

matronas hoy

NUEVA ETAPA

REVISTA DE LA ASOCIACION DE MATRONAS

Nº 15 - 2ª ETAPA, 2000



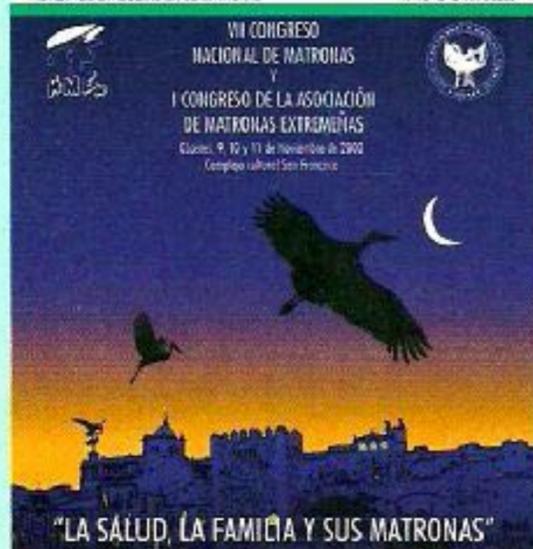
VII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS Y I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS EXTREMEÑAS



Cáceres, 9, 10 y 11 de Noviembre de 2000
Complejo cultural San Francisco



"LA SALUD, LA FAMILIA Y SUS MATRONAS"



STAF

Dirección

M^a Angeles Rodríguez-Rozalén

Asesoras

Ana Aguilá Gorges. Zaragoza
Teresa Cabrera. Madrid
Lucía Calderon. Madrid
Carmen Hernández. Canarias
Adela Sanchez. Castilla-La Mancha
Ana Martinez. Valencia
Encarna Fdez. Zamudio. Andalucía
Carmen Fdez. Zamudio. Andalucía

Consejo de Administración

Junta Ejecutiva de la
Asociación Nacional de Matronas
Avd. Menéndez Pelayo, 93
Telf.: 91 501 05 09

Deposito Legal: 19.000/83

Edita: Asociación Nacional de Matronas

SUMARIO

PUNTO DE VISTA. **Pág. 3**

SECCIÓN CIENTÍFICA

*ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
LA PELVIS PREHISTÓRICA Y
LA ACTUAL EN RELACIÓN
CON LA EVOLUCIÓN DEL PARTO.* **Pág. 4**

*APROXIMACIÓN A LA REALIDAD
DE LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS
JÓVENES DE UNA ZONA BÁSICA
DE SALUD DE GRAN CANARIA* **Pág. 13**

*LA AGRESION SEXUAL:
COMO ABORDARLA* **Pág. 18**

*TOCOLITICOS EN LA SOSPECHA
DE DISTRESS FETAL INTRAPARTO* **Pág. 21**

*"TABACO Y EMBARAZO EN UN
ÁREA SANITARIA DE LA
COMUNIDAD DE MADRID".* **Pág. 28**

*ACTITUD DE LAS MATRONAS
DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
DE MALAGA, HACIA LA PRACTICA
DE LA ANALGESIA
EPIDURAL EN EL PARTO* **Pág. 34**

CONFERENCIA INTERNACIONAL

DECLARACIÓN DE POSICIÓN **Pág. 47**





Queridas Matronas; enhorabuena o felicidades! porque ha nacido "MATRONAS-PROFESION".

Esta es un abuena noticia para el colectivo, por la necesidad de publicaciones especificas que tenemos.

Hasta hoy solo existia nuestra revista que, ha tenido que asumir liderazgo y exclusividad con el enorme inconveniente de no poder llegar a todas, por razones obviamente económicas. A partir de ahora todas las Matronas recibirán "MATRONAS-PROFESION".

Es bueno que una publicación de éstas características nos llegue a casa, pero lo mejor es que ha sido gestada, impulsada, consensuada y auspiciada por todas las Asociaciones.

Con mucha ilusión y grandes expectativas doy la bienvenida a lo que, en forma de revista, es un buen inicio de multiples proyectos conjuntos de toda la profesión.

Felicito muy estrañablemente a la directora de "MATRONAS-PROFESION", Gloria Seguranyes.

Li Ausubel Andujar



ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PELVIS PREHISTÓRICA Y LA ACTUAL EN RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DEL PARTO.

AUTORES Y CARGO

María Jesús de Pedro Juan González. Matrona.

Noelia Benito de la Iglesia. Matrona.

Trinidad Ramos Rodríguez. Matrona.

LUGAR DE TRABAJO

Unidad de Partitorio, Urgencias y Fisiopatología Fetal del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Getafe.

DIRECCIÓN Y TELÉFONO

Hospital Universitario de Getafe, Carretera de Toledo, Km 12,500, Getafe. Madrid.

Teléfono: 91-6839360. Extensión 2116.

RESUMEN.

El propósito del presente estudio es: comparar la pelvis ósea de un *Homo sapiens* (una mujer de nuestra especie) con la de homínidos prehistóricos que le precedieron, con la finalidad de analizar las causas y consecuencias obstétricas derivadas de la evolución en la morfología pélvica. Para ello, se hace una revisión bibliográfica de investigaciones basadas en los tres fósiles pélvicos seleccionados para este estudio: Al 288-1, Sts-14 y la pelvis de *Elvis*. Su análisis descriptivo conduce al estudio del mecanismo y trabajo de parto prehistóricos. Las dos primeras pelvis, pertenecientes a *australopithecus*, eran platipeloides, predominando sus diámetros transversos sobre los anteroposteriores en los diferentes planos pélvicos. Aunque este tipo de pelvis se asocia actualmente con detención del parto, la pelvis hiperfemenina de aquellos permitía la evolución del mismo. La tercera, correspondiente a un preneandertal, era muy ancha a nivel superior e inferior. Los autores que estudian estas pelvis no coinciden respecto al modo en que tendría lugar el mecanismo del parto en la prehistoria: algunos consideran que la rotación fetal a lo largo del canal del parto, no comenzó hasta que la morfología del estrecho inferior pélvico se modificó, en cambio otros opinan que la rotación fetal ya habría existido desde los primeros homínidos. El *Homo sapiens* modificó su estructura y morfología pélvicas respecto a sus antecesores (sobre todo en el estrecho inferior), obteniendo tanto una naturaleza más grácil como una mayor eficacia energética al caminar, pero también un

parto más complicado para la mujer debido a una anchura pélvica más reducida y unas dimensiones craneales fetales aumentadas. Además, los recién nacidos en nuestra especie dependen completamente de sus padres y precisan mayores cuidados que los recién nacidos de *australopithecus* y neandertales, que vendrían al mundo en un estado de desarrollo mayor y menos dependientes de sus progenitores.

I. INTRODUCCIÓN.

La pelvis es el canal óseo del parto, es decir, uno de los elementos que interviene en la evolución de un parto: objeto, canal y motor del parto. La arquitectura de la pelvis verdadera, determina que el feto, en su salida hacia el exterior, realice una secuencia de movimientos en el interior del canal del parto^(1,2). Esto explica que tanto la morfología, como las dimensiones pélvicas, sean objetos de estudio para las matronas.

Sin embargo, los primeros libros para matronas, que datan del siglo XVI, no contenían descripciones de la pelvis. Y no es hasta 1.716, cuando Henricus Van Deventer (1.651-1.724), tocólogo neerlandés, influye notablemente en la docencia de las matronas, con la publicación de un libro en el que aparece una primera descripción de la pelvis ósea^(1,3).

Los paleontólogos, a partir de restos fósiles, también abordan el análisis de la pelvis ya que, arroja información sobre aspectos muy diversos de la biología de los homínidos prehistóricos: su forma corporal, peso, sexo, biomecánica, adquisición de la postura



bípeda... Pero además, los fósiles pélvicos también permiten profundizar en el estudio de las características del parto en la prehistoria: tamaño de la cabeza fetal que podía pasar por el anillo óseo, lo que, a su vez, informa del estado de desarrollo del recién nacido; la encefalización, es decir, la relación entre el tamaño corporal y el cerebral, así como también el mecanismo del parto ⁽⁴⁾.

El objetivo de nuestro estudio es analizar las consecuencias que la evolución pelviana ha podido tener sobre el mecanismo y trabajo de parto actual, así como los factores obstétricos o no, que han podido contribuir a que la pelvis se fuera modificando. Todo ello con la finalidad de reconocer la complejidad del parto en nuestra especie -con respecto a la del resto de los mamíferos- desde las modificaciones que en el canal óseo del parto han ido acompañando a la evolución humana.

Para ello, y teniendo presente el papel que desempeña la pelvis en el parto, hemos abordado el estudio desde el análisis pélvico de tres especies de la prehistoria, en relación con la pelvis de una mujer de nuestra especie (*Homo sapiens*). La selección de unos fósiles pélvicos, en detrimento de otros, parte de que las tres muestras seleccionadas, son los fósiles más completos estudiados.

De modo que, en 1994, en el yacimiento de la Sima de los Huesos en la Sierra de Atapuerca (Burgos), tuvo lugar el hallazgo de la pelvis más completa del registro fósil mundial. Se conoce como la pelvis de *Elvis*, tiene más de 300.000 años de antigüedad y se asigna a un individuo de sexo masculino de la especie *Homo heidelbergensis* (especie preneandertal) ⁽⁵⁾.

Con anterioridad, se disponía de algunas caderas, no tan completas, de homínidos de otras especies y distintas procedencias geográficas. Así, en Hadar (Etiopía) fue encontrada la pelvis de AL 288-1, conocida popularmente como *Lucy*, de 3,18 millones de años de antigüedad (Walter, 1994) y asignada a un individuo de sexo femenino de la especie *Australopithecus afarensis* (Johanson & White, 1979). En Sterkfontein (Sudáfrica) se encontró la pelvis de Sts-14, asignada a un individuo de sexo femenino de la especie *Australopithecus africanus* (Howell, 1978; Robinson, 1972) y datada en 2,2-2,5 millones de años (Vrba, 1982) ^(6,7).

La pelvis de los individuos de estas tres especies de la prehistoria, se caracterizan por compartir dos rasgos: en primer lugar, un pubis largo y, en segundo

lugar, un canal óseo que cambia poco su forma desde el estrecho superior hasta el inferior. Esto último se debe a que se mantiene un predominio de los diámetros transversos sobre los anteroposteriores correspondientes, en todos los planos pélvicos, o al menos, en los estrechos superior e inferior ^(6,8,9,10).

Sin embargo, en la pelvis de una mujer actual (*H. sapiens*), ya no sólo no se encuentran esas características, sino que las que aparecen, difieren mucho de aquéllas: por una parte posee un pubis acortado y grueso, perdiendo así una característica primitiva que había sido común a todos los homínidos precedentes; y por otra parte, sus diámetros mayores cambian de sentido desde el estrecho superior hasta el inferior pues, es el transverso el mayor en la entrada pélvica y el anteroposterior a la salida de ella ^(1,2).

2. EL ORIGEN DEL HOMBRE ACTUAL (HOMO SAPIENS).

Antes de abordar el estudio pélvico y consecuentemente obstétrico, es preciso que dirijamos nuestra atención hacia el árbol genealógico de los homínidos, con el fin de ubicar en el tiempo y en el espacio a cada una de las especies prehistóricas que integran nuestro estudio.

Los *Australopithecus*, especie de homínidos de cerebro pequeño, que caminaban erguidos sobre dos piernas (primer rasgo distintivo de la familia humana) y vagaban por gran parte de África hace unos cuatro millones de años. Los *Australopithecus afarensis* (Tabla 1), de brazos cortos y piernas largas, vivían en África oriental, mientras que los *Australopithecus africanus* (Tabla 1), de brazos largos y piernas cortas, vivían en África meridional ⁽¹¹⁾.

Tabla comparativa de las medidas pélvicas en mm entre homínidos de la prehistoria y muestras humanas modernas

Diámetros	A. Afarensis AL 288-1	A. Africanus STS-14	Preneandertal Elvis	Humano Actual mujer
Anteroposterior estrecho superior.	* 76	*89	#85	@121
Anteroposterior excavación pélvica.	72	84	68	133
Anteroposterior estrecho inferior.	71	85	69	126,5
Transverso estrecho superior	132	101	109	138
Transverso excavación pélvica.	101	89	88	108
Transverso estrecho inferior.	96	107	103	135

* Tague, R. G y Leakey, C. O. 1986 (1)

Anshel, M. M. 1995 (2)

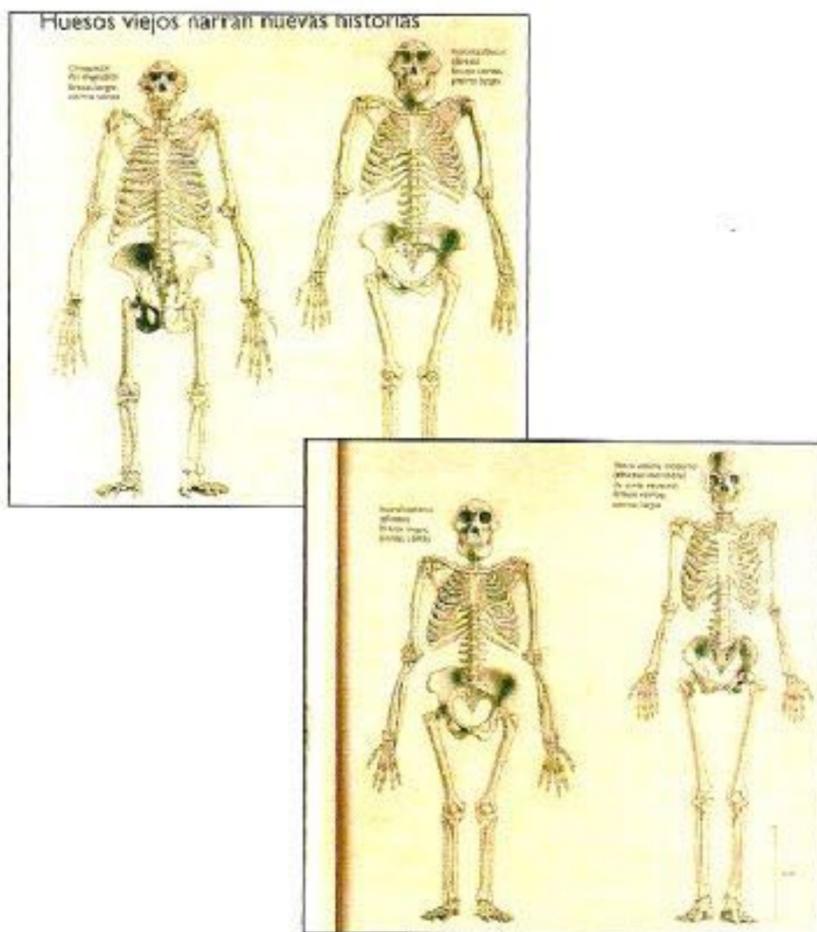
@ Armaga, J. L. 1999 (5)



La primera parte de la evolución humana tiene lugar en África, de donde partieron los primeros homínidos bípedos hace un millón y medio de años, para colonizar Asia con el *Homo erectus*, y Europa con los neandertales. También de África surgió otra segunda especie humana, que salió hace unos 50.000 años hacia Europa y Asia: se trata de nuestra especie, es decir, el *Homo sapiens* (Tabla 1) ⁽¹²⁾.

Con el *Homo sapiens* convivieron los primeros pobladores de Europa, que procedían de aquella primera emigración africana, es decir, los neandertales (*Homo neandertalensis*) (Tabla 1). Ellos habían sido los únicos pobladores de Europa durante doscientos mil años, y es al final de su reinado cuando aparecieron los primeros representantes de nuestra estirpe. Los neandertales parece ser que fueron aniquilados por el *Homo sapiens*, debido a su peor organización social: sólo emitían sonidos guturales para comunicarse, mientras que el *Homo sapiens* ya articulaba palabras, produciéndose así más fluidez en las relaciones humanas ⁽¹³⁾.

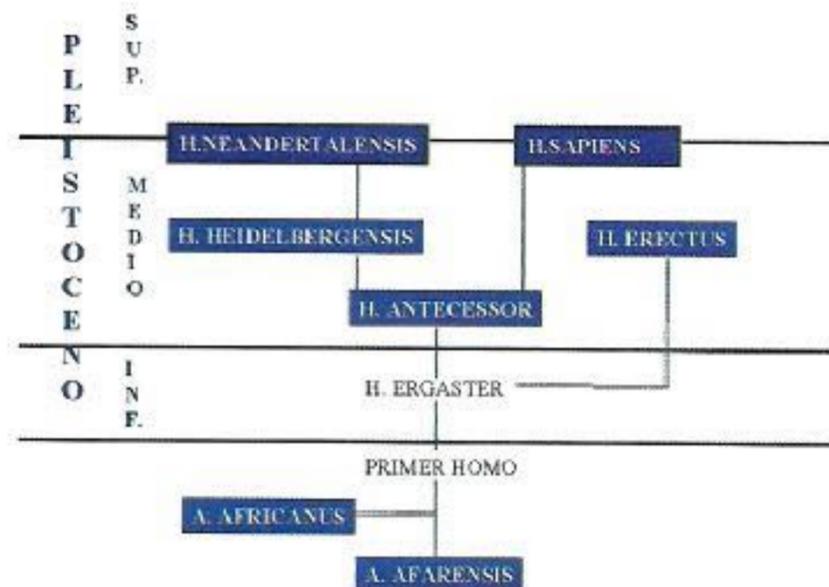
El Equipo Investigador de Atapuerca² (Burgos) ha podido reconstruir un individuo del *H. heidelbergensis* (Tabla 1), esto es, un antepasado directo del neandertal ⁽¹³⁾. Otro fruto del trabajo realizado por paleontólogos y otros expertos en estas excavaciones, fue el hallazgo de unos restos de una especie hasta entonces desconocida, y que es el eslabón común para el *H. sapiens* y el *H. neandertalensis*: el *Homo antecessor* (Tabla 1), de 800.000 años de antigüedad ^(12, 13).



3. LA PELVIS EN LA PREHISTORIA.

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA PELVIS DE UN A. AFARENSIS: AL 288-1.

En Al 288-1, según el estudio, basado en la reconstrucción de su pelvis, que realizaron Robert Tague³ y Owen Lovejoy⁴, los diámetros transversos del estrecho superior, excavación pelviana y estrecho inferior (132, 101 y 96 mm. respectivamente (Tabla 2)) son considerablemente más grandes que los correspondientes diámetros anteroposteriores (76, 72 y 71 mm respectivamente (Tabla 2)). Así pues, la pelvis verdadera de Al 288-1 sería muy ancha mediolateralmente y muy estrecha anteroposteriormente, lo que se traduce en una pelvis platipeloide ^(6, 10, 12). Virtualmente la longitud del pubis según Tague (1.991) es de 68 mm. ⁽⁶⁾.



3.2. DESCRIPCIÓN DE LA PELVIS DE UN A. AFRICANUS: STS-14.

Los restos pélvicos encontrados de Sts-14 se componen de una hemipelvis derecha (Tuttle, 1.988) la cual está prácticamente preservada, excepto en la parte interna del cuerpo del hueso púbico (Day, 1.973), el cual está, preservado en el lado izquierdo. También se han conservado algunos fragmentos del coxal izquierdo. M. Maurice Abitbol realizó la reconstrucción de esta pelvis.

La pelvis totalmente reconstruida mostraba unos diámetros anteroposteriores del estrecho superior, excavación pelviana y estrecho inferior de: 85, 68 y 69 mm respectivamente (Tabla 2); y unos diámetros transversos de los mismos planos pélvicos de: 109, 88 y 103 mm respectivamente (Tabla 2). De forma virtual la longitud púbica según Tague (1.991) es de 67 mm. ⁽⁶⁾.

Este análisis indicaba que la pelvis de Sts-14 era platipeloide en los tres planos de la pelvis verdadera, es decir, que al igual que Al 288-1 mostraba unos diámetros anteroposteriores más pequeños que los transversos. Sin embargo, en comparación con *Lucy*, presentaba una menor acentuación de la forma platipeloide, tanto en el estrecho superior como en la excavación pelviana ⁽⁸⁾.

Según Cunningham et al. (1.989), la pelvis de Sts-14 es platipeloide, mientras que la pelvis de Al 288-1 es hiperplatipeloide.

Hoy día se define una pelvis platipeloide, conforme a las siguientes características:

- El estrecho superior tiene forma ovalada, con predominio transversal.
- El diámetro transversal es largo y mayor que el diámetro anteroposterior, que es reducido, al que corta cerca de su punto medio; la morfología del segmento anterior y posterior es similar, siendo anchos y cortos.
- Las paredes laterales de la pelvis son paralelas o divergentes.
- Las espinas ciáticas no son prominentes y el diámetro interespinoso es amplio.
- La escotadura sacrociática es estrecha.
- El sacro suele ser plano y recto, de longitud normal y algo inclinado hacia delante, por lo que el diámetro anteroposterior del estrecho superior es algo más corto que el del estrecho inferior.
- El ángulo subpúbico es amplio (mayor de 90 grados).

