

Sta. María del Naranco

XI Congreso de la Asociación Española de Matronas
**I Congreso de la Asociación de
Matronas del Principado de Asturias**

OVIEDO 12 - 14 de Mayo de 2006

AUDITORIO "PRÍNCIPE FELIPE"

"La Matrona, clave en la salud de la mujer"

Oviedo, Capital del Paraíso



PROGRAMA OFICIAL



“La Matrona, clave en la salud de la mujer”

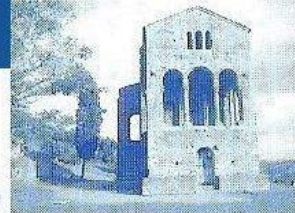
CONGRESO

de la Asociación de Matronas
del Principado de Asturias

XI CONGRESO NACIONAL de la Asociación Española de Matronas

12-13-14 DE MAYO DE 2006
AUDITORIO “PRÍNCIPE FELIPE”
OVIEDO, PRINCIPADO DE ASTURIAS

Declarado de Interés Sanitario
Acreditado con 2,1 créditos por el S.N.S.



SALUDA

Es para mí un honor y un placer, representar a las Matronas Asturianas para darles la bienvenida a nuestra Tierra con motivo de la organización del XI Congreso Nacional de Matronas y I del Principado.

Como todos sabemos, Asturias es conocida como “La Cuna de la Reconquista” reino fundado por D. Pelayo allá por el S VIII y con tales inicios, la familia Asturiana toma “carta de naturaleza por méritos propios”; por tanto, no es de extrañar que nuestras raíces profesionales se vean plenamente identificadas con la filosofía del nacimiento, y el desarrollo de esa primera célula de Familia y Sociedad.

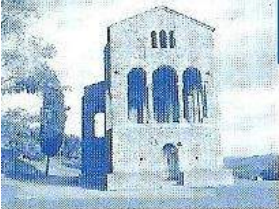
Modernamente la presentación de nuestra región, allá de la Cordillera Cantábrica y del mar del mismo nombre, se vende como “Paraíso natural” y es cierto, tenemos el privilegio de contar con un microclima que la hace verde y encantadora, de mar azul y cambiante, de montañas hermosas y que invitan al recreo y a la aventura... pero como todo paraíso tiene también sus dificultades que ponen a sus gentes a prueba para alcanzar logros, con recursos a veces limitados, tal es el caso de nuestro colectivo, pequeño en número pero con deseos de intercambiar experiencias, conocer y desarrollar técnicas que nos permitan un abordaje integral de la Mujer / Familia a lo largo de sus etapas vitales.

Buscamos la difusión de ideas, la transparencia de información y la integración de los avances que ofrece la Obstetricia dentro de nuestro campo de actuación, además de facilitar un intercambio de puntos de vista entre todas las Matronas en nuestras diversas áreas de asistencia, conscientes de nuestro decidido y firme compromiso de ofrecer a la mujer, en todo momento, el mejor cuidado, siendo uno de los pilares fundamentales de éste, la actualización constante tras una sólida formación académica.

Por todo ello, agradecemos vuestra presencia y participación a todos los niveles. Muchas gracias y bienvenidos al Principado de Asturias.

Encarnación Pérez Avello
Presidenta del Congreso





Congreso Matronas 2006



EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

cj
076/06

S.A.R. la Princesa de Asturias, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del **"XI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS"** y **"I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS"**, que tendrá lugar en Oviedo (Asturias) del 12 al 14 de mayo próximo.

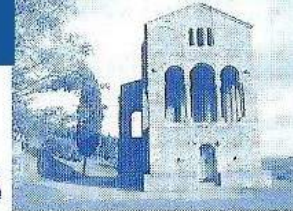
Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 27 de febrero de 2006

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,



XI Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas



COMITÉ DE HONOR

PRESIDENTA

S. A. R. Dña. Letizia Ortiz Rocasolano
PRINCESA DE ASTURIAS

MIEMBROS

Presidente de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias
Excmo. Sr. D. Vicente Alberto Álvarez Areces

Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Oviedo
Ilmo. Sr. D. Gabino de Lorenzo Ferrera

Consejera de Cultura, Comunicación Social y Turismo
Ilma. Sra. Dña. Ana Rosa Migoya Diego

Consejero de Educación y Ciencia
Ilmo. Sr. D. José-Luis Iglesias Riopedre

Consejero de Salud y Servicios Sanitarios
Ilmo. Sr. D. Rafael Sariego García

Director General de Prestaciones Sanitarias
Ilmo. Sr. D. José-Ramón Riera Velasco

Director General de Salud Pública y Planificación
Ilmo. Sr. D. Ángel López Díaz

Jefa de Salud de la Mujer y del Niño del M. de Sanidad y Consumo
Sra. Dña. Sagrario Mateu Sanchís

Directora del Instituto de la Mujer
Sra. Dña. Begoña Fernández Fernández

Presidenta de la Comisión Nacional de Matronas
Sra. Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Director Gerente del SESPA
Ilmo. Sr. D. Juan José Cañas Sancho





Congreso Matronas 2006

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA DEL CONGRESO

Encarnación Pérez Avello

SECRETARIA

Olga Ovejero Vegas

COMITÉ ORGANIZADOR

Miriam Álvarez Prieto

Yolanda Espinosa Llana

Carmen García Urías

Begoña Ibáñez Díaz

Concepción Martínez Pastor

José Ignacio Matute Albo

COMITÉ CIENTÍFICO

M^a Teresa del Hierro Gurruchaga

Isabel Egüés Jimeno

M^a Victoria Loché Roza

Amparo Lolo Moro

Marta Martínez Marquínez

Rosa M^a Plata Quintanilla

TESORERA

Isabel Bayón de Miguel

DIRECCIÓN DEL CONGRESO

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén



PLANING DE EVENTOS

Viernes 12

- 09:00-10:30h. Entrega de documentación
Vestíbulo Auditorio
- 10:30-12:00h. *Comunicaciones*
- 12:00-12:30h. Acto Inaugural
- 12:30-13:45h. Conferencia Inaugural
Dra. Thompson
- 13:45h. Vino español
- 15:30-16:00h. *Sesión Pósteres*
- 16:00-16:30h. Conferencia. Sra. Marcos
- 16:30-17:30h. Conferencia Dra. Davis
- 17:30-17:50h. Pausa Café
- 17:50-18:20h. Conferencia. Sr. Matute
- 18:20-18:50h. Conferencia. SEGO
- 18:50-19:30h. Conferencia. Sr. Sisó
- 19:30h. Mesa de discusión
- 21:00h. Salida autobuses a la ESPICHA

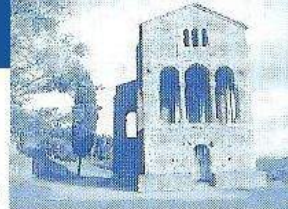
Sábado 13

- 09:00-09:30h. *Comunicaciones*
- 09:30-10:00h. Conferencia Sr. Martínez
- 10:00-10:30h. Conferencia Sra. Fdez
- 10:30-11:00h. Conferencia Dr. Palacios
- 11:00-11:30h. Ruegos y Preguntas
- 11:30-11:50h. Pausa Café
Sesión Pósteres
- 11:50-13:30h. Taller- Conferencia
- 13:30-14:00h. *Comunicaciones*
- 15:00-16:00h. *Sesión Pósteres*
Vestíbulo Auditorio
- 16:00-16:30h. *Comunicaciones*
- 16:30-17:00h. Conferencia Sra. Castelló
- 17:00-17:45h. Conferencia Sra. Plata
- 17:45-18:05h. Pausa Café
- 18:05-18:40h. Conferencia. Sras. Matéu-
Rodríguez Rozalén
- 18:40-20:00h. *Sesión Pósteres*
- 21:30h. Cena de Congreso

Domingo 14

- 09:30-10:40h. *Comunicaciones*
- 10:40-11:25h. Plan Formación de Nutrición
- 11:25-11:55h. Conferencia
Sra. E. Pérez Avello
- 11:55-12:15h. Pausa Café
- 12:15-12:45h. Conferencia Dr. Albi
- 12:45-13:15h. Conferencia
Dr. Cadórniga.
- 13:15-13:45h. Conferencia Sr. Astudillo
- 13:45-14:15h. Conclusiones
- 14:15-14:45h. Clausura del Congreso
- Al cierre del Congreso
Asamblea General de la Asociación Española de Matronas
- Exposición permanente de Pósteres*
Vestíbulo 1ª Planta
- Exposición Comercial*
Vestíbulo Auditorio

Congreso Matronas 2006





Congreso Matronas 2006

PROGRAMA

VIERNES 12

09:00 – 10:30h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Vestíbulo Auditorio.

10:30 – 12:00h. COMUNICACIONES ORALES

Moderadora: Isabel Egües Jimeno.

C-1. "Adolescencia y contracepción: una relación difícil"

Camacho Alcocer, Manuela.

C-2. "Conocimiento de las mujeres del hospital Son Dureta sobre las Funciones de las Matronas"

Montes Aparicio, Laura. Fernández Romero, E. García García, J.M. López Ruiz, B.

C-3. "Tecnificación del nacimiento. Abordaje de los dilemas bioéticos del quehacer diario de la Matrona desde una ética de responsabilidad"

Goberna Tricas, Josefina.

C-4. "Análisis de la donación de sangre de cordón umbilical en hospitales terciarios".

Aguilera Rodríguez, F.J. García Catalá, D. Laencina, R. Vila Candel, Rafael.

C-5. "Situación que vive la Matrona en una consulta de atención a la mujer con población femenina".

Chacón Sánchez, M^a Dolors G.

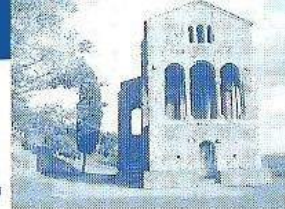
C-6. "Consumo de alimentos ricos en yodo durante el primer trimestre de la gestación"

Torres Costa, M^a Teresa. Francés Ribera, L. Falguera Puig, G.
Juncos Font, S. Abella Jové, M. Soteras Guash, P.

C-7. "La preparación del acompañante en el parto ¿una necesidad?"

Ibáñez Díaz, Begoña. Matrona del Hospital de Cabueñes, Gijón.
(Principado de Asturias).





12:00 – 12:30h. **Acto Inaugural**

12:30 – 13:45h. **Conferencia Inaugural**

“La matrona en la salud de la mujer ¿qué lugar ocupa?”

Dra. Joyce Thompson. Matrona. Doctora en Bioética.
Universidad de Michigan (USA). Ex-Directora de la ICEM.

13:45h. **Vino Español**

15:30 – 16:00h. **SESIÓN PÓSTERES**

1ª MESA: ANTROPOLOGÍA DE LA MATERNIDAD.

Moderadora: Dña. Mª Teresa del Hierro Gurruchaga.

16,00 – 16:30h. **“De las manos a los registros cardiotocográficos”.**

Dña. Inmaculada Marcos Marcos. Matrona

16:30 – 17:30h. **“Maternidad, implicaciones en el modelo femenino de la nueva era”.**

Dra. Robby Davis Floyd. Doctora en Antropología. Univ. de Texas. (USA)

17:30 – 17:50h. **Pausa Café**

2ª MESA: MATRONERIA, MODELO DE ASISTENCIA.

Moderadora: Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

17:50 – 18:20h. **“Modelo de asistencia de la matrona. Funciones y protocolos propios”.**

D. José Ignacio Matute Albo. Matrona del Hospital “ S. Agustín”, Avilés (Principado de Asturias)

18:20 – 18:50h. **“Asistencia al embarazo, parto y puerperio. ¿Conflicto de intereses?”**

Dr. D. José Bajo Arenas. Presidente de la S.E.G.O

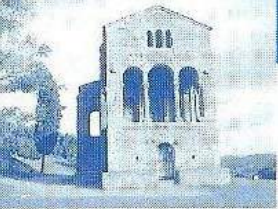
18:50 – 19:30h. **“Visión jurídica de la relación con los médicos residentes. El techo de cristal de las Matronas”.**

D. Juan Sisó Martín. Profesor de Derecho Sanitario.
Subdirector General del Defensor del paciente de la CAAM.
(Madrid)

19:30h. **MESA DE DISCUSIÓN.**

21:00h. **ESPICHA**





Congreso Matronas 2006

SÁBADO 13

09:00 – 09:30h. COMUNICACIONES.

Moderadora: Marta Martínez Marquínez

C-8. “Uso del aceite de rosa mosqueta en el cuidado de la herida quirúrgica post-parto”

Pingarrón Montes, M^a Teresa

C-9. “Opinión del cliente interno sobre el uso de la amniotomía”.

Armenteros Sánchez, Eva M. García Junquera, M^aJ. Gómez Hernández, M^a T. Villar Varela, M^a Teresa

C-10. “La sexualidad en el Instituto, los profesores a examen, la Matrona un punto de apoyo”

Pérez Hdez, Manuel D. Sánchez Frías, Pedro. Franco Antonio, Cristina. González Ocaña, Silvia. Cáceres Chacón, Elena. Maza Beguiristain, Marisa.

