos a abrazarnos.

Un beso fuerte,

Tu mejor amiga



Guadalupe Padierna.

Como matrona, notable
trabajadora excelente
luchadora incansable
como mujer sobresaliente,
y sumando tus virtudes
a la hora de marcharte
no hay una nota en el mundo
que pueda calificarte;
que hasta para ir al cielo escogiste,
como paliando tu ausencia
un día de primavera.
Te recordaremos siempre
compañera del alma, compañera.

Madrid 23 de Abril de 1997

CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS

INFORME AL CONSEJO SOBRE TALLERES CONJUNTOS PREVIOS AL CONGRESO

Historia y Ámbito

En el 20° Congreso Trienal de la CIM de Australia en 1984, las conversaciones entre el Consejo de Gestión de la CIM y el Dr. Petros Barvazian, director de la Sección Familiar dentro de la OMS - Ginebra, condujo al acuerdo que la CIM y la OMS trabajarían juntos más estrechamente con el fin de mejorar resultados de salud maternos globalmente. Un resultado de este acuerdo fue la iniciación de talleres conjuntos previos al Congreso para identificar matronas de países donde la mortalidad materna es más alta. Tres talleres anteriores conjuntos (CIM/OMS/UNICEF) previos al Congreso han tenido lugar: en la Haya (1987), en Kobe, Japón en el 1990, y en Vancouver, B.C. en 1993. Toda la planificación relativa al diseño y la implementación de los talleres se hizo conjuntamente, pero hasta 1993, la OMS tomó la iniciativa en la selección de participantes, ocupándose de su transporte y hospedaje, al mismo tiempo financiando la mayoría de participantes conjuntamente con UNICEF. Esto cambió tras la celebración del taller de 1993 cuando el Comité de Gestión de la CIM decidió, con el apoyo de la OMS, tomar la delantera sobre todos los aspectos de la planificación, diseño e implementación del taller previo al Congreso de 1996. Esto ha creado un tremendo volumen de trabajo para la sede de la CIM, y sus esfuerzos son muy apreciados. Se decidió también que el taller previo al Congreso de 1996 enfocaría el papel de matronas en la arena política. Además, la CIM ofrecería un taller retribuido, simultáneamente con el taller conjunto para matronas deseadas de convertirse en asesoras en actividades de la Maternidad Segura.

1996 Taller Previo al Congreso

En Mayo de 1996, el cuarto taller conjunto previo al Congreso tuvo lugar en Oslo, Noruega. El tema de este taller fue "Fortalecimiento de la Obstetricia referente a la Seguridad Materna, en la planificación de cada país", con un sub-tema de matronas como líderes en la formación de política pública. El documento de fondo lleva por título, "Mujeres Mueren: Matronas en Acción" El Paquete de la OMS: Madre/Recién Nacido se utilizará también como instrumento de discusión y política durante este taller. Diez equipos de cada país compuestos de 3-4 matronas (educadora, administradora,

reguladora, y en ejercicio) participarán en el taller sobre políticas. Regiones y países representados incluirán América Latina, Eritrea, Etiopía, Gambia, Papua Nueva Guinea, Sudáfrica, Uganda, Zambia, Nepal, Lesotho y Palestina. Habrá carteles con los perfiles de cada país a lo largo del Congreso.

Los temas importantes en el Taller sobre Políticas incluyeron: 1) Examinar las causas de la mortalidad materna e identificar factores que podrían ser superados por intervenciones específicas de matronas; 2) Enfoque de los procesos políticos necesarios para promover la Maternidad Segura con la matrona como determinante en la creación de esta política; 3) Identificación de riesgos y estrategias para reducirlos por parte de matronas; 4) Habilidades para pensamiento crítico; 5) Reglamentación apropiada para matronas a nivel nacional y 6) Educación apropiada para la Maternidad Segura. Cada equipo de país trabajó conjuntamente para definir un Plan de Acción de matronas para la Maternidad Segura, tomando como base los planes nacionales ya establecidos. Copias de estos planes fueron guardados en la Sede de la CIM para facilitar su seguimiento.

Los participantes en el taller sobre Políticas trabajaron con los participantes en el taller Consultativo, a lo largo de los dos días y medio. Es notable que este ha sido el primer taller conjunto en el cual todos los presentadores eran de países con un alto índice de mortalidad materna. Representantes Regionales de la CIM fueron los Facilitadores durante el trabajo en grupo. Los Consejeros Técnicos fueron la Hermana Anne Thompson, la OMS, y Francia, Donnay de UNICEF y el Director Diputado de la CIM presidieron el taller.

SEGUNDO TALLER PREVIO AL CONGRESO - CONSULTORES

Esbozo del Taller

El Taller para matronas que deseaban ofrecer sus servicios a las matronas de otros países como consultoras para la Maternidad Segura tuvo lugar al mismo tiempo que el Taller Colaborador para los equipos de los diez países específicamente seleccionados.

Ambos talleres trataron el mismo tema, "Fortalecimiento de la Obstetricia" y el documento de fondo, "Las Mujeres Mueren; Matronas en Acción" fue utilizado para apoyar el trabajo de los grupos. El Taller Consultivo enfocó sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de

la capacidad de las matronas para promocionar la Maternidad Segura.

Cada participante pudo explorar la gama completa de Iniciativas Seguras de Maternidad (SMI) en diversos países y el papel de las matronas dentro de estas actividades. La proximidad del Taller colaborador ofreció una oportunidad única de hablar con matronas de países en desarrollo y escuchar sus propios planes para promocionar la Maternidad Segura, utilizando los medios políticos a su disposición. También hubo una sesión compartida en la cual se tratarán temas prácticos.

Cada participante tubo la oportunidad de desarrollar su conocimiento propio de los posibles desafíos y escollos que puede enfrentar un asesor, y fue conducido mediante un proceso de auto-evaluación que empezó a identificar las ventajas e inconvenientes con que cuenta, referente al papel de un consultor visitante. Los medios de planificar para la consultoría y las metas que pueden realmente adoptarse, fueron considerados aquí.

El Taller pudo compartir las ideas de aquellos que fueron emprendido consultoría, utilizando como facilitadoras matronas con experiencia en este campo.

Se animó a los participantes para desarrollar planes de acción enfocados a sus propios países, y se tomó en cuenta el fondo político que predomina en esas partes del mundo. Hay una mezcla variada de matronas inscritas en el Taller y se espera que la diversidad de experiencia enriquezca a los asistentes. Además, la interacción con las matronas del Taller Colaborador amplió el ámbito de esta experiencia.

Nosotros anticipamos con interés el desafío que este taller innovador trajo a los participantes, los líderes, presentadores y facilitadores.

V. Ruth Bennet, Preside, Segundo Taller.

ESTRATEGIA GLOBAL

Declaración de Objetivos

La Confederación Internacional de Matronas (CIM) promoverá las metas y aspiraciones de matronas para lograr mejores resultados con las mujeres en sus años fértiles, sus recién nacidos y sus familias, sea cual sea el lugar de residencia.