Una pelvis platipeloide en nuestra especie se suele asociar con la detención del parto en posición occipitotransversa o con anomalías de flexión de la cabeza fetal ^(1,2). Sin embargo, parece ser que en los *australopithecus* sus diámetros pélvicos mucho más grandes, en proporción con los diámetros craneales fetales (posteriormente lo analizaremos), permitían la evolución del parto.



3.3. DESCRIPCIÓN DE LA PELVIS DE UN HOMO HEIDELBERGENSIS: “LA PELVIS DE ELVIS” (Pelvis 1).

Es una pelvis humana casi completa, que se ha asignado a un individuo de sexo masculino. Se caracteriza por ser robusta y muy ancha, con un estrecho superior de forma triangular, una rama púbica larga, que mide 102 mm, una posición anterior de las uniones sacroilíacas ⁽⁹⁾. Tener un hueso púbico largo era una característica común primitiva de los homínidos prehistóricos, algo que también se encontraba en *australopithecus* y primeros *homo* ^(8, 9, 10, 12). La pelvis sería todavía más grande para una mujer preneandertal.

La Pelvis 1 es muy ancha en todos sus diámetros transversos: 138 mm para el del estrecho superior, 108 mm para el diámetro biespinal de la excavación pelviana (con las espinas isquiáticas reconstruidas, puesto que estaban rotas) y 135 mm para el diámetro bituberoso del estrecho inferior (Tabla 2). Además presenta el máximo diámetro biilíaco (pelvis falsa) hasta ahora conocido (340 mm), superando a cualquiera de las pelvis estudiadas de las diferentes especies de homínidos ⁽⁵⁾.

3.4. DESCRIPCIÓN DE LA PELVIS FEMENINA ACTUAL (H. SAPIENS)

La pelvis ginecoide es la pelvis femenina típica y la más frecuente en la mujer (55-60 %), según la clasificación morfológica de Caldwell y Moloy, que incluye cuatro prototipos en función de la forma del estrecho superior: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide ^(1,2). Cualquier tipo de pelvis puede permitir el parto por vía vaginal ya que, para la evolución del parto sólo el tamaño de la pelvis es importante y no su forma ⁽¹⁾.

Su estrecho superior tiene forma redondeada, aunque la protusión del promontorio del sacro hacia el interior le hace parecerse a un corazón de naipe francés, y presenta un predominio de los diámetros transversos sobre los anteroposteriores (128,4 mm frente a 114,8 mm) (Tabla 2). La excavación pelviana tiene forma de tonel, en la que todos los diámetros son prácticamente iguales y con unas espinas ciáticas que no son prominentes. El estrecho inferior tiene forma ovalada y su diámetro mayor es el anteroposterior, con 120,8 mm sobre 116,1 mm que presenta el transversal ^(1,2) (Tabla 2). La longitud púbica es de 87,9 mm.

Las descripciones de las cuatro pelvis pertenecientes a diferentes especies de homínidos, arrojan

una serie de características que nos ayudarán a estudiar el objetivo del trabajo:

- Al 288-1 y Sts-14 tienen un pubis extraordinariamente largo, así como un canal del parto incomparablemente mayor, siempre en relación con el tamaño de su cuerpo. Esto se traduce en que los australopithecus presentaban una morfología pélvica hiperfemenina en relación con los patrones modernos ⁽¹²⁾.
- En los australopithecus cambia muy poco la forma general del canal óseo del parto desde el estrecho superior hasta el inferior, con un predominio de los diámetros transversos ^(8, 10, 12). De igual modo sucede en los primeros homo, como más tarde veremos, y también en los preneandertales. Sin embargo, en nuestra especie cambian de sentido los diámetros mayores desde el estrecho superior hasta el inferior, siendo el diámetro transversal o alguno de los oblicuos el mayor en la entrada pélvica, y el diámetro anteroposterior a la salida de ella ^(1, 2).
- Nuestra especie, que aniquiló al neandertal, redujo la anchura pélvica con respecto a éstos, tanto a nivel superior como inferior. A nivel superior esto se traduce en una reducción del diámetro biilíaco (340 mm para la pelvis de Elvis y 262,4 para la pelvis de una mujer actual) ⁽⁵⁾ que ha contribuido a que el *H. sapiens* sea más grácil. La reducción a nivel inferior (diámetro biacetabular) supone para el *H. sapiens* una ventaja biomecánica a la hora de recorrer grandes distancias ya que, al aproximarse el centro de gravedad a la articulación, se ahorra energía ⁽¹²⁾. Pero al reducirse el diámetro biacetabular, consecuentemente también lo hicieron los diámetros transversos del estrecho inferior de la pelvis, con consecuencias obstétricas para la mujer de nuestra especie.

4. CANAL ÓSEO DEL PARTO Y PARTO.

4.1. MECANISMO DEL PARTO.

En nuestra especie, el feto tiene que realizar movimientos de rotación alrededor de su propio eje, simultaneándose con su descenso a lo largo del canal

del parto. Una rotación interna y una rotación externa, con el fin de que los hombros, que estaban en posición transversa, en el estrecho superior, se sitúen en posición anteroposterior en el estrecho inferior, para su posterior expulsión. De este modo, tanto el cráneo como los hombros del feto, tienen que entrar en el canal del parto con una orientación transversa u oblicua y salir con una orientación sagital ^(1, 2).

Sin embargo en los australopithecus y primeros homo, apenas cambia la forma general del canal pélvico desde el estrecho superior hasta el inferior, manteniendo un predominio de los diámetros transversos sobre los anteroposteriores ^(7, 8, 13). Esta característica conduce a los diferentes expertos en la materia, a dividirse en dos corrientes hipotéticas con respecto al modo en que tendría lugar el mecanismo del parto en aquellos individuos prehistóricos:

4.1.1. DEFENSA DEL PARTO SIN ROTACIÓN EN LA PREHISTORIA.

Basándose en las pelvis reconstruidas de *Lucy* y de Sts-14, Robert Tague y Owen Lovejoy (1.986) y M. Maurice Abitbol (1.995) respectivamente, opinan que en los australopithecus, la cabeza fetal permanecería en orientación transversa desde el estrecho superior hasta el inferior, debido a la estrechez anteroposterior que presentaban ^(8, 12). Los primeros añaden además, que la trayectoria del feto sería recta y dirigida hacia atrás (al igual que en los cuadrúpedos), a diferencia de la trayectoria curva y dirigida hacia delante que describe el feto en nuestra especie ⁽¹²⁾.

C.B. Ruff⁶ defiende un mecanismo de parto para los primeros homo igual que en los australopithecus, es decir, sin rotación, en el que también el diámetro sagital de la cabeza fetal estaría orientado transversalmente desde el estrecho superior al inferior.

Para este autor, la transición de un mecanismo de parto sin rotación fetal a otro en el que sí la había, debió ocurrir entre el *H. erectus* tardío y el *H. sapiens* temprano, es decir, a partir de la primera mitad del Pleistoceno Medio (período de la evolución transcurrido entre 780.000 y 127.000 años) momento en que la pelvis se modificó, con un incremento rápido del diámetro anteroposterior en el estrecho inferior ⁽¹⁰⁾. Esto obligaría a que a partir de entonces, tuviese lugar un mecanismo del parto como es hoy día para nuestra especie, en el que la cabeza fetal colocada en orientación oblicua o transversa en el estrecho superior de la pelvis, tiene que rotar 45 ó 90 grados, para introducirse en el estrecho inferior.

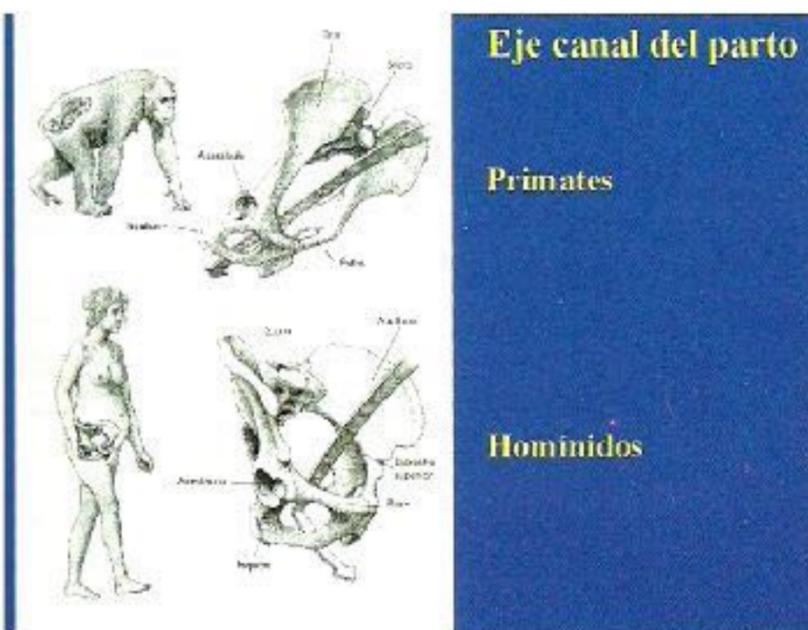


4.1.2 DEFENSA DEL PARTO CON ROTACIÓN EN LA PREHISTORIA.

Según Juan Luis Arsuaga y colaboradores (1.998) así como Christine Berge⁷ la morfología del isquion y del pubis en los australopithecus, les lleva a considerar que su vagina se abría hacia delante (como sucede en la mujer actual) y no hacia atrás. De este modo, el parto tendría las mismas características que tiene hoy día, con rotación incluida y trayectoria curva⁽¹²⁾.

Martin Häusler y Peter Schmid (1995) también consideraban un mecanismo de parto con rotación para los australopithecus, a partir de la reconstrucción que realizaron de Al 288-1 y de Sts-14⁽¹⁰⁾.

Con respecto al mecanismo del parto en las mujeres preneandertales del Pleistoceno Medio, debió de ser también como en el *H. sapiens*: con doble rotación interna (cabeza y hombros), debido tanto a la forma en espiral del canal pélvico, como a la disposición de la vagina dirigida de atrás hacia delante^(9, 13).



Por lo tanto, conforme a la postura defendida por todos estos autores, la rotación del feto a lo largo del canal del parto habría existido ya en los orígenes de la especie humana, permaneciendo invariable hasta la actualidad.

Karen Rosenberg⁸ también opina que nuestros antepasados, que habrían evolucionado desde la condición de mono, presentarían un mecanismo del parto con rotación fetal. Su postura se basa en la demostración que Melissa Stoller realizó con una serie de rayos X de la rotación en monos. Los antropólogos habían observado el nacimiento de los primates antes, pero sólo desde fuera, asumiendo por la forma oval de la pelvis y la aparente facilidad en la salida de las

crías, que no había rotación. Stoller observaba a la hembra y hacía radiografías cuando parecía posarse en actitud de parto. Los resultados con siete monos y cuatro mandriles mostraron que las crías de ambas especies rotaban. Así, en una de las series del parto de un mandril se ve que el feto está de cara a la espalda de la madre y en una radiografía posterior, ha rotado 180 grados hacia la parte ventral de la madre⁽¹⁴⁾.

Esto significaría, según algunos antropólogos, que la rotación fetal no sería exclusiva de la especie humana, pues también aparece en cuadrúpedos.

El que no exista un criterio unánime para establecer una teoría del mecanismo del parto en la prehistoria, lo interpretamos como una invitación a que se prosiga con más ahínco, si cabe, la investigación.

Entendemos que el tema en cuestión sea difícil de abordar, porque normalmente el material que se obtiene de las excavaciones no es abundante y tampoco completo, con lo que se hacen difíciles tanto la generalización como el establecimiento de teorías.

Por otra parte, elogiando la ardua tarea de reconstrucción de estructuras pélvicas que han realizado los científicos a partir de restos fósiles (Al 288-1, Sts-14 y otros) hemos de admitir que actualmente la disponibilidad de una pelvis de la prehistoria casi completa (la pelvis de *Elvis*) nos lleva a considerarla como la que más luz puede arrojar sobre el tema.

4.2. TRABAJO DE PARTO.

Otro aspecto que también se ha discutido es acerca de la facilidad o la dificultad con que se desarrollaría el trabajo de parto en la mujer prehistórica, previa aparición del *H. sapiens*. Así, el debate giraría en torno a si sería tan simple como en los cuadrúpedos o tan complejo como en la mujer de nuestra especie.

Con respecto a los primeros, su parto es fácil y rápido ya que en ellos la pelvis tiene una disposición horizontal, por lo que el feto entra y sale de la misma siguiendo una trayectoria recta. Además su vagina está alineada con el útero, lo cual también contribuye a la descripción de esa trayectoria rectilínea. Y por último, su canal del parto es grande en relación con el tamaño de la cabeza del feto⁽¹²⁾.

La mujer actual, en cambio, sufre en un parto largo y laborioso, debido al gran tamaño del cráneo de los fetos con respecto a las dimensiones del canal del parto. Otro factor que también contribuye a que el parto resulte complicado, es que la vagina forma un



ángulo recto con el útero, con lo que la trayectoria a describir por el feto ya no es rectilínea, sino curva.

Volviendo a los primeros homínidos, con los australopithecus apareció la bipedestación (primer signo distintivo de la familia humana). Este factor fue determinante para que la pelvis se modificara con el fin de adaptarse a la locomoción. Se aproximaron los acetábulos entre sí, reduciéndose el diámetro biacetabular y, por consiguiente también, la anchura del estrecho inferior. Como consecuencia, el parto se complicó con respecto a los cuadrúpedos.

No obstante, los paleontólogos creen que la morfología pélvica hiperfemenina de australopithecus y primeros homo, estaba ya diseñada para resolver el problema del parto que la locomoción bípeda había generado ⁽¹²⁾.

En resumen, en estas primeras especies la mujer no tendría tanta facilidad para el parto como los cuadrúpedos -debido a las modificaciones pélvicas que ocasionó la bipedestación- pero tampoco tan complicado como en una mujer de la especie *H. sapiens* -debido a su morfología pélvica hiperfemenina-.

Teniendo en cuenta que el canal pélvico de una mujer preneandertal sería mayor que el canal pélvico masculino de *Elvis*, el parto sería menos dificultoso que en la actualidad. La causa estaría en un canal del parto más grande que el de una mujer de nuestra especie, a lo que se añadiría unos cráneos fetales que debieron ser más pequeños que el de los neonatos de hoy en día ^(4, 9, 12). No obstante, hemos de recordar que los preneandertales no eran ascendientes directos del *H. sapiens*.

5. OBJETO DEL PARTO Y PARTO.

El feto es, en definitiva, el que atraviesa el canal óseo y por ello no podemos obviar su estudio a la hora de analizar el parto. Es precisamente el tamaño craneal de los neonatos uno de los elementos que más nos interesa estudiar del objeto del parto, por su estrecha relación con las dimensiones pélvicas.

Como nuestro propósito es establecer las posibles relaciones que pudieran darse entre las modificaciones de la pelvis y el tamaño craneal, vamos a considerar, antes de nada, las dimensiones craneales para cada una de las especies que integran nuestro estudio.

De los australopithecus no es posible conocer directamente el tamaño que tenía el cerebro de un

recién nacido ya que, no se ha encontrado ninguno. No obstante, las pelvis de AI 288-1 y Sts-14 permiten conocer las dimensiones del canal del parto y, con ellas, el tamaño máximo del cráneo y del encéfalo del recién nacido ⁽¹²⁾.

Así, Häusler & Schmid, en 1.997, estimaron el mayor peso posible para el cerebro fetal de AI 288-1 en 174 gramos, y en 237 gramos para el cerebro fetal de Sts-14. Lovejoy anteriormente (1.979) sólo atribuía un peso cerebral máximo de 159 gramos para pasar por la pelvis de AI 288-1 ⁽⁶⁾.

Tampoco se dispone de fósiles craneales de recién nacidos de la Sima de los Huesos, en la Sierra de Atapuerca. Pero se ha calculado la capacidad craneal media de la población, a partir de los cráneos de tres individuos adultos preneandertales. Y aunque la media (1.250 cc) es sólo ligeramente inferior al tamaño encefálico de las poblaciones adultas modernas (1.350 cc), su encefalización era inferior debido a su enorme tamaño corporal ^(5, 9).

El peso cerebral estimado para un neonato de nuestra especie, *H. sapiens*, es de 384 gramos (Harvey & Clutton-Brock, 1.985) ⁽⁶⁾. Teniendo el mayor índice de encefalización de entre todas las especies, la nuestra dispone así de un cerebro seis veces superior al que corresponde a un mamífero de nuestro tiempo. En opinión del profesor Arsuaga, somos los más "cabezones" de la historia; tributo que pagamos por nuestra inteligencia, superior a la del resto de los homínidos ⁽⁹⁾.

Por lo tanto, es significativo el incremento que en la capacidad craneal de los neonatos ha ido teniendo lugar con la evolución humana: desde los primeros australopithecus hasta el *H. sapiens*, se ha aumentado la capacidad craneal en algo más del doble.

En 1.992, Trinkaus y Wolpoff sugirieron que dicha evolución en el incremento de la capacidad craneal habría acontecido en el tiempo, del siguiente modo: durante el Pleistoceno Inferior habría tenido lugar un aumento inicial del tamaño cerebral, que se acompañaría también de un incremento en el tamaño corporal. Después, el tamaño cerebral habría permanecido relativamente estable hasta el Pleistoceno Medio Tardío. Y es, en este último período, hace 500.000-200.000 años, cuando se incrementó rápidamente el tamaño cerebral, hasta alcanzar los valores actuales al final del mismo ⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, a pesar de que el *Homo sapiens* es el homínido que nace con mayor capacidad craneal a lo largo de la historia humana, los neonatos en nues-



tra especie poseen un cerebro pequeño y poco maduro con respecto al que llegarán a alcanzar siendo adultos. Su cerebro seguirá creciendo tan rápido como en estado fetal, al menos durante el primer año de vida para llegar a tener el volumen del adulto aproximadamente a los siete años ⁽¹²⁾.

¿ Se puede establecer algún tipo de relación causa efecto entre los cambios en la estructura ósea de la pelvis y el tamaño del cráneo de los neonatos?

Por una parte, C.B. Ruff opina que parece algo más que una casualidad que coincida en el tiempo (hace 500.000-200.000 años) tanto un importante aumento en el tamaño craneal, como un rápido incremento en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis ⁽¹⁰⁾.

Para este autor, aumento en el tamaño craneal, aumento en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior de la pelvis y aparición de un mecanismo del parto con rotación fetal, serían tres acontecimientos coetáneos, plenamente interrelacionados, siendo unos causa y otros efecto. Así, la necesidad de cerebros más grandes sería la causa de las modificaciones en la pelvis de la mujer. De esta manera, el canal del parto además de ir dejando atrás la forma platipeloide, iría cambiando su forma desde el estrecho superior hasta el inferior, al dominar en el plano de salida el diámetro anteroposterior sobre el transversal y en sentido contrario en el estrecho superior. La consecuencia sería un cerebro muy ajustado a las medidas pélvicas, y por lo tanto, un parto difícil y laborioso.

Por otra parte, nacer hoy día con un cerebro poco maduro con respecto al del adulto, no fue más que la solución, que hace miles de años, adoptó la naturaleza para evitar la extinción de los homínidos prehistóricos. En un principio en *Australopithecus* y primeros *Homo* al tiempo que aumentaba el volumen del cerebro adulto, lo hacía el del recién nacido en la misma proporción. Posteriormente (hace aproximadamente 1,5-1 millón de años) cuando los homínidos adultos alcanzaron los 850 cc de capacidad craneal, el incremento cerebral neonatal no pudo mantener aquella relación. La razón parece encontrarse en unas dimensiones del canal del parto, que no permitirían el paso de un cráneo fetal tan grande como el exigido por las dimensiones del tamaño craneal del adulto.

De este modo, los paleontólogos opinan que los primeros homínidos y los neandertales vendrían al mundo en un estado de desarrollo mucho mayor que el de los recién nacidos de la especie *H. sapiens*, los cuales vendrían al mundo más atrasados y con necesi-

dad de mayores cuidados: en definitiva, neonatos con una infancia prolongada y dependientes por completo de sus padres ⁽¹³⁾.

Esto ha conducido a los investigadores a plantearse la causa por la que la pelvis no continuó su expansión mediolateral, de modo que permitiera el paso de recién nacidos con un cerebro todavía más grande con el fin de mantener la relación entre el cerebro neonatal y el del adulto. De este modo, habría sido posible que en la actualidad los recién nacidos fueran más independientes. La solución parece residir en que el incremento del diámetro transversal del estrecho inferior de la pelvis (y con él también, el diámetro biacetabular) compromete tanto la biomecánica de la cadera (al aumentar la masa corporal se habría precisado una mayor fuerza abductora, lo cual requería unos cambios que, anatómicamente, no eran viables) como la termorregulación (una mayor anchura de la pelvis, y por lo tanto del cilindro corporal, se considera una adaptación a climas fríos) ⁽¹⁰⁾.