3ª MESA: ASPECTOS LEGALES Y BIOÉTICOS.

Moderadora: Dña. Begoña Ibáñez Díaz

09:30 – 10:00h. “Conciliación entre vida laboral y familiar. ¿Un eufemismo?

D. Tristán Martínez Marquínez. Director General de Trabajo, Gobierno de Cantabria.

10:00 – 10:30h. “Ley de Autonomía del paciente. Plan de parto”.

Dña. Rosario Fernández Hevia. Juez del Tribunal Penal de Gijón. (Principado de Asturias)

10:30 – 11:00h. “Bioética de reproducción asistida y células madre”.

Prof. D. Marcelo Palacios Alonso. Presidente SIBI (Sociedad Internacional de Bioética), Gijón. (Principado de Asturias).

11:00 – 11:30h. Ruegos y Preguntas

11:30 – 11:50h. PAUSA CAFÉ. SESIÓN PÓSTERES

11:50 – 13:30h. Taller - Conferencia

“¿Cómo resolver los conflictos de relación con gestantes y familiares?”

D. Juan Luís Soto de Lanuza .Enfermero .Psicólogo. Madrid.

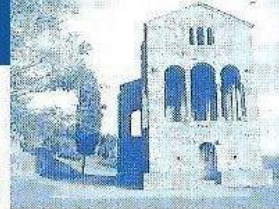
13:30 – 14:00h. COMUNICACIONES

Moderadora: Carmen García Urías

C-11. “Periodo expulsivo según el método A.P.O.R.B.”

Castro Guerrero, Elena.





- C-12. **"Papel de la comadrona en la disminución de la tasa de cesáreas en el hospital de Donostia".**
Rey Bravo, Javier. Lapuente Villar, Begoña. Ugarte Organbide, Begoña. Telletxea Arraibi, Aurora. Pérez Hernández Soledad. García Adanes, José.

- C-13. **"Las creencias populares sobre el embarazo como fuente de ansiedad en el parto".**
González Peteiro, Mercedes. Sánchez Sebio, P. Núñez Iglesias, M^a Jesús. Laíño Lorenzo, Eugenia.

15:00 – 16:00h. SESIÓN PÓSTERES

16:00 – 16:30h. COMUNICACIONES

Moderador: José Ignacio Matute Albo.

- C-14. **"Episiotomía liberal versus selectiva: un estudio prospectivo de cohortes".**
Luque Carro, Raquel.
- C-15. **"Mejora de la calidad percibida del área II de A.P. de Madrid".**
Peñín Fernández, M.F. Coghen Vigueras, I. García Campos, D. Agraz Paño, E. Yacer Granell, V.
- C-16. **"Incontinencia fecal y urinaria en la mujer. Su origen neurógeno".**
Valles Antuña, Consuelo. Castro Guerrero, Elena.

4ª MESA: ASPECTOS PSICOEMOCIONALES DE LA MUJER

Moderadora: Dña. Isabel Manzano Alonso

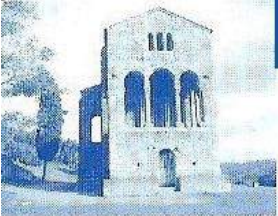
- 16:30 – 17:00h. **"Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio"**
Dña. Isabel Castelló López. Matrona y Psicoterapeuta. (Valencia)

- 17:00 -17:45h. **"Un compromiso público con la mujer y su familia: La Carta de Madrid".**
Dña. Rosa M^a Plata Quintanilla. Matrona .H.U."Marqués de Valdecilla" (Cantabria).

17:45 – 18:05h. PAUSA CAFÉ

- 18:05 – 18:40h. **"Guía de prevención de los defectos congénitos"**
Dña. Sagrario Matéu Sanchís. Jefa del Servicio de Salud de la Mujer y del Niño. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén. Presidenta de la Asociación Española de Matronas.





Congreso Matronas 2006

18:40 – 20:00h. SESIÓN PÓSTERES

21:30h. CENA DE CONGRESO. RESTAURANTE “LA GRUTA”

DOMINGO 14

09:30 – 10:40h. COMUNICACIONES

Moderadora: Dña. M^a Victoria Loché Roza.

C-17. “CESAREAS ¿Cómo la vive la madre?”.

Sevilla Miguélez, Lourdes. Oterino de la Fuente, David.

C-18. “Estrés postraumático y parto”.

Palacios Alzaga, Graciela. Sánchez Montoya, Jesús.

C-19. “Lactancia materna en un hospital privado. Estudio de los factores sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento”.

Iglesias Casás, Susana.

C-20. “Episiotomía: fin de una inercia”.

Vidal Bermejo, Maxi.

C-21. “Enfermedades de transmisión sexual. ¿Qué conocen los jóvenes?”

García Guerrero, Aurora. Cruz Domínguez, I. Valiente Morilla, A.
Espinaco Garrido, J. Macías Seda, J. Román Oliver, J.

C-22. “Papel de la matrona en las técnicas de recogida de sangre de cordón umbilical. Una aproximación a la situación actual de la CAAM”

Magdaleno del Rey, Gema. Feijoo Iglesias, Belén. Martín de Vega,
Rosa Ana. Rodríguez Ferrer, Rosa M^a. Ruiz Rey, Rosa M^a.

MISCELÁNEA

Moderadora: Dña. Yolanda Espinosa Llaneza

10:40 – 11:25h. Formación en nutrición para Matronas.

Programa Nusa (Danone).

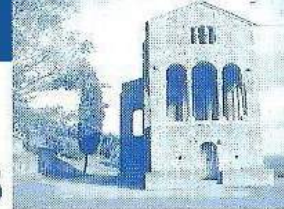
Dña. Nuria Guillén. Dietista. Profesora Asociada.

11:25 – 11:55h. “Preparación a la Maternidad: un modelo obsoleto”.

Dña. Encarnación Pérez Avello. Matrona Atención Primaria.
Prof. Unidad Docente de Matronas de Cabueñes, Gijón
(Principado de Asturias). Presidenta de la Asociación de
Matronas del Principado de Asturias.

11:55 – 12:15h. PAUSA CAFÉ



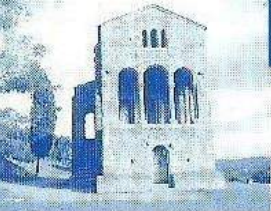


- 12:15 – 12:45h. “Avances en diagnóstico y control perinatal”**
Dr. Manuel Albí González. Jefe de Departamento de Obstetricia del Hospital de Alcorcón. (Madrid).
- 12:45 – 13:15h. “Yodo y sus implicaciones en el desarrollo fetal”**
Dr. Francisco José Díaz Cadórniga. Jefe del Servicio de Endocrino del Hospital Central de Asturias.
- 13:15 – 13:45h. “Matrona y Publicidad”.**
D. Javier Astudillo González. Director Creativo “Plataforma de Publicidad”.
- 13:45 – 14:15h. CONCLUSIONES**
- 14:15 – 14:45h. CLAUSURA DEL CONGRESO.**
Elección “Matrona del año”.
Bienvenida a las nuevas Matronas.
Entrega de premios a Comunicación Oral y Póster.

EMPRESAS COLABORADORAS

Arkochim España (Arkopharma)
Avent
B-Braun Surgical, S.A.
Chicco Española, S.A.
Danone, S.A.
Engloba Sanitary Components
Hill-Rom Iberia, S.L.
Independent Marketing (Baby Bjorn)
Johnson & Johnson
Laboratorios Leti, S.L.
Laboratorios Stiefel España, S.A.
Litapharm España
Medela España
N.R. Accesorios Lactancia, S.L.
Novartis
Organón
Prenatal
Present-Service, S.A.
R&J. Cambrass, S.A.
Recordati España, S.L.
Sfera Editores, S.L.
Suavinex, S.A.





Congreso Matronas 2006

INFORMACIÓN GENERAL

Secretaría Técnica

Estará situada en el stand de la Asociación Española de Matronas, en el hall del vestíbulo (exposición comercial).

Pósteres

En el vestíbulo de la planta primera se hará la exposición permanente de pósteres donde los autores encontrarán el listado con la asignación de número, día y hora para la defensa de los mismos.

Certificados

Se entregará a cada congresista Diploma de Participación en el Congreso.

A quienes presenten trabajos científicos, se les entregará Diploma de autoría de comunicaciones y de ponentes de las mismas.

La entrega tendrá lugar a partir del 13 de mayo en la Secretaría Técnica.

Posteriormente a la celebración del congreso, se remitirá certificado acreditativo de los créditos de Formación Continuada conseguidos (2,1 créditos) a aquellos congresistas que *hayan cumplido la exigencia de haber asistido al 90% de la totalidad del evento científico.*

Exposición Comercial

Exposición permanente en el hall del vestíbulo del Auditorio.

Tarjeta Identificativa.

Cada congresista tendrá una tarjeta identificativa, personal e intransferible, con un código de barras que será leído cada vez que acceda o abandone la sala de Conferencias en el transcurso del desarrollo de las sesiones científicas, tiempo que se computará para la obtención de los créditos de Formación Continuada.

EVENTOS SOCIALES

La espicha: será en un llagar de Gijón y el traslado se hará en autobuses.

La salida está fijada para las 21:00h desde la zona de Auditorio. Saldrán en punto, por lo que se ruega puntualidad.

La vuelta se hará sobre la 01:00h.

Sugerimos llevar ropa informal y calzado cómodo, que es lo apropiado para la ocasión.

Cena de congreso: Será en el Restaurante "La Gruta", alto de Buenavista *El autobús nº 1*, tiene una parada en la c/ Uría nº 16 junto a la farmacia CAVIA, frente al Campo San Francisco, que no tiene pérdida, ya que el final de trayecto desemboca en La Gruta.

Las que tengan coche, pueden ofrecer las plazas libres.

Si queréis taxi: Radio Taxi "Ciudad de Oviedo" - Tlf. 985-25-00-00

Radio Taxi "Principado" - Tlf. 985-25-25-00



ENTIDADES COLABORADORAS:



ENTIDADES DE ACREDITACIÓN:



ORGANIZAN:



**Asociación Profesional de Matronas
del Principado de Asturias**



Asociación Española de Matronas

Transportista Oficial



A STAR ALLIANCE MEMBER 

ACREDITACION

Le NOTIFICO que la actividad docente de formación continuada

Nº de expediente:	06 - 281
Denominación:	XI Congreso Nacional de Matronas
Sede:	Asturias
Fecha Inicio:	12/06/2006
Fecha Finalización:	14/06/2006

Tras completar el proceso de evaluación, fue informada **favorablemente** por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

En atención a este dictamen, la Ilma. Sra. Directora General de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios emitió la Resolución de fecha 27/03/2006 que **ACREDITA** la actividad docente anteriormente citada con:

2,1-créditos

La validez de la citada resolución de acreditación queda condicionada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1º Cumplimiento estricto, por parte de la entidad proveedora, de los datos sobre la actividad que figuran en la solicitud de acreditación y que han servido para otorgar ésta y de los requerimientos de documentación que, en su caso y para comprobar dichos datos, le haga la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

2º Los proveedores solicitantes de la actividad sólo podrán utilizar el logotipo de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (pueden copiarlo de la página web) en la publicidad del curso acreditado y no junto a otros cursos no acreditados que realice la misma entidad. Tampoco puede hacer uso de dicho logotipo antes de conocer los resultados positivos de su solicitud de acreditación. Asimismo deberá incluir el texto "Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (SNS)" con el número de expediente y el número de créditos en los certificados de asistencia/aprovechamiento de los participantes.

No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, salvo las mencionadas. Le recuerdo también la plena responsabilidad de su Institución en el cumplimiento estricto de las condiciones expresadas en su solicitud, y en base a las cuales se ha otorgado la presente acreditación.

Contra la citada Resolución podrá anteponerse recurso de reposición, en el plazo de un mes, ante el mismo órgano que dictó el acto; o bien, directamente recurso contencioso-administrativo ante el órgano judicial de este orden competente.

En Madrid a 6 de Abril 2006

Comunidad de Madrid
COMISIÓN DE SANIDAD
Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias de la
Comunidad de Madrid

Fdo: Dra Montserrat Castejón Casado
Secretaría Técnica de la Comisión

PONENCIAS OFICIALES

CONFERENCIA INAUGURAL

“LA MATRONA EN LA SALUD DE LA MUJER: ¿QUÉ LUGAR OCUPA?” “¿QUIEN TIENE EL PODER?”

Ponente: Dra. Joyce Thompson*.

**Matrona. Doctora en Bioética. Profesora Universidad de Michigan (USA). Ex- Directora de la ICM (International Confederation of Midwives)*

Saludos, Bienvenidos.

Me siento profundamente honrada de estar hoy delante de ustedes - las matronas de España - para hablar acerca de una de las mayores preocupaciones **en y para** todo el mundo. Esta preocupación es la de la salud y el bienestar de las mujeres y el modo en que nosotras como matronas, podemos marcar una diferencia en sus vidas.