Metas (descritas en la Constitución)

- Mejorar las normas de los cuidados a las mujeres y los recién nacidos en todos los países del mundo.
- Aconsejar y apoyar, cuando sea requerido, a las asociaciones de matronas en las relaciones con sus Gobiernos.
- Potenciar la prestación de los cuidados maternos.
- Desarrollar el papel de la matrona como profesional por derecho propio.

Metas (adicionales)

- Representación de las matronas ante entidades y agencias internacionales, en reuniones y consultas, directamente con los organismos gubernamentales de éstas.
- Fomentar globalmente el potencial de las matronas y la valoración de la obstetricia consiguiendo así un reducción de los índices de morbi-mortalidad maternas y neonatales.

Metas de la Confederación Internacional de Matronas (CIM) para los próximos años (no necesariamente en orden de prioridad):

- Lograr las metas para una Maternidad Segura.
- Demostrar el potencial de las actividades de las matronas para reducir los índices de morbi-mortalidad materna.
- Ampliar los conocimientos de las matronas y su influencia mundial en la toma de decisiones y política sobre el parto.
- Trabajar con la comunidad y los grupos de mujeres con el fin de desarrollar sus conocimientos y la conciencia respecto a una buena salud.
- Fortalecer la educación de las matronas y los programas permanentes de la educación, incluyendo el papel de las matronas como educadoras.
- Desarrollar mecanismos de apoyo para las matronas con el fin de poder ejercer plenamente su profesión.
- Animar y apoyar la investigación obstétrica, y la búsqueda de calidad en los cuidados a mujeres en sus años fértiles.
- Clasificar y definir las actividades de las matronas.
- Asegurar la viabilidad financiera de la CIM.
- Incrementar el número de asociaciones de matronas, y sus afiliados, en países donde aún no existen.
- La difusión de información a través de foros en los cuales las asociaciones y sus afiliados puedan compartir ideas y enriquecerse de las experiencias de otros.
- Promover el desarrollo de códigos nacionales de ética basados en el “Código Internacional de Ética para Matronas”.

INTENCIONES GLOBALES Y ESTRATEGIAS DE LA CIM PARA EL FUTURO

Introducción a metas e informe visionario

La noción de “visión” como es utilizada en este informe, refleja el conocimiento de las matronas y el liderazgo de la CIM, la mujer y su salud deben ser el centro para el futuro desarrollo de cualquier país. Los índices de salud de las mujeres no han mejorado en muchos países del mundo, lo cual nos sugiere que las estrategias respecto a las mujeres y sus necesidades de salud públi-

ca deben ser modificadas. Esta visión deja a un lado los detalles del día a día de nuestras vidas, el estatu quo de nuestro trabajo, hace que individuos y los grupos imaginen, sueñen nuevas formas de abordar una tarea o meta determinada. Sin embargo, esta visión no puede parar con la imaginación y el sueño. Las estrategias para la acción deben seguir, así como las acciones concretas.

Durante el Consejo de Vancouver de 1993, los delegados aceptaron "en principio" una "Estrategia Global" que incluía el Informe de Tareas y Metas de la CIM; once metas y objetivos sugeridos, actividades y resultados para cada meta (Plan Estratégico). Ésta Estrategia Global ha funcionado bien para muchas asociaciones miembros (Ver informe sumario en el Artículo de la anterior Agenda), para el Comité de Gestión y para el personal de nuestra Sede, al implementar las metas de la CIM a lo largo de este Trienio.

El borrador siguiente de "visión" para las mujeres y su salud, para las matronas y para la CIM fue inicialmente presentado en la Comisión Administrativa de Enero de 1995, de ofrecer ahora como la visión que especificará las actividades y metas de la CIM hasta bien entrado el Siglo XXI. El documento Global de Estrategia se ha actualizado según estos Informes y las futuras tendencias proyectadas, añadiendo una duodécima meta; "trabajar con comunidades y grupos de mujeres para desarrollar su conocimiento y conciencia de como lograr y recobrar la salud", y el Plan estratégico ha actualizado cada meta. Estos documentos juntos, una vez finalizados por el Consejo de la CIM, deberían conducir a la acción visionaria por parte de la CIM como organización, por todas sus asociaciones y por matronas individuales en todo el mundo.

Resolución

El Comité de Gestión pide a los delegados del Consejo que revisen, discutan, y subsecuentemente adopten:

1) El Informe Visionario, "Facultando Mujeres... Facultando Matronas" incluyendo el Prefacio, Visión para Mujeres y Su Salud, y la Visión para el Futuro de las Matronas. 2) el Informe extendido de Metas de la CIM y (12); y 3) el Plan Estratégico de Acción para cada Meta.

Informe I

Confederación Internacional de Matronas INFORME DE VISION

"FACULTAR MUJERES... FACULTAR MATRONAS"

Prólogo

Durante más de 75 años, la Confederación Internacional de Matronas (CIM), sus asociados y el liderazgo de la CIM han trabajado junto a mujeres de todo el

mundo para situar a la mujer y su salud en el centro de todas las discusiones de desarrollo nacional y de salud internacional. Puesto que sin mujeres saludables, nunca tendremos niños saludables. Y sin niños saludables, nunca tendremos naciones saludables. Todavía 500.000 mujeres en el mundo mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo –un hecho que nunca fue destinado para matar a una mujer–. La misión de la CIM es "adelantar las metas globales y las aspiraciones de las matronas para conseguir resultados mejores para las mujeres en sus años de fertilidad, para sus recién nacidos, y para sus familias donde quiera que vivan". Desde 1987, la Confederación ha apoyado y ha contribuido a esfuerzos globales para la Maternidad Segura, incluyendo la meta de reducir en un 50% la muerte de mujeres durante el parto, mediante la educación y el apoyo a las matronas que viven y trabajan en aquellos países donde ocurren la mayoría de las muertes maternas.

Informe de Propósito

Anticipando con interés el siglo XXI, matronas y mujeres comparten muchos de los intereses y trabajan para conseguir la visión siguiente, que faculta tanto a las mujeres como a las matronas como personas totalmente respetadas, y miembros productivos de todas las sociedades.

Visión para Mujeres y Su Salud

La CIM prevé un mundo donde:

- La mujer será respetada y será tratada como persona en todas las sociedades.
- La mujer será considerada como igual al hombre en el orden mundial.
- La mujer se reconoce como crucial en la salud de cualquier nación.
- La mujer y su familia son parte de un sistema de salud pública de fácil acceso y de servicios de alta calidad.
- La mujer tiene el derecho de escoger entre opciones seguras para el cuidado de la salud a lo largo de su vida, incluyendo servicios de alta calidad y de última tecnología, suministrados por proveedores competentes a quienes verdaderamente les importan los cuidados a la mujer y su salud.
- La mujer está educada con gran sentido de autoestima, confía en su cuerpo, planifica sus embarazos, y toma decisiones sabias en el área de la salud pública.
- La mujer experimenta un nivel de vida razonable, incluyendo un ambiente limpio y seguro, comida saludable, y un lugar adecuado para vivir.
- Ninguna mujer tiene que temer por su vida o la de su bebé cuando esta embarazada.
- La mujer cree que el parto es normal y prefiere evitar cualquier intervención innecesaria.