6. CONCLUSIONES

La evolución de los homínidos se ha ido acompañando, entre otras muchas, de modificaciones en la estructura y morfología de la pelvis ósea. Se puede concluir que, en su mayoría, dichas modificaciones habrían sido consecuencia de la adaptación de los homínidos al medio que les rodeaba, con la finalidad no sólo de evitar la extinción, sino también de mejorar la especie (un ejemplo evidente de esto último, residiría en la tendencia de los homínidos hacia una mayor inteligencia).

Desde un punto de vista obstétrico, es a nivel del estrecho inferior donde han tenido lugar los cambios que más han incidido sobre el proceso del parto. Recordemos que el *H. sapiens*, en este plano pélvico, presenta un predominio del diámetro anteroposterior sobre el transversal, a la inversa que en el estrecho superior y a diferencia de todos los homínidos anteriores.

Los factores que parecen haber contribuido en este rasgo distintivo del *H. sapiens* son: por una parte, la necesidad de una mayor capacidad en el estrecho inferior con la finalidad de permitir la salida de fetos con un volumen craneal mayor. Por otra parte, y en relación con esto último, otro factor habría sido la impracticabilidad del estrecho inferior para incrementar su diámetro transversal, por las consecuencias que sobre la biomecánica de la cadera y la termorregulación habrían acontecido.



Las consecuencias que se han derivado de esas transformaciones en el plano de salida de la pelvis son: en primer lugar, un parto largo y laborioso en la mujer de nuestra especie, puesto que las medidas de la cabeza del feto son muy ajustadas para su pelvis. En segundo lugar, ha supuesto el nacimiento de neonatos totalmente dependientes de sus padres y con una infancia prolongada, ya que no alcanzarán las dimensiones cerebrales de un individuo adulto hasta los siete años de edad. Y por último, este rasgo del estrecho inferior de la pelvis, es el que determina que no haya unanimidad de criterios respecto a cómo debió ser el mecanismo del parto en la historia evolutiva de los homínidos.

Además otras modificaciones que han sobrevenido aparte de las que se han dado en la pelvis verdadera, son la reducción tanto en el diámetro biilíaco como en el biacetabular. Resultado de lo primero ha sido un aumento en la gracilidad humana. Con respecto a lo segundo, el factor desencadenante fue la adaptación evolutiva a la bipedestación y con ella a la locomoción. Consecuentemente con la reducción de la distancia entre los acetábulos se logró una mayor eficacia energética al caminar.

Todo este análisis nos conduce a considerar lo importante que es para nosotras, las matronas, seguir profundizando en el estudio de la estructura pélvica, desde un punto de vista obstétrico. Sería interesante abordar el estudio de la pelvis ósea del *H. sapiens* desde el momento de su aparición hasta la actualidad. Esto nos permitiría conocer si ha habido modificaciones en esta estructura ósea y quizás nos pudiera llevar a conocer la tendencia de las mujeres en relación con el proceso del parto en el futuro. Ya existen algunas hipótesis con respecto a esto último: el profesor Arsuaga opina que podría haber dos tendencias: una de ellas, en la que si siguen creciendo las dimensiones craneales y estrechándose las pélvicas el resultado sería que en 10.000-20.000 años, nacerían niños más prematuros que en la actualidad. La otra, se refiere a que posiblemente las dimensiones feto-pélvicas no sufran cambios tan significativos como para tener trascendencia a nivel del parto.

En resumen, la evolución en la morfología de la pelvis a lo largo de la prehistoria llevó al *H. sapiens* a:

- Un mayor compromiso de los mecanismos obstétricos.
- Unos neonatos de cerebro pequeño y poco maduro en relación con el que alcanzarán en su vida adulta, y consecuentemente dependientes de sus padres
- Una mayor eficacia energética al caminar.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

¹ "The Art of Midwifery Improv'd"

² Los tres codirectores de las excavaciones de Atapuerca son: Eudald Carbonell (profesor de Arqueología en la Universidad Rovira y Virgili), Juan Luis Arsuaga (profesor de Paleontología en la Facultad de Ciencias Geológicas de la Universidad Complutense) y José María Bermúdez de Castro (investigador del Museo Nacional de Ciencias Naturales).

³ Departamento de Geografía y Antropología, Louisiana State University.

⁴ Departamento de Anatomía de la Escuela de Medicina y de la División de Ciencias Biomédicas, Kent State University (Ohio).

⁵ Departamento de Ginecología y Obstetricia, The Jamaica Hospital, New York.

⁶ Laboratorio de Anatomía Comparada, Museo Nacional de Historia Natural, París.

⁷ Departamento de Biología Celular y Anatomía, John Hopkins School Of Medicine, Baltimore.

⁸ Antropóloga de la Universidad de Delaware.

⁹ Antropóloga de la Universidad de Chicago.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Fabre González E, SEGO. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: Luyeth-Lederle; 1.994. p. 85-98.
2. González- Merlo J, Del Sol JRÜ. Obstetricia. 4ª ed. Madrid: Masson; 1.992. p 158-161.
3. Bendixen KD. Historical representations of the pelvis. Br J Obstet Gynaec 1.995 Jun; 102 (6): 442-4.
4. Arsuaga JL, Lorenzo C, Carretero JM, Gracia A, Martínez I, García N, et al. Atapuerca ¿ Cómo, con quién, de qué vivió el primer europeo?. La Tierra 1.999; 14: 48-63.
5. Arsuaga JL, Lorenzo C, Carretero JM, Gracia A, Martínez I, García N, et al. A complete human pelvis from the Middle Pleistocene of Spain. Nature 1.999 May; 399: 255-258.
6. Tague RG, Lovejoy CO. Al 288-1- Lucy or lucifer: gender confusion in the Pliocene. J Hum Evol 1.998 Jul; 35 (1): 75-94.
7. Johanson D. Lucy en el cielo con diamantes. Ensamblando a Lucy. National Geographic 1.998 Dec; 3 (6).
8. Abitbol MM. Reconstruction of the Sts-14 (*Australopithecus africanus*) pelvis. Am J Phy Anthropol 1.995 Dec; 96 (2): 143-58.
9. Arsuaga JL, Lorenzo C, Carretero JM, Gracia A, Martínez I, García N, et al. Una pelvis completa de la Sierra de Atapuerca. Mundo Científico 1.999 Jul; (203): 66-72.
10. Ruff CB. Biomechanics of the hip and birth in early Homo. Am J Phy Anthropol 1.995 Dec; 98 (4): 527-74.
11. Berger L. Los albores de la humanidad. ¿ Re hacemos nuestro árbol genealógico? National Geographic 1.998 Aug; 3 (2): 98-107.
12. Arsuaga JL, Martínez I. La especie elegida. La larga marcha hacia la evolución humana. Madrid: Temas de Hoy; 1.998. p. 189-196, 237-240.
13. Arsuaga JL. El collar del neandertal. En busca de los primeros pensadores. Madrid: Temas de Hoy; 1.999. p. 97-107.
14. Culotta E. Anthropologists overturn old ideas about new developments. Science 1.995 Apr; 268: 365.



APROXIMACIÓN A LA REALIDAD DE LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS JÓVENES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE GRAN CANARIA

Jiménez Capell E (*), García Villanueva E (**), Estévez González MD (***)

(*) Matrona del Centro de Salud S. Gregorio. Telde.

(**) Enfermera de Pediatría del Centro de Salud S. Gregorio. Telde

(***) Profesora de Enfermería Materno-Infantil de la Universidad de Las Palmas de G.C.

Introducción.

Las posibles consecuencias para la salud de las conductas sexuales no seguras son de una parte el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre las que se encuentra el Sida, y de otra, el embarazo no deseado así como el aborto. En Cataluña (1) el 39% de los infectados de SIDA, en junio de 1994, tenían entre 20 y 29 años, lo que quiere decir que se infectaron durante la adolescencia. El embarazo en adolescentes en España (15 a 19 años) entre 1987 y 1994 ha descendido un 39% mientras que los abortos se triplicaron (Delgado, CSIC, datos no publicados). Mientras que en 1986 abortó un 7,6% de las jóvenes embarazadas, siete años después lo hacía un tercio (33,67%). Canarias es la región del país con una mayor tasa de embarazos en jóvenes (20 por mil).

La forma de vivir la sexualidad y los hábitos de conducta sexual de los jóvenes son el reflejo, por un lado, del nivel de conocimientos que han asimilado, y por otro de características propias del individuo, de su personalidad, y de su forma de relacionarse con el medio. Ante estos dos aspectos fundamentales, se sitúan dos posturas a veces enfrentadas. De una parte, los que opinan que el problema fundamental es que los jóvenes carecen de una buena información relativa a como evitar el embarazo y como evitar las ETS. Por otra parte, están los que piensan que los jóvenes tienen suficiente y abundante información, y lo que necesitan es fundamentalmente, el desarrollo y fortalecimiento de su personalidad para poder decidir y prever sus conductas.

Como consecuencia de lo expuesto anteriormente, nos propusimos, como punto de partida para desarrollar posteriormente un Programa Específico de Atención al Joven, conocer cual era la realidad sobre conocimientos y actitudes en relación a la sexualidad, de los jóvenes estudiantes de nuestra Zona Básica de Salud.

Material y método.

El universo del estudio lo componían todos los jóvenes estudiantes de Enseñanza Secundaria con edades entre 14 y 17 años de la zona Básica de Salud de S. Gregorio. Se realizó el estudio en los dos Institutos con mayor número de alumnos de los cuatro Institutos de Telde. La muestra extraída es representativa de los jóvenes estudiantes de la Zona Básica de Salud (1087 estudiantes), con un nivel de confianza del 95% y un nivel de precisión del 3%.

La encuesta fue respondida por 259 alumnos.

Se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas que incluía preguntas sobre sexualidad, forma y riesgo de contagio de las ETS y sobre métodos anticonceptivos y su uso. El cuestionario fue anónimo y voluntario.

La distribución por sexos correspondió a un 55,1% de varones y un 44,9% mujeres.

La distribución por edades se muestra en el Gráfico 1. Había un 32% chicos de 14 años, 31% de 15 años, 25% de 16 años, 9% de 17 años y un 3% de > de 17 años.

Para el estudio estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS.

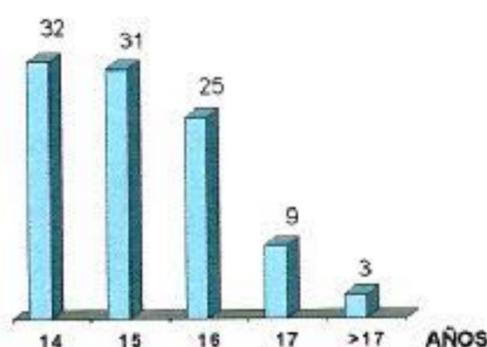
Resultados.

Un 49,2% de los encuestados enfoca la sexualidad bajo el aspecto puramente reproductivo o bajo el aspecto de placer físico. Sin embargo, un 43,8% de los jóvenes relacionan además la sexualidad con aspectos afectivos, de respeto y de compenetración con el otro. Este tipo de respuestas es más propio de las chicas (58,7%) que de los chicos (31,5%). Entre los más jóvenes (de 15 años o menos) de ambos sexos y los mayores (de 16 años o más), el tipo de respuestas es similar.



En relación a los conocimientos que tienen sobre quienes son las personas con mayor riesgo para el contagio de ETS, solo un 28,2% responden correctamente. Esta falta de información es similar en ambos sexos. Un 54,8% saben que las E.T.S. se evitan con el uso de preservativos, pero asocian E.T.S. exclusivamente con S.I.D.A. El porcentaje de estudiantes que tienen ideas totalmente confundidas sobre la forma de evitar las ETS es muy superior en las chicas (41,7%) que en los chicos (19,5%) ($p < 0.005$). Sin embargo no hay diferencias entre los más jóvenes y los mayores. Un 19,4% de los jóvenes no saben las vías más comunes de transmisión del S.I.D.A., y este porcentaje es similar entre los dos sexos, así como en el grupo de chicos más jóvenes y los mayores.

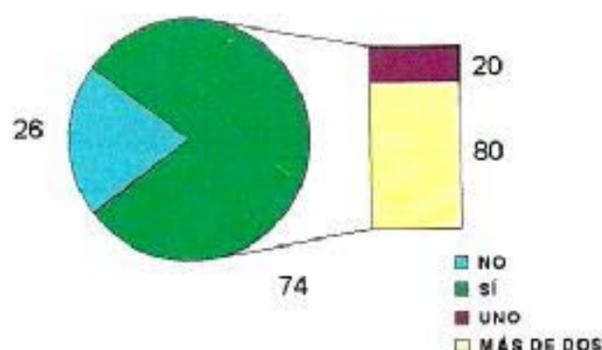
GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR EDAD (%)



Hay un gran porcentaje (57,4%) de alumnos que no saben discriminar las medidas preventivas para evitar un embarazo y las medidas para evitar el contagio de E.T.S. Tienen la idea de que los anticonceptivos en general evitan ambas cosas. Esta confusión es similar entre los más jóvenes y los mayores, así como entre las chicas y los chicos.

Saben especificar perfectamente, en un 74%, distribuidos por igual entre ambos sexos, los diversos métodos anticonceptivos, siendo el preservativo el método más conocido. Es similar el porcentaje de chicas y chicos que no saben lo que son los anticoncepti-

GRÁFICO 2. CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (%)



vos, al igual que por grupos de edad. Aproximadamente un 80% de los que conocen los métodos anticonceptivos, son capaces de identificar dos o más métodos. (Gráfico 2)

Un 20% de los alumnos declara que no saben a quien dirigirse para hacer consultas sobre sexualidad. El resto de los jóvenes saben que pueden recibir ayuda del personal sanitario, fundamentalmente del farmacéutico y del ginecólogo, siendo muy nombrado por ellos el sexólogo (?). Un 11% conocen los Centros de Planificación Familiar y sólo un 2,2% se refieren a Centros de Atención al joven.

Los temas más solicitados por los jóvenes son :

- las E.T.S., deseando conocer otras que no sean el S.I.D.A.
- la seguridad de los métodos anticonceptivos
- información sobre donde poder acudir para asesoramiento
- información puntual sobre determinados aspectos de sexualidad

Discusión.

La información recogida es representativa de los jóvenes de la Zona Básica de Salud, puesto que todos los jóvenes de edades comprendidas entre 14 y 16 años están obligatoriamente escolarizados en estos Centros.

Creemos que el sistema de cuestionario con preguntas abiertas se ve enriquecida por la libertad de aportaciones de los encuestados. Son muy pocos los jóvenes que han dejado cuestiones sin contestar, y pensamos que es muy baja la probabilidad de haber obtenido respuestas falsas. Somos conscientes de que las interpretaciones que hemos hecho de las respuestas de los jóvenes pueden no haber sido las correctas. Nos proponemos, para un futuro proyecto de actuación, partir de cuestionarios de respuestas múltiples y cerradas, ya aplicados en entornos cercanos al nuestro, lo que nos permitiría la comparación de los resultados de forma más fiable.

Se han realizado numerosos estudios encaminados a conocer los hábitos de conducta sexual en los jóvenes y su conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevención de ETS (2-7). Los resultados son dispares, y en ocasiones difíciles de comparar por ser diferentes las metodologías y edades de los jóvenes estudiados.



La edad promedio a la que los jóvenes españoles tienen su primera relación sexual se va retrasando la edad de inicio (17,6 años en 1992, frente a 18,1 en 1996), según las Encuestas de Juventud realizadas por el Instituto de Juventud de España (4). También el porcentaje de jóvenes que declaran no haber tenido nunca relaciones sexuales completas ha aumentado (44% en 1996, frente a 35% en 1992) (hay que tener en cuenta que estos datos corresponden a jóvenes entre 15 y 29 años). Asimismo hay un aumento en el porcentaje de jóvenes que la última vez que mantuvieron relaciones sexuales utilizaron algún método anticonceptivo (82% en 1996, frente a 77% en 1992).

En Canarias, según el Instituto de la Juventud, en el año 1992, solo un 33% de los jóvenes de entre 15 y 29 años no ha mantenido nunca relaciones. En comparación con el resto de los jóvenes españoles, los canarios mantienen sus primeras relaciones a una edad relativamente más temprana (16,37 años en los varones frente a 17,81 en las mujeres) (7). El 58% de los jóvenes que ha mantenido alguna relación sexual declara utilizar métodos anticonceptivos, aunque hay un porcentaje elevado que no contesta a la pregunta. Los preservativos son el método más utilizado por los jóvenes canarios, pues así lo declaran dos tercios, aunque es aún mayor su uso en el total de los jóvenes de España (73%). En cambio parece más frecuentemente utilizada la píldora en Canarias.

En el estudio realizado en una zona básica de salud de la isla de Gran Canaria (2), se encontró que un 21% de los adolescentes de edades entre 14 y 19 años habían tenido relaciones sexuales completas, y de éstos solo un 25% utilizaba siempre métodos anticonceptivos, aunque métodos poco seguros, lo que se traducía en que de los jóvenes que tienen relaciones sexuales completas, el 88% tienen riesgo de embarazo. La edad más frecuente de inicio de las relaciones era de 16 años. Sólo el 21% de los encuestados contestó correctamente las cuestiones sobre métodos anticonceptivos.

En el estudio de Mendoza y cols (8), a escolares españoles se detectó que el 12% del alumnado de 2º de BUP y de FP-I ha mantenido relaciones con coito alguna vez, y el 39% afirma no utilizar nunca ningún método anticonceptivo. Solo una cuarta parte de los alumnos no viviría como una relación embarazosa el hecho de adquirir preservativos.

Según Miret y cols (5) es diferente la actitud hacia el uso de preservativos de los jóvenes que tienen rela-

ciones sexuales en relación a los que no tienen relaciones sexuales (un 28% de los sexualmente activos y un 10,6% de los vírgenes estaban de acuerdo con "usar condón es aburrido").

El estudio de Juárez y cols (6) pone en evidencia que en el grupo de jóvenes estudiantes de Barcelona, un 16% han mantenido relaciones sexuales con penetración, y solo la mitad de ellos utiliza siempre el preservativo. En los que ya relaciones sexuales, la opinión de la pareja predice el uso de preservativo. Los resultados obtenidos por Guix y cols (3) demuestran que un 35% de los jóvenes opina que la práctica esporádica de penetración y sin preservativo no tiene riesgo de embarazo.

En los escolares españoles (8), los conocimientos sobre el Sida son superiores a los de las ETS, de forma similar a los jóvenes estudiados por nosotros. La diferente visión de la sexualidad de los varones y de las chicas, es similar a la encontrada en Granollers (3), al igual que en nuestro estudio en el sentido de que las chicas asocian la sexualidad con otros aspectos afectivos, más que exclusivamente de placer o de reproducción.

Los jóvenes tienen ideas vagas sobre los lugares donde poder acudir o sobre los centros de planificación familiar. Nos resulta curioso que muchos de los alumnos hablan del "sexólogo" como profesional al que podrían recurrir para consultar dudas o preocupaciones, cuando es un profesional al que ni conocen, ni han podido ubicar nunca en ningún centro ni educativo ni asistencial.

En el estudio de Guix y cols (3) el 36% de los encuestados que declararon tener referencias de un centro que ofrece ayuda a los jóvenes en materia de sexualidad, han obtenido un mayor nivel de conocimientos generales. La única respuesta que está significativamente relacionada con el nivel de conocimientos es la influencia de los amigos como fuente importante de información.

Así pues, en los diferentes estudios realizados hay un porcentaje preocupante de adolescentes que teniendo relaciones sexuales, no conocen y por supuesto no utilizan adecuadamente métodos anticonceptivos y de prevención de ETS. Ante esta realidad es obvio que tenemos que plantearnos como básico el poner los recursos para que los jóvenes dispongan de una correcta información. La OMS (9) afirma que la edu-



cación sexual a jóvenes consigue retrasar el inicio de las relaciones sexuales y el mejor uso de los anticonceptivos, pero no fomenta una mayor actividad sexual. Se obtienen mejores resultados cuando esta intervención se hace antes de los 15 años, antes de que hayan iniciado las relaciones, pues después modificarlas es mucho más difícil.

Gómez Zapiain (10) hace una reflexión del porqué una adolescente o joven se queda embarazada, y aporta desde diversos modelos, posibles explicaciones al hecho, partiendo de que afirmar que las mujeres se quedan embarazadas porque no tienen suficiente información o porque no hay una educación sexual, es una respuesta fácil y reduccionista. Desde un punto de vista psicológico, los factores de riesgo para un embarazo no deseado en jóvenes están relacionados con aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales.