Soy consciente de los tiempos difíciles que ustedes han sufrido aquí en España y celebro sus acertados esfuerzos por asegurarse de que cada mujer y familia durante el periodo de maternidad, tengan acceso a cuidados humanitarios, comprensivos ¡cuidados de partería centrados en la mujer!

Agradezco a los organizadores su invitación para inaugurar este congreso, al mismo tiempo que me ofrecen la oportunidad de visitar a viejas conocidas del mundo de la partería española, y compartir este encuentro con otros nuevos.

Introducción

La salud de mujeres es vital en cualquier sociedad. Hace casi 40 años comencé a vislumbrar la importancia de la salud de las mujeres en relación con la salud de las familias y de las propias sociedades. Como crecí en una familia grande, entendí que las mujeres no solamente parían a los niños, sino que eran sobre todo responsables de sacar adelante a esos niños, tomando el cuidado de la familia entera, e incluso, de los padres cuando envejecían. Los inicios de mi carrera en la obstetricia, fueron como misionero médico en Chile meridional. Entonces era joven e ingenua y empecé a preguntarme el por qué de que tantas mujeres en las áreas rurales del mundo murieran durante el embarazo o parto y por qué más de la mitad de sus niños morían antes de su primer cumpleaños. “Ya no soy joven ni ingenua”. Todavía me encolerizo y me siento abatida con el conocimiento diario de que las mujeres y los recién nacidos continúan muriendo en cifras alarmantes en todo del mundo - especialmente en las poblaciones más vulnerables.

¿Por qué continúa sucediendo esto? ¿Quién se preocupa? ¿Por qué alguien debería estar preocupado por las mujeres y su salud? . Estas son las preguntas que han formado parte de mi vida personal y profesional durante 4 décadas. Mi cólera, mi pasión, mi sentimiento de mujer y matrona, me empujan a hacer de este mundo un lugar mejor para todas las mujeres, trabajar con las mujeres y con quienes pueda para mejorar su salud y su bienestar.

¡Estoy especialmente complacida con el lema de este congreso “La matrona: clave en la salud de la mujer”, porque reconoce lo crucial que es la matrona en la salud de las mujeres!

Según mi planteamiento, quisiera que ustedes previeran las necesidades globales de salud de las mujeres, particularmente de las poblaciones de mujeres vulnerables, y la necesidad de respuestas locales - aquí en España y en las comunidades de Asturias-y cómo las matronas pueden marcar una diferencia.

La salud de mujeres

Deseo comenzar esta presentación centrándome en la salud de mujeres. Primero déjenme tratar la importancia de la salud de las mujeres. ¿Por qué la salud de las mujeres es tan importante? ¿Y quién debe preocuparse?

Es sabido que las mujeres sanas tienen embarazos más sanos, los resultado sanos de los embarazos se traducen en recién nacidos más sanos, los recién nacidos sanos se convierten en niños y adultos sanos cuando son cuidados por madres sanas, y los adultos sanos conducen a tener naciones sanas. La respuesta simple, aunque compleja a la vez a por qué todos deberíamos preocuparnos por el cuidado de la salud de las mujeres, es porque los roles de las mujeres son a la vez, mantener la sociedad (los nacidos son los futuros miembros de esa sociedad) y elevarla (las mujeres contribuyen en lo político, lo educativo, y los aspectos financieros de la sociedad). Como cualquier matrona sabe, ¡las mujeres son mucho más que máquinas reproductivas! Ante esto, continúo preguntándome por qué son el mundo y los líderes de la mayoría de las naciones los que todavía tienen el poder para hacer de la salud de la mujer una prioridad!

Determinantes de la salud

¿Qué es salud y cómo la promovemos, la mantenemos o recuperamos nuestra salud personal?

Hace años, Henrik Blum observó que había 4 elementos principales que determinaban cómo era o podía ser una persona sana. Comenzó con la observación de el ambiente en el cual vivimos empezando por el ambiente fetal, determinante primario de nuestra salud, seguido de cerca en importancia por los hábitos personales de salud (fumadores, abuso del alcohol y de drogas, ejercicio). Después, en orden de importancia, situaba el estatus socio-económico y el nivel de educación, la genética, y finalmente, la disponibilidad de cuidados de salud profesionales y competentes. Una evidencia más reciente ha demostrado la

la necesidad de tener un ambiente que permita proporcionar servicios médicos en los que se incluye el suficiente equipo y las drogas esenciales para el uso en caso de necesidad. Si no, incluso la partera, la enfermera o el médico, son incapaces de proporcionar los servicios necesarios a las mujeres o salvar vidas en una emergencia.

Hace varios años agregué un estatus personal a los determinantes dominantes de la salud de Blum después de atestiguar de primera mano, en África, la importante relación entre la salud y los derechos humanos - especialmente en mujeres. Las mujeres nunca lograrán su cota máxima de salud y bienestar si estos no son reconocidos como derechos humanos básicos por la mayoría de los hombres, como apuntaré más abajo.

Relación entre la salud y los derechos humanos

Hace alrededor de 30 años, Hank y yo, comenzamos a escribir y a enseñar ética para los profesionales de salud, incluyendo el trabajo con las matronas en el desarrollo del código de ética de la ICM cuyo inicio, precisamente fue en Madrid, en una reunión del comité ejecutivo de la ICM de la que fue anfitriona precisamente, la Asociación Española de Matronas. Ese interés en el desarrollo por el comportamiento y la actuación ética, tenía perfecta cabida en la discusión pública emergente sobre los derechos humanos y el conocimiento de que a muchos individuos en el mundo le eran negados sistemáticamente sus derechos humanos básicos - sobre todo a las mujeres y los niños

Estos derechos fundamentales incluyen respeto como persona con valores (dignidad humana), salvaguarda y seguridad de la propia persona, alimento y nutrición, abrigo, privacidad, y ausencia de cualquier forma de discriminación (abuso, violación, diferencias de género, tortura). Los derechos humanos se amplían a menudo al incluir el derecho a la información y a la educación, las ventajas del progreso científico, y el derecho a la salud y acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad.

El 4º Congreso Mundial sobre Mujeres en Beijing (1995) y la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo en El Cairo (1994) reforzaron estos derechos humanos básicos para las mujeres, y ampliaron la discusión para incluir los derechos reproductivos.

Efectos de la carencia de derechos humanos

La relación entre salud y derechos humanos es muy obvia para los que como nosotras sean mujeres y trabajen con las mujeres a diario. (DIAP.15) De hecho, Rebeca Cook y otros, al final de 1990 observaron que la muerte continuada o los hándicaps sufridos por las mujeres como resultado de la maternidad (una condición que nunca se propuso matar a una mujer) representa la negación sistemática de los derechos humanos básicos para las mujeres - especialmente el derecho a la seguridad personal y la no discriminación!

Ella notó que " nuestro fracaso colectivo por contener la marea creciente de mortalidad materna y neonatal , era la evidencia de las opiniones sociales que proclamaban que las vidas de las mujeres y de los recién nacidos son prescindibles, y ¡que las mujeres no importan! " Cook, 1994; Tinker, 2004) .Violación, incesto, infección VIH /AIDS contagiada por los maridos a las esposas que no tienen ninguna opción sino someterse a la cópula, violencia basada en el género, aborto selectivo de fetos femeninos o el infanticidio femenino, son justo algunos de los ejemplos generales de la negación de los derechos humanos básicos de mujeres.

¿Qué ejemplos han atestiguado ustedes aquí en España? Ustedes ¿han percibido el aumento en las cesáreas electivas, histerectomías, y otros abusos de la tecnología que están sucediendo en mi país? Ustedes sin embargo ¿observan la carencia del consentimiento informado con las mujeres en los sistemas de salud o la negación de los derechos de la mujer a participar activamente en las decisiones sobre los servicios médicos a los cuidados?

Demasiado a menudo las mujeres y niños son vistos como objetos más que como personas, como "bienes muebles" (la típica propiedad) para ser poseída y de la que incluso se abusa . ¡Hay que comprender que las mujeres tienen que ser vistas primero como 'un ser humano' para que les sean aplicados cualesquiera de los derechos humanos! Esta noción reforzó lo que Hank y yo habíamos escrito muchos años antes – "hasta que las mujeres no sean considerados como un ser humano, como personas dotadas de derechos humanos básicos por hombres y funcionarios con poder de decisión (políticos) en cada sociedad, la salud de las mujeres seguirá estando comprometida".

Precisamente porque la mayoría de las parteras del mundo son también mujeres, ellas mismas sufren, como las mujeres a las que cuidan, muchos abusos de los derechos humanos.

Servicios médicos para mujeres sanas.

Las mujeres sanas no necesitan el enfoque profesional del embarazo como cuidado de la enfermedad. Sin embargo, necesitan el cuidado dentro de un sistema que pueda prever la derivación oportuna al nivel siguiente de cuidados si se presentan problemas. Así pues, ¿qué clase de servicios médicos necesitan las mujeres sanas?

Asistencia médica primaria para mujeres en una comunidad que pone los objetivos en un modelo de bienestar - la promoción de la salud y el apoyo para la práctica de comportamientos sanos de acuerdo con los determinantes primarios de la

salud personal. En otras palabras, las mujeres tienen que aprender sobre sus propios cuerpos, qué pueden hacer para mantenerlos sanos, y cómo pueden cambiar comportamientos malsanos o hábitos inadecuados.

Además, las mujeres necesitan la atención de profesionales de salud humanitarios en o cerca de sus comunidades, que respeten el conocimiento que las mujeres tienen sobre su propia salud y sus sistemas curativos. Las mujeres también necesitan profesionales de salud que estén dispuestos a compartir sus conocimientos, apoyando hábitos saludables, y valorando la participación activa en las decisiones mientras que supervisan su estado de salud e intervienen cuando sea necesario. Las mujeres también necesitan que los servicios sanitarios estén conectados por un buen equipo, amistoso, y limpio sistema de cuidado en el cual impere la norma del trabajo en equipo basado en la confianza y el respeto mutuos.

Me he preocupado por las mujeres en todos los periodos de su vida llevando a cabo actividades para procurar su bienestar, tales como consejos de salud, actividades de promoción de la salud, planificación del embarazo y de la contracepción, servicios de maternidad, asistencia ginecológica incluyendo screening de cánceres reproductivos, sexualidad y asesoramiento sobre estilos de vida incluyendo intervenciones destinadas a reducir la violencia de género.

He trabajado en América latina, África sub-sahariana, y más recientemente en Japón. (DIAP.24) Encuentro que cada vez más mujeres de todo el mundo participan activamente procurando controlar sus propios destinos, lo que incluye la elección de un papel activo en decisiones sobre su salud y servicios de asistencia médica. Los sentimientos de independencia, el autocontrol, y la autodeterminación son generados cuando las mujeres encarnan un papel activo frente a las decisiones que afectan a su salud y cuando asumen la responsabilidad de desarrollar actividades de autocuidados.

Esta experiencia personal condujo al desarrollo de un marco de derechos humanos para el cuidado de la partería (Thompson 2004) (DIAP.25) que se basa en tratar a las mujeres como seres humanos con derechos completos, comenzando con interacciones respetuosas. Un ejemplo de los derechos basados en acciones es la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, aunque entrañen algunos riesgos para los usuarios, ha permitido a millones de mujeres tener una opción en cuanto a la maternidad - una elección de **sí** o **cuándo** tener hijos. Esto ha posibilitado la oportunidad de tener un mayor control sobre sus vidas, incluyendo preferencias en la elección de su carrera, salud optimizada con el espaciamiento de los niños, y educación mejorada sin interrupción por motivo de la maternidad.

Las mujeres embarazadas necesitan un modelo de cuidado de salud personalizado, participativo y diseñado con la mujer y la familia. La mayoría de las conductas saludables importantes para las mujeres durante embarazo deben ser determinadas por la propia mujer. Nadie puede comer, dormir o ejercitarse por ella Pero la mujer debe saber qué hacer y ser apoyada en sus acciones. Por lo tanto, las parteras deben enseñar, ayudar, y animar los hábitos saludables y ser también un modelo de éstos. Asimismo, la preparación para el embarazo es importante para evitar los teratógenos comunes del ambiente o del lugar de trabajo; el momento de cambiar los hábitos personales malsanos es antes del embarazo.

La supervisión de la salud durante embarazo y nacimiento se puede describir como una observación vigilante –partiendo de una visión del embarazo y nacimiento como un hecho normal, pero siempre estando atentos a la crisis inesperada que pudiera presentarse y estar preparados para intervenir si fuera necesario.

En resumen, las mujeres sanas son esenciales para tener naciones saludables. Las mujeres tienen que participar activamente en la búsqueda de un estilo de vida y actividades que contribuyan a su salud. Las mujeres tienen que saber **qué** hacer para estar sanas. Las mujeres pueden beneficiarse de un modelo de cuidado de partería.

Las comadronas pueden beneficiarse también. En otras palabras, las aspiraciones de las comadronas están estrechamente unidas a la salud y el bienestar de las mujeres y las familias que demandan sus cuidados (JMWH 2005).