Visión para el futuro de la Obstetricia

La CIM prevé lo siguiente para el futuro de la obstetricia en el mundo:

- Las matronas proveen los cuidados en todas las circunstancias, y a todas las mujeres que requieren servicios de obstetricia.
 - Toda matrona está capacitada y permanece competente en su ejercicio a lo largo de su carrera.
 - Las matronas son proveedoras autónomas de salud pública que valoran el trabajo en equipo al prestar todos los cuidados necesarios a mujeres y sus familias.
 - Las matronas son reconocidas por sus actividades de auto-gobierno incluyendo, normas de ejercicio, competencias básicas, códigos de ética, evaluaciones continuas de calidad y mecanismos válidos de acreditación.
 - La educación obstétrica está disponible mediante una variedad de vías y con competencias básicas relativas a las necesidades del país donde la matrona está ubicada.
 - Cada matrona cualificada puede ejercer según su preparación (educación) y experiencia.
 - Las matronas están reconocidas como expertas en el cuidado de mujeres en edad fértil y constituyen el eje de cualquier esfuerzo para la Seguridad Materna.
 - Las matronas juegan un papel determinante en el futuro de la salud pública, incluyendo servicios básicos de salud primaria en la comunidad para todas las mujeres y sus familias.
 - Las matronas son una parte integral de cualquier agencia reguladora con la tarea de promulgar y hacer cumplir los reglamentos en el ejercicio de la obstetricia.
 - Las matronas están involucradas en la investigación y la formación de políticas que valoran y promocionan los servicios obstétricos al público.
 - Las matronas sostienen que la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia son procesos fisiológicamente normales y raras veces requieren intervención médica.
 - Las matronas trabajan con mujeres para diseñar un sistema de salud pública que responde a las necesidades estas.
- 2) Estrategia Global (ver papel adjunto con la nueva meta en negrita).
- 3) Plan Estratégico de Acción 1996-1999 (ver hoja adjunta).

CÓDIGO DE ÉTICA

Una vez adoptado por el Consejo en su reunión de 1993, el "Código Internacional de Ética para Matronas", fue publicado por la Confederación en forma de folleto.

Se le obsequiaron copias a Las Asociaciones Miembros, Funcionarios, Comité de Gestión, Representantes Regionales y Representantes de la Naciones Unidas. La notificación de su publicación se publicó en el Boletín de la Confederación, y ejemplares fueron enviados a editores, Asociaciones Miembros y a cualquier matrona o interesado que preguntara en la Sede de la CIM.

Las ventas del folleto, principalmente a matronas individuales, han sido constantes, con ejemplares aún disponibles en la Sede.

Se ha incentivado a las Asociaciones Miembros a incorporar al texto en su propia documentación sobre la Ética, o en el de su gobierno u organismo gobernante y se ha informado de estas acciones a nuestra Sede.

El listado indica que las Asociaciones Miembros han informado sobre la situación actual.

El texto de "Código Internacional de Ética para Matrona" incorporado y utilizado como base para las asociaciones en la documentación del país:

El Colegio Australiano de Matronas, S.A.

Bund Hebammen Alemán.

La Asociación de Matronas, Malta.

El Colegio de Nueva Zelanda de Matronas.

EL CUIDADO DE MUJERES DESPUÉS DEL ABORTO

Razonamiento: Casi 70.000 mujeres mueren cada año como resultado de complicaciones en el aborto.

Reconociendo que:

El acceso a la información: servicios, educación y planificación familiar, podría reducir considerablemente, o impedir, la mortalidad materna relacionada con el aborto (10%-50% de la totalidad).

El acceso al cuidado adecuado de los servicios post aborto reduciría considerablemente la morbi-mortalidad reproductiva a largo plazo, reconociendo que: Muchas mujeres pueden no saber que la fertilidad vuelve rápidamente después del aborto.

La experiencia del aborto puede ser una de las infrecuentes ocasiones en la cual la mujer tiene contacto con el sistema de salud pública.

La imposibilidad de acceder a servicios adecuados post-aborto contribuye en gran parte a los índices de mortalidad e incapacidad corrientes en muchos países.

El cuidado apropiado puede contribuir significativamente al reestablecimiento de la salud y bienestar de la mujer e influir en los resultados para el resto de su vida reproductiva.

Resolución: La Confederación Internacional de Matronas cree que una mujer que ha tenido un aborto, espontáneo o inducido, tiene la misma necesidad de cuidado

que una mujer que haya dado a luz. Según esta creencia, las matronas deberían:

- a) Considerar tales cuidados como parte de su ejercicio como matronas.
- b) Proveer cualquier atención necesaria e inmediata después del aborto.
- c) Referir a la mujer apropiadamente para cualquier tratamiento adicional que pueda requerirse y que está más allá de los límites de su ejercicio...
- d) Proveer educación en lo que concierne a la futura salud de la mujer.
- e) Reconocer el apoyo emocional, psicológico y social que pueda ser necesitado por la mujer y responder adecuadamente...

Declaración: Asegurar que la mujer reciba la atención y cuidados requeridos en un momento que pueda ser decisivo para el futuro de su vida reproductiva.

Implicaciones financieras: Ninguna a la Confederación; aumento de los gastos de servicios obstétricos en cada país.

Recomendación del Comité de Gestión: Adopción por el Consejo.

Propuesta - Resolución 1996

Categoría: El Desarrollo Profesional y reuniones Científicas.

Proponente: Comité de Gestión.

CUIDADO DEL RECIEN NACIDO

Razonamiento: La definición Internacional de la Matrona estipula que la matrona debe "poder cuidar del recién nacido y del bebé". Una cuarta parte de las 12,2 millones de muertes estimadas al año entre niños por debajo de los cinco años están relacionadas con el nacimiento. La mayoría de estas muertes son debidas a la falta de cuidados cualificados de la madre durante el embarazo, parto y alumbramiento así como la falta de cuidados esenciales del bebé, durante las primeras horas y semanas de vida. La asfixia, los daños causados por el alumbramiento, la infección y los partos prematuros son las principales causas de estas muertes. Muchos otros bebés sobreviven, pero quedan severamente discapacitados...

Resolución: Este Consejo declara su creencia, coherente de la Definición Internacional de la Matrona, la matrona es responsable del cuidado del recién nacido y el bebé. Además de prestar cuidados adecuados a las

mujeres embarazadas, detectar y solventar complicaciones, deben asegurar un parto limpio y seguro, asistidas por personas entrenadas y, si fuera necesario, resolver complicaciones obstétricas referidas a ellas para su tratamiento; las matronas deben lograr y mantener habilidades adecuadas y competencias en:

- Reanimación del recién nacido.
- Prevención y control de la hipotermia.
- Cortar limpiamente el cordón umbilical y su cuidado.
- Prevención de la infección, su reconocimiento, control y envío a un especialista si fuera necesario.
- El cuidado de los ojos y prevención de la ceguera.
- Programas de inmunización, para madres y sus bebés, contra el tétanos y otras infecciones evitables.
- Educación de las madres y las familias en la prevención y control de la diarrea y otras enfermedades.
- La pronta instauración de la lactancia natural y la educación familiar y comunitaria para promover, proteger y apoyar la lactancia natural.