El fomento de una vida sexual sana por parte de los jóvenes, no solo depende de la información que éstos reciban sobre anticoncepción o prevención de ETS, ni tampoco de la puesta en marcha de consultas específicas para jóvenes. Es imprescindible, como afirma García Fernández (11) el desarrollo de medidas que potencien un mayor nivel de información sexual y de motivación al diálogo para padres y educadores, la promoción de una actitud abierta y positiva hacia la sexualidad por parte del joven, la capacitación en la toma de decisiones, el aprendizaje de habilidades sociales, así como favorecer el acceso a servicios de planificación familiar para adolescentes de las parejas jóvenes que han iniciado o tienen previsto iniciar las relaciones sexuales. Al trabajar con jóvenes, es imprescindible partir de sus necesidades e intereses.

En palabras de Gómez Zapiain (10): "La actitud sexual positiva hace posible que una persona tenga mayor facilidad para incluir el comportamiento sexual en su proyecto vital, cuestión fundamental para una futura "planificación sexual". La actitud sexual media en el conocimiento sexual y contraceptivo. Muchos proyectos de educación sexual se basan fundamentalmente en la divulgación extensiva de conocimientos. Sin embargo, la literatura sobre el tema demuestra que la adquisición de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción está mediatizada por la "actitud hacia la sexualidad". La aportación de conocimientos de contenido sexual y contraceptivo es necesaria pero no suficiente. Así queda planteada para el educador la interesante tarea de abordar el tema de la sexualidad potenciando actitudes positivas hacia la misma, al tiempo que

dotar de "recursos" a las personas que se inician en la experiencia sexual, que ayuden a protegerla evitando riesgos de todo tipo. Se considera como "recursos" a la capacidad de ser eficaz en los comportamientos sexuales próximos al riesgo de embarazo (autoeficacia), la capacidad de percibir nítidamente la probabilidad de embarazo respecto a sí misma (susceptibilidad) y la capacidad de valorar congruentemente los costes y los beneficios del uso de los métodos."

En los últimos años, la educación sexual de los niños y jóvenes forma parte de los llamados ejes transversales del Proyecto de Reforma del Sistema Educativo. En la Comunidad Autónoma de Canarias se ha desarrollado, por parte de la Consejería de Educación, un Programa de Educación Afectivo-Sexual en los centros educativos, que se va poniendo en práctica paulatinamente en diferentes niveles, aunque no de forma homogénea. En este Programa participan activamente los profesores y las madres y padres de los alumnos. Asimismo se ha puesto en marcha el Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil, con el fin de coordinar las acciones necesarias para que la población juvenil de las islas pueda experimentar sus experiencias afectivas y sexuales de modo responsable, saludable y no sexista. Trata fundamentalmente de mejorar su nivel de información y ofrecerles los medios educativos, sanitarios y asistenciales para que puedan vivir su sexualidad de manera responsable y sin riesgo.

Conclusiones.

El conjunto de alumnos estudiado carece, en su mayoría, de una correcta y clara información tanto de métodos anticonceptivos como de la forma de evitar las E.T.S., confundiendo ambos conceptos. Una buena información es básica, para poder conseguir entre los jóvenes, hábitos de vida saludables.

Es fundamental conocer la prevalencia de los jóvenes que ya tienen relaciones sexuales, así como la edad de inicio de las mismas y los posibles factores de riesgo en su conducta sexual.

Nuestro trabajo, en la educación sexual con jóvenes, debe ir en la línea de fomentar actitudes positivas hacia la sexualidad, además de promover en ellos capacidades de ser eficaces en la conducta sexual, para que sean capaces de prever las posibles consecuencias de una conducta sexual con riesgo, y de utilizar métodos para evitar el embarazo y las ETS.



Bibliografía.

- 1- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la SIDA. Situació fins al 30 de juny de 1994. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1994; 15: 121-31
- 2- Fernández Martínez de Alegría C, Brugos Larumbe A, Sánchez Cantalejo E.: El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria 1992, 9, 2: 42-54
- 3- Guix Llistuella D, Lloveras Carvajal G, Noval Llorach A, Jaumandreu Patxot J, Nadal Puig A.: Sexualidad y contracepción en los jóvenes: Análisis de una encuesta. 2ª Edición Premio Nuk
- 4- Martín Serrano M, Velarde Hermida O.: Informe Juventud en España. Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1996.
- 5- Miret M, Rodés A, Valverde G, Geli M, Casabona J : Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados en Cataluña. Gac Sanit 1997; 11:66-73.
- 6- Juárez O, Díez E, Barniol J, Villamarín F, Nebot M, Villalbí JR.: Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. Atención Primaria 1999; 24, 4: 194-202
- 7- Instituto Canario de la Juventud: Juventud Canaria en los 90. Dirección General de Juventud. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno de Canarias.
- 8- Mendoza Berjano R, Sagrera Pérez MR, Batista Foguet JM.: Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1900). 1994. CSIC.
- 9- Grunseit A, Kippx S. Effects of sex education on young people's sexual behaviour. Review commissioned by the World Health organization's Global programme on AIDS, Geneva, 1993
- 10- Gómez Zapiain J.: Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud. Instituto Vasco de la Mujer. Vitoria, 1993.
- 11- García Fernández JL: El embarazo no deseado en adolescentes. Una propuesta de intervención. Rev ROL de Enf 1991;158: 37-42

www.mundopadres.com

El canal de padres de eresMas

The screenshot shows the homepage of **MUNDO PADRES eresMas**. At the top, there is a search bar with the text "¡ENCUENTRA LO QUE BUSCAS AHORA!" and a search button. Below this, there are navigation tabs for different stages: "Antes del embarazo", "Embarazo y parto", "Bebé 0-4 meses", "Bebé 5-12 meses", and "Niños 1-9 años". The main content area features several articles with images and titles, such as "¿Quieres tener un hijo? Comienza a prepararte para tener un embarazo saludable desde antes de la concepción.", "El parto: Todo lo que te interesa saber sobre el momento más decisivo. Paso a paso y con detalle.", "Lactancia materna: La leche materna es el mejor alimento que puedes dar a tu bebé. Conoce las razones.", "La estimulación: Juegos y ejercicios para fomentar su desarrollo y habilidades.", and "No quieres comer: Algunos consejos para que tu hijo coma de todo sin problemas." Below these are sections for "Áreas Temáticas" (Adopción, Estimulación de la inteligencia del bebé, Embarazo: el cuidado de la espalda), "Hoy te recomendamos..." (Boletín, Reportaje, Consulta a los expertos), "Zona interactiva" (Consulta a los expertos, Libro de nombres, Calcula fecha de parto, Calcula días fértiles, Calcula peso y talla, Curso de Gimnasia Preparto), "Encuesta de la semana" (¿Tendrás más de dos hijos?), "Comunidad" (Encuestas, Chat, Foros, Trucos de mamá), "Enfermedades infantiles", "Libro de nombres", and "tienda MUNDOPADRES by TodoToys".

Desde septiembre la Asociación Nacional de Matronas, formalizo un acuerdo de asesoramiento de este portal.

LA AGRESIÓN SEXUAL: COMO ABORDARLA

Autora:

ASUNCION LOPEZ-SAEZ Y LOPEZ DE TERUEL

(Matrona. Licenciada en Derecho)

El personal de urgencias obstétrico-ginecológicas, suficientemente entrenado y capacitado, responde con una alta eficacia ante situaciones imprevistas; pero determinados acontecimientos pueden escapar a la normalidad, situándonos en “roles” tanto imprevistos como estresantes, suponiendo esto una reducción de nuestra habitual capacidad de respuesta.

El número de mujeres que suelen acudir a un servicio de urgencias por presunto ataque sexual no suele ser elevado, pero los cambios sociales nos hacen ver que esto no será así. En un futuro aumentará el número de mujeres que acudan en busca de nuestra colaboración como partes que somos en un sistema amplio de ayuda contra la agresión a la mujer que el gobierno está desarrollando.

Por ello, se hace prioritario tener prevista y protocolizada la actuación a seguir por el equipo.

Tenemos que afrontar pues una situación no muy habitual pero no por ello menos trascendente y prioritaria, la de asistir a una mujer presuntamente agredida.

OBJETIVOS

Se ha de elaborar un protocolo específico para estos casos con el que detectar las necesidades de dichas mujeres así como los aspectos claves del problema, de forma que se nos facilite el camino no dejando nada o casi nada a la improvisación o buena voluntad.

Dar prioridad a los aspectos médicos del problema a corto o largo plazo y solicitar así mismo los mecanismos de control y acceso a departamentos legales y a áreas de apoyo psicosocial para preveer la continuidad en la asistencia.

NECESIDADES DE LA PACIENTE QUE HA SIDO OBJETO DE AGRESIÓN

1. Necesidad de apoyo emocional inmediato: “La afectada se suele encontrar por lo general con sentimientos de humillación, sorpresa, ansiedad...”

Actuación: Procurar crear una atmósfera de apoyo tanto para ella como para la familia.

2. Necesidad de asistencia legal a petición de la mujer.

Actuación: Contactar con el Juzgado de Guardia solicitando la presencia del médico forense; a éste corresponde la obtención de pruebas médico-legales, la confección de la ficha legal y la protección de pruebas...

3. Necesidad de tratamiento de las lesiones físicas.

Actuación: Localizar las lesiones detallando por escrito las heridas, contusiones, hematomas y procediendo a tratarlas; una buena profilaxis del tétanos se hace necesaria. La inspección vulvo-vaginal se hace imprescindible, en este punto es de suma importancia custodiar y guardar todos aquellos elementos extraños a la paciente: restos de pelos, restos de semen que confirmarán la existencia de penetración y por tanto la consumación de la violación.

4. Necesidad de valorar la posibilidad de un embarazo: La paciente se suele ver angustiada por lo que un cálculo de posibilidades es importante, así se podrá optar por aplicar un método anti-concepcional inmediato o actuar tras la detección del embarazo. (Nuestra actual legislación engloba entre los supuestos de Aborto, la Violación).

Actuación: Esperar regla o resultado a las tres semanas.

Inducir regla.

Aplicación de D.I.U.

Recetar píldora del día siguiente (combinación de estrógenos-gestagenos...)

5. Necesidad de prevención y tratamiento de posible afectación de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.).



Actuación: Realizar cultivos para despistaje de Gonorrea y Clamidias inicial y a los 7 días.

Serologías de Sífilis inicial y a las 6 semanas.

H:I:V: inicial, 6 semanas, 4 a 6 meses

Hepatitis B inicial y a las 6 semanas.

Frotis citológico...

Algunos autores recomiendan iniciar pautas de tratamiento antibiótico previas al despistaje...

6. Necesidad de continuidad en el apoyo psicológico.

Actuación: Derivar una consulta a Psiquiatra o Psicólogo.

7. Necesidad de realizar un informe detallado para la paciente y para nosotros a efecto de practicar denuncias o ante futuras comparecencias en juicios.

Actuación: El informe ginecológico completo deberá contener:

Historia Clínica

Declaración de la paciente

Observaciones del médico

Técnicas y procedimientos efectuados

Persona/s a quienes se entregan muestras, efectos, ropas

Conformidad escrita para entregar resultados a las autoridades.

CONCLUSION

Nos podemos ver inmersos en un problema de agresión sexual, preguntándonos posteriormente de cuan poca información disponíamos tanto para actuar como para aconsejar, así como si la actuación aplicada fue la oportuna y correcta.

Sabemos que establecer un modelo ideal para asistir a estas pacientes no es fácil, el atender sus necesidades inmediatas: afectivas, físicas, psicológicas, prever futuras complicaciones y dirigirlas correctamente a otras instancias requiere del equipo obstétrico o un alto grado de profesionalidad, pero contamos con la posibilidad de consensuar desde ya, las actuaciones a seguir y recabar cuanta información haya disponible y contar con la labor puesta en marcha por asociaciones y grupos. Pongámonos en camino.

ANEXO

DERECHOS DE LAS MUJERES

- Derecho a recibir la atención sanitaria necesaria en el menor plazo de tiempo.
- Derecho a que se preserve en todo momento su intimidad y privacidad.
- Derecho a no verse obligada a repetir el relato de los hechos.
- Derecho a interponer la denuncia.
- Derecho a recibir copia de la denuncia, parte de lesiones y otros documentos.
- Derecho a que se le eviten desplazamientos innecesarios.
- Derecho a su protección, a su seguridad y a ser acompañada cuando sea preciso.
- Derecho a ser informada en cada momento de las actuaciones que se vayan realizando.
- Derecho a ser informada de las acciones legales que puede ejercer y del derecho a la defensa.
- Derecho a ser informada de la existencia de servicios y ayudas para las mujeres que sufren malos tratos.

CENTROS SANITARIOS

JUZGADOS DE GUARDIA

COMISARIAS DE POLICIA

POLICIA LOCAL

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

**RED DE SERVICIOS DE INFORMACION
A LA MUJER**



EN EL CENTRO SANITARIO

ANAMNESIS:

Relato y transcripción de hechos
Actos realizados después de la agresión
Antecedentes personales de malos tratos
Historia ginecológica
Valoración del estado general

EXPLORACION:

General, ginecológica y psíquica
Pruebas y examen de laboratorio
Toma de muestras
Tratamiento: Preventivo, psicológico y de lesiones
Revisión y seguimiento
Información: A la mujer y al médico forense
Realizar: Parte de lesiones, parte al juzgado
Realizar denuncia y dar parte a la autoridad

BIBLIOGRAFIA

1. Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. "Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales".
2. Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio. Modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
3. Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer. Junta de Andalucía. Consejería de la Presidencia, Consejería de Gobernación y Justicia, Consejería de Salud, Consejería de Asuntos Sociales. Diciembre 1998. Sevilla.
4. Llorente Acosta, M. y otro. Agresión a la mujer: Maltrato, agresión sexual y acoso. Ed. Comares, 1998.
5. II Plan Andaluz para la Igualdad de las Mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer. 1995.
6. Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer. 1998.
7. Sergio Fernández Penela y otros. Agresión sexual. Hospital La Paz. Madrid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. S.E.G.O. Protocolos asistenciales. Madrid.
8. Concepción Cifrian. Las enfermedades de transmisión sexual. Salud IV. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
9. Concepción Cifrian. La interrupción voluntaria del embarazo. Salud III. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
10. Dexeus S. y otros. La contracepción hoy. Ed. Salvat, 1986.



TOCOLÍTICOS EN LA SOSPECHA DE DISTRESS FETAL INTRAPARTO

Almudena González Casado

Concepción Cuevas Fernández

Matronas Fundación Hospital Alcorcón

C/ Gran Vía de Hortaleza nº 54, 2 B, 28033 Madrid

Tf.: 91 3001557

INTRODUCCION

Las causas del distress fetal intraparto son variadas. Sin embargo el denominador común de todas ellas es la reducción de los intercambios materno-fetales. Ante esta situación hay que:

- Diagnosticar el distress fetal.
- Identificar la causa que provoca el distress para poder actuar sobre ella.

Sin embargo en la mayoría de los casos no se puede establecer dicha causa por lo que hay que intentar aumentar los intercambios materno-fetales a través de:

1. Cambio de posición materna.
2. Administración de oxígeno.
3. Administración de soluciones alcalinas.
4. Administración de soluciones glucosadas.
5. Amnioinfusión.
6. Administración de tocolíticos intravenosos.

Excluyendo la administración de tocolíticos intravenosos que desarrollaremos a continuación, según la bibliografía revisada, el resto de medidas no han demostrado su eficacia (1). La Cochrane Library ha realizado revisiones sobre la administración de oxígeno a la madre y sobre el uso de la amnioinfusión.

En la última actualización (diciembre 1997) no hay evidencias suficientes que apoyen la efectividad de la administración de oxígeno a la madre cuando se sospecha un distress fetal (2).

Respecto a la amnioinfusión, cuyas indicaciones principales son la prevención del Síndrome de Aspiración Meconial (SAM) y la sospecha de compresión del cordón umbilical durante el trabajo de parto, se ha comprobado que su uso disminuye: el meconio en el líquido amniótico, la aparición de desaceleraciones variables, la tendencia del parto cesárea

por sospecha de distress fetal, el riesgo de SAM, la incidencia de encefalopatía hipóxico isquémica y el número de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales (actualización de la revisión mayo 1998) (3) (4).

TOCOLÍTICOS. CLASIFICACION

Los tocolíticos más utilizados se pueden clasificar en:

- β miméticos: isoxupride, orciprenalina, salbutamol, terbutalina y ritodrine (existen estudios de su utilización en la sospecha de distress fetal desde hace más de dos décadas (4)).
- Antagonistas del calcio.
- Inhibidores de las prostaglandinas.
- Sulfato de magnesio.

RITODRINE

El ritodrine es un fármaco con una estructura similar a las catecolaminas endógenas. Actúa estimulando los receptores β adrenérgicos uterinos y de otros órganos (6).

Mecanismo de acción

1. Inhibición de la dinámica uterina. La contracción aumenta la presión en el espacio intervelloso interfiriendo con el drenaje de sangre del sistema venoso y limitando el aporte de sangre arterial al feto. Si la actividad uterina es normal la pausa intercontráctil permite el intercambio materno-fetal y el mantenimiento de la oxigenación fetal. En situaciones de hiperdinamia la interrupción de la circulación de sangre en el espacio intervelloso puede ser larga e



intensa produciendo un grave déficit en la oxigenación del feto. En estos casos es evidente que la relajación uterina permite una correcta oxigenación fetal ya que es la causa directa de dicha restricción. Sin embargo existen evidencias de que la actividad uterina incluso normal es indeseable cuando se sospecha una hipoxia fetal ya que cualquier restricción puede deteriorar la situación fetal.

2. Acciones a nivel materno. Produce cambios vasculares como aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación periférica y aumento del flujo sanguíneo uterino. También induce cambios metabólicos como el aumento de la glucemia.

3. Acciones a nivel fetal. La estimulación de los β receptores fetales producen cambios vasculares (aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en la tensión arterial y aumento del rendimiento cardíaco incrementando a su vez la circulación placentaria fetal), elevación de la glucemia, incremento de la síntesis de sustancias tensoactivas y vasodilatación pulmonar.

4. Acciones a nivel placentario. Produce vasodilatación de los vasos placentarios y disminuye las resistencias vasculares según demuestran biopsias placentarias de madres a las que se administró ritodrine intravenoso durante quince minutos comparadas con el grupo control que recibió suero salino (7) (8).

Efectos secundarios

Los efectos secundarios del ritodrine se deben a la estimulación de los receptores β adrenérgicos.

En la madre producen taquicardia, aumento de la tensión arterial sistólica y disminución de la tensión arterial diastólica. Como consecuencia, las complicaciones más importantes que pueden aparecer son:

1. Taquicardia supraventricular.
2. Isquemia miocárdica (grave pero poco frecuente). Se debe a que los dos factores más importantes que determinan el consumo de oxígeno por el miocardio son la frecuencia cardíaca y la contractibilidad del músculo cardíaco y ambos están aumentados con el uso del ritodrine. Además la perfusión miocárdica disminuye al disminuir la tensión arterial diastólica y acortarse el tiempo de llenado diastólico por la taquicardia.
3. Edema agudo de pulmón. Es una complicación grave que aparece en un 5% de las pacientes

tratadas con β miméticos intravenosos. Parece deberse al aumento de la permeabilidad capilar pulmonar y/o de la presión hidrostática debida a la sobrecarga hídrica. Por ello es recomendable aumentar la concentración del β mimético y utilizar dextrosa en lugar de soluciones salinas y así disminuir el riesgo de aparición de esta complicación.

Otros efectos secundarios que aparecen con frecuencia son los metabólicos: hiperglucemia, aumento de la secreción de insulina e hipopotasemia.

En el feto los efectos secundarios son cardiovasculares (taquicardia, aumento del gasto cardíaco, isquemia y necrosis miocárdica), metabólicos (hiperglucemia) e hidrops fetal. Según los estudios realizados no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la mortalidad perinatal o a la mortalidad respiratoria entre los recién nacidos de madres tratadas con β miméticos.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones absolutas son:

- Cardiopatías severas.
- Tireopatía.
- Diabetes descompensada.
- Hipertensión arterial grave.
- Desprendimiento previo de placenta normoinserta.

Entre las contraindicaciones relativas destacamos:

- Diabetes bien controlada.
- Hemorragias del tercer trimestre sin sangrado peligroso."

Protocolo de actuación

1. Objetivo. El objetivo es realizar una resucitación del feto intraútero. Así lograremos que el parto continúe o que si hay que finalizarlo el feto se encuentre en las mejores condiciones posibles.

2. Diagnosticar el distress fetal a través de un registro cardiotocográfico no tranquilizador (NRSF) o bien con un ph de scalp inferior a 7,24.