El papel crucial de las parteras en la promoción de la salud de las mujeres

Las parteras se preocupan por las mujeres a lo largo de sus vidas y pueden proporcionarles educación y ayuda para desarrollar el auto-cuidado necesario para mantenerse sanas durante el embarazo. Las parteras y el cuidado de partería son cruciales para la salud de todas las mujeres, pero especialmente para quienes van a tener un hijo.

La esencia del modelo de cuidado de partería está en las relaciones y la asociación basadas en la confianza y el respeto mutuo (ICM 2005). Este modelo de cuidado de la partería requiere responsabilidad por ambas partes y promueve la participación comprometida en la toma de decisiones y el fortalecimiento dando voz y voto y opciones para la educación, orientación previa y modelos. En armonía con el mandato ético de la ICM (ICM 2002), las parteras otorgan pleno respeto a la humanidad de las mujeres y trabajan con ellas para superar cualquier abuso de los derechos humanos incluyendo las prácticas inseguras. Autoestima, respeto positivo, respeto por la dignidad humana, y la honradez son solamente algunas de las características de la partera ética.

Para que el cuidado de partería sea eficaz, son necesarios elementos de competencia personal en la práctica, procurar ambientes de trabajo con el equipo necesario, suministros, trabajo en equipo respetuoso, tener sistemas fiables de derivación, y la ayuda política y el soporte regulador. Siempre han sido necesarios estos factores para el cuidado eficaz de la

partería, pero hasta hace poco tiempo no estaban siempre al alcance de las matronas ni fueron reconocidos por los líderes nacionales. Esto está comenzando a cambiar con un reconocimiento global de la ascunción del papel vital que las parteras desempeñan en la promoción de la salud de las mujeres y de sus recién nacidos.

Las comadronas se sitúan en el centro del escenario mundial

Hace seis años, los Naciones Unidas eligieron el momento significativo del amanecer del tercer milenio para anunciar ocho metas ambiciosas del desarrollo (MDGs) que fueron convenidas por 191 Estados miembros. Estos objetivos son visiones de un mundo donde la división entre los países en desarrollo y desarrollados tiene que desaparecer. El primero es "suprimir la pobreza y el hambre" - éste nos da idea de la clase de obstáculos que se encuentran en el camino. Los objetivos de empoderamiento de las mujeres -reduciendo en dos terceras partes (2/3) la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años y reduciendo la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015, apuntan el papel crucial de la partera.

Hasta hace muy pocos años la comunidad en general no reconoció la importancia de la salud de las mujeres, y el papel vital que un asistente experto con habilidades de partería puede desempeñar durante la maternidad. En Noviembre de 2004, una declaración histórica conjunta sobre la importancia de la atención experta en el nacimiento, fue firmada por la Confederación Internacional de Parteras, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos (FIGO) a la que se sumó el Consejo Internacional de Enfermeras(CIN). Esta declaración supone el reconocimiento oficial a nivel global de que una persona con habilidades de partería debería atender a cada mujer en la maternidad (WHO 2004).

En el 2005, fueron publicados dos informes importantes sobre la salud de la mujer y de los niños destacando nuevamente el papel clave que las parteras juegan para alcanzar los objetivos del Desarrollo Global del Milenio (MDGs) 2000- 2015. El primero era la revisión del progreso de cinco años dirigido hacia los objetivos de MDGs 4 y 5 para 2015. La meta 4 es ' reducir 2/3 de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años "y la meta 5 es" reducir ¾ la tasa maternal de mortalidad."El título del informe de la comisión conjunta era, *¿Quién tiene el poder? Transformación de sistemas de la salud para las mujeres y los niños*. Este informe destaca el bajo status de las mujeres, el hecho de que los líderes políticos deben actuar realizando los cambios necesarios para tener mujeres y niños sanos, y la necesidad deutilizar responsablemente su poder.

El segundo informe fue publicado por la Organización Mundial de la Salud el día Mundial de la salud ,7 de abril de 2005. El título era, La Salud Mundial Informe 2005: "Cada madre y cada niño contarán", para aquellos de ustedes que no hayan tenido la oportunidad de leer estos informes, les animo a hacerlo. El mundo ha despertado completamente ante la tragedia en curso de la precariedad de la salud materna e infantil. 191 países rubricaron las 8 metas del desarrollo del milenio en el 2000 (MDGs 2000), y esperan seguir trabajando para alcanzar los objetivos convenidos. Cada uno de estos países ha de lograr reunir la voluntad política y la financiación para hacer de la salud una realidad para todos – especialmente para los miembros más vulnerables de una sociedad que incluyen a mujeres y a niños.

Se desarrollan nuevas sociedades para financiar y poner en práctica cosas que la comunidad de salud ha sabido durante décadas - profesionales de salud con habilidades de partería, sistemas de funcionamiento de la salud, acceso a los cuidados, y habilidades para salvar vidas. Las parteras continúan siendo uno de los puntos claves necesarios para mantener sanos a las mujeres y a sus recién nacidos. De hecho,(Pág. 68 estados del informe 2005 de la Salud Mundial), "las buenas noticias son que los países que hacen un esfuerzo deliberado por proporcionar un cuidado profesional del parto mediante parteras y otros asistentes expertos, apoyados por los hospitales, pueden mejorar la supervivencia maternal drásticamente" y continúa en p. 70. "el prototipo de asistente experto es la partera licenciada."

La importancia de la partera fue destacada nuevamente durante el lanzamiento del informe de la Salud Mundial 2006 sobre los recursos humanos para la salud. La directora ejecutiva de UNFPA, Thoraya Obaid, publicó un comunicado de prensa en el que declaró:

"hoy, quisiéramos pagar un tributo especial a las parteras.(Diap.37)Estos agentes sanitarios expertos desempeñan un papel central en el ahorro de vidas y en la mejora de la salud de las madres y los infantes en el mundo".

Todavía, a pesar de su importancia, hacen frente a menudo a condiciones de trabajo desafortunadas, escaso material y ayudas inadecuadas, y, como mano de obra femenina de la salud que son, están sujetas a la discriminación por causa de género. Para empeorar la situación hay una escasez de parteras en muchos países.

Hoy, son necesarias 700.000 parteras más para proporcionar el acceso universal al cuidado experto en el nacimiento .

Ustedes pueden estar pensando: ¿que tiene esto que ver con las parteras españolas?

Les pido que se pregunten si hay suficientes parteras para cuidar a todas las mujeres que necesitan sus servicios. ¿Qué están haciendo ustedes para ayudar a las poblaciones vulnerables de mujeres de España? Sí, Estoy enterada que su país ostenta uno de los mejores expedientes de salud maternal y peri natal con cobertura de asistentes expertos al nacimiento del 100%,

pero ¿qué hay sobre la morbilidad maternal? ¿Las mujeres en España están sufriendo intervenciones innecesarias durante el embarazo y nacimiento?

¿Hay exceso de cesáreas y monitorización fetal electrónica en las mujeres sanas? ¿Qué pueden usted hacer para ayudar a sus colegas de partería en África Sub-Sahariana o Asia suroriental?

¡Somos una comunidad global y juntos podemos marcar la diferencia!

El Desafío de la Partería: Haciendo que la salud de las mujeres sea una realidad para todas.

Con esta intención general, es importante que todas las parteras asuman el desafío de hacer de la salud de las mujeres una realidad. ¿Cómo puede hacerse esto? Debemos comenzar por nosotros mismos. El respeto por la dignidad humana de los demás, requiere el respeto de uno mismo como persona con todos los derechos humanos.

Debemos vernos como seres humanos plenos, como personas que no tolerarán la discriminación, el hostigamiento, la violencia doméstica, y la carencia de decisión autorizada. Si nos permitimos caer bajo la consideración social de la ' mujer como menos persona ' estamos en peligro de ver a todas las mujeres con la misma lente cultural y de olvidarnos de conceder derechos humanos plenos a los que se inicien en el cuidado de la partería La autoestima comienza con el individuo, y las parteras deben comenzar consigo mismas si esperamos marcar la diferencia en las vidas de otras mujeres.

Las parteras como profesionales, establecemos un convenio social ya - sea por licenciatura o regulación - para proporcionar servicios de salud a las mujeres y las familias en el proceso de maternidad. Se espera que seamos tan competentes como preocupadas. Somos responsables de nuestras acciones y decisiones. Trabajamos con las mujeres y con otros profesionales para alcanzar los mejores resultados posibles. Se espera que mantengamos nuestro conocimiento de la partería, habilidades, y comportamientos de la educación en vigor. Se espera que sepamos y utilicemos el cuidado más actualizado basado en la evidencia y evitemos el uso inadecuado de la tecnología. Se espera que abogemos por los derechos de las mujeres pues nuestro trabajo con las mujeres destacará a menudo cuando se están violando tales derechos. Se espera que demos voz a los sin voz y cuidado para todos sin discriminación.

Trabajamos para garantizar la seguridad del cuidado de partería para las mujeres y los recién nacidos.

Se espera que conduzcamos reformas del cuidado médico cuando sean necesarias y utilicemos nuestras voces de forma responsable. Las parteras deben pensar siempre críticamente, con razón moral, e interés **para y sobre otros**.

Las parteras saben que las mujeres pueden sufrir potencialmente daños emocionales, económicos, y físicos al incorporarse los sistemas de cuidado médico a través del mundo, igual que en los Estados Unidos o en España. En algunos sistemas, las mujeres sufren daño porque hay una carencia de personal cualificado, equipo, o drogas. En otros sistemas, las mujeres sufren daño cuando la tecnología se utiliza de forma innecesaria.

Uno solo tiene que atestiguar el entusiasmo y el interés de los profesionales reunidos alrededor de la máquina más nueva (EFM, USG) mientras la mujer está atada a aquella máquina mentirosa esta desatendida y no se le hace caso, para comprender que las acusaciones de deshumanización del parto son verdaderas.

Las parteras deben luchar para superar la deshumanización de las mujeres trabajando con las mujeres para resolver sus necesidades de cuidados de salud, según lo definido por ellas. Además, las mujeres y las parteras deben tomar el control del desarrollo y del uso de la tecnología, y evitar el imperativo tecnológico como valor en sí mismo. Juntas, las mujeres y las parteras pueden mejorar la salud de todas las mujeres y hacer de los derechos humanos básicos una realidad.

El camino adelante: Voces así como opciones

Los primeros años del siglo XXI han traído a mundo una mezcla de guerras devastadoras y la gran esperanza y la promesa para la humanidad - especialmente para las mujeres y sus familias. El nuevo milenio ha desafiado a cada partera como ciudadano global a conservar esas virtudes tan vitales en el cuidado de las mujeres y las familias en la etapa de la maternidad: compasión, integridad, pureza de corazón, compromiso y fidelidad, verdad, y defensa (Mayo de 1996).

Las parteras están en el centro del escenario y necesitan aprovecharse de la fuerza de esa posición con responsabilidad.

Cada uno de nosotros, en sociedad con las mujeres, debe reconocer y celebrar nuestros enlaces comunes de libertad con responsabilidad (Thompson y Thompson, 2001;Thompson 2004), continuamos insistiendo por los derechos humanos como derechos de las mujeres y derechos de las mujeres como derechos humanos (Clinton 1995).

No podemos abandonar la lucha por humanizar o la salud de las mujeres nunca se convertirá en una realidad. Las parteras deben guiar con el ejemplo, con el respeto, con el trabajo en equipo, y con el poder político, la lucha por conseguir una maternidad agradable centrada en la mujer y la familia , y hacer de ella un acontecimiento de vida normal más que una crisis o una enfermedad que ha de ser combatida.

De esta presentación destacó tres importantes y bien conocidos hechos. Éstos son:

- 1) existe una relación muy importante entre la salud de mujeres y los derechos humanos,
- 2) las mujeres sanas tienen la mejor ocasión de que no se altere su salud en el proceso de maternidad y de tener un infante sano,

3) el cuidado experto de partería puede contribuir a la salud de mujeres y cuando sea necesario, puede salvar también las vidas de mujeres y de los recién nacidos con oportunas y competentes intervenciones. Las parteras pueden hacer tanto más que los líderes, activistas políticos, abogados por los derechos humanos, y los miembros esenciales de cualquier sociedad.

En resumen, las parteras son cruciales para la salud de las mujeres y de las familias en el proceso de la maternidad. Somos profesionales competentes, profesionales de salud compasivos. Estamos confiados a los servicios de la alta calidad, trabajo en equipo con otros profesionales, y sociedades con las mujeres y sus familias. Vivimos y trabajamos donde viven las mujeres. Entendemos el mando y el poder político y lo utilizamos con responsabilidad. Respetamos los derechos humanos de toda la gente y luchamos porque que el respeto retorne, y apoyamos a las mujeres con nuestras acciones y nuestras voces para conseguir su salud y el bienestar.

Las parteras diariamente viven el espíritu de la ICM (2002) - un mundo donde son educadas parteras y mujeres, autónomas, auto-determinadas, ¡gente segura que es respetada en sus comunidades y en la sociedad!

Las parteras salvan vidas.

Las parteras promueven la maternidad como un acontecimiento normal de la vida.