Además, las matronas tienen la responsabilidad de:

- Actualizarse y ampliar su propio conocimiento sobre el cuidado del recién nacido para compartirlo con mujeres y comunidades.
- Desarrollar habilidades avanzadas, cuando sea apropiado, para emprender un parto con intervención quirúrgica.
- Asegurar que los Auxiliares Tradicionales del Parto, cuya educación y vigilancia es responsabilidad de las matronas, sean capaces de prestar todos los cuidados básicos a los recién nacidos e identificar y referir bebés enfermos para tratamiento posterior.
- Fomentar y apoyar la provisión de programas de planificación familiar.

Declaración: Cuando se carece de las habilidades y competencias necesarias descritas más arriba, éstas tendrán que ser adquiridas para atender las necesidades de las mujeres, sus familias y las comunidades.

Debe haber más conocimiento entre las mujeres, sus familias y las comunidades de las razones del alto índice de morbi-mortalidad entre los recién nacido y los niños menores de cinco años para así exigir un nivel de servicio obstétrico que minimice estos riesgos.

Implicaciones Financieras: Ninguna a la Confederación; a nivel local, los costes adicionales serán repercutidos por cada país para asegurar que las matronas con habilidades y competencias sean empleadas a nivel comunitario.

Recomendación del Comité de Gestión: Su adopción por el Consejo.

DOCUMENTO DE CONSULTA SOBRE RELACIONES INTER-ORGÁNICAS

Información Preparatoria

La participación de la CIM en la comunidad global de salud pública, frecuentemente resulta de la interacción con una variedad de agencias y gobiernos.

Históricamente, la CIM ha mantenido lazos estrechos con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con UNICEF, y con FIGO. La Definición Internacional de la Matrona es un resultado importante de tales colaboraciones, así como la financiación y preparación de los Talleres previos al Congreso que han tenido lugar cada trienio desde 1987. Asimismo, la CIM está registrada como una Organización No Gubernamental (ONG) con las Naciones Unidas (ONU), resultando invitada para participar en reuniones de la ONU en todo el mundo. La reunión de la ONU más reciente que contó con la participación de la CIM fue la 4ª Conferencia Mundial sobre Mujeres de Beijing, China.

La CIM fue aceptada, en su condición de Asociado, en la Red Global de Centros Colaboradores de la Enfermería y Obstetricia.

Desde que el trabajo de la CIM y sus asociados, ha llegado a ser conocido en diferentes países, así como, en agencias internacionales, han aumentado las invitaciones para participar en reuniones y esta coalición ha resultado. Estas invitaciones han venido desde organizaciones como la Asociación Internacional de Pediatría (IPA) y la Asociación Internacional para la Salud Maternal y Neonatal (IAMANEH). A la vista de los recursos limitados de la CIM, es el momento para que el Consejo considere la adopción de directivas que proveerán orientación a la Junta de Gestión para determinar que las relaciones interorgánicas deban formalizarse. La directivas siguientes se proponen para discutir y adoptarlas.

Directivas sugeridas

El propósito de cualquier relación formal interorgánica, entre la Confederación Internacional de Matronas (CIM) y otra organización internacional será para promocionar y avanzar la salud pública de las mujeres y sus familias en edad fértil. Las directivas siguientes se consideran al tomar una decisión para formalizar una relación específica interorgánica.

La selección de un socio organizativo: como mínimo

1. La organización propuesta apoya los fines y los objetivos de la CIM y no efectúa actividades que estarían en conflicto con estos fines y objetivos.

2. La organización propuesta apoya y es activa en los esfuerzos globales para promocionar y avanzar en la salud y los cuidados a mujeres y sus familias en edad fértil.

3. La organización propuesta reconoce a las matronas como proveedoras de asistencia sanitaria pública y eje principal en esfuerzos relacionados con la seguridad en la Maternidad.

4. La organización propuesta no requerirá compensación financiera para formalizar una relación.

Directivas para la Implantación de Relaciones Interorgánicas

1. Promocionar la comprensión mutua de las metas y propósitos de cada organización asociada al:

a) Invitar a representantes a las reuniones apropiadas.

b) Acordar una vía para la comunicación formal (p. ej. entre Secretarios Generales, Presidentes, o Directores).

c) Reconocer y respetar el papel que cada organización juega en la salud de las mujeres y de sus familias en edad fértil.

d) Considerar la representación conjunta en los Comités como apropiada.

2. Diseñar e implementar vías de comunicación entre la CIM y el socio organizativo por medio de:

a) La selección de una persona de contacto desde cada organización matriz para servir de enlace a la otra organización.

b) Planificación y co-patrocinio de reuniones interorgánicas con un propósito o meta común.

c) Participación en reuniones programadas del uno y del otro como apropiado.

d) Intercambio de información organizativa pertinente.

3. Promocionar intercambios educativos mutuos:

a) Ofreciendo talleres conjuntos sobre un tema común.

b) Proporcionando ofertas educativas a miembros de ambas organizaciones matrices como apropiado.

c) Suministrando pericia técnica, si es posible, cuando es requerida.

d) Compartiendo calendarios de actividades de interés a cada asociado.

4. Planificar presupuestos de proyectos conjuntos reconociendo que:

a) Los gastos serán asumidos por las organizaciones respectivas a menos que se determine de otro modo.

b) Presupuestos para reuniones conjuntas o para asistir a las reuniones organizativas del asociado, por invitación, debe ser consideradas anualmente mediante el proceso presupuestario de cada organización.

PLAN ESTRATEGICO GLOBAL 1996 - 1999

Meta: Lograr las metas para una Maternidad Segura.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Difundir regularmente a las asociaciones miembros actualizaciones sobre el progreso de Iniciativas para una Maternidad Segura (SMI).	Envios de copias del "Boletín" de la OMS a las asociaciones miembro, así como otras publicaciones sobre este tema.	Mantener informadas y al día a las asociaciones de matronas y sus afiliados.
Difusión de Resultados de talleres conjuntos de la CIM/OMS/UNICEF.	Seguimiento por parte de asociaciones miembros y representantes regionales de resultados obtenidos en talleres y simposios trienales de 1987, 1991 y 1996 (Previos al Congreso)	Planes de acción de talleres previos al Congreso a nivel local y regional con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna.
Planificar y poner en marcha colaboraciones con organizaciones internacionales con similares propósitos.	Selección de lugares, provisión de fondos, y establecimiento de equipos colaboradores para planificar talleres previos al Congreso de 1999, incluyendo sitios donde no existen socios de la CIM.	Desarrollo continuo y fortalecimiento de los servicios obstétricos para subsanar deficiencias que contribuyen a la mortalidad materna en países donde los índices son altos.