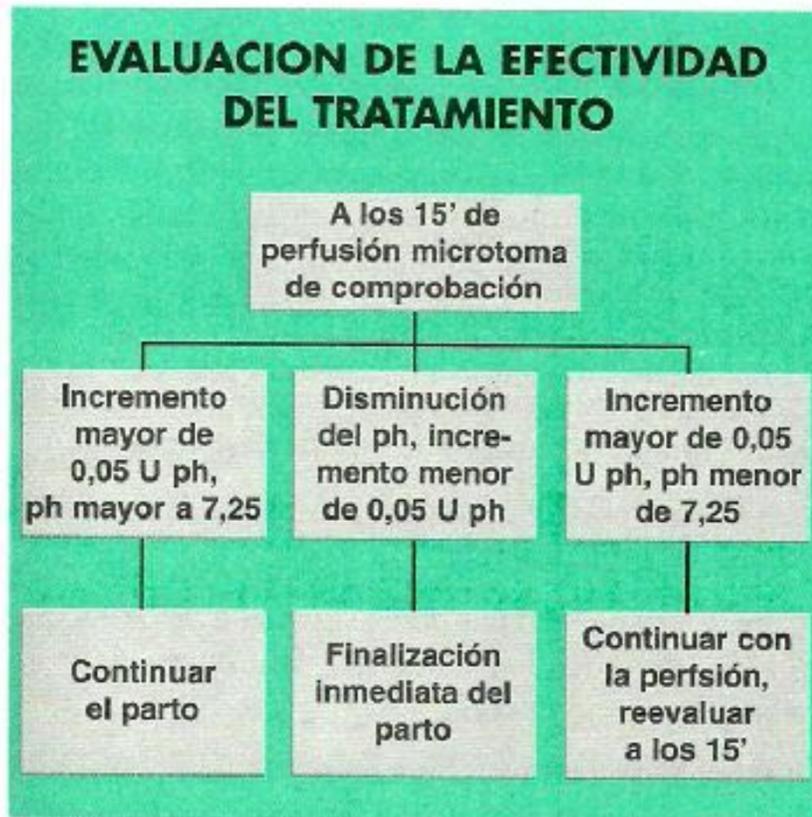
3. Suspender la perfusión de oxitocina.

4. Administrar el β mimético intravenoso. La dosis recomendada para inhibir las contracciones uterinas es de 250 μ g/minuto (posteriormente se ajusta la dosis según la respuesta obtenida).



5. Controlar las constantes maternas (tensión arterial y frecuencia cardíaca) vigilando la aparición de signos de crisis de angor o asma.

6. Evaluar la efectividad del tratamiento (tabla 1).



SULFATO DE MAGNESIO

Entre sus acciones principales se encuentra la capacidad para disminuir la actividad uterina tanto espontánea como inducida por la oxitocina aunque su uso fundamental es la prevención y tratamiento de las crisis convulsivas en la eclampsia.

Mecanismo de acción

Disminuye la contractibilidad por los cambios que produce en la captación, unión y distribución del calcio en las células musculares lisas.

El aumento de la concentración de magnesio extracelular inhibe la entrada de calcio al interior de la célula muscular lisa (miometrio). Así el proceso contráctil dependiente de la entrada de calcio extracelular no tendría lugar.

Efectos secundarios maternos

Por ser un potente vasodilatador periférico puede producir sudoración, calor, rubor,... además de

náuseas, vómitos, cefaleas y palpitaciones. A determinadas concentraciones altera el electrocardiograma, produce hiporreflexia y parada respiratoria.

Puede aparecer durante su administración edema agudo de pulmón por la sobrecarga hídrica, la disminución de la presión oncótica y el aumento de la permeabilidad capilar. Cuando aparecen estos efectos secundarios hay que disminuir la perfusión del fármaco o suspenderlo e incluso administrar gluconato cálcico y proporcionar apoyo respiratorio si es necesario.

Efectos secundarios sobre el feto

Solo se ha podido observar una disminución de la variabilidad.

Contraindicaciones

- Miastenia gravis.
- No asociar a otros fármacos depresores ni a antagonistas del calcio.
- Isquemia miocárdica.
- Función renal disminuida.

Protocolo de actuación

Perfusión i.v. continúa de 4-6 g durante quince minutos.

REVISIÓN DE LA COCHRANE LIBRARY SOBRE LOS TOCOLÍTICOS EN LA SOSPECHA DE DISTRESS FETAL INTRAPARTO

La Cochrane Library, base de datos médica que trabaja en la medicina basada en la evidencia, a través del grupo de embarazo y medicina perinatal ha realizado una revisión de los estudios existentes sobre el uso de tocolíticos en la sospecha de distress fetal intraparto siendo la última actualización en febrero de 1999 (9). Los puntos más relevantes los exponemos a continuación.

Justificación

El uso de una tocolisis de ataque con β miméticos y otros fármacos se ha extendido en la práctica clínica en los últimos años basándose en la presunción de que la relajación uterina mejora el flujo sanguíneo útero-placentario y como consecuencia mejora la oxigenación fetal. Este beneficio compensa los efectos cardio-vasculares del tratamiento sobre la madre. Sorprendentemente hay muy pocos estudios bien controlados que hayan abordado este tema (9).

Objetivo

Valorar los efectos sobre las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, la mortalidad y morbilidad perinatal de los tocolíticos durante el trabajo de parto cuando existe un distress fetal diagnosticado por la monitorización fetal intraparto o por un ph de scalp.

Criterios de selección de los estudios revisados

- **Sujetos:** mujeres gestantes con trabajo de parto y sospecha de distress fetal intraparto.
- **Tipo de intervención:** tocolísis frente a no intervención o bien comparación de varios tocolíticos.
- **Tipo de estudios:** randomizados. Se valora la calidad metodológica independientemente de los resultados.
- El autor de uno de los estudios es el investigador principal de la revisión.
- No se incluyen estudios con ritodrine porque no cumplen los criterios de inclusión y porque en EE.UU se emplean con más frecuencia otros β miméticos como la hexoprenalina o la terbutalina.

Estudios revisados

Kulier en 1997 realiza un estudio randomizado con 37 mujeres gestantes en las que hay alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal compatible con distress. Compara el uso de hexoprenalina intravenosa (β mimético) durante cinco minutos frente a no tratamiento.

Los resultados que obtiene son los siguientes:

- La frecuencia cardíaca fetal mejoró en más mujeres después de administrar hexoprenalina que en el grupo control (61,6% frente al 10%) siendo la diferencia estadísticamente significativa.

- En el grupo con hexoprenalina hubo menos recién nacidos con ph de cordón arterial inferior a 7,20 y el exceso de bases menor de -10 no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

- Aumento estadísticamente significativo de la frecuencia cardíaca materna en el grupo tratado con hexoprenalina.

Magann en 1993 realiza un estudio randomizado incluyendo a gestantes que cumplan los siguientes criterios:

- Disminución de la variabilidad y desaceleraciones variables de menos de 50 latidos minuto que duren más de un minuto con retorno lento a la línea de base.

- Bradicardia aguda y persistente de menos de 120 latidos minuto y duración mayor de diez minutos.

- Desaceleraciones tardías persistentes con disminución de la variabilidad.

- Fracaso de medidas como supresión de oxitocina, cambio de posición materna, administración de oxígeno y amniotomía.

Realiza una comparación entre la administración de perfusiones de terbutalina intravenosa (β mimético) y sulfato de magnesio. Los resultados que obtiene son los siguientes:

- La actividad uterina media disminuye con la terbutalina y no con el sulfato de magnesio.

- El tiempo de respuesta, en aquellas mujeres que respondieron, fue menor con la terbutalina.

- Las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal persistieron en mayor porcentaje con el sulfato de magnesio.

- En el grupo tratado con sulfato de magnesio hay un mayor porcentaje de ph de cordón arterial menor de 7,20.

Por último **Patriarco** en 1987 realiza un estudio también randomizado en gestantes con cambios patológicos de la frecuencia cardíaca fetal o ph de scalp menor de 7,25.

Compara la administración de una perfusión de terbutalina frente a un grupo control.

Los resultados que obtiene son los siguientes:

- Solo persistió una alteración de la frecuencia cardíaca fetal en el grupo de la terbutalina.

- Disminuye la tendencia a la acidosis en los recién nacidos tratados con terbutalina.



- Disminuye la tasa de apagar bajo en el grupo tratado con terbutalina.
- El único efecto secundario de la terbutalina es el aumento de la frecuencia cardíaca materna.

Conclusiones de la revisión

1. La limitada evidencia existente sugiere que el uso de β miméticos intravenosos es útil para "ganar tiempo" cuando se diagnostica un distress fetal intraparto. Este tiempo nos permite preparar a la gestante para la realización de una cesárea o para la finalización del parto.
2. Está por demostrar si el uso de tocolíticos i.v. disminuye la incidencia de cesáreas y partos instrumentales.
3. La terbutalina y presumiblemente otros β miméticos son más efectivos que el sulfato de magnesio.

IMPUGNACIONES DE LA MATRONA

La utilización de tocolíticos en el distress fetal intraparto implica unas actuaciones de Enfermería entre las que destacamos las siguientes (10):

- Cuando la gestante ingresa se debe de realizar una historia completa para prevenir riesgos innecesarios y valorar las posibles contraindicaciones por si es preciso un tratamiento con tocolíticos.
- Realizar una interpretación correcta del registro cardiotocográfico para poder diagnosticar cuando éste no es tranquilizador (NRSF) y tomar las medidas adecuadas.
- Conocer la farmacología de los tocolíticos, sus efectos secundarios y los protocolos del centro de trabajo.
- Vigilar las constantes maternas así como la aparición de signos de alarma.
- Atender a la ansiedad materna y/o de la pareja ante una situación de emergencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Sección de Medicina Perinatal SEGO, Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal, E. Fabre González, Zaragoza, 1995.
2. Hofmeyr G.J, Maternal Oxygen Administration for Fetal Distress, The Cochrane Library, 1996.
3. Hofmeyr G.J, Amnioinfusion for Meconium-Stained Liquor in Labour, The Cochrane Library, 1998.
4. Hofmeyr G.J, Amnioinfusion for Umbilical Cord Compression in Labour, The Cochrane Library, 1997.
5. Cabero L, Escribano M.I, Cabero A, et al. Valor de la Frecuencia Cardíaca Fetal en el Control del Estado Fetal después del Tratamiento del Sufrimiento Fetal con Substancias Betamiméticas, Clin Invest Ginec Obstet 1981; 8: 61.
6. Sección de Medicina Perinatal SEGO, Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica, E. Fabre González, Zaragoza, 1997.
7. Santana M, Giralt E, Cabero L., et al Efecto de los Fármacos Betamiméticos sobre la Velloosidad Placentaria Humana, Perinat Clin 1978; 1: 55.
8. Aladjem S, Fetal Assessment through Biopsy of the Human Placenta, In: Pecile A, Finzi C, eds. Proceeding of an International Congress Series: The foetal placental unit. Amsterdam: Excerpta Med, 1968: 183.
9. Kulier R., Hofmeyr G.J. Tocolytics for Suspected Intrapartum Fetal Distress, The Cochrane Library, 1997.
10. Brown C.E., Intrapartal Tocolysis: An Option for Acute Intrapartal Fetal Crisis, JOGNN, 27 (3) 257-261, 1998.



JUEVES 9 DE NOVIEMBRE DE 2000

JUEVES

12:00 h. - 14:00 h. Entrega de documentación

16:00 h. CEREMONIA DE APERTURA

16:30 h. PRIMERA SESIÓN

Presidente: Dr. D. Ernesto González Carreras
Secretaria: Dña. Rosa Rodríguez Marcos

Ponencias:

«**Cultura y Naturaleza: Nacer en...**»

Sr. D. Joaquín Araujo Ponciano.

Biólogo, Periodista y Director de Programas educativos. Madrid.

17:15 h. Pausa Café.

17:45 h. «**Reproducción Asistida. Situación Actual**»

Sr. D. José de Julián Fernández de Velasco.

Toco-ginecólogo. Cáceres.

18:30 h. «**Importancia de la búsqueda bibliográfica en investigación.**

Principales fuentes para matronas»

Sra. Dña. Isabel Sánchez PERRUCA.

Jefe de la Unidad Docente del Hospital «La Paz», Madrid.

19:15 h. Comunicación: «**Los Pilares de la Biética**»

Esteve Rial, H (Orense)

Ruegos y preguntas

19:45 h. RECEPCIÓN DE BIENVENIDA

Ofrecida por el Excmo. Ayuntamiento de Cáceres
Complejo Cultural San Francisco

21:30 h. VISITA GUIADA a la Ciudad Monumental de Cáceres.

VIERNES 10 DE NOVIEMBRE DE 2000

VIERNES

SEGUNDA SESIÓN

Presidenta: Sra. Dña. Coronada Clemente Arroyo
Secretaria: Sra. Dña. Eva Mª Álvarez Castilla

9:00 h. Comunicaciones:

«**Cambios en la sexualidad de la puerpera**»

Ruiz Plaia, J.M. (Sevilla)

9:12 h. «**Las Matronas y el reto de la Educación sexual**»

Román Oliver, J. (Sevilla)

9:25 h. «**La Matrona. ¿Una desconocida?**»

Santos Redondo, P. (Huelva)

9:35 h. Ponencias:

«**Transcendencia de los cuidados Psico-emocionales durante el proceso reproductivo**»

Sra. Dña. Concepción Real Hernández.

Matrona del Centro de Salud de Miajadas (Cáceres)

10:00 h. «**Terapia Sacro-craneal. Un recurso más para las matronas**»

Sra. Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén.

Matrona del Hospital del Aire. Madrid

11:00 h. Pausa Café

11:30 h. «**Aplicaciones de la Terapia Sacro-craneal en el Recién Nacido**»

Sra. Dña. Mª José Aguilar Rubio.

Terapeuta y Matrona del Centro de Salud Macarena. Granada.

12:00 h. «**Pulsioximetría y bienestar fetal**»

Dr. D. Manuel Albi González

Jefe del Departamento de Obstetricia. Hospital de Alcorcón (Madrid)

Ruegos y Preguntas.

13:45 h. Presentación de la revista «**Matronas Profesión**»

Sra. Dña. Gloria Seguranyes Guillot. Directora de la Revista

14:00 h. **ALMUERZO**

15:30 h. **VISITA TURÍSTICA A ALCÁNTARA.**

21:00 h. **CENA DE CLAUSURA.** Castillo de la Argujuela de Abajo.

11 DE NOVIEMBRE DE 2000

TERCERA SESIÓN

Presidenta: Sra. Dña. Henar García Muñoz
Secretario: Sr. D. Celedonio González Gutiérrez

9:30 h. Comunicaciones:

«Consolidar el futuro profesional mediante el desarrollo de las funciones propias específicas de las matronas».

Horcada Ibáñez, M.M. (Pamplona)

9:42 h.

«Las Matronas de la Unión Europea en la asistencia al parto»

Albiach, A. (Valencia)

10:10 h.

Ponencia: «Suelo pélvico e incontinencia urinaria»

Sra. Dña. Gloria Sebastián.

Fisioterapeuta y Matrona. (Barcelona)

10:50 h.

Comunicación: «La recuperación del suelo pélvico tras el parto»

Sánchez, R. (Madrid)

11:00 h. Pausa Café

11:30 h.

Ponencia: «Analgésia Epidural: De la necesidad a la frivolidad»

Sra. Dña. M^a Isabel Bayón de Miguel.

Matrona del Hospital «La Paz». Madrid

12:00 h.

Comunicaciones:

«Estudio comparativo de la vivencia del parto

en gestantes con y sin dolor»

González Casado, A. (Alcorcón, Madrid)

12:12 h.

«Influencia de la analgesia epidural en partos con primíparas»

Vidal, M. (Coria, Cáceres)

12:25 h.

«Anestesia epidural. Resultados obstétricos y perinatales»

Ruiz Peregrina, F.J. (Andújar, Jaén)

12:40 h.

Ruegos y Preguntas.

12:50 h.

Mesa Redonda:

Presidenta: Sra. Dña. Dolores Costa Santpere.

Secretaria: Sra. Dña. Teresa Cabrera Sanz.

«La Matrona en diferentes sistemas y países»

- Modelo holandés - Modelo norteamericano - Modelo francés

14:00 h.

CLAUSURA DEL CONGRESO.

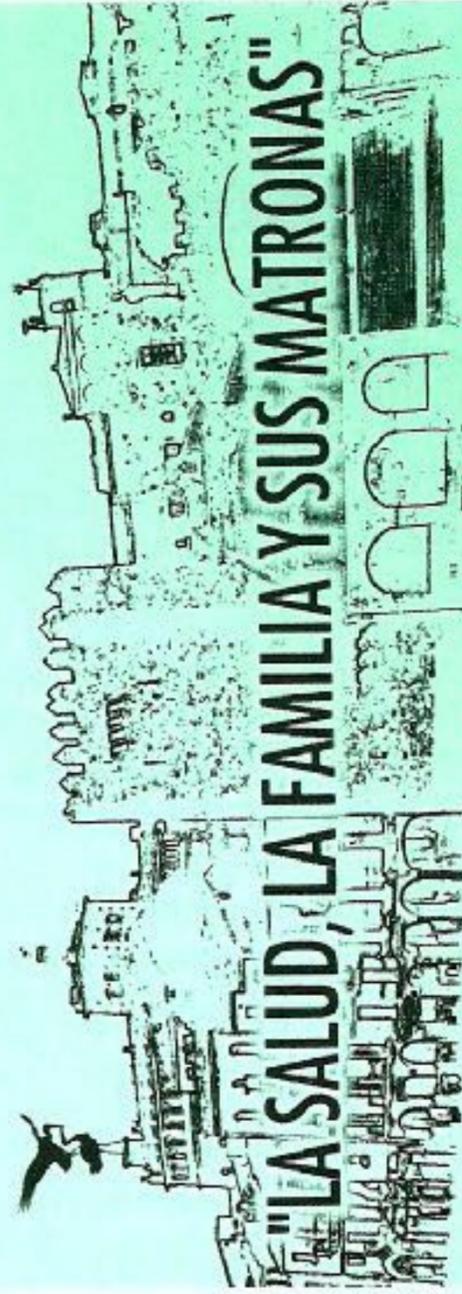
17:00 h.

ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE MATRONAS.



VII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS Y I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS EXTREMEÑAS

Cáceres, 9, 10 y 11 de Noviembre de 2000
Complejo cultural San Francisco



Declarado de Interés Sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura

"TABACO Y EMBARAZO EN UN ÁREA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID".

Autora: María Antonia Morcillo Muñoz. D.U.E. Matrona.

Centro de trabajo: Hospital "Severo Ochoa" de Leganés (Madrid).

Dirección para correspondencia: Hospital "Severo Ochoa". Paritorio. Avenida de Orellana s/n. DP. 28911. Leganés (Madrid).

Teléfono: 914818469.

Resumen

Introducción.- La asociación entre tabaco y efectos adversos en el embarazo está ampliamente demostrada, pero hasta la fecha son pocos los estudios realizados sobre el hábito tabáquico en embarazadas.

Objetivos.- Conocer la incidencia del tabaquismo, factores con los que se relaciona y abandonos que se producen en este hábito entre las mujeres embarazadas que asistimos.

Método.- Entrevistamos a 497 embarazadas a término. El cuestionario incluía preguntas sobre su edad, estudios, ocupación laboral, número de embarazo, consumo de tabaco previo al embarazo y abandono o no del hábito durante la gestación.

Resultados.- Más del 50% de las mujeres fumaban al iniciar su gestación y la mayoría mantienen este hábito durante la gestación. Las que más renuncian al consumo de cigarrillos son las primigestas, las que cursaron estudios universitarios y las que trabajan fuera de su domicilio.

Conclusiones.- La incidencia del consumo de tabaco antes del embarazo es elevada, sobre todo entre las mujeres más jóvenes. El embarazo supone un fuerte estímulo para el abandono del hábito, pero el número de mujeres que siguen fumando durante la gestación es alto y supone un problema de salud pública en nuestra Área Sanitaria.

Palabras clave: Tabaco. Embarazo. Incidencia.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la principal causa evitable de enfermedad, incapacidad y muerte prematura en los países desarrollados¹. En España, el tabaquismo, causa más de 40.000 muertes al año² y la OMS estima que un tercio de la población mundial mayor de 15 años, es fumadora³.

Esta epidemia ha mostrado unos cambios muy importantes, que han incidido de forma especial en la mujer. En España, entre 1978 y 1992 se observó un descenso del porcentaje de hombres fumadores, pero la incidencia entre mujeres aumentó desde el 17% al 21,4%^{4,5}. Estas cifras arrojan además un hecho significativo: las mujeres en edad fértil son las más fumadoras, hasta el punto de que la incidencia del tabaquismo en ellas se aproxima al de los hombres.