¡Las parteras marcan la diferencia en la salud de las mujeres y de las naciones!

¡Continúen con su buen trabajo, parteras! ¡El mundo y las mujeres ahora, nos necesitan más que nunca!

"El mundo debe salvar a las mujeres de modo que las mujeres puedan salvar al mundo."

Thoraya Obaid, Executive Director UNFPA

References

Cook, RJ (1994). *Women's Health & Human Rights*. Geneva: WHO.

Cook, RJ & Dickens, B (2002). Human rights to safe motherhood. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 76: 225-231.

International Confederation of Midwives (2002) *ICM Vision for Women and Their Health*. The Hague: ICM.

International Confederation of Midwives (2002). *International Code of Ethics for Midwives*. The Hague: ICM.

International Confederation of Midwives (2002). *Competencies for basic midwifery practice*. The Hague: ICM.

International Confederation of Midwives (2005). *The midwifery philosophy and model of care*. The Hague: ICM.

Marshall, MA & Thompson, JE (2004). International midwifery and Safe Motherhood. Chapter 4 in *Varney's Midwifery 4th ed.* By Varney, Kriebs, & Geger. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Task Force on Child Health & Maternal Health (2005). *Who's got the power? Transforming health systems for women and children*. London: Earthscan.

Thompson, JB (2005). International policies for achieving Safe Motherhood: Women's lives in the balance. *Health Care for Women International* 26:472-483.

Thompson, J, Herschderfer, K, Duff, E. (2005). The midwife takes centre stage in the global arena in 2005: The International Confederation of Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*.

Thompson, JB (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*

United Nations (1996). *Platform for Action: the 4th World Conference on Women*. New York: UN.

World Health Organization (2002). *25 Questions & Answers on Health and Human Rights*. Geneva: WHO.

WHO, ICM, FIGO (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: WHO.

DE LAS MANOS A LOS REGISTROS CARDIOTOCOGRAFICOS

Ponente: Dña. Inmaculada Marcos Marcos*

Matrona, especialista en asistencia al parto domiciliario. Miembro de la Asociación "Nacer en casa".

Doy las gracias a los organizadores por invitarme a hablar de este tema. El título de esta ponencia es "De las manos a los registros cardiotocográficos", pero yo voy a hablar primero de los registros cardiotocográficos para acabar hablando de las manos, porque es mi deseo que éstas ganen importancia en el control del bienestar fetal.

A finales de los años sesenta, el obstetra uruguayo Caldeiro Barcia diseñó, fabricó y aplicó en los partos la monitorización electrónica continua para estudiar la Al cabo de varios años, tras ver y comprobar cómo los aparatos y técnicas que desarrolló se aplicaban de manera rutinaria en la mayoría de los partos de bajo riesgo, dijo: *"Yo inventé la monitorización cardiotocográfica continua para poder ayudar en aquellos partos con problemas, no para poner en problemas a todas las mujeres de parto"*.

¿Qué dice la evidencia científica? Cuando se compara el seguimiento del bienestar fetal mediante auscultación intermitente con la monitorización electrónica cardiotocográfica continua.

Estos dos métodos de vigilancia fetal han sido comparados en muchos estudios (Haverkamp et al 1976, Neldam et al 1986). El índice de cesáreas y de partos instrumentales fue más alto en todos los grupos monitorizados electrónicamente. Si no se disponía de facilidades para realizar análisis de muestra sanguínea fetal, el índice de cesáreas fue incluso mayor. Existe poca evidencia de que este índice elevado de intervenciones proporcionase ventajas notables a los recién nacidos. Ni las muertes perinatales ni los índices de Apgar bajos se redujeron. Únicamente se redujeron las convulsiones neonatales (MacDonald et al 1985). Posteriormente, un estudio más profundo demostró que el riesgo más alto de convulsiones producido en el grupo de auscultación intermitente se limitaba a los partos en los que se había utilizado oxitocina.

Además, el seguimiento de los niños que tuvieron convulsiones demostró una incidencia similar de alteraciones neurológicas entre los dos grupos.

Aunque la información acerca de la frecuencia cardíaca es más exacta con el registro cardiotocográfico continuo, esto no parece ser una ventaja. Su interpretación es difícil; los trazados son interpretados de manera distinta por las distintas matronas o médicos e incluso por las mismas personas pero en diferentes momentos (Cohen et al 1982, Van Geijn 1987, Nielsen et al 1987). La sensibilidad de estos métodos en la identificación del sufrimiento fetal es alta, pero su especificidad es baja (Grant 1989). Esto significa que el método proporciona un índice muy alto de falsos positivos y provoca un número muy elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se utiliza en el grupo de mujeres de bajo riesgo (Curzen et al 1984, Borthen et al 1989).

La monitorización continua causa, pues, cesáreas innecesarias porque puede indicar erróneamente que un feto está en peligro. Al aumentar el número de cesáreas, se está aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y también perinatal.

Por otra parte, el uso rutinario de la monitorización continua puede producir una desconfianza tanto de los profesionales como las familias en la auscultación intermitente.

Sin embargo, sólo mujeres con riesgo elevado, como partos inducidos o estimulados, o complicados por presencia de meconio en el líquido amniótico, parecen beneficiarse de la monitorización electrónica.

La evidencia científica dice que el método de elección en un parto normal ha de ser la auscultación intermitente, y esta manera de trabajar la han adoptado ya muchos sistemas nacionales de salud de países que abogan por basar sus cuidados maternos en la medicina basada en la evidencia. España es uno de los pocos países europeos donde todavía la monitorización continua cardiotocográfica es lo habitual.

En algunos hospitales, la costumbre es realizar un registro cardiotocográfico a la admisión de las mujeres en trabajo de parto y a partir de ahí continuar con auscultación intermitente.

En el año 2001 el *British Midwifery Journal* publicó un estudio comparativo de realizar este registro a la llegada de la mujer a no realizarlo en una población de bajo riesgo obstétrico. El estudio demostró que la admisión cardiotocográfica no beneficia en nada el resultado neonatal en mujeres de bajo riesgo. Usarlo aumentaba el riesgo de tener monitorización continua durante todo el parto, y disparaba el número de intervenciones obstétricas, aumentando el número de partos distócicos quirúrgicos.

¿En qué consiste la monitorización interna?

La monitorización interna de presión, consiste en la introducción en la cavidad uterina de una sonda por detrás de la presentación fetal que marca la presión intrauterina exacta en milímetros de mercurio. La monitorización interna de

frecuencia cardiaca fetal consiste en la inserción de un electrodo cefálico en el cuero cabelludo del bebé provocando una herida en el mismo. La monitorización interna obliga a la amniotomía y constituye una práctica invasiva, riesgosa e innecesaria tanto para la madre como para el bebé y no se justifica en casi ningún caso.

Refiriéndose a la utilización del electrodo cefálico, la OMS señala que “su uso puede acarrear riesgos, como traumatismos, infección y posiblemente dolor al feto”.

Aquí se debería aplicar la regla deontológica de la medicina del *PRIMUM NON NOCERE* (“primero no hacer daño”), o ley de la máxima beneficencia y mínima maleficencia. Por lo tanto, el uso rutinario e indiscriminado de la monitorización interna constituye una violación de los derechos del niño, y las comadronas debemos abandonar esta práctica y denunciarla como innecesaria e invasiva.

¿Qué dice la SEGO?

“La monitorización del estado del feto durante el parto puede hacerse con métodos clínicos (DIAP.12) (estetoscopio o detector ultrasónico) o con métodos electrónicos (cardiotocografía). Aunque varios estudios randomizados no han demostrado diferencias entre ambos métodos en la tasa de mortalidad intraparto, los casos asignados a control clínico tenían una matrona que sólo controlaba a una parturienta. Parece, por tanto, lógico que para poder recomendar este tipo de control clínico sea preciso disponer de una matrona por cada parto. Si ello no es posible, la monitorización electrónica deberá ser la norma.”

Aquí debo hacer un inciso: cuando la SEGO asegura que en los estudios randomizados los casos asignados a control de latido intermitente tenían una matrona que solo controlaba una parturienta no aporta ninguna bibliografía que determine de que estudios se trata. Y en toda la mucha bibliografía que he revisado yo para preparar esta ponencia solo consta este hecho en la metodología de uno de los estudios.

En concreto en la Revisión Cochrane del año 2005 sobre este tema solo hay un estudio realizado en Dublín en 1985 que en sus notas explica que cada mujer en trabajo de parto tenía una partera personal. Ni en las conclusiones de dicho estudio ni en las de ninguno de los estudios revisados consta como conclusión que la auscultación intermitente solo sea segura con una comadrona por mujer.

Por otro lado seguro que todos aquí estamos de acuerdo en que una comadrona por mujer de parto es la relación ideal, pero no por poder auscultar la frecuencia cardiaca fetal, eso es lo de menos, si no por todo lo demás. La mujer de parto necesita una comadrona cerca, a su lado. Y un equipo cardiotocográfico no puede suplir a una comadrona.

Se pueden tener a una o más mujeres en trabajo de parto normal porque podemos salir de la habitación un rato o dejarlas dar un paseo, o un baño, etc.

Si hay varias mujeres de parto y dos comadronas. Cada una puede llevar de esta manera dos o más, si una de ellas inicia el expulsivo su comadrona se hará cargo de la asistencia al mismo mientras su compañera vigila el buen desarrollo de las demás dilataciones.

En cambio si está continuamente monitorizada debería estar constantemente vigilada, ya que no tiene sentido monitorizar si no se está presente en la habitación observando el registro.¿ De qué sirve volver a la habitación al cabo de 20 minutos y encontrarse un registro horroroso? Si pones el monitor es porque realmente esperas que en cualquier momento pase algo terrible, si no lo pones.

Bien, seguimos con lo que dice la SEGO:

“El control mediante centrales de monitorización sería el recomendable, y la monitorización por telemetría junto con epidural que permita la deambulación o permanecer sentada o cualquier postura durante la dilatación completaría un escenario idóneo. La libertad de posición y movimiento durante todo el parto intentando evitar la posición en decúbito supino debería ser la norma.”

La experiencia diaria nos dice que la monitorización cardiotocográfica continuada limita la movilidad de las mujeres en trabajo de parto. A menudo el trazado del latido fetal y las contracciones sólo se marcan correctamente cuando la mujer está tumbada en la cama en posición supina, con lo cual muchísimas mujeres cada día en muchos hospitales se ven obligadas a permanecer en esa posición durante todo el proceso.

En cuanto a la posición supina, las mujeres y las matronas sabemos que es como más duelen y peor se llevan las contracciones de parto, y es como peor avanza un parto. Además, se compromete el intercambio de oxígeno madre-hijo debido al efecto Caldeiro.

En el parto humano la relación entre el tamaño fetal y la pelvis de la madre está más ajustada que en ninguna otra especie mamífera, como el tornillo a una tuerca. Por ello el parto humano requiere verticalidad y movimiento para desarrollarse con más facilidad. La monitorización continua disminuye esta movilidad, aumenta el disconfort y la necesidad de utilizar analgesia peridural. Ésta, a su vez, aumenta la necesidad de utilizar oxitocina y aumenta también la incidencia de parto

distócico quirúrgico. Al usar oxitocina también se incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y por lo tanto de parto quirúrgico. Es la llamada “cascada de intervenciones” en que la monitorización continua inicia la yatrogenización del parto normal.

En cambio, controlar el latido fetal de modo intermitente favorece el desarrollo de un parto fisiológico acompañado no manipulado. Al no acelerar el parto con maniobras como la amniorrexis o la estimulación oxitócica las posibilidades de sufrimiento fetal disminuyen. La movilidad de la mujer contribuye a una buena progresión de la presentación fetal y favorece la oxigenación del bebé.

¿Por qué a pesar de todo se sigue utilizando en España la monitorización continua en la mayoría de hospitales?

Desde luego, queda claro que no se hace por el bien de las madres ni de los niños. Se hace como prueba médico legal. Con este sistema, queda constancia de que el feto estuvo vigilado en todo momento para el caso de que hubiera secuelas graves por sufrimiento fetal, ya sea parálisis cerebral o muerte perinatal.

Sin embargo, en algunos foros de Internet, muchas mujeres cuentan que en su trabajo de parto estuvieron solas y conectadas al monitor. ¿De qué sirve entonces un registro cardiotocográfico que nadie mira?

Puede ser entonces un arma de doble filo como prueba legal: si sucede “algo”, en el registro queda constancia de que aquel bebé intrauterino estaba padeciendo asfixia intraparto y nadie hizo nada, y además quizás llevaba oxitocina. Y queda constancia de todo ello en el papel.

La mayoría de las veces las denuncias vienen por problemas de comunicación unidos a un mal resultado. Si una mujer tiene un parto con resultado de bebé muerto y además estuvo sola la mayor parte del parto, no le han dado explicaciones y han tenido poca empatía con ella, y poco tacto al darle la noticia, le han atendido sin presentarse, sin mostrar su nombre y con la cara tapada con mascarilla..., ella se ha sentido mal atendida aunque técnicamente la atención ha sido correcta y lógicamente va a denunciar al hospital.