Meta: Demostrar el potencial de los servicios de matronas para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Establecer una correlación directa entre las prestaciones obstétricas y mejoras en resultados maternos y en recién nacidos.	Muestreo de datos y resultados de estudios relativos a iniciativas de matronas tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.	Incremento significativo del reconocimiento del ejercicio de matronas en todo el mundo.
Mantenimiento e intensificación de relaciones de trabajo con otras organizaciones internacionales activas en la recopilación de datos sobre resultados maternos y perinatales, y la provisión de personal entrenado en servicios de maternidad.	Participación en estudios de colaboración. Establecer y mantener relaciones inter-orgánicas. Establecer un Comité Permanente sobre Investigación.	Aceder a datos que la CIM y asociaciones miembros podrían utilizar para fomentar servicios de maternidad a los Gobiernos y otras organizaciones internacionales.
Obtener mejor conocimiento financiero de servicios obstétricos en todo el mundo.	Recopilar/adquirir datos sobre los costes de educación de las matronas y otros que prestan servicios de maternidad.	Más información fundamental sobre el aspecto financiero de los servicios obstétricos que pueda servir de base para incrementar los programas educativos de obstetricia dirigido a matronas.

Meta: Ampliar los conocimientos sobre los servicios prestados por las matronas, y su influencia en todas las situaciones donde toman decisiones y participan en la política sobre cuidados maternos.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Participación y representación nacional e internacional de matronas a todos los niveles en la toma de decisiones.	<p>Apoyo activo a las matronas para conseguir puestos en organismos gubernamentales e internacionales.</p> <p>Ejercer presión para la inclusión de las matronas en delegaciones nacionales a la Asamblea Mundial de Salud.</p> <p>Ejercer presión para nombrar matronas a los más altos niveles de la OMS, con responsabilidad directa en los programas sobre la maternidad.</p>	<p>Matronas informadas con acceso a más información y apoyo de la sede central de la CIM.</p> <p>Una mayor conciencia y responsabilidad por parte de las autoridades nacionales de la salud con respecto a las declaraciones de la resolución 45.5 de la OMS; "Fortalecimiento de la Enfermería y la Obstetricia en Apoyo de Estrategias de Salud para Todos".</p> <p>Mejor representación de las matronas como una profesión y en la toma de decisiones ante la OMS con la reducción de modelos médicos de cuidados maternos.</p>
Identificar y desarrollar líderes en obstetricia con habilidades variadas y conocimientos en todos los aspectos para así representar a la CIM en una amplia gama de actividades, por ejemplo: administración, experiencia clínica e investigación.	<p>Pedir a las asociaciones miembros que identifiquen matronas con habilidades adicionales específicas, para su consiguiente participación en grupos de trabajo/reuniones/conferencias.</p>	<p>Mejor cobertura del número de reuniones internacionales que influyen gobiernos nacionales que nombran matronas locales a comités.</p>

Meta: Ampliar los conocimientos sobre partería y la influencia de las matronas en los foros donde se formulen las políticas sobre atención materna.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Formar redes que permitan a la sede central obtener una mejor aportación de oportunidades, con el fin de conseguir representación en la CIM.	<p>Identificar matronas líderes en países donde no existen asociaciones miembros, que podrían representar a las matronas de su área.</p> <p>Buscar e intercambiar información sobre reuniones/talleres/grupos de trabajo futuros.</p>	<p>Representación de matronas por aquellos con más conocimientos específicos de su propia región.</p>
Recopilar datos y desarrollar declaraciones por parte de la CIM, para ser sometidos a las Sesiones Ejecutivas de la OMS en Enero de cada año.	<p>Recopilación, región por región, de datos pertinentes a la resolución 45.5 de la Asamblea Mundial de la Salud, para someterlos a la sede central de la CIM.</p>	<p>Preparar propuestas al secretario de la OMS que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoren el ejercicio de las matronas como una disciplina distinta a la enfermería. - Identifiquen estados miembros que cumplan o no la resolución 45.5. - Documentar las actividades de los estados miembros de la CIM dirigidas a conseguir la meta de salud para todos.

Meta: Trabajar con comunidades y grupos de mujeres para desarrollar conocimientos y adquirir conciencia para conseguir una buena salud.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Incrementar la participación de las comunidades con el fin de promover la salud de las jóvenes y las mujeres.	Participación de las matronas en la educación sobre la asistencia sanitaria dentro de la comunidad.	Los miembros de la comunidad estarán informados, y tendrán más conocimientos sobre la salud.
Incrementar la responsabilidad de las mujeres por su propia salud.	Trabajos conjuntos entre matronas, mujeres, y líderes de la comunidad, para acceder a información que permita a las mujeres buscar la asistencia necesaria, y cuidar de ellas mismas.	

Meta: Fortalecer la educación de matronas y programas permanentes de educación, incluyendo el papel de matronas como educadoras.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Desarrollar, en todo el mundo, un mayor conocimiento sobre la educación de las matronas.	Establecer redes regionales para la recopilación de datos.	Identificar la amplitud de programas para matronas, y donde es preciso más apoyo para su consolidación.
Identificar la educación permanente de las matronas como requisito básico para alcanzar una mejor prestación en los cuidados maternos.	Recopilación de datos, por regiones, suministradas por organismos autónomos o gubernamentales, sobre educación a las matronas en ejercicio, y datos comparativos, resultados maternos y perinatales.	Conseguir, activamente, la responsabilidad de las matronas, las empresas y los gobiernos para una educación permanente donde más se precisa.
Apoyar la mejora de programas nacionales de educación a las matronas con relación a las necesidades clínicas de las mujeres y sus recién nacidos, en países específicos.	Apoyo de talleres regionales en cuanto al desarrollo de planes de estudio, planificación de programas, y apoyo a programas de intercambio entre matronas educadoras.	Programas de enseñanza para matronas diseñados específicamente para las necesidades de cada país, y basados en principios sólidos de docencia.
Apoyo a la adecuada preparación de las matronas educadoras.	Apoyo a talleres para el entrenamiento de educadoras.	Una mejor educación para las matronas.
Animar a todas las matronas en su papel de educadoras en el campo de la salud.	Apoyar la inclusión de la enseñanza y los principios de aprendizaje en todos los programas para matronas.	Métodos más efectivos en el esfuerzo de la enseñanza.

Meta: Desarrollar mecanismos de apoyo para las matronas que permitan el pleno ejercicio de su profesión.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Estudiar medios para promover el papel de la matrona como proveedora de asistencia sanitaria, para alcanzar su máxima realización.	Apoyar solicitudes de investigación con la meta de cuantificar el impacto del ejercicio de las matronas sobre el estado de salud de las mujeres en diversos ámbitos. Apoyo permanente al Comité sobre el ejercicio de las matronas.	Conocimientos fundamentales para promover el papel de la matrona en los servicios médicos en todo el mundo.
Identificar servicios liderados por matronas en todo el mundo.	Lograr la distribución de cuestionarios a través de representantes regionales con el fin de recopilar datos extensos sobre estos servicios, cada dos años.	Conocimiento del desarrollo de los servicios obstétricos liderados por matronas, en cuanto a costes, con relación al estado de salud de las mujeres y los recién nacidos.
Ofrecer orientación sobre la legislación o la regulación que apoye el pleno ejercicio de la matrona.	Revisar y suministrar modelos para hacer posible esta legislación. Convocar talleres.	El pleno ejercicio de matronas.