En Barcelona entre 1983 y 1992, el consumo de tabaco en los hombres disminuyó de forma considerable, por el contrario en las mujeres aumentó desde el 20,9% al 25,4%⁶.

En la Comunidad de Madrid el 33,3% de las mujeres son fumadoras⁷. Además, la proporción de mujeres fumadoras entre 15 y 17 años, es superior a la de los hombres de estas edades⁸.

En los últimos 15 años, el aumento anual promedio de muertes atribuidas al tabaco es muy superior en la mujer, un 6,7% frente a un incremento prácticamente nulo en el hombre⁹. Un hecho muy significativo es que la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres de EE.UU. ha superado a la del cáncer de mama¹⁰.

Sin embargo, de los efectos del tabaco sobre la mujer, los que más interés despiertan son los referidos a la gestación.



Una gran cantidad de estudios han demostrado la relación entre tabaquismo y efectos adversos en el embarazo. Entre estos se incluyen el riesgo de bajo peso del recién nacido, aborto espontáneo, rotura prematura de membranas y parto prematuro, así como el aumento de la mortalidad perinatal e infantil, especialmente el aumento de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante¹¹.

Las mujeres que fuman durante todo el embarazo, tienen un riesgo dos veces mayor que las no fumadoras, de tener un recién nacido con un peso inferior a 2.500 gramos¹². Existe un gradiente dosis-respuesta, de forma que los niveles de nicotina en orina materna se relacionan con el peso de los recién nacidos¹³. El compartimento corporal que más contribuye a la pérdida de peso es el que corresponde a la masa grasa del niño¹⁴.

Los hijos de madres que abandonan el hábito tabáquico en los primeros cuatro meses de la gestación, no tienen diferencias significativas de peso con los de madres no fumadoras¹⁵.

El retraso en el crecimiento intrauterino tiene como consecuencia un aumento en la mortalidad perinatal, pero además el tabaquismo se ha asociado a una mayor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante¹⁵.

Según algunos estudios, el riesgo de aborto espontáneo se incrementa en las embarazadas que fuman hasta en un 9%¹⁶.

También se ha descrito un mayor riesgo de algunas de las complicaciones del parto como desprendimiento placentario prematuro y placenta previa asociadas con el tabaquismo¹⁷.

Por tanto resulta interesante, en el seguimiento del embarazo y el parto, reconocer el tabaquismo como un factor de riesgo que puede afectar no sólo a la salud de la madre. Creemos que los profesionales de enfermería en las campañas de promoción de la salud, en especial en la población joven, y las matronas en el seguimiento del embarazo podrían jugar un papel importante en la prevención y abandono del hábito tabáquico.

OBJETIVOS

1.- Conocer la incidencia del tabaquismo en las mujeres embarazadas que atendemos en el Hospital "Severo Ochoa" de Leganés.

2.- Estudiar los factores que se relacionan con el tabaquismo de las mujeres embarazadas del Área Sanitaria que atendemos.

3.- Obtener información sobre el abandono del hábito tabáquico en las mujeres embarazadas y los factores que influyen en el mismo.

MÉTODO

Sujetos: Las embarazadas a término, asistidas en los seis primeros meses de 1999, en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Severo Ochoa" de Leganés, eran invitadas a participar en el estudio.

Excluimos del mismo a aquellas mujeres que no fueran residentes al menos durante un año del Área Sanitaria que atendemos, que fue el tiempo que estimamos para considerarlas como residentes habituales de nuestra área sanitaria.

La muestra que estudiamos fue de 497 embarazadas a término. A todas las incluidas en el estudio se les explicaron los objetivos que perseguíamos y ninguna rechazó participar.

La información que precisábamos la obtuvimos mediante entrevistas, realizadas personalmente por un grupo de matronas pertenecientes al Servicio de Obstetricia de nuestro Hospital.

El cuestionario incluía preguntas sobre la edad, nivel de estudios, ocupación laboral, número de embarazo, consumo de tabaco previo al embarazo y abandono o no del hábito durante el período de gestación.

Consideramos como fumadoras antes del embarazo a aquellas mujeres que consumían al menos un cigarrillo diario en una semana normal de su vida cotidiana.

Consideramos como mujeres con abandono del hábito tabáquico durante la gestación a aquellas que no fumaban desde hacía un mes en el momento de realizar la entrevista que como ya hemos explicado se realizó con el embarazo a término y por tanto con muy escasa probabilidad de reanudar el consumo de tabaco.

La incidencia del tabaquismo entre las embarazadas y la proporción de fumadoras que dejaban el hábito durante la gestación fueron calculadas como porcentajes del total de la muestra y para cada una de las categorías de las variables que analizamos.

Las variables estudiadas fueron: Edad, número de embarazo, abandono o no del hábito tabáquico y trimestre de la gestación en el que se producía, nivel de estudios realizados y ocupación laboral.



Las diferentes categorías en que dividimos cada una de las variables fueron las siguientes:

Edad(años): <21; 21-25; 26-30; 31-35; >35.

Número de embarazo: Primero; segundo, Tercero o más. Trimestre de la gestación en el que la embarazada a término nos dice que abandonó el tabaco: Primero; Segundo; Tercero

Estudios realizados: Primarios (Completados o abandonados los estudios durante la E.G.B.); Secundarios (Completados o abandonados los estudios posteriores a EGB sin llegar a la Universidad); Universitarios.

Ocupación laboral: No trabaja fuera de casa; trabajadora fuera de su domicilio

Hemos realizado la frecuencia absoluta y relativa de las diferentes categorías de cada variable y estudiado la asociación entre tabaquismo y abandono o no del hábito durante la gestación, al comparar estas categorías.

Mediante comparación de proporciones analizábamos si las diferencias observadas en cada una de las categorías adquirirían significación estadística.

El análisis estadístico se realizó según el programa estadístico RSIGMA-1990.

RESULTADOS:

Un total de 497 embarazadas, que corresponden al total de la muestra, respondieron a nuestras preguntas.

TABAQUISMO PREVIO AL EMBARAZO

El 52,52% de las entrevistadas eran consumidoras de cigarrillos antes del embarazo. Las mujeres tenían una edad comprendida entre 16 y 43 años ($29,45 \pm 4,44$), sin que existieran diferencias significativas al comparar la edad media del grupo de fumadoras y no fumadoras.

Las embarazadas más jóvenes son las que registran una mayor incidencia de tabaquismo, al compararla con las de mayor edad las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (Tabla 1).

La media en el número de embarazo al realizar la entrevista fue de $1,74 \pm 0,92$ y no hemos observado diferencias en el tanto por ciento de mujeres fumadoras cuando las comparamos atendiendo al número de su embarazo (Tabla 1).

Se preguntó a las mujeres sobre el nivel de estudios alcanzado y observamos como el porcentaje de fumadoras, en el grupo de mujeres que no continuaron sus estudios tras la Educación General Básica, es mayor que en los otros dos grupos y que la diferencia se hace aún más importante con el grupo de mujeres que fueron a la Universidad (Tabla 1).

Casi la mitad de las mujeres entrevistadas trabajaban fuera de su domicilio, y no observamos diferencias en la proporción de fumadoras de ambos grupos (Tabla 1).

TABLA 1.-

Prevalencia de tabaquismo antes del embarazo según las características sociodemográficas estudiadas.

	Número	Fumadoras	Fumadoras (%)
Total mujeres	497	261	52,5
Edad (años)			
≤ 20	15	11	73
21-25	69	45	65
26-30	206	101	49
31-35	167	86	51
> 35	40	18	45
Nº embarazo			
1º	236	131	56
2º	190	94	49
3º ó más	71	36	51
Estudios			
Primarios	255	149	58
Secundarios	176	85	48
Universidad	66	27	41
Trabajo fuera de casa			
Si	248	128	52
No	249	133	54

TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO

De las 261 mujeres que reconocían ser fumadoras antes de su embarazo, un total de 107 (41% de las fumadoras) contestaban que habían abandonado el hábito tabáquico durante la gestación.



El número de mujeres que mantenían el consumo de cigarrillos durante toda la gestación fue de 154 (31% del total de la muestra).

El abandono del tabaco se producía en la gran mayoría de los casos durante el primer trimestre de la gestación, coincidiendo casi con el momento de confirmarse el embarazo (Tabla 2).

Las embarazadas que tienen entre 21 y 30 años, son las que muestran mayor tanto por ciento de abandonos (Tabla 2).

Podemos observar que las primigestas son las que dejan de fumar en mayor proporción y que las diferencias con los otros dos grupos son significativas ($p < 0,01$) (Tabla 2).

Al igual que con el resto de las variables analizadas hemos estudiado el número de abandonos del hábito tabáquico distribuyendo la muestra en tres grupos según el nivel de sus estudios (Tabla 2). Las fumadoras con estudios universitarios son las que muestran una mayor tasa de abandonos, aunque esta diferencia sólo adquiere significación estadística cuando las comparamos con el grupo con menor nivel de estudios ($p < 0,05$).

TABLA 2.-

Abandono del tabaquismo en el embarazo según las características sociodemográficas estudiadas.

	Número fumadoras	Abandono del tabaco	Abandono del tabaco(%)
Total	261	107	41
Edad (años)			
≤ 20	11	4	36
21-25	45	20	44
26-30	101	47	47
31-35	86	29	34
> 35	18	7	39
Nº embarazo			
1º	131	66	50
2º	94	32	34
3º ó más	36	9	25
Estudios			
Primarios	149	53	36
Secundarios	85	43	51
Universidad	27	11	41
Trabajo fuera de casa			
Si	128	62	48
No	133	45	34

El grupo de embarazadas que trabajan fuera de su casa son las que dejan de fumar en mayor porcentaje y la diferencia con el grupo de mujeres que no trabaja fuera de casa tiene significación estadística ($p < 0,05$) (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El consumo de cigarrillos durante el embarazo, se reconoce en la actualidad como un factor de riesgo para el curso de la gestación, el parto y para el recién nacido.

Los estudios realizados sobre la incidencia del tabaquismo en embarazadas, han recibido hasta ahora una atención escasa y la mayoría se han realizado en países anglosajones

La incidencia del consumo de tabaco antes del embarazo, en las mujeres incluidas en nuestro trabajo, es muy superior a la que se estima para la población total de mujeres en España⁸ y de la Comunidad de Madrid⁹. Esta notable diferencia es fácil de explicar si tenemos presente que estudiamos mujeres en edad fértil, en las que la incidencia del tabaquismo es mucho mayor.

Los estudios sobre prevalencia del consumo de tabaco, en mujeres embarazadas, realizados en países anglosajones difieren de forma considerable respecto a los nuestros. En Suecia¹⁸ o en Estados Unidos¹⁹ las mujeres que fuman al inicio de su embarazo no superan el 30%, mientras que más del 50% de las que asistimos en nuestro Hospital fuman en el momento de comenzar su embarazo.

Por tanto es evidente que los factores demográficos tienen una incidencia muy llamativa en la epidemia del tabaquismo y que es necesario conocer y estudiar la población que se asiste sin que debamos extrapolar los datos de otros estudios. Hasta tal punto es evidente esta afirmación que incluso en un mismo país el consumo de tabaco varía según diferencias étnicas²⁰.

Nuestros resultados se aproximan más a los de dos estudios realizados en nuestro país, uno en el Hospital de la Fe en Valencia²¹ y otro en el Hospital de Sabadell²². En ambos la prevalencia del consumo de cigarrillos, fue de un 60% y un 53,5% respectivamente.

En nuestro estudio, las embarazadas que fuman tienden a ser jóvenes y con estudios que no sobrepasaron la educación general básica. El hecho de trabajar fuera de casa o el número de embarazos no se relacionó con la incidencia de tabaquismo.



Aunque la muestra no es muy amplia, nos parece un detalle de especial relevancia que más de 65% de las mujeres embarazadas con menos de 26 años fuman al iniciar su gestación. Este hecho corrobora la tendencia que se viene observando en nuestro país de un mayor consumo de cigarrillos entre adolescentes y mujeres jóvenes. En nuestra propia área de salud existen estudios que ya han fijado su atención sobre este dato²³.

La motivación es un factor primordial para dejar de fumar y por lo tanto el embarazo es un acontecimiento que puede reforzar o iniciar este deseo de abandonar el consumo de tabaco.

El embarazo constituye de forma evidente el hecho que determina el abandono del tabaco en parte de la población que estudiamos: Más del 85% de las mujeres que dejan de fumar lo hacen en el primer trimestre de la gestación, coincidiendo en la mayoría de los casos con la confirmación del embarazo.

La proporción de abandono del hábito tabáquico que observamos en nuestro estudio difiere de forma llamativa con la que se refleja en estudios realizados en países anglosajones²¹ y nórdicos²². En estos países el porcentaje de mujeres embarazadas fumadoras que abandonan el tabaco es muy inferior al que muestran nuestros resultados. Sin embargo, la proporción de mujeres que fuman a lo largo de su embarazo continúa siendo mayor en nuestro estudio.

Nuestros resultados se asemejan bastante al estudio realizado por Bolumar²⁵ en el Hospital de "La Fe" en Valencia.

Hemos comprobado que determinados hechos influyen en el comportamiento de la embarazada respecto al tabaco:

-Las mujeres que se encuentran en su primer embarazo dejan de fumar en mayor proporción, posiblemente el factor de motivación en ellas es mucho más fuerte por la ilusión que supone su primer hijo.

-Las embarazadas que cursaron estudios universitarios muestran un mayor porcentaje de abandonos. Este detalle podemos intentar explicarlo por un mejor conocimiento de la fumadora sobre el tabaco y sus efectos. En el estudio de Bolumar, que tomamos como referencia por la similitud que guarda con el nuestro, la mujeres con estudios universitarios también abandonan el tabaco en mucha mayor proporción.

-Las embarazadas que trabajaban fuera de casa dejaron de fumar en mayor tanto por ciento. Aunque no nos resulta fácil explicar este hecho, sí que es conocido que los factores de hábito, asociados a

numerosas situaciones de la vida diaria, juegan un papel importante en la acción de fumar²⁴ y posiblemente su motivación se vea reforzada por estímulos sociales.

Existen otros factores que han quedado demostrados como buenos predictores del abandono del tabaco, quizás el más importante sea el del número de cigarrillos consumido, de forma que las fumadoras más fuertes son las que menos logran abandonar el hábito.

A pesar de la elevada proporción de abandonos del consumo de cigarrillos comparado con el que se produce en la población general²⁵, el tabaquismo en la embarazada constituye un problema de salud pública importante, como demostramos en nuestro estudio, el tanto por ciento de embarazadas que siguen fumando sigue siendo muy elevado.

Es un hecho también a destacar, aunque no lo reflejamos en nuestros resultados, que una gran proporción de estas fumadoras decían reducir el número diario de cigarrillos consumidos. Este dato apunta a que existe un reconocimiento casi general por parte de las mujeres de los efectos indeseables añadidos del tabaco durante el embarazo.

Se han diseñado estudios sobre programas para cese del consumo de cigarrillos durante el embarazo²⁶, los resultados de los mismos muestran una mejoría de la tasa de abandonos, pero no de forma llamativa. Creemos que los programas de prevención dirigidos a la población general, y a la vista de nuestros resultados, principalmente centrados en nuestras adolescentes, deben de ser prioritarios a fin de conseguir reducir la prevalencia de este problema.

De nuestro estudio destacamos las siguientes conclusiones:

1) El tabaquismo tiene una elevada incidencia entre las mujeres de nuestra área de salud.

2) El consumo de tabaco es más frecuente entre las jóvenes y las mujeres con menor nivel de estudios alcanzados.

3) El embarazo es un estímulo importante para el abandono del tabaco, pero la mayoría de las fumadoras mantienen el hábito durante la gestación.

4) El abandono del hábito es más frecuente entre las primigestas, las que cursaron estudios universitarios y las que trabajaban fuera de su domicilio.



Bibliografía:

1. Batcher CE, McKenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use. *N Engl J Med* 1994; 330: 907-911.
2. González J, Rodríguez F, Martín JM. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 15-18.
3. Solano Reina S. Consumo Mundial de Tabaco datos relacionados con España. *Prevención del tabaquismo. S.E.P.A.R.* 1998; 8: 12-17.
4. Estudio de los estilos de vida de la población adulta española: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. 1992.
5. Encuesta Nacional sobre el hábito de fumar. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1978.
6. Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbi JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 359-364.
7. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 1996. 1997; Marzo 3(5): 6-8.
8. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. 1997; Agosto-Septiembre. 8(5): 9.
9. González J, Villar F, Banegas JR. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 557-582.
10. Parker SL, Tong T, Bolden S. Cancer statistics, 1996. *CA Cancer J Clin* 1996; 46: 5-27.
11. Castellanos E, Nebot M. Embarazo y tabaquismo: Magnitud del problema y prevención desde los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 670-674.
12. Kendrick J, Merrit R. Women and smoking: An update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 528-535.
13. Ellard GA, Johnstone FD, Prescott RJ. Smoking during pregnancy: the dose dependence of birthweight deficits. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 806-813.
14. Lindsay CA, Thomas AJ, Catalano PM. The effect of smoking tobacco on neonatal body composition. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1124-1128.
15. Blair PS, Fleming PJ, Bensley D. Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths infancy. *Br Med J* 1996; 313: 195-198.
16. Chatenoud L, Parazzini F, Di Cintio E. Paternal and maternal smoking habits before conception and during the first trimester: relation to spontaneous abortion. *Ann. Epidemiol.* 1998; 8: 520-526.
17. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol* 1996; 87: 703-706.
18. Cnattingus S, Haglund B, Meirik O. Cigarette smoking risk factor for late fetal and early neonatal death. *Br Med J* 1998; 297: 258-261.
19. Williamson D, Serdula M, Kendrick J, Binkin N. Comparing the prevalence of smoking in pregnant and nonpregnant women, 1985 to 1986. *JAMA* 1989; 261(1): 70-75.
20. Camilli A, Mc Elroy, Reed K. Smoking and pregnancy: a comparison of Mexican-American and non Hispanic white women. *Obstet Gynecol* 1994; 84(6): 1033-1037.
21. Bolumar F, Rebagliato M, Hernández-Aguado I, Florey C. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 36-40.
22. López A, Bosch F, Jiménez E, Cos R, Cayuela E. El efecto del embarazo en el consumo de tabaco y alcohol. *Aten Primaria* 1998; 22(3): 150-157.
23. Plaza I, Mariscal RP, Ros J, Muñoz M. El tabaco como un factor de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. *Rev Esp Cardiol* 1990; 43(7): 432-437.
24. Solano Reina S, Jiménez Ruíz C. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia farmacológica. *Arch Broncomeumol* 1995; 31: 109-113.
25. García A, Hernández I, Álvarez-Dardet C. El abandono del hábito tabáquico en España. *Med Clin (Barc)* 1991; 97:161-165.
26. Hjalmarson A, Hahn L, Svanberg B. Stopping smoking in pregnancy: effect of a self-help manual in controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1991; 98: 260-264.



ACTITUD DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MÁLAGA, HACIA LA PRÁCTICA DE LA ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

AUTORES:

J. Javier Gámez Requena.⁽¹⁾, Cristina Cobo Simó.⁽²⁾

⁽¹⁾ Matrona del Hptal. Materno Infantil de Málaga.

⁽²⁾ Profesor asociado de la unidad docente de matronas de la Escuela de CCSS de la Universidad de Málaga.

⁽³⁾ Matrona del Hptal. Materno Infantil de Málaga

INTRODUCCION Y OBJETIVO

Este artículo es el resultado de un estudio piloto realizado previamente a un proyecto de investigación de tipo cualitativo, acerca de las actitudes de las matronas hacia la práctica de la analgesia epidural en el parto (1).

Hay otras cuestiones no menos importantes relacionadas con el tema, pero consideramos la que nos ocupa especialmente interesante porque se trata de una técnica que, al menos en nuestro medio, está empezando a tomar auge; es por tanto el momento oportuno para reflexionar sobre nuestras actitudes hacia ella.