Aunque el resultado sea malo si se han estado utilizando habilidades de comunicación, se ha proporcionado información en todo momento y apoyado a la pareja en el proceso se consiguen evitar muchas denuncias.

Cierto que existen y existirán algunos casos desgraciados que a pesar de haber atendido el parto con toda la profesionalidad y amor del mundo, si hubo resultado fatal ha habido una denuncia. Está claro en estos casos que lo que importa son los intereses económicos que algunos abogados prometen a los denunciantes.

En un caso así si la auscultación intermitente ha sido correctamente realizada y registrada en el partograma no hemos de temer. Puesto que incluso el nuevo protocolo de la SEGO aprueba la auscultación intermitente. Es más, el “Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists” (RCOG, el equivalente a la SEGO en el Reino Unido), da un paso más y no solo lo aprueba, sino que lo recomienda como mejor opción.

La auscultación intermitente

La auscultación intermitente se puede llevar a cabo mediante un estetoscopio de Pinard, como se ha venido haciendo desde principios de siglo, o con un aparato doppler manual.

Se puede usar también el transducer del monitor cardiotocográfico, aunque un Sonicaid permite más libertad de movimientos.

Cuando se usa el estetoscopio, la mujer se encuentra de espaldas o de lado, aunque es posible oír los latidos del feto incluso estando de pie o sentada. El doppler se puede aplicar en diversas posturas.

La auscultación se realiza una vez cada 15 a 30 minutos durante la fase de dilatación y cada 5 minutos en la fase de expulsivo. Si se considera necesario, el latido fetal se compara con el materno. La auscultación se realiza antes, durante y después de la contracción durante por lo menos un minuto.

Se recomendará pasar de auscultación intermitente a continua en caso de que usando la intermitente se capte:

- Auscultación de FCF basal por debajo de 110 o por encima de 160.
- Evidencias de alguna desaceleración.

O bien suceda:

- Anormal progresión del parto.
- Utilización de oxitocina o analgesia peridural.

En estos casos, el tener a la mujer monitorizada nunca debe sustituir la atención de la comadrona. Nuestra presencia y apoyo siguen siendo importantes y necesarios.

Una ventaja de la auscultación intermitente es su simplicidad, un buen ejemplo de tecnología apropiada, bajo precio y facilidad de uso, además de ofrecer libertad de movimientos a la mujer. Esto significa que, con una enseñanza adecuada, la matrona puede monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en cualquier lugar sin necesidad de estar confinada en hospitales con sofisticados equipos técnicos. La vigilancia de la mujer puede realizarla la matrona en casa o en una pequeña maternidad.

El arte de las manos de la matrona

Las manos de la comadrona tienen un poder, una magia especial. Estas manos que aquí veis pertenecen mi madre, una comadrona con 43 años de experiencia. ¡Cuántos bebés dentro de sus madres ella ha palpado, ha sentido, ha “visto” con sus manos! Ningún ecógrafo la supera. Ella es capaz de acertar el peso de un bebé palpándolo dentro de la barriga de su madre con un fallo de más o menos 100 gramos.

Las comadronas que usamos las manos y desarrollamos este arte, sabemos muchas cosas cuando palpamos el vientre de una mujer embarazada:

- La estática y posición fetal.
- El grado de encajamiento y flexión de la cabeza.
- La cantidad de líquido.
- Los movimientos y la reactividad fetal a contracciones o movimientos con la ayuda de un estetoscopio o doppler.
- Cuando se acerca una contracción, a menudo la sentimos antes que la mujer; sentimos cómo se intensifica en el acmé y cómo se va relajando el útero.

Nuestras manos cerca, saben tranquilizar, relajar con ternura y conectar a la madre con su hijo: Aquí puedes sentir su cabecita. Aquí puedes sentir su espalda. Ayudamos a la madre a visualizar a su hijo.

Mi madre dice:

“He observado muchísimas veces cómo a los bebés les encantan las caricias de las manos de la comadrona que actúa con cariño. Suelen responder con movimientos y mejoran su reactividad durante la contracción quedando reflejado en el registro cardiotocográfico.

Con mis manos he podido sentir bebés intrauterinos que se molestan y patalean contra mis manos que lo tocan, otros he sentido recogerse sobre sí mismos y disfrutar de mis caricias en su espalda. Puedo sentir por ejemplo que un bebé está muy a gusto dentro de su madre, y por la cantidad de líquido que todavía queda y la matriz que no se contrajo en ningún momento durante mi palpación pienso que todavía el inicio del parto está lejano (DIAP.34) Durante el parto las manos de la comadrona comunican con el bebé y al tocar a la madre ayudan a aumentar su secreción de endorfinas que disminuyen las sensaciones dolorosas de las contracciones. Nuestras manos transmiten buena energía, seguridad y confianza a las madres en trabajo de parto.”

Y para finalizar os dejo con el precioso poema de Aguirre de Cárcer en que un bebé agradece a la comadrona que atiende a su madre.

(DIAP.39)

A TI, MATRONA*

¿Qué había en tu mirada,
Que cuando la miraste sonrió?
Y su sonrisa llegó hasta mí.
Y tú, lo sabías.....
¿Qué había en tu presencia?
Que iluminaba su cara.
Y, me iluminabas a mí.
Y tú, lo sabías...
Quise darte las gracias...
Pero, ¡no podía ¡
Por eso...hoy que puedo hacerlo,
Te digo: ¡gracias, muchas gracias!
¡Jamás te olvidaré ¡

Álvaro Aguirre de Cárcer

A TI, MATRONA

¿Que había en tu mirada
que cuando la miraste sonrió?
Y su sonrisa llegó hasta mí.
Y tú, lo sabías...

¿Qué había en tu voz?
¿Qué había en tus palabras,
que la llenaron de paz?
Y, esa paz llegó hasta mí.
Y tú, lo sabías...

¿Qué había en tus manos?
Que la llenaron de ternura
Y, esa ternura llegaba hasta mí.
Y tú, lo sabías...

¿Qué había en tu presencia?
que iluminaba su cara.
Y, me iluminabas a mí.
Y tú, lo sabías...

Quise darte las gracias...
pero ¡no podía!

Por eso... hoy que puedo hacerlo
te digo: ¡gracias, muchas gracias!
¡Jamás te olvidaré!

Álvaro Aguirre de Cárcer



El Doctor Aguirre de Cárcer hizo entrega a la Asociación Española de Matronas de este poema en reconocimiento a la labor de esta asociación con la que tan estrechamente colaboró y a la de todas las matronas.

“LOS TRES PARADIGMAS DE SALUD Y NACIMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA FEMENINA”

Ponente: Dra. Robby Davis Floyd*.

**Doctora en Antropología Cultural, especialista en Antropología Médica (Antropología Bio-Médica y de la Reproducción) . Prof. Universidad de Austin (Texas).*

Aunque en un principio el título de mi ponencia iba a ser :” Maternidad, implicaciones en el modelo femenino de la nueva era”, me he tomado la licencia de cambiar este tema y título por “Los Tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina” que deseo resulte de su interés.

Esta presentación tiene su origen en uno de mis libros, el único traducido al castellano, titulado “Del médico al sanador” gracias a los esfuerzos de la fundación “Crea Vida”, de mujeres feministas de Argentina, cuyos objetivos principales son lograr una mejora en las condiciones de los partos y en general, en la vida de las mujeres.

Para empezar definamos qué es paradigma :

Paradigma es un modelo, una imagen mental de la realidad; otros términos incluyen sistemas de creencia y visión del mundo; tal como un pez no puede ver el agua en que nada, un ser humano muchas veces no puede ver sus creencias, opera y vive como si sus creencias fueran la realidad.

Todos los modelos de realidad no toman en cuenta varios aspectos de la dinámica que es la realidad actual.

Ahora vivimos en una sociedad que yo denomino la tecnocracia, una sociedad post-industrial organizada alrededor de una ideología del progreso por el desarrollo de altas tecnologías y hacia ese punto se dirigen nuestros valores claves.

En la tecnocracia hay tres paradigmas preponderantes sobre la salud el más dominante o hegemónico, es el modelo tecnocrático, luego el modelo humanístico y finalmente el modelo holístico. Pero no son los únicos, en el mundo hay muchos paradigmas, sistemas de creencias sobre la salud, cada cultura tiene el suyo propio, hay muchos paradigmas tradicionales sin embargo estos tres paradigmas se pueden encontrar casi en cualquier país.

El modelo tecnocrático que , es el dominante, es el modelo de los médicos, se trata o se define como separación de cuerpo y mente; imaginen mi cuerpo fuera, aquí abajo y mi mente aquí arriba sin conexión entre ambos; esta visión del cuerpo se metaforiza como una máquina, con la noción de que pueden extraerse partes, transferirlas y manejar el cuerpo tal si fuera una maquina.

En el momento de comenzar a metaforizar sobre el cuerpo como maquina tuvimos la opción de hacer la distinción del cuerpo de la mujer y del hombre pero en esa época en la que se iniciaba la industrialización de Europa, allá por 1600-1700, llevábamos ya 8000 años de patriarcado en Europa, consecuentemente, (DIAP.8) se estableció la comparación o metáfora del cuerpo humano con base en el del sexo masculino como si fuera éste el prototipo del ser humano. Esta afirmación queda corroborada con la constatación de que en un país como el mío, EE.UU., hasta 1980 aproximadamente, todos los textos de medicina ilustraban y se referían a las estructuras y sistemas con cuerpos de hombre, mientras que el cuerpo femenino servía para mostrar condiciones disfuncionales. Esto ha cambiado en mi país desde el acceso de muchas mujeres a la medicina pero, repito, en los textos anteriores a 1980 se puede comprobar la afirmación que hacia anteriormente, así mismo también las revistas y publicaciones populares expresaban la creencia de la inutilidad del cuerpo de la mujer. Véase este ejemplo de la revista “Newsweek” (DIAP.9) en la que se muestra la menopausia con la cara de una mujer asemejándola con un árbol que se está secando, pierde su savia, sus hojas.....de forma que cuestiona el sentido de la vida más allá de este periodo, simplemente porque ya la mujer ha dejado de ser fértil, como si esta capacidad fuera la única que da sentido a la vida de la mujer.

En mi generación, por fortuna, ya tenemos otro arquetipo y hablando de arquetipos mencionaré los tres arquetipos principales del femenino: **“virgen-madre -anciana sabia”**, a los que se hubo de incluir un 4º arquetipo más para dar cabida a las mujeres que, como yo y tantas de ustedes, pasamos la época de madres principalmente porque ya nuestros hijos han crecido y todavía nos quedan muchos años de fecundidad en términos de trabajo e ideas en el mundo que denominamos vidas, el 4º arquetipo ó de **“la reina”** por tanto, la nueva clasificación sería: **“virgen-madre- reina anciana sabia”**. Muchas de nosotras estamos en esta época de **“la reina”**, etapa en la que hemos llegado a nuestro poder en el mundo y sentimos la menopausia como un cambio muy positivo en nuestras vidas en lugar de percibir esa imagen negativa que se utiliza popularmente.

En el modelo tecnocrático del parto, el cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital como una fábrica donde se elabora el producto, el bebe y la tecnología es trascendente sobre todo el proceso, sobre los procesos normales. El cuerpo de la madre es una maquina defectuosa de por si y el experto técnico es el que rescata y produce el bebe.

En mi país ya se han humanizado sensiblemente los hospitales, pero en países del tercer mundo, principalmente , aun se

pueden ver los hospitales como fabricas, vgr. en Buenos Aires, estas son imágenes recientes, del año pasado, caminando por los corredores de la maternidad se podía observar cómo llegaba mujer tras mujer y los médicos “sacaban” a los bebés, en resumen, la maternidad parecía una cadena de producción.

En la actualidad el mito de la trascendencia tecnológica está fuertemente arraigado en nosotros, creemos hasta el punto de creer que mediante nuestra tecnología podemos traspasar cualquier frontera natural: no nos limitan las fronteras del planeta, de la atmósfera, tampoco existen limitaciones en el parto ni en la reproducción en general convencidos de que tantas y tan variadas tecnologías a nuestra disposición son suficientes para crear niños en mujeres y hombres infértiles, por eso no nos sorprende que este mito de la trascendencia tecnológica se haya radicado totalmente en el hecho del parto. Esta imagen corresponde a los años 60 en que una revista obstétrica de forma totalmente ficticia “vendía” la ilusión de que con tecnología se conseguía todo quedando relegado el papel de la mujer a anunciar por teléfono el nacimiento de su hijo.

En el modelo tecnocrático se define el cuerpo como máquina, por tanto, el paciente pasa a ser objeto y se establece una alienación importante, ese estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento de la propia identidad, entre cuidador y paciente, en la que la noción de que la parte privada, la parte interactiva de la mujer se queda sin interacción, a menos de que haya una matrona presente (en mi país las matronas solamente asisten al 10% de los partos, no como en España) y lo interesante es la parte mecánica de la mujer sobre la que recae toda la atención de los médicos sin establecer un intercambio con la mujer como persona.