Meta: Animar y apoyar la investigación sobre el ejercicio de las matronas, con el fin de conseguir la calidad en los cuidados a la mujer en sus años fértiles.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Obtener financiación para apoyar proyectos específicos de investigación.	Desarrollo de propuestas para financiación. Someter propuestas de subsidios y concesiones de becas.	Subvenciones adecuadas para los proyectos.
Identificar proyectos para su apoyo por la CIM.	Sugerencias por parte de los representantes regionales para proyectos en su región u otras.	Listados de futuros programas y proyectos para subvencionar.
Asegurar que los resultados de los Talleres previos al Congreso de Oslo en colaboración con la OMS/UNICEF, sean publicados y promulgados.	Distribución de resultados a las asociaciones miembros con la petición de información sobre actividades de seguimiento.	Actividades de seguimiento.
Establecimiento de una red internacional de investigación sobre la obstetricia.	Buscar el apoyo de las asociaciones miembros para designar matronas afiliadas para formar una red.	Fortalecimiento de iniciativas sobre la investigación obstétrica.
Establecer un Comité Permanente de Investigación.	Reuniones Anuales a través de correo electrónico. (E-Mail).	Proporcionar recursos inmediatos a las asociaciones miembros.

Meta: Clasificar y definir las actividades de las matronas.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Asegurar que los departamentos nacionales de salud tengan disponibles copia de la Definición Internacional de la Matrona.	Reforzar por parte de las asociaciones la definición de la matrona, según la sede central de la CIM, ante gobiernos y departamentos.	Personas mejor informadas, para la toma de decisiones, dentro de los departamentos de salud de los gobiernos.
Conservar la integridad de la titulación matrona.	Determinar que otros calificativos se unen al título, por región, y el papel y función de cada trabajador.	Habilidad para debatir mejor y contribuir a bases de datos internacionales sobre la provisión de personal entrenado y titulado en los servicios de maternidad.
Establecer si el desarrollo histórico del personal en servicios de maternidad guarda relación a la prestación de cuidados a la mujer de hoy.	Obtener mejor conocimiento, por regiones del porqué es cierto que existe personal con títulos descriptivos variados, añadidos al de matrona.	Contribuir eficazmente a una mejor "descripción" del personal que no se ajusta a la Definición Internacional de la Matrona.

Meta: Asegurar la viabilidad financiera de la CIM.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Establecer los ingresos predecibles de la CIM.	Establecer las cuotas de asociados realista y equitativamente. Alterar la proporción de ingresos entre honorarios de "capitation" y otras fuentes de ingresos.	Presupuestos exactos. Menor vulnerabilidad a las tendencias del mercado. Menor dependencia de gastos e ingresos del Congreso.
Mantener a los asociados informados durante el trienio, de la situación económica de la CIM.	Circular resumen anual del informe de auditoría de gastos e ingresos.	Asociaciones mejor informadas permanentemente del estado financiero de la CIM.
Obtener financiación para proyectos y actividades del SMI (Iniciativas para una Maternidad Segura) en países no pertenecientes a la CIM.	Encargos de informes subvencionados. Identificar agencias de financiación en potencia. Liberar parte del capital de la CIM para el apoyo de algún proyecto específico.	Contribución a la salud de mujeres y niños a través del SMI. Reforzar el papel de la matrona en su área de actividad. Dar más relieve a la CIM. Incrementar los asociados de la CIM.
Desarrollar y fortalecer la generación de ingresos en la sede principal y en todas las regiones.	Conferencias regionales y talleres. Desarrollar actividades de la CIM. Cobrar por consultas y utilización del centro de recursos.	Incrementar ingresos para apotar: <ul style="list-style-type: none"> – Actividades del SMI. – Personal de apoyo y recursos en la sede principal. – Proyectos de actividades en las regiones.

Meta: Asegurar la viabilidad financiera de la CIM.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Establecer publicaciones de la CIM (boletines, informes, etc.) para vender.	Mantener un marco editorial bajo el cual estas publicaciones sean viables. Buscar editoriales, patrocinio y aceptación de publicidad en publicaciones de la CIM. Comercializar el boletín en base a suscripciones personales. Vender documentos por su valor real.	Actividad de publicación cohesiva, basada en una política documentada. Liberar fondos de la CIM existentes para servicios directos de socios. (Consultas, representación, etc.). Crear nueva fuente de ingresos para apoyar más trabajos y difusión de información, etc.
En interés de la equidad, animar a todos los grupos de idiomas dentro de la CIM, a asumir la responsabilidad de traducir documentos a su propio idioma.	Limitar la traducción de material de la CIM al mínimo. (Por ejemplo: cartas oficiales a organismos externos).	Reducción significativa de desembolso para las traducciones. Incremento de fondos para actividades básicas de la CIM.
Incrementar el apoyo voluntario a las actividades.	Identificar y cotejar las habilidades de las matronas voluntarias a las actividades necesarias para el pleno desarrollo de la CIM a nivel central y regional.	Incrementar la capacidad para completar proyectos asociados a la estrategia global/ plan de acción para el trienio.

Meta: Incrementar el número de asociados en países donde no existen asociaciones.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Incrementar el número de socios de la CIM, en cada país.	Acceder a países donde existen asociaciones/grupos de matronas no pertenecientes a la CIM. Identificar países con matronas pero sin asociaciones formadas.	Listado de asociaciones con el objetivo de su reclutamiento a la CIM. Listado de países seleccionados para que a sus matronas formen asociaciones propias.
Buscar acuerdos con representantes regionales para "reclutar" asociaciones.	Apoyo a los representantes regionales en su campaña de reclutamiento con literatura, información, y establecimiento de redes.	Incremento de socios, y conocimiento del porqué las matronas no están asociadas a la CIM, aunque forman su propio grupo.
Desarrollar y poner en práctica proyectos en países donde no existen asociaciones miembros, con el fin de incrementar la conciencia de la CIM y los beneficios de estar asociado a ella.	Difusión de listados de posibles fuentes de ingresos. Provisión de solicitudes de becas "modelo", y talleres de escritura para solicitar becas y financiación. Solicitudes de becas para financiación de proyectos. Reclutamiento de matronas líderes, expertas y creadoras de equipos.	Financiación de proyectos. Presencia de la CIM en países donde es poco conocida. Mayor identificación profesional en países donde se conoce poco la CIM.

Meta: Difusión de información y provisión de foros en los cuales las asociaciones y sus asociados puedan intercambiar ideas y beneficiarse de la experiencia de otros.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Lanzar una publicación asequible para matronas: "Asuntos Internacionales para Matronas".	Buscar apoyo financiero. Establecer un comité de redacción. Campaña para conseguir material para ser publicado.	Una fuente, regular y fiable de información sobre obstetricia, matronas y cuidados maternos.
Desarrollar un centro de recursos fácilmente accesible, sobre asuntos internacionales relacionados con la obstetricia, en la sede central de la CIM.	Mantener un bibliotecario a tiempo parcial. Mantener un centro para estos recursos. Establecer bases de datos informáticos en línea (de red) que faciliten la difusión de la información.	Un centro que apoye a las asociaciones miembros, para lograr un conocimiento mundial sobre las matronas.
Facilitar la realización de talleres, seminarios y conferencias en regiones de la CIM.	Obtener el compromiso de los representantes regionales para desarrollar un plan de actividades para el trienio.	Más actividad regional. Publicación de informes/resultados de los talleres, accesibles a otras matronas.