Los cuidados de la matrona se dirigen a un cada vez mayor número de embarazadas cuyos partos se desarrollan con analgesia epidural. Nuestra práctica profesional debe adaptarse a la exigencia que surge de la comunidad; estamos entrando en una cultura del parto sin dolor y las usuarias (en este caso las mujeres embarazadas) demandan, con mayor frecuencia, que les sea aplicada esta analgesia.(2)

El objetivo de este estudio es explorar la actitud de las matronas del hospital Materno Infantil de Málaga hacia la práctica de la analgesia epidural en el parto. Semejante cuestión de las actitudes se plantearon dos matronas en EEUU (California) y plasmaron los resultados de su investigación en un artículo publicado recientemente en el Journal of Nurse Midwifery.(3)

Aunque debemos hacer una lectura prudente porque se trata de un medio muy diferente al nuestro (nos distingue el sistema de salud que ambos países mantienen; las connotaciones que diferencian profesionalmente a

las matronas, y la medicina norteamericana, mucho menos paternalista que la nuestra y más sensible a la decisión del paciente correctamente informado), las principales conclusiones a las que llegaron en su investigación las podríamos resumir en las siguientes:

I. El uso de la analgesia epidural en el parto supone un impacto en la práctica profesional de las matronas.

II. En cuanto al dolor, las opiniones que se suscitan recorren un amplio espectro:

- Quienes opinan que el dolor en el parto constituye una experiencia que proporciona una valiosa enseñanza. Por tanto, eliminar el dolor del parto supone un sabotaje a la experiencia del parto natural.
- Eliminar el dolor también supone considerar que la mujer no es lo suficientemente fuerte, restar fe en sí misma y en sus capacidades.
- Eliminar el dolor supone la relajación de las matronas al no tener que prestar tanto apoyo a la mujer.
- Quienes consideran que el dolor en el parto no es diferente al sufrido en cualquier enfermedad o herida, y que por tanto es inhumano no combatirlo.

III. Respecto a la indicación de la analgesia epidural, se estima que:

- La ausencia de contraindicación supone la indicación. Para quienes así opinan, un hospital es tanto más excelente cuantas más analgesias epidurales en el parto practiquen.



-La sola demanda de la mujer embarazada constituye un criterio suficiente para su aplicación.

-La analgesia epidural no debe considerarse como esencial en los partos.

IV. Respecto a la técnica en sí, algunas matronas consideran que la práctica de la analgesia epidural resulta:

-Incongruente con la filosofía de las matronas, quienes tradicionalmente han adoptado una actitud de apoyo y sostén a la mujer en contra del intervencionismo con medidas tecnológicas. En este sentido expresaban su temor a perder las raíces de la identidad de la profesión.

-Adaptación a un signo de los tiempos, a una cultura del parto sin dolor.

-También se expresa el temor a que los cuidados de la matrona pudieran ser considerados como “de segunda clase”, al enfrentarse a la tecnología que precisa la aplicación de la analgesia epidural.

DISEÑO

Para nuestro estudio de aproximación, hemos procedido a pasar una encuesta por escrito a las matronas de nuestro hospital (Hospital Materno Infantil de Málaga) en la que se recogía información acerca de:

-Expectativas o creencias de las matronas acerca de la analgesia epidural y sus efectos sobre la evolución del parto.

-Opiniones acerca de aspectos éticos, como el consentimiento informado, humanización del parto...

-Distribución de tareas y cuidados de la matrona en los partos con analgesia epidural, así como la delimitación de su papel con respecto a otros profesionales involucrados.

La encuesta fue realizada en el Hospital Materno Infantil de Málaga, que como centro de referencia atiende a una población aproximada de 382.000 habitantes. Cuenta con 62 matronas distribuidas entre el área de dilatación y partos, plantas de embarazadas y servicio de fisiopatología fetal (monitorización externa con carácter ambulatorio).

La media de edad de las matronas de nuestro hospital es de 39,5 años y la distribución por sexos es de 10 de matronas masculinas y 52 femeninas.

RESULTADOS

Con una participación del 76%, los resultados son las siguientes:

A CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con respecto al consentimiento informado(4), el personal del área de dilatación y partos responde (60%) que solo se lleva a cabo correctamente en algunos casos.

Un 8% de las matronas encuestadas considera que no es función de la matrona, mientras que el resto (84%) contesta que es función la matrona, sin excluir necesariamente la participación del tocólogo o del anestesista.

También un alto porcentaje (94%) considera que si la embarazada necesita aclarar dudas, la matrona puede responder con autonomía sin tener que acudir al facultativo. Solo un 16% responde que la matrona debe inhibirse en estos caso

B OFERTA

En cuanto al momento más adecuado para ofertarse la analgesia epidural, la mayoría elige las clases de educación maternal y/o las consultas de control de embarazo, aunque el 46'5 % del personal de planta no desestiman el ingreso o el período de trabajo de parto como ocasión para ofertar la analgesia epidural.

C HUMANIZACIÓN

Una amplia mayoría de las matronas apuesta por la analgesia epidural como medida humanizadora del parto. El 93,3% del personal dilatación y partos contrasta con el 60% de las matronas de planta, seguramente porque el impacto del dolor durante el parto es mayor para las matronas que atienden a la embarazada en las últimas etapas del parto.

D CREENCIAS

En cuanto a las creencias, un 20% del personal dilatación y partos cree que retrasa el trabajo de parto; un 24% que lo acelera, y un 52% piensa que no interfiere en el normal desarrollo del trabajo de parto.(5) El 4% restante no contestó.

En cuanto al estudio del tema de la analgesia epidural en el parto, según los resultados de la encuesta se había mostrado mayor interés por parte de las matronas del área de dilatación y partos.



E PAPEL DE LA MATRONA

La mayoría de las respuestas (76% en área de dilatación y partos y 53% en planta) apuntan a la matrona como profesional que debe realizar los cuidados en su totalidad durante la analgesia. Hacemos constar que se incluye en estos cuidados la asistencia al período expulsivo del parto eutócico con analgesia epidural. Un escaso porcentaje recomienda compartir los cuidados con personal de enfermería del quirófano. Posiblemente, esta postura se deba a la inseguridad que puede generar el enfrentarse a nuevos medios técnicos, y a fármacos que no son asiduos en su práctica habitual.

En este sentido, una cifra del 84% de todo el personal (incluyendo planta y área de dilatación y partos) consideran aconsejable un reciclaje en RCP.

Para completar la visión general que queríamos obtener con este trabajo, realizamos una breve encuesta telefónica a matronas de una muestra aleatoria de 12 hospitales del SAS.

Las cuestiones hacían referencia a la práctica de la analgesia epidural en el parto y al papel de la matrona en la misma. Las respuestas manifiestan que:

- Las matronas asisten a los expulsivos de partos eutócicos con analgesia epidural.
- Las matronas no manipulan las dosis de analgésicos prescritas por los anestesiólogos.(6)
- Todos ellos practican la analgesia epidural en el parto (a excepción de dos), si bien insisten en que no siempre hay disponibilidad de recursos.

CONCLUSIONES Y CONSIDERACIÓN FINAL

A modo de conclusión podemos afirmar que las matronas:

- Se sienten implicadas en una técnica de analgesia en el parto y tienen clara su participación, tanto en la información – consentimiento informado, como en la tarea de los cuidados.
- Consideran que la analgesia epidural en el parto es una vía de humanización del mismo.

-La matrona debe asistir al período expulsivo de los partos eutócicos con analgesia epidural, sola o con la asistencia del anestesiólogo.

Los datos ofrecidos se corresponden con la evidencia de que se trata de una práctica que se está imponiendo y en la que la matrona está presente y se siente necesaria. Es, por tanto, el momento adecuado para reflexionar sobre ello en todas sus vertientes (éticas, profesionales, definición de puestos de trabajos, etc.) para que cuando sea una práctica generalizada, y no una excepción, disfrutemos de una posición sólida y podamos orgullecernos de haber aportado la parte que nos corresponde.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a:

- Matronas participantes en la encuesta.
- La subdirección de enfermería del Hospital Materno Infantil de Málaga, por las facilidades otorgadas para desarrollar nuestro estudio.
- Rosa Blanca Avellaneda Jiménez, profesora titular de la Escuela de CCSS de la Universidad de Málaga, por sus consejos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 AWHONN, The Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses "Epidurals Redefined in Analgesia and Anesthesia: A distinction with a difference" JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing Vol. 25 (4) May 1996 pp 350-354
- 2 Consejería de Salud. BOJA No 72. Decreto 101/1995, de 18 de abril, pág. 4.553
- 3 M. Graninger, Elizabeth; P McCool, William. "Nurse – Midwives' use of and attitudes toward epidural analgesia" Journal of Nurse Midwifery. Vol. 43, No. 4, July/August 1998.
- 4 Orina H. Mann, Leah L. Albers. "Informed consent for epidural analgesia in labor" Journal of Nurse Midwifery. Vol. 42, No. 5, September/October 1997
- 5 Tekoa King. "Epidural anesthesia in labor. Benefits versus risks" Journal of Nurse Midwifery. Vol. 42, No. 5, September/October 1997
- 6 "VI Congreso Nacional De Matronas y I Encuentro Hispano – Luso". Revista de la Asociación de Matronas. No.10, I Trimestre, 1998.





International Confederation of Midwives

Textos originales

Declaración de Posición

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH/SIDA)

Declaración de Postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que las matronas, que en su mayoría son mujeres, en su calidad de profesionales y de miembros de una comunidad deben ser educadoras y también trabajadoras que buscan evitar la transmisión del VIH/SIDA y ofrecer toda la atención y todos los tratamientos posibles. Puesto que son trabajadores sanitarios clave, tienen una posición privilegiada para hacer una contribución positiva a la tarea de evitar la propagación del VIH/SIDA en los lugares en los que viven y trabajan.

Es firme creencia de la Confederación que, independientemente de cualquier situación seropositiva para el VIH/SIDA, todas las mujeres deben tener acceso sencillo a una atención de la partería no discriminatoria y económica durante el embarazo, el parto y el puerperio, y que esta atención debe ampliarse al bebé en el período posnatal inmediato.

La Confederación cree que todas las mujeres deben tener derecho a una información completa sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, así como sobre la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

La Confederación cree asimismo que las matronas, manteniendo unos conocimientos y unas competencias actualizadas:

1. podrán trabajar en sus comunidades para reducir al mínimo la propagación del VIH/SIDA:
 - i) educando a las comunidades hasta un grado de comprensión de cómo se propaga el virus, incluidos los riesgos de transmisión de una madre contagiada a su hijo, en particular durante el nacimiento y en el período de lactancia, permitiéndoles así tomar decisiones y acciones responsables en su forma de vida;
 - ii) proporcionando consejos sobre nutrición, higiene general y bienestar;
 - iii) proporcionando servicios y equipos para la asistencia sanitaria;
2. serán competentes para trabajar con el personal médico, con otros trabajadores de la asistencia sanitaria y con las comunidades en la atención a los individuos afectados en el momento en que se disponga de intervenciones mejores;
3. basándose en sus conocimientos y experiencia, podrán trabajar con investigadores de la asistencia sanitaria en su búsqueda de información relativa al VIH/SIDA.



DESARROLLO Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS PARA SALUD REPRODUCTIVA

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que las matronas, por su estrecha relación con la mujer y su familia, disfrutan de una posición única para conocer la realidad de las necesidades de asistencia sanitaria y para determinar los recursos necesarios para ofrecer unos servicios de calidad tras consultar con las mujeres.

Politica

Todas las mujeres en edad fértil deben tener acceso a una matrona en los momentos cruciales de su vida, como el embarazo, el parto y el posparto. Este acceso debe incluir también el período entre la adolescencia y la posmenarquía.

En cada país, las matronas deben estar representadas por comités en todos los ámbitos en los que se desarrollen políticas y planes estratégicos para los asuntos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres de todas las edades, pero especialmente las vinculadas a la consecución de una Maternidad Segura.

Las matronas que trabajen en un entorno clínico deben contribuir al proceso de toma de decisiones que se utiliza para asignar unos recursos financieros limitados a la asistencia sanitaria local y nacionalmente, en colaboración con colegas de otras especialidades, para conseguir una distribución equitativa de los mismos y poder responder a las necesidades de las mujeres que buscan o necesitan asistencia.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a tomar iniciativas que animen a los gobiernos, a las entidades de asistencia sanitaria y a las organizaciones no gubernamentales a aceptar esta política como base para su propio proceso de toma de decisiones.

Definición de salud reproductiva, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994

Asamblea mundial de la salud, Resolución a favor de la enfermería y la partería, 1996.

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración
Elaboración de Políticas y Asignación de Recursos 93/3

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005



ATENCIÓN A LA MUJER DESPUÉS DE UN ABORTO

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que las mujeres que hayan tenido un aborto, sea espontáneo o provocado, tienen la misma necesidad de atención que una mujer que haya dado a luz. En línea con esta idea, la matrona debe:

- Considerar que tal atención forma parte de sus funciones
- Ofrecer la atención inmediata necesaria después de un aborto
- Derivar a la mujer a cualquier tratamiento que pudiera necesitar y que quede fuera de los límites de su actuación
- Proporcionar a la mujer educación sobre su salud futura
- Reconocer la ayuda emocional, psicológica y social que puede precisar la mujer y responder adecuadamente

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Oslo, Mayo 1996.

Fecha para evaluación: 2005

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Declaración de postura

De acuerdo con la Definición Internacional de la Matrona, la Confederación de Matronas afirma que la matrona es responsable de la atención al recién nacido y al bebé. Además de proporcionar la atención adecuada a las mujeres embarazadas, detectar y resolver las complicaciones, garantizar que todas las mujeres tengan un parto higiénico y seguro con asistencia profesional y derivar a un tratamiento de las complicaciones de obstetrica si fuera preciso, las matronas deben obtener y conservar unos conocimientos y capacidades adecuados en:

- Resucitación del recién nacido
- Prevención y tratamiento de la hipotermia
- Corte higiénico del cordón umbilical y curas
- Prevención, reconocimiento, tratamiento y derivación en caso de infecciones
- Cuidado de los ojos y prevención de la ceguera
- Programas de inmunización para las madres y los bebés contra el tétanos y otras enfermedades evitables



- Educación de las madres y las familias en la prevención y el tratamiento de diarreas y otros problemas
- Inicio precoz y continuación de la lactancia, con educación a la familia y la comunidad para promover, proteger y respaldar la lactancia natural

Además, las matronas son responsables de:

- Actualizar y aumentar sus conocimientos sobre atención del recién nacido y compartirlos con las mujeres y las comunidades
- Desarrollar técnicas avanzadas, cuando corresponda, para hacerse cargo del parto operatorio
- Asegurarse de que los asistentes de nacimiento tradicional, cuya formación y supervisión son responsabilidad de las matronas, puedan responder de la atención básica de todos los recién nacidos y puedan derivar a los bebés enfermos para su tratamiento
- Fomentar y respaldar la provisión de programas de planificación familiar
- Fomentar los lazos de cariño entre la madre y su recién nacido

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Oslo, Mayo 1996.

Fecha para evaluación: 2005

DEFINICION DE LA MATRONA

Una matrona es una persona que habiendo sido regularmente admitida a un programa educacional sobre partería, debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha completado con éxito el curso de estudios de partería prescrito y ha adquirido la competencia requerida para ser registrada y/o autorizada para ejercer la partería.

Deberá ser capaz de ofrecer la supervisión, el cuidado y los consejos necesarios a las mujeres durante sus embarazos, partos y el período de posparto; de dirigir los partos bajo su propia responsabilidad y de prodigar los cuidados al recién nacido y al lactante. Estos cuidados incluyen las medidas preventivas, la detección de condiciones anormales, tanto en la madre como en el niño, obtención de asistencia médica y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de ayuda médica. Ella tiene una importante tarea de asesoramiento y educación en materia de salud, no sólo para las mujeres, sino también dentro de la familia y la comunidad. El trabajo debería comprender educación prenatal y preparación para la maternidad y se extiende a ciertas áreas de ginecología, planificación familiar y cuidado de los niños. Podrá ejercer en hospitales, consultas, centros de salud, a domicilio o en cualquier otro servicio.



Redactado conjuntamente por la Confederación Internacional de Matronas y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Adoptado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas en 1972.

Adoptado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1973.

Posteriormente adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

Enmendado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Kobe, octubre de 1990.

Enmienda ratificada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en 1991 y la Organización Mundial de la Salud en 1992.

Recibimos con agrado toda solicitud de información en lo tocante a la tramitación de la calidad de miembro y el trabajo de la Confederación.

Nuestra misión es abogar por los intereses de la mujer, su recién nacido y su familia, mediante el avance de la educación en partería, su práctica, su gestión y dirección e investigación en todo el mundo.

EDUCACIÓN BÁSICA Y CONTINUADA PARA MATRONAS

Declaración de postura

La Confederación cree que la partería es una profesión por derecho propio, con unos conocimientos exclusivos y otros que comparte con otras disciplinas sanitarias, y que las matronas deben ser responsables de definir la formación en partería y su práctica teniendo en cuenta las necesidades del país o de la región. La ICM cree igualmente que la competencia en partería puede alcanzarse por diversas rutas educativas, siempre que estén claras las competencias y existan pruebas de que éstas se han alcanzado. La ICM cree también que todos los formadores deben dominar la teoría y la práctica clínica, que el aprendizaje es continuo y no termina al superar un programa oficial de formación. En consecuencia, la ICM cree que es deber ético de cada matrona conservar y actualizar su práctica de forma ininterrumpida.

Política

En consonancia con las ideas expuestas, la Confederación Internacional de Matronas:

- reconoce y exige que se definan en cada lugar las competencias esenciales para la práctica de la partería, según las necesidades de las personas y de las familias y la parte del mundo en que trabaje la matrona;
- respalda y exige que estas competencias esenciales para la práctica de la partería se incluyan en el diseño y la aplicación de los programas de formación en partería;
- exige que estos programas ofrezcan a todas las estudiantes la oportunidad de adquirir el conocimiento, las técnicas y las actitudes necesarias para poder practicar la partería en todas sus dimensiones, según se identifican en la Definición de Matrona de ICM/FIGO/OMS (1992);
- reconoce y exige las distintas rutas de entrada en la partería, que da como resultado diversos programas educativos;



- reconoce y exige que los formadores de partería estén al día y dominen la teoría y la práctica clínica;
- reconoce el papel vital que una educación continuada tiene en el dominio y la actualización de la práctica personal de la partería y urge a las asociaciones miembros a que exijan actualizaciones continuas de la formación, conforme con la obligación ética para la promoción de los conocimientos y la práctica de la partería que se recogen en el Código Ético Internacional para Matronas (1993).

Declaración para los miembros

Se insta a las asociaciones miembros de aquellos países en los que las matronas no tengan control sobre la formación en partería a que negocien con el Gobierno para conseguir tal control una vez definidas las competencias y establecidos los programas de estudio.

Referencias:

ICM/FIGO/OMS, Definición de Matrona (1972, 1992)
ICM, Código Ético Internacional para Matronas (1993)
Declaración de ICM sobre Competencias Esenciales Provisionales para la Práctica de la Partería (1999)
Knowles, M. *Andragogy in Action: The Science of Teaching Adults*.

Sustituye a las declaraciones de la ICM:
Educación adecuada para matronas (1990)
Formación profesional continuada (1990).

Adaptado por Cosjeo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005



LEGISLACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE LA PARTERÍA

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que debe haber una legislación adecuada sobre el trabajo de las matronas en todos los países.

Política

La legislación que se aplica a la práctica de las matronas debe

- garantizar que la profesión esté dirigida por matronas.
- apoyar a la matrona que, en diversos entornos, utiliza sus conocimientos y técnicas para salvar vidas, en locales donde no hay acceso a apoyo médico.
- respaldar la aplicación de una formación continuada.
- exigir una renovación periódica y regular de los registros
- adoptar una "Definición de Matrona" apropiada para su país y que esté dentro de la legislación.
- conseguir una representación del consumidor en el órgano rector.
- reconocer que todas las mujeres tienen derecho a ser atendidas por una matrona competente.
- permitir que la matrona desarrolle su trabajo por derecho propio.
- fomentar la revisión y el análisis regular, a cargo de las propias matronas, de los resultados perinatales, maternos y de recién nacidos, dentro del proceso legislativo.
- identificar la importancia de regulación de matronas y legislación distinta que fomenta y aumenta el trabajo de matronas para mejorar la salud maternal, infantil, y pública.
- suministrar un conjunto regulador gobernado por matronas cuyo objetivo es proteger los derechos del consumidor.
- conseguir una revisión periódica de la legislación para comprobar que continúa siendo adecuada y no anticuada mientras sigue avanzando la formación, la práctica de la partería y los servicios sanitarios.
- fomentar el uso de evaluación y análisis de resultados perinatales, maternos, e infantiles dentro del proceso de análisis legislativo
- proporcionar programas de formación intermedios en relación con la adopción de una legislación nueva que exija de las matronas un grado de competencia superior.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a que utilicen esta declaración para conseguir una legislación adecuada para la práctica de la partería en sus respectivos países.



Referencias

- La madre y el bebé: implantación de la maternidad segura en cada país, 1994, OMS.
- Definición de matrona, 1992, ICM, FIGO, OMS
- Bryce, G.K., Documento resumen presentado en el taller sobre legislación, mayo de 1983, Congreso de la ICM en Vancouver (no editado).
- Agenda de la iniciativa para una maternidad segura. Prioridades para la próxima década. Informe de la consulta técnica sobre la maternidad segura, octubre de 1997, Sri Lanka, Atención Familiar Internacional.