El tratamiento del paciente como objeto también coincide con una utilización impersonal del lenguaje: la cesárea en el cuarto 62,... en lugar de personalizar en la Sra. Johns con 12 hijos a quien su esposo se le acaba de morir, por ejemplo.

En el modelo tecnocrático se hace el diagnóstico y se aplica el tratamiento “desde fuera para dentro” o sea, se otorga a las máquinas todo el crédito para obtener la información necesaria y precisa desde afuera para dentro y la información que cuenta, la que se evalúa, es la que procesa y emite la máquina porque nos hemos convencido de que las máquinas son superiores a las personas en muchas cosas, o lo que es lo mismo, la supervaloración de la alta tecnología.

Esta mujer de la fotografía expresaba con pesar: *“cuando me colocaron el monitor, ya nadie me hablaba, solo miraban el monitor, sorprendentemente, yo misma llegué a percibir la sensación de que era el monitor quien iba a dar a luz y ni yo”*.

Hemos imbuido a las parturientas e incluso los profesionales nos hemos persuadido con este mito de la trascendencia de la tecnología (en mi país hay falta de enfermeras y parteras con lo cual, es muy conveniente para el hospital tener una enfermera o partera controlando la monitorización de varias mujeres a la vez), cuando en realidad, lejos de controlar a la madre estamos controlando al monitor.

Ahora queremos dos productos en el parto perfectos: un bebé perfecto y una información cardiotocográfica perfecta, esto último es lo que nos avala y explica si hicimos un buen trabajo o no, sin atenernos a que esa información no siempre es correcta o es susceptible de diversas interpretaciones.

En el modelo tecnocrático la paciencia no es una facultad o virtud que se estime como valor, teniendo tecnología hemos de usarla y se actúa sin dejar obrar a la naturaleza convirtiendo esa actuación en una injerencia, en intervenciones agresivas que responden a la incapacidad de asumir y respetar el tiempo que toma, de forma natural, la evolución del parto, así como el mar cuyas olas vienen y van a su ritmo, en el hospital, bajo este paradigma, hay que hacer amniorrexí, poner oxitocina.....para asegurar que el parto discurra lo más rápidamente posible..(DIAP.16) En este modelo la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta muy gráficamente expuesto con la imposición de la posición de litotomía cuyo origen y adopción obligada para las mujeres, coincidió con la entrada en la escena del parto de los médicos; la explicación a este fenómeno radica en un estilo cultural, por un lado, tenemos que a raíz de la industrialización de Europa, los partos se trasladan a los hospitales para lo cual se construyen grandes maternidades en las que acoger a una ingente cantidad de mujeres muchas de las cuales proceden de zonas rurales, y ante esta demanda en la asistencia de parturientas y sin poderse satisfacer las necesidades de parteras, los médicos comienzan a actuar encontrando una manifiesta comodidad en tener a las mujeres tumbadas para las exploraciones y la extracción del bebé así como encarnar un status de superioridad por el simple hecho de que el médico se situara por encima de la mujer, clara señal de dominio arriba, la del médico y dependencia, la de la mujer, debajo. Si la mujer adoptara la posición vertical en el proceso del nacimiento, sería el médico quien habría de bajarse y este posicionamiento es inadmisibles para una gran parte, si no todos los médicos, yo misma doy fe de ello a través de los argumentos escuchados a médicos a quienes he entrevistado y preguntado sobre el parto vertical: *“que es un horror, que no puede hacerse, que es peligroso, que cuando se producen los pujos jamás puedo imaginarme debajo de una mujer mientras ella está dando a luz porque me mancharía, me mojaría con sangre, fluido amniótico, no se puede”.....*

Creo que estos argumentos son bastante ilustrativos de un por qué adoptado por un gran sector de los médicos, aunque he de mencionar que también, aunque en proporción minoritaria, he entrevistado a obstetras que si han hecho este cambio de paradigma, hacen partos verticales, entienden que esta posición es más beneficiosa para la mujer y por tanto, aceptan situarse en un plano inferior al de la mujer asumiendo a la vez la servidumbre hacia la mujer por cuestión de la práctica de su oficio.

En el modelo tecnocrático se enfoca el tratamiento hacia la estandarización, no en tratar cada persona como individuo, sino en servirse de reglas y protocolos para aplicar en todas las situaciones.

El modelo tecnocrático está basado en la “medicina de médicos” y en la transmisión de información del maestro medico al estudiante, no en la evidencia científica, es innegable que en el hospital el uso de muchos procedimientos es rutinario no basado en la evidencia científica .vgr. Cardiotocografía.

El modelo tecnocrático es un sistema hegemónico dominante; lo interesante sobre las hegemonías en cualquier sociedad grande, es que nunca son el único sistema o ideología porque la propia sociedad refuta con argumentos y razones el poder absoluto e incontestable que se atribuye el modelo hegemónico.

Así la Biomedicina como sistema hegemónico, está cuestionada por muchos otros sistemas como la llamada Medicina Alternativa: quiropraxis, acupuntura, partería, medicina china, homeopatía.... todas ellas son alternativas a la Biomedicina , aunque un evidencia innegable es que el hecho de etiquetar como “alternativas” estas otras formas de práctica médica, refuerza la idea de que la biomedicina es el sistema preponderante y los otros, los alternativos , contrapuestos al modelo aceptado, por tanto, se les otorga una calidad o validez inferior.

En EEUU , como resultado de una corriente muy fuerte de rechazo hacia el sistema tecnocrático de la medicina encabezado por las enfermeras de los hospitales, parteras, consumidoras, activistas en el parto, etc. haciendo manifiesta su protesta por el tratamiento tan inhumano de la mujer en el trabajo de parto, surgió el modelo humanístico, gracias al esfuerzo de personas que, trabajando desde dentro del sistema médico lograron transformarlo en un sistema más humanístico , o sea, bio-psico-social, un sistema que trata al unísono la biología, las factores psíquicos y el ambiente social de la parturienta. En este modelo, en contraposición con la consideración de separación entre mente y cuerpo del modelo tecnocrático, se entiende que hay conexión entre mente y cuerpo, se tiene en cuenta las hormonas, mensajeros que viajan desde el cerebro a todas las partes del cuerpo permitiendo ese flujo continuo de información entre el cerebro y el cuerpo; en este paradigma, el cuerpo se define no como una maquina sino como un organismo. Podemos observar que este modelo está muy basado en la ciencia porque ciertamente el cuerpo es un organismo no una maquina, a la paciente se la percibe como sujeto, no como objeto y conexión y cariño entre paciente y cuidador constituyen la esencia de este modelo; ha quedado desterrada la costumbre de nombrar a las pacientes con números, se entiende y se respeta la unicidad y humanidad de la mujer cuando, como ahora, se le reconoce un nombre propio, unas circunstancias personales que rodean su proceso de parto, cuando propiciamos el intercambio a través de nuestras manos y nuestros ojos, cuando tenemos, en definitiva, siempre presente que esa mujer que necesita nuestra ayuda es un ser humano.

En el modelo humanístico, (DIAP.23) diagnóstico y curación vienen desde afuera hacia dentro, sin desechar la información que pueden aportar las máquinas, se valora lo que fluye desde dentro de la mujer hacia fuera: sus sentimientos, sus pensamientos, sus deseos , escuchar a las mujeres es una premisa que tiene valor un importante, valor en sí misma, y se ha de conjugar con la información obtenida a resultados de la técnica.

Me parece muy ilustrativo mencionar una anécdota de la que fui testigo hace tiempo mientras entrevistaba a un obstetra americano que exteriorizaba todo su enojo ante, lo que para él era, el incomprensible deseo de las mujeres y decía: “ *Ayer tuve en mi despacho una mujer llorando porque se había muerto su bebe- muy triste ciertamente, después tuve una mujer quejándose porque tuvo una cesárea y no pudo parir de forma natural como hubiera deseado, también lloraba,.....¡no entiendo a las mujeres! ¿Qué es lo que quieren las mujeres?*”, su incomprensión no radicaba en las mujeres, sino en su error al conceptuar de iguales a todas las mujeres y por tanto, creer que todas ellas desearan la misma cosa: ese incomprensible y único deseo al que él había reducido el sentir de las mujeres.

En esta imagen observen esta mujer que quiso una analgesia epidural y la felicidad tras haber conseguido su deseo; esta otra mujer dando a luz en el hospital con parteras, expresó su deseo de parir sentada y no en la mesa de parir , realmente en ese momento, allá por 1975, esto suponía un reto muy grande para aquellas parteras porque nadie lo hacía así, sin embargo estas profesionales tomaron en consideración la petición de la mujer e hicieron una reflexión discerniendo claramente entre lo que demandaba la ciencia , tan sólo un área limpia para el parto, y lo que el hospital imponía, la litotomía , por ello permitieron a la mujer adoptar la postura que ella deseaba.

Escuchar a las mujeres, en realidad quiere decir tener en cuenta su individualidad, sus deseos propios que no van a ser iguales en todas.

Si hacemos un repaso de las intervenciones que se efectúan en los hospitales preguntándonos por las que podríamos etiquetar como humanísticas, probablemente la primera de ella que analizáramos fuera la Analgesia Epidural, tengo conocimiento de que en España la aplicación de esta analgesia en el parto es aprox. del 90% y en EEUU 80%.

Lo cierto es que su aplicación, innegablemente se ha convertido en una rutina y habremos de clarificar su condición humanística. Detrás de la mujer de la fotografía anterior que mostraba su satisfacción al haber conseguido su analgesia epidural, había un trasfondo que os voy a contar porque puede servir de base para iniciar esta reflexión que proponía anteriormente sobre la condición humanística o no humanística de esta técnica : esta mujer solicitó la analgesia cuando tan sólo tenía un centímetro de dilatación pero su partera le explicó la no conveniencia de aplicarla en aquel momento tan temprano del trabajo de parto en base a toda una serie de consecuencias potenciales que podrían desembocar en una auténtica cascada de intervenciones, recomendándola que esperase a un momento más avanzado del proceso.

La mujer se hizo acompañar de una doula para sentirse apoyada durante el trabajo de parto, caminó mucho, utilizó los baños, comió lo que deseaba, y al fin, al llegar a los 5cms. pidió su analgesia, es cierto que la partera albergaba la esperanza de que la parturienta estuviera tan metida en el ritmo del parto que hubiera desechado la idea de la analgesia , sin embargo esto no fue así, pero al menos, se le aplicó en un momento en que su aplicación, haciendo un balance riesgo-beneficio, arrojaba como resultado el de “ momento óptimo para su empleo”.

Podemos decir que si se informa de todos los beneficios y riesgos de la epidural, esa técnica es una intervención humanística.

La actuación de la doula en el trabajo de parto sí es claramente una intervención humanística; por lo que me he informado , aquí en España es totalmente infrecuente que las doulas actúen, no así en EEUU y en otros países en los que la presencia de la doula está adquiriendo un papel importante en el acompañamiento del parto ; existen ya cuatro o cinco estudios que muestran el efecto de la doula cuantificado en un número de intervenciones menor y un trabajo de parto menos penoso, por tanto, se obtienen resultados físicos y psicológicos mejores cuando una doula acompaña a la mujer a lo largo de todo su trabajo de parto

El profesor John Kennely que ha trabajado mucho con doulas decía que *“si alguien inventara una maquina que hiciera todas estas cosas que las doulas hacen, cada hospital compraría ese aparato”*, lo paradójico es que como solo es una mujer ayudando a otra mujer , es difícil convencer al sistema tecnocrático de que las doulas tienen valor, a pesar de muchas reticencias y prejuicios esta intervención humanística de la doula está penetrando en muchas partes del mundo.

Es muy embarazoso tanto para la partera como para la doula desarrollar su labor en un hospital siendo a la vez consecuentes con una ideología humanística tan propia de ambas , aunque es cierto que la matrona tiene el poder que le otorgan sus conocimientos y sus funciones para dirigir el parto, la doula no puede tomar decisiones, tan sólo puede aconsejar a la madre pero no puede entablar una lucha contra el hospital , rebatir o impugnar las prácticas de médico o la comadrona, de ahí que la doula, en ocasiones, se encuentra en un gran dilema cuando es observadora de muchas intervenciones que a su criterio juzga innecesarias o cuando menos, cuestionables.

El efecto de la presencia de la doula es muy claro, importante por las ventajas antes enumeradas, sin olvidar mencionar el efecto de la doula cuando el acompañamiento es ininterrumpido, así, si la doula se mantiene alejada de la mujer por un espacio superior o igual a 10 minutos el resultado efectivo de la doula se desvanece, es como si una red de energía se crea entre la doula y la madre y no se puede romper esta red sin perder el efecto que tiene la malla. Si la doula se mantiene alejada por tiempo, la red se rompe y no se puede volver a construir de la misma forma, como resultado, el efecto de la doula se desvanece.