Meta: El desarrollo de códigos nacionales de ética basados en el Código de Ética Internacional para Matronas.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Desarrollo de códigos de ética para matronas en todos los países asociados a la CIM.	Difusión del folleto introductorio de la sede central de la CIM con el Código Internacional de Ética para Matronas.	Establecimiento de grupos de trabajo/comités en cada país para revisar la situación actual, contemplar el Código Internacional y preparar un plan para su adopción.
Observación y seguimiento para la adopción del Código de Vancouver 1993.	Establecimiento de grupo de trabajo internacional de enlace con representantes regionales para reacciones y apoyo.	Recopilación de datos sobre el cual desarrollar un informe para el Consejo de la CIM en Manila 1999.

ASOCIACIONES MIEMBROS QUE ASISTIERON A LAS SESIONES DE TRABAJO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE LA C.I.M.

REGIÓN DE ÁFRICA

País	Asociación miembro	Nombre de las delegadas
Gambia	Gambia Midwives Association	Srta. Jarria Daffeh Srta. Frances Foord
Ghana	Ghana Registered Midwives Association	Sra. Priscilla L. Owusu-Asiedu Srta. Florence Quarcoopome
Sierra Leona	Sierra Leona Midwives Association	Srta. Marina Oluyemi John Srta. Amie Kargbo
Sudáfrica	Genootskap vir Vroedroue in Suidelike Africa (Sociedad de Matronas de Sudáfrica)	Prof. Anna Nolte Srta. Elizabeth Morabe
Tanzania	Tanzania Registered Midwives Association	Srta. Stella Mpanda
Uganda	Uganda Private Midwives Association	Sra. Christine Achurobwe

REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

País	Asociación miembro	Nombre de las delegadas
Canadá	The Alberta Association of Midwives	Srta. Sheila Harvey Srta. Joyce Relyea
Canadá	Midwives Association of British Columbia	Sra. Elaine Carty
Canadá	Association of Ontario Midwives	Srta. Carol Cameron Srta. Vicki van Wagner
Chile	Colegio de Matronas de Chile	Srta. Leticia Loronzetti Silva
EE.UU	Midwives Alliance of North America	Srta. Diane Holzer Sra. Ina May Gaskin
EE.UU	American College of Nurse-Midwives	Dra. Joyce Roberts Srta. Teresa Marsico

REGIÓN ASIA-PACÍFICO

País	Asociación miembro	Nombre de las delegadas
Australia	Australian College of Midwives Inc.	Dra. Diane Cutts Srta. Elaine Smallbane
Camboya	Asociación de Matronas Camboyanas	Sra. Ren Neang
Filipinas	Integrated Midwives Association of the Philippines	Srta. Rebecca SL Valdivia Srta. Leonila Magcale
Indonesia	Asociación de Matronas Indonesias	Srta. Nisma CH Bahri Srta. Yanne Annas
Japón	Academia Japonesa de Partería	Prof. Junko Kondo Srta. Mieko Takeuchi
Japón	División de Matronas, Asociación Japonesa de Enfermería	Srta. Yaeko Matsumoto Srta. Hisako Watanabe
Japón	Asociación de Matronas Japonesas	Srta. Tamako Yaga Srta. Kikoyo Okamoto
Nueva Zelanda	New Zealand College of Midwives	Srta. Karen Mary Guilliland Sra. Sally Pairman

REGIÓN DE EUROPA

País	Asociación miembro	Nombre de las delegadas
Alemania	Bund Deutscher Hebammen	Srta. Jule Friedrich Srta. Andrea Wehling
Austria	Österreichisches Hebammengremium	Sra. Dorothea Rüb Srta. Claudia Schachner
Dinamarca	Den Almindelige Danske Jordemoderforening	Srta. Merte Larsen Srta. Birthe Refskou Jensen
España	Associació Catalana de Llevadores	Srta. Gloria Seguranyes
España	Asociación Nacional de Matronas Españolas	Srta. M ^a Ángeles Rodríguez Rozalén
Finlandia	Suomen Kätilöliito	Srta. Merja Kumpula Srta. Marja-Liisa Lappi-Sepälä
Francia	Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes	Srta. Michelle Gros Srta. Francine Dauphin
Holanda	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	Srta. Lu-See Lee Srta. Renske Johanna Drejer
Irán	Asociación de Matronas Iraníes	Srta. Alizadegan
Irlanda	Midwives Section, Irish Nurses Organisation	Srta. Katherine Craughwell Srta. Ann Martin
Islandia	Asociación de Matronas Islandesas	Srta. Hildur Krisjánsdóttir
Israel	Asociación de Matronas de Israel	Srta. Ayala Blau Srta. Lilith Doron
Italia	Asociación Italiana de Matronas para los contactos culturales en el extranjero (AIORCE)	Srta. Berta Comitini Srta. Maria Assunta Fachhi
Líbano	Association des Sages-Femmes Diplômées de la FFM	Srta. Marie-Léonard Mazraani Srta. Norma Rizk
Malta	The Midwives Association	Srta. Raffaella Farrugia Srta. Mary Vella-Bondin
Noruega	Den Norske Jordmorforening (DNJ)	Srta. Britt Eide Srta. Synnøve Muri Olsen
Noruega	Jormorforbundet	Srta. Celina Anker-Rasch Srta. Britt Hamre
Reino Unido	Association of Radical Midwives	Srta. Olga Parker Srta. Kerri-Anne Gifford
Reino Unido	Association of Supervisors of Midwives	Srta. Beverley Peters Srta. Catherine Caldwell
Reino Unido	Royal College of Midwives	Sra. Julia Allison Srta. Caroline Flint
Reino Unido	Midwifery Society of the Royal College of Nursing	Srta. Vicki Allanach Srta. Denise Chaffer
República Checa	Asociación Chaeca de Matronas	Srta. Suzana Štomerová
Suecia	Svenska Barnmorskeförbundet	Srta. Margareta Ekberg Srta. Kerstin Belfrage
Suiza	Association Suisse des Sages-Femmes	Srta. Georgette Grossenbacher Srta. Penny Held

SECCION INTERNACIONAL

Secretaría

Srta. Joan Walker	Secretaria general
Sra. Judith O'Heir	Secretaria de las actas

Asociaciones miembros no representadas

Región de África

País	Asociación miembro	Observaciones
Benín	Association des Sages-Femmes de Benín	
Burkina Faso	Association Burkinabé des Sages-Femmes	
Etiopía	Ethiopian Nurse Midwives Association	
Liberia	Liberian Midwives Association	
Marruecos	Association marocaine des Sages-Femmes	
Nigeria	Professional Association of Midwives	
Seychelles	Asociación de Matronas de la República de las Seychelles	
Sudán	The Sudanese Midwives Union	