Reemplazar la declaración de la Confederación Internacional de Matronas:
Legislación Apropiaada para Matronas 90/3

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005

EMBARAZO Y PATERNIDAD PLANIFICADOS

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que es esencial para los derechos de la mujer la posibilidad de controlar su fertilidad y que, por su salud y su bienestar y la de su familia, debe tener un papel pleno e igual al de su pareja en la decisión sobre el número de hijos y el momento de tenerlos. Para que tengan la confianza necesaria para tomar decisiones sobre sus embarazos y evitar los no deseados, la mujer debe tener acceso a unos conocimientos y unos servicios apropiados. La Confederación cree igualmente que la matrona, por su formación, su campo de actuación y su exclusiva relación con la mujer y su familia, goza de una posición inmejorable no sólo para dar la información, los servicios y el apoyo que necesitan las mujeres para planificar su familia, sino también para influir en el tipo de servicios ofrecidos.

Política

La Confederación Internacional de Matronas, que defiende el derecho de la mujer a controlar su fertilidad, a tener un papel pleno e igual en la decisión sobre el número de hijos y el momento de tenerlos y a disponer de los conocimientos y los servicios que hagan esto posible, animará activamente a las matronas a:

- trabajar para que todas las mujeres dispongan de unos servicios accesibles y adecuados a sus necesidades y deseos de cara a la planificación familiar;
- participar en la planificación, la provisión, y evaluación de unos servicios que permitan a la mujer planificar los embarazos y evitar los no deseados;
- proporcionar orientación de calidad y ayuda a las mujeres del modo y con el alcance más adecuados a sus necesidades.



Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a

- cumplir un papel activo en el respaldo al desarrollo de unos servicios adecuados para las mujeres que les permita planificar sus embarazos y evitar los no deseados
- que traten de influir en la formación de las matronas para garantizar que éstas conozcan y comprendan las necesidades de las mujeres y puedan atenderlas debidamente.

Referencias

Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.

Reemplazar la declaración de la Confederación Internacional de Matronas Planificación Familiar 90/5.

Adaptado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DE LAS MATRONAS

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que la matrona, tal como se define en la Definición Internacional de Matrona, es responsable de sus acciones y del consejo profesional que da. Esta responsabilidad se extiende a las acciones basadas en el consejo y las órdenes de otras personas.

Política

La Confederación Internacional de Matronas reconoce que, para que las matronas puedan ser responsables de sus acciones, deben

- haber sido formadas siguiendo un programa diseñado para que la estudiante adquiriera los conocimientos y domine las técnicas necesarias en su trabajo
- actualizar y ampliar periódicamente los conocimientos y las técnicas que constituyen la base de una buena práctica de la partería

Las matronas tienen el deber de cuidar a la mujer y al recién nacido a los que atienden

Las matronas no deben emprender acciones para las que no estén debidamente formadas y, en consecuencia, no dominen.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a que aprueben esta declaración para las actuaciones en su entorno si no cuentan ya con una declaración similar.

Referencias

- Código Ético Internacional para Matronas, 1993, ICM.
- Definición de Matrona, ICM, FIGO y OMS, 1992.

Reemplazar la declaración de la Confederación Internacional de Matronas: Responsabilidad Profesional 90/6

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

EL LUGAR DE NACIMIENTO

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que en los entornos en los que las mujeres pueden elegir dónde dar a luz, una de las opciones posibles para un nacimiento sin problemas debe ser el propio hogar.

Política

La Confederación Internacional de Matronas defiende el derecho de la mujer a decidir dar a luz fuera de un hospital.

La matrona que opte por prestar sus servicios profesionales a las mujeres en sus casas debe poder hacerlo dentro del servicio sanitario nacional.

La Confederación Internacional de Matronas reconoce que no todos los países cuentan con una legislación o unos servicios sanitarios que apoyen el nacimiento en el hogar e insta a los gobiernos nacionales a estudiar la bibliografía científica sobre este asunto para llegar a un servicio de maternidad que lo incluya entre las opciones que se ofrecen a las mujeres que van a dar a luz.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Las asociaciones miembros de países en los que las mujeres no dispongan de opciones completas para dar a luz sin problemas deben negociar con el Gobierno para conseguirlo.



Referencias:

Atención en el nacimiento normal: guía práctica. Informe de un grupo de trabajo técnico, OMS, 1996.

Reemplazar la declaración de la Confederación Internacional de Matronas:
Prácticas Tradicionales de Asistencia al Parto 90/9
Parto Domiciliario 93/9

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que las prácticas nocivas para la salud de la mujer y del niño han de ser modificadas o eliminadas. La Confederación respalda la definición y clasificación de las formas de mutilación genital femenina aprobada por la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, y que se exponen a continuación.

Definición

La mutilación genital femenina incluye todas las prácticas que suponen la ablación parcial o total de los genitales externos femeninos y cualquier lesión en los órganos genitales femeninos, ya sea por razones culturales o de cualquier otra índole no terapéutica.

Clasificación

Tipo I	Ablación del prepucio con o sin ablación parcial o total del clítoris;
Tipo II	Ablación del clítoris con ablación parcial o total de los labios menores;
Tipo III	Ablación total o parcial de los genitales externos y oclusión o estrechamiento de la abertura vaginal (infibulación);



- Tipo IV Sin clasificación
- practicar orificios o perforaciones en el clítoris y los labios
 - estiramiento del clítoris y los labios
 - cauterización del clítoris y de los tejidos circundantes
 - raspado del orificio vaginal (cortes angurya) o cortes en la vagina (cortes gishiri)
 - introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar hemorragias o para tensarla o estrecharla.
 - cualquier otro procedimiento que se incluya en la definición anterior de mutilación genital femenina.

Política

La Confederación Internacional de Matronas reconoce la necesidad de una salud de las niñas y mujeres sometidas a estas prácticas e insta a todas las matronas a contribuir a dicha investigación.

La Confederación Internacional de Matronas resuelve:

- abogar, en nombre de las mujeres y de las matronas, por la eliminación de la mutilación genital femenina en el mundo, a través de los numerosos ámbitos internacionales en los que está presente la Confederación.
- respaldar a las asociaciones miembros que luchen por eliminar la mutilación genital femenina en sus respectivos países.
- ofrecer a las matronas que asistan a los congresos o a las conferencias internacionales de la Confederación la ocasión de conocer mejor esta práctica y sus consecuencias sanitarias.
- unirse a otras organizaciones nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, para adoptar las políticas y estrategias oportunas y, cuando sea posible, redactar una legislación para la desaparición de la mutilación genital femenina.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros que aún no lo hayan hecho a adoptar una política en consonancia con esta declaración.

Referencias

Mutilación genital femenina, informe de un grupo de trabajo técnico de la OMS, julio de 1995.

Mutilación genital femenina, estudio, OMS, Ginebra, 1998

Joint Statement WHO/UNICEF/UNFPA 1997

Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation (Mutilación genital femenina), informe de un grupo de trabajo técnico de la OMS, Ginebra, octubre de 1997.

Regional plan of action to accelerate the elimination of FGM in Africa, WHO 1997.

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.



LACTANCIA MATERNA

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que las mujeres y las familias tienen derecho a recibir información precisa sobre las ventajas de la lactancia natural, para así poder tomar, con conocimiento de causa, una decisión sobre la forma de criar a sus hijos. Por otra parte, la Confederación coincide con la Convención de Derechos del Niño, y en especial con el artículo 24, en las aspiraciones de salud para los niños.

Política

La Confederación Internacional de Matronas, basándose en la política adoptada en 1984 a favor de la lactancia natural:

- trabajará activamente con otras agencias internacionales en la promoción de la lactancia natural
- se asegurará de que el programa científico de todos los congresos internacionales incluyan una parte destinada a ponencias sobre la lactancia natural
- utilizará los canales de comunicación con las asociaciones de partería para mantener informadas a éstas de los avances en el campo de la lactancia
- comprobará que en todos los documentos relativos a la provisión de atención a la mujer y el recién nacido haya una referencia al papel de las matronas en el fomento y la promoción de la lactancia natural.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a:

- trabajar con otras organizaciones de su país para fomentar y promover la lactancia natural.
- proporcionar a las matronas miembros información actualizada sobre la lactancia natural.
- animar a las matronas miembros a comunicar a otros profesionales de la salud la importancia de la lactancia natural.
- comprobar que los programas de formación de partería contengan disposiciones adecuadas para que las estudiantes puedan ayudar a las mujeres lactantes.
- animar a las matronas miembros a aceptar su papel exclusivo y esencial en la promoción de la lactancia natural en todos los ámbitos de la comunidad

Referencias complementarias

Convención de los Derechos del Niño, 1989

Protección, promoción y fomento de la lactancia natural, OMS /UNICEF 1989

Declaración Innocenti sobre la protección, la promoción y el fomento de la lactancia natural, UNICEF 1990

Iniciativa de hospital amigo del bebé, UNICEF y OMS 1990

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración Amamantamiento 93/2

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005

MUJERES, NIÑOS Y MATRONAS FRENTE A LAS GUERRAS Y LOS DISTURBIOS CIVILES

Declaración de postura

La Confederación Internacional de matronas cree que los derechos de las mujeres y de los niños deben estar protegidos en todas las circunstancias, que sólo en la paz pueden las familias llegar a su máxima expresión en beneficio de su país.

Política

La Confederación Internacional de Matronas

- respalda los esfuerzos de todas las agencias internacionales que tratan de resolver los conflictos y de buscar la paz, de aliviar el sufrimiento de las mujeres y niños refugiados y de alimentar a cuantos han perdido sus fuentes de suministro o no pueden aprovecharlas.
- condena el uso de la fuerza para que los niños formen parte de los ejércitos.
- condena el uso de productos bélicos que pueden tener repercusiones a largo plazo sobre la población, como son las minas antipersonas.
- condena a quienes dirigen fuerzas incapaces de salvaguardar los derechos de las mujeres y de los niños, especialmente a los de fuerzas armadas que abusan física y sexualmente de las mujeres y de los niños.
- reconoce el valor de las matronas que, en las circunstancias más difíciles, siguen atendiendo a la mujer y al recién nacido.
- respaldará a las asociaciones miembros de países afectados por la guerra o por los disturbios civiles.



Reconoce con profundo dolor que numerosas matronas pueden convertirse en víctimas de la guerra y de los disturbios civiles. Son asesinadas, violadas, mutiladas y sufren la pérdida de sus familiares.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se anima a las asociaciones miembros a presionar a los gobiernos para que apoyen las iniciativas de paz y ofrezcan ayuda económica a las agencias de ayuda humanitaria para aquellos cuya vida se ha visto afectada por la guerra y por los disturbios civiles.

- Declaración mundial para la protección de la vida y el desarrollo de la infancia, UNICEF, 1990
- Convención de Ginebra 1989

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración
La Mujer, el Niño y la Partera en Situaciones de Guerra y Disturbios Civiles
93/10
Empleo de minas terrestre específicamente contra las personas 96/20

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila,
Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005

INTERVENCIÓN ADECUADA DURANTE EL PARTO

Declaración de Postura

La Confederación Internationale de Matronas respalda la idea de que, para la inmensa mayoría de las mujeres de todo el mundo, la procreación es un proceso fisiológico normal en el que influyen la cultura, las tradiciones, la religión y factores psico-sociales. La Confederación cree también que la procreación es un acontecimiento para la familia y exige de la atención que ofrecen los profesionales un modelo más basado en la salud que en la enfermedad.

La Confederación también cree que para muchas mujeres de los países pobres el embarazo y el parto pueden suponer un riesgo para la vida y que deben hacerse todos los esfuerzos posibles para reducir el peligro de muerte y de enfermedad mediante unas intervenciones tecnológicas económicas y comprobadas cuando sea preciso.

En consonancia con el Código Ético Internacional para Matronas de la ICM, las matronas creen también que las mujeres deben participar activamente en las decisiones que afectan al servicio sanitario que reciben. Para tomar una decisión justificada sobre el empleo o no de la tecnología durante el parto es preciso que las mujeres dispongan de una información actualizada, completa y comprensible sobre los riesgos y los beneficios de cada una de las intervenciones tecnológicas que se propongan.



Resolución

De conformidad con la premisa básica de que el parto es un acontecimiento normal de la vida para la gran mayoría de las mujeres de todo el mundo, las matronas recurrirán a la tecnología durante el parto sólo cuando esté indicada para favorecer el bienestar de la madre y del bebé y mejorar los resultados. De acuerdo con esta premisa, la matrona:

- facilitará a la mujer y a la familia una información que les permita ver el parto como un proceso normal de la vida y haga posible que las mujeres tomen decisiones con conocimiento en relación con la atención sanitaria;
- promoverá unas prácticas para el parto que apoyen los procesos fisiológicos normales del trabajo del parto y del alumbramiento así como los aspectos psicológicos, espirituales y culturales;
- abogará por una distribución justa de los recursos sanitarios, de modo que cubran de forma prioritaria las necesidades básicas de la mujer y del bebé;
- participará en el diseño y la evaluación de las intervenciones durante el parto, incluido el uso ético de la tecnología de acuerdo con los criterios siguientes:
- cuando exista un riesgo claro para la salud de la madre o del niño que pueda salvarse utilizando la tecnología;
- cuando las ventajas de su empleo superen claramente los riesgos para la madre, el niño o ambos;
- cuando tanto la matrona como la mujer y la familia comprendan perfectamente cómo funciona la tecnología y por qué está indicada;
- cuando la mujer haya recibido información completa y comprensible sobre la intervención tecnológica propuesta y pueda, en consecuencia, dar su consentimiento razonado a la misma.
- la matrona tomará medidas para evitar interferencias innecesarias en el progreso normal del trabajo del parto y del alumbramiento;
- comprenderá y aplicará las técnicas para salvar la vida, incluido el empleo de la tecnología, de forma oportuna y adecuada cuando exista un peligro real para la salud de la mujer embarazada o del bebé.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a aplicar esta declaración o a redactar una similar en la que se destaque el papel de la matrona, tanto en el uso como en la evaluación de cualquier intervención tecnológica para la atención de la mujer y del recién nacido.



Referencias

Código Ético Internacional para Matronas de la ICM (1993)
ICM, visión global para las mujeres (1996)
ICM, Competencias esenciales para la práctica de la partería (borrador, 1998)

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración
La Intervención en el Parto 93/5

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo
1999.

Fecha para evaluación: 2005

EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA INVESTIGACIÓN

Declaración de postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que todas las mujeres merecen unos servicios sanitarios de la máxima calidad, adecuados a su cultura y basados en pruebas. La Confederación cree asimismo que las matronas tienen el deber y la responsabilidad de fomentar los conocimientos y la eficacia de la partería, esenciales para mejorar la salud de todas las mujeres en edad fértil y de sus familias.

Policia

Todas las matronas que participan en la promoción de los conocimientos a través de la investigación deber seguir las 'Directrices para todas las matronas en relación con la realización de investigaciones' más recientes.

En consonancia con la idea de que la investigación puede suponer una importante aportación a la mejora en la salud de las mujeres en edad fértil y de sus familias, la Confederación recomienda que:

- la formación en partería incluya la teoría y la aplicación práctica de la investigación para que las matronas puedan valorar, interpretar y aplicar de forma crítica las conclusiones válidas de la investigación;
- las matronas, cuando corresponda, sean responsables de promover y participar en el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de los estudios de su especialidad;
- las matronas mantengan registros y creen y enriquezcan las bases de datos nacionales e internacionales sobre la calidad, el coste y la eficacia de la atención de la partería;



- la investigación durante el ciclo fértil mantenga un enfoque global que incluya la evaluación de los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de la salud de las mujeres y de los bebés;
- las matronas diseñen y participen en estudios que respalden y fomenten una atención global y evalúen los efectos de utilizar la tecnología como intervención durante el embarazo y el parto.

Declaración guía para las asociaciones miembros

Se insta a las asociaciones miembros a adoptar una declaración similar o a utilizar ésta para promocionar el papel de la matrona en la investigación.

Referencias

ICM, Código Ético Internacional para Matronas (1993)

ICM, declaración provisional sobre directrices para todas las matronas en relación con la realización de investigaciones (1998)

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración

Investigación 90/7

The Role of the Midwife in Research 93/15

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005

PROTECCIÓN DEL LEGADO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (PROTECCIÓN CULTURAL)

Declaración de Postura

La Confederación Internacional de Matronas cree que la cultura, la tradición y las creencias personales influyen en la forma de vivir y en la forma de tomar decisiones. La ICM cree que las matronas y las mujeres y familias a las que atienden merecen el respeto y la libertad necesarios para participar plenamente y con conocimiento en las decisiones que afecten a su vida. La Confederación defiende igualmente la creencia de que en todas las culturas existe la posibilidad de que haya tradiciones dañinas que se imponen a las niñas y a las mujeres, y por tanto se compromete a trabajar en colaboración con las mujeres para cambiar estas prácticas dañinas.

Política

La Confederación promueve la plena participación de los pueblos indígenas en el desarrollo de las políticas sanitarias y en la planificación y utilización en la procreación de una atención sanitaria segura, aceptable, viable y útil. Esta participación se basa en el respeto de la dignidad humana y en un modelo de colaboración de la práctica profesional de la partería.



Como reconocimiento de la diversidad de tradiciones y prácticas culturales que afectan al embarazo y el nacimiento, la matrona:

- deberá conocer tales tradiciones y respetar las prácticas que no provoquen daños a las mujeres ni a las familias;
- en aquellos casos, en los que tales prácticas puedan ser dañinas, la matrona trabajará con la comunidad con vistas a suprimirlas;
- en colaboración con las mujeres y las familias, guiará el establecimiento y el mantenimiento de unos servicios de maternidad que sean culturalmente adecuados y no discriminatorios.

Declaración guía para las Asociaciones Miembros

Se insta a las asociaciones miembros a trabajar con las matronas, las mujeres, los responsables políticos y la comunidad para implantar unos servicios sanitarios culturalmente adecuados, empleando esta resolución como base para la acción.

Referencias

Código Ético Internacional para Matronas de la ICM (1993)
Serie Nº 10 del estudio de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos:
Protección del legado de los pueblos indígenas (1997)

Reemplazar de la Confederación Internacional de Matronas declaración
Derechos de la Mujer Indígena y su Familia 93/8
Pueblos indígenas: adecuación cultural y partería (1996).

Adaptado por Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo 1999.

Fecha para evaluación: 2005



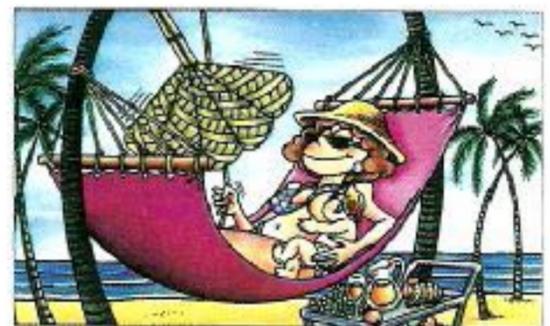
LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA



Para daros el mejor recibiendo, la teta es un buen comienzo.



Hay que aceptar este hecho, la mejor leche está en el pecho.



En el momento de dar de mamar, Busca paz en cualquier lugar.



Dale el pecho según su elección. Sin duda es justa su petición.



En contadas ocasiones, chupetes y biberones.



Colócate bien en toda ocasión, la espalda merece prevención.



Si te alimentas normalmente tendrás leche buena y suficiente.



Para asegurarle la salud y el crecimiento, te ayudarán personas de conocimiento.



El padre es el mejor ayudante para que todo siga adelante.



Los avances de la ciencia han facilitado tu independencia.



La cuchara es una ayuda para quien a la madre sustituya.



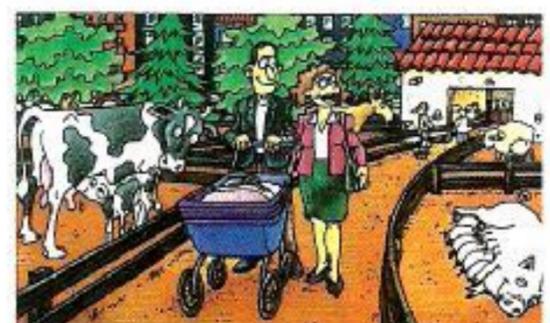
Si el bebé gana peso adecuadamente, hasta los 6 meses puede tomar el pecho solamente.



Si tienes que dar de mamar, de la gente que mira debes pasar.



Cuando vuelvas a trabajar la lactancia puedes continuar.



Mira en la naturaleza un ejemplo que no cesa.

Autores: Idea y texto: **Palmira Rius** (enfermera, profesora de enfermería comunitaria), Ilustraciones: **Ermengol**, Color: **E. Molinas**.



POSTER PATROCINADO POR LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE MATRONAS

¡¡SOLICITALO!!