Región de las Américas

País	Asociación miembro	Observaciones
Brasil	Associação Brasileira de Obstetizes	
Canadá	Association des Sages-Femmes diplômées du Quebec	
Jamaica	Jamaica Midwives Association	No se presentó
Paraguay	Federación Paraguaya de Obstetras	No se presentó

Región Asia-Pacífico

País	Asociación miembro	Observaciones
Corea	Asociación de Matronas Coreanas	
Hong-Kong	Hong-Kong Midwives Association	
Sarawak	Sarawak Midwives Association	
Sri Lanka	Government Midwifery Service Association	
Taiwan	Asociación de Partería de la República de China	

Región de Europa

País	Asociación miembro	Observaciones
Alemania	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands	
Bélgica	Comité de Concertation des Accoucheuses	
España	Consejo General de Enfermería	No se presentó
Grecia	La Asociación de Matronas Grecas	
Luxemburgo	Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes	
Reino Unido	Independent Midwives Association	

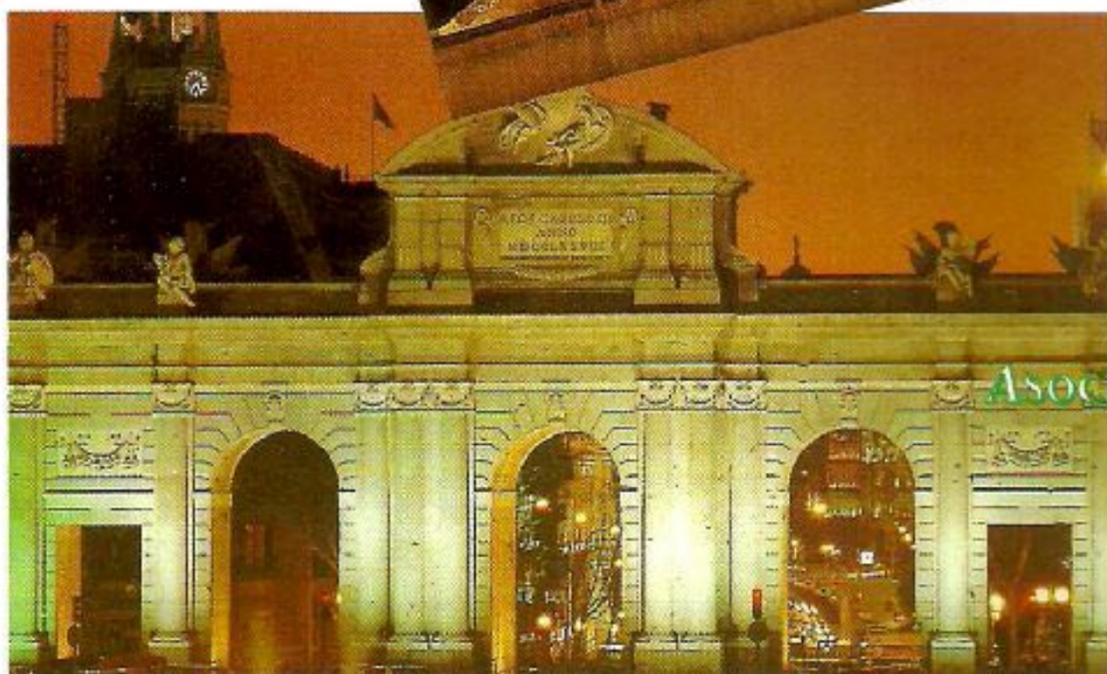
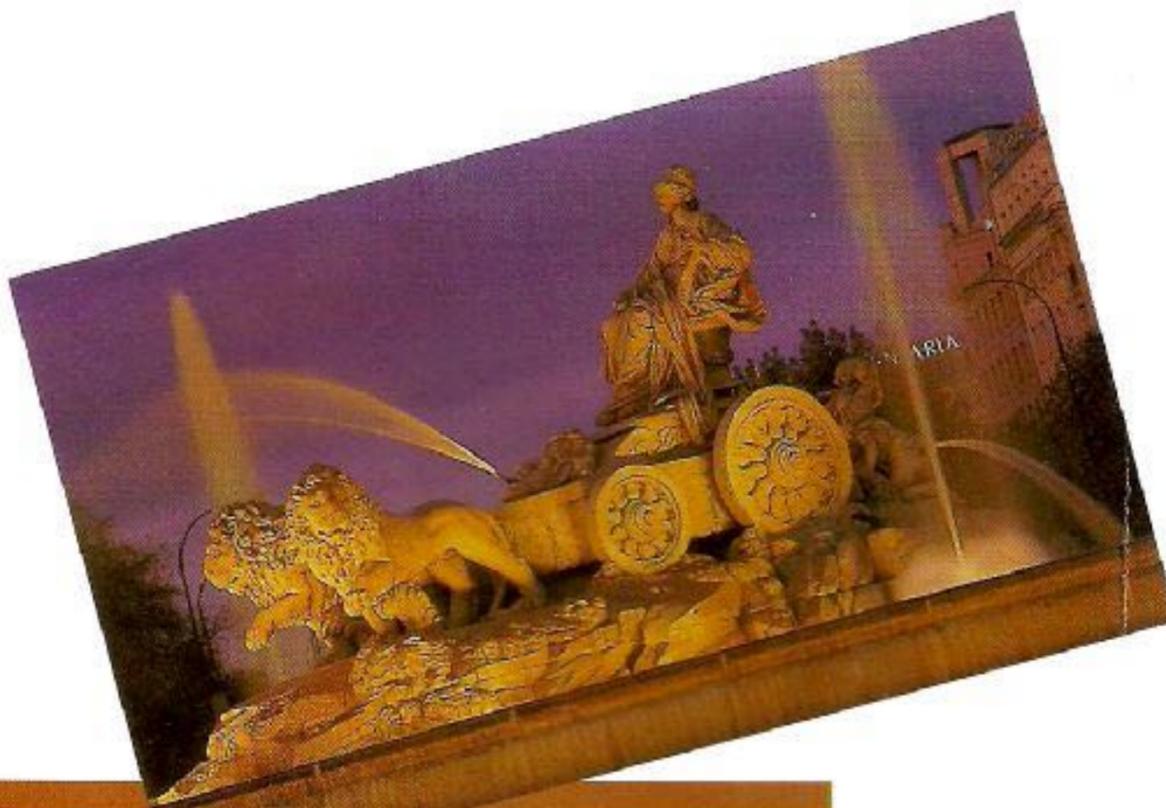
VI CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

1^{er}

Madrid 27, 28 y 29 de Noviembre de 1.997

E
N
C
U
E
N
T
R
O

H
I
S
P
A
N
O
-
L
U
S
O



Sede del Congreso:
Hotel HUSA-Princesa
Princesa, 40

Información:
Asociación Nacional de Matronas
Tel. y Fax: 91 - 501 05 09

Secretaría Técnica:
Ultramar Express
Tel.: 91 - 540 15 68
Fax: 91 - 542 15 19