Respondiendo a la pregunta que he escuchado en esta sala de por qué necesitamos de una doula si ya tenemos la matrona presente en el parto: la matrona , en la mayoría de hospitales no puede estar con la mujer constantemente porque tiene más mujeres y trabajos que efectuar al mismo tiempo, el compañero-esposo vive una situación de nerviosismo especial porque se halla inmerso en su “ rito de pasaje”, no siendo capaces en muchas ocasiones por ello, de dar el apoyo emocional que requiere su mujer. Un estudio que se realizó en New York sobre la figura de la doula, corrobora esto que apunto sobre el efecto de la doula, aún en presencia del marido, por el motivo que punteaba anteriormente de la circunstancia emocional especial del compañero, el resultante era la reducción del tiempo de trabajo de parto y el numero de las intervenciones en el proceso.

La utilización del agua en el parto también es una intervención muy humanística; a las mujeres a las que se les ha entrevistado en mi país consideran como intervención más poderosa para eliminar el dolor durante el trabajo de parto la analgésica epidural , en segundo lugar clasifican la presencia de la doula, recurren al acompañamiento de la doula para aminorar el dolor de la dilatación antes de optar por otras drogas y por último, valoran el uso del agua como relajante y analgésico . En este momento hay numerosos hospitales que publicitan que ya tienen instaladas en el área de partos bañeras y jacuzzis para ofrecer a las parturientas aunque muchas veces, con sinceridad, el uso que se de ellas se hace en

muchas ocasiones, es más como reclamo publicitario que uso real y efectivo. En los centros de nacimiento y en los partos domiciliarios el uso del agua va incrementándose y en respuesta a la demanda creciente de las mujeres, también los hospitales en EEUU se ven obligados a incluir estos elementos dentro del área asistencial de partos.

En el modelo humanístico, información, decisiones y responsabilidad son compartidas entre paciente y cuidador. Otra de las características de este modelo es que tanto el hospital como el cuidador custodian y registran toda la información en la historia clínica de la mujer, el hospital se siente dueño de esta información, pero en el modelo humanístico es la madre la dueña de esta información y por tanto, tiene acceso a la misma.

Al hablar de humanismo es muy importante distinguir entre dos formas de humanismo, un humanismo superficial cuya apariencia es muy atractiva pero realmente no es profundo porque las prioridades de la institución son contrabalanceadas con las necesidades individuales. Por ejemplo, en un examen prenatal que hay que hacer uso de la mesa de exploraciones colocando los pies en los estribos de metal frío, una actitud humanística sería poner una bolsa de papel para evitar esa sensación desagradable de los pies en contacto con el metal frío, en realidad no cambia nada, simplemente ese toque humanístico, otro ejemplo, fijaos en esas habitaciones de dilatación de parto un tanto antiestéticas y poco acogedoras, pues bien en este hospital gracias al esfuerzo, incluso económico de las enfermeras, se redecoraron las habitaciones, siguen estando presentes los aparatos pero lograron crear un ambiente más cálido y estético y esto, que indudablemente no es un gran cambio ha demostrado que es efectivo; en este sentido se han elaborado estudios que demuestran que esta afirmación es verdadera pues confirman que los enfermos se curan antes y mejor en hospitales agradables a la vista que en instituciones feas, la explicación a este fenómeno radica en que la contemplación de la belleza incrementa la producción de endorfinas que nos ayudan a sentirnos mejor, por tanto no olvidemos que, aunque se trate de medidas superficiales tanto la una como la otra que hemos mencionado, pueden tener un efecto proporcionalmente benéfico.

Sin dejar de lado los beneficios de unas instituciones agradables y acogedoras como las de la foto que les muestro de este hospital de Río de Janeiro, Brasil, realmente bonito, con unas instalaciones confortables y unos servicios para la maternidad de primera categoría, la realidad de este establecimiento es que la tasa de cesáreas es del 99%, lo que confirma que estamos hablando de autentico humanismo superficial.

La diferencia entre el humanismo superficial y el humanismo profundo se puede ver en esta otra imagen; la madre esta abrazada a la doula, agarrando la mano de la partera mientras que su niña, en un intento de ayuda, le frota la espalda, un sistema de relación, cuidado y compasión muy profundo y muy fuerte. Otro ejemplo de humanismo profundo es el de dar a luz en una posición orgánica, fisiológica, el modelo humanístico toma en cuenta las necesidades del organismo humano una de las cuales es dar a luz en posiciones prácticas, fisiológicas, el humanismo en base al conocimiento de que la pelvis se abre hasta dos o tres cms. más en una posición vertical, que fluye mejor el oxígeno al bebé, que la mujer puede utilizar sus músculos para empujar mejor en estas posiciones, las adopta. Lo mismo que esta otra posición de rodillas y codos, en la cual la pelvis se amplía mas haciendo de ella una posición ideal para un parto normal y en casos de distocias de hombros y presentaciones podálicas, sin embargo esta posición no se practica en el hospital, recuerden el tabú de la situación arriba como buena y abajo como mala, lo mismo sucede con la situación adelante, buena y la situación atrás mala, además en esta postura se conjugan la postura abajo y la situación atrás, la parte menos valorada del cuerpo dentro del contexto cultural, por lo tanto, no es extraño que sea rechazada por la mayoría de los médicos que no puede aceptar esta situación abajo y atrás recibiendo el bebe de la mujer, totalmente contraria a su instrucción, a su sentimiento, en definitiva a su entorno cultural.

Una práctica de humanismo profundo puede considerarse esta del padre dando un baño Levoyer al bebe; cualquier toque que reconozca y satisfaga las necesidades orgánicas sería humanístico.

La lactancia también es una acción humanística, y aquí hago alusión a algo maravillosos de los Hospitales "Amigos de los Niños" y es que a pesar de que el parto en algunos de ellos haya sido totalmente tecnocrático, la lactancia precoz es de tanta importancia que nada más nacer el niño es puesto en contacto con su madre de la que ya no será separado.

Por ejemplo, en este hospital de Buenos Aires están tan identificados con el amamantamiento que hasta los neonatos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales son amamantados por sus madres.

También humanístico es que el bebe que necesita de recursos tecnológicos para su supervivencia como respiración artificial se le asista en presencia de la madre concediendo a el estímulo y protección que la madre tiene en este sentido, recuerden la efectividad del método madre-canguro en el cuidado de los bebés pretérminos en cuanto a mayor supervivencia y más pronta recuperación de los bebés así tratados.

Toda la ingente cantidad de información acerca de la lactancia nos hace conocedores de su importancia y de que las prácticas obstétricas rutinarias interfieren en ella, son evidencias que no debemos negar. Un libro muy importante al respecto ***"The effectprattice on breastfeeding"***, el efecto de las practicas del parto sobre la lactancia, debemos ser conscientes de acrecentar nuestros esfuerzos para incrementar el parto natural esgrimiendo los argumentos de peso que

tienen como son sus efectos sobre la lactancia.

En ocasiones se pretende un humanismo y se consigue , intentando contra-balancear , o lo que es lo mismo, intentando encontrar un equilibrio entre el paradigma tecnocrático y humanístico Por ejemplo (DIAP. 31) esta mujer está dando a luz con todo su poder en posición de cuclillas , modelo humanístico, mientras que en el hospital , en un intento de aproximación o contrabalanceo entre el modelo humanístico deseable y el modelo tecnocrático imperante en la institución, nos ofrece un parto vertical cuando en realidad es una posición semi-sentada que tampoco es la ideal para el parto ya que la evidencia demuestra que el cóccix se aplasta hacia el canal del parto y disminuye su diámetro.

Expreso a modo de resumen que *“La esencia del humanismo es como una flor creciendo entre las maquinas”*.

El tercer paradigma de la medicina es el modelo holístico, la unidad de cuerpo mente y espíritu , si afirmamos que existe el espíritu hay que incluirlo en el proceso de curación; este modelo no es solo conexión mente-cuerpo, sino unidad entre mente, cuerpo y espíritu, el cuerpo como un sistema de energía ínter- vinculado con otros sistemas de energías , esto es lo que hace tan radical el paradigma holístico; muchísima gente no puede entender el papel o la existencia de la energía en la curación, pero muchos remedios alternativos como la homeopatía medicina china, acupuntura.... no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta la energía, el cuerpo como sistema de energía y este es el fundamento del paradigma holístico: definir el cuerpo no como maquina y no sólo como organismo, sino además, como un sistema de energía. En el modelo holístico se cura a toda la persona en el contexto de toda su vida y en el contexto de la unidad esencial entre cuidador y paciente, en lugar de alienación o simple conexión, aquí hay unidad.

Les voy a narrar una pequeña historia para ilustrar esta unidad de la que les hablo:

En Alaska, una partera entró en el cuarto de una chiquilla de 17 años que estaba frenética por el dolor y miedo y se hallaba en su cama quejándose, entonces la partera se metió en su cama, la abrazó, apoyó su rostro en el de la mujer y empezó a seguir su ritmo de expresiones, hasta que concluyó la dilatación. Probablemente sin esta intervención de la partera hubiera sido totalmente distinto todo el proceso y casi con toda seguridad, bastante peor por el miedo que interfería con el parto.

En este modelo holístico se puede intervenir a nivel de energía para no tener que intervenir a nivel de tecnología, se puede tomar cuenta de los deseos, miedos de la madre, preguntar por sus sentimientos ante las circunstancias que se evidencian; por ejemplo ante una falta de progresión del parto, preguntar a la mujer cual es su estado de ánimo antes de recurrir a la oxitocina, la mujer puede desahogarse y así liberar su energía negativa, recuerden que las lagrimas cargan hormonas de estrés y las expulsan del cuerpo. En este modelo se pueden reducir las intervenciones físicas actuando a nivel emocional y espiritual, también en el modelo holístico se pueden mezclar, para servir al individuo, ciencia y tecnología en lugar de manejar o dirigir el parto, la ciencia o la tecnología solamente existen para facilitar la habilidad de la mujer.

Esta imagen es del parto de mi hijo de 22 años, y cómo hice uso de la ciencia y la tecnología: tras un proceso de parto largo me encontraba en un estado de agotamiento importante, entonces la partera me ofreció oxígeno entre las contracciones de expulsión en lo que yo encontré una buena fuente de energía que me empoderó; estas son las tecnologías que las parteras llevan para la realización de partos en casa, imprescindibles para salvar vidas pero no para dominar la situación.

Si es cuestión de costo, en Brasil, esta silla para posiciones verticales cuesta 200 dólares, esta silla ergonómica en Europa cuesta unos 8000 dólares, como ven tiene la cuerda para tirar y asientos ergonómicos para la mujer y su acompañante, y así un largo catalogo de ofertas cada una tan cara o más que la anterior olvidándose que la verdadera necesidad de la mujer que es que tenga algo a lo que agarrarse para facilitar su empuje y eso se traduce en un gasto o recurso mínimo.

La tecnología realmente no es lo que nos impide hacer partos naturales, la tecnología nos puede ayudar a hacerlos, más bien es nuestra ideología la que nos lo impide.

Para humanizar y hacer mas holístico un hospital en Brasil, las doulas metieron una tina. una cama y una escalera para colgar, de esta forma crearon un espacio pequeño pero holístico dentro del hospital, esta es una demostración de que es posible crear espacios holísticos y humanísticos dentro de la institución tecnocrática.

En el modelo humanístico se utiliza mucho la intuición, entre partera y paciente la intuición es una conexión muy fuerte, es una unidad de espíritu, cuando se tiene acceso a la intuición uno puede hacer diagnósticos que no se consiguen por medio de la tecnología y los holísticos sugieren que, como matronas, nos sería más útil desarrollar nuestra intuición que desarrollar nuestras tecnologías.(DIAP.39) , acaso esta imagen casual del monitor sirviendo para depositar los bolsos nos haga pensar hasta que punto su uso es holístico y basado en la evidencia .

En el modelo holístico, autoridad y responsabilidad existen en cada individuo y hay individualización y no estandarización de los cuidados, o sea, (DIAP.41) las matronas intentan normalizar lo único, lo especial de cada individuo, los obstetras estandarizan la patología; las parteras normalizan lo que tiene de único y particular cada mujer y cada bebé, lo que necesita

para este parto ,en este momento de su vida....no lo que dicen los protocolos. Por tanto,(DIAP.43) el factor que más determina el resultado de un parto es el paradigma del cuidador porque lo que desee la madre solo importa si el cuidador lo toma en cuenta y eso depende de su paradigma. Un cuidador con un paradigma tecnocrático hará caso omiso a quien le traslade los deseos de la futura madre y eso tiene un efecto sobre ese parto, sin embargo un proveedor con un paradigma humanístico actuará en base a los deseos y necesidades de la mujer; los paradigmas son como cajas en las que estamos metidos y nos impiden ver fuera de ellas.

Si estamos dentro de la caja del paradigma tecnocrático, no podemos ver que es mejor para la mujer estar de pie, caminando, etc. sólo podemos actuar conforme manda la tecnocracia y es, por ejemplo, que no puede comer, que tiene que estar encamada, monitorizaday así todas las pautas del protocolo, todo unido a la idea de que el cuerpo es una maquina; en sí mismo el paradigma tecnocrático tiene su sentido pero visto desde fuera no se le puede atribuir tal sentido.

Hacer un cambio hacia un paradigma más humanista tiene un efecto profundo de cambio en la práctica y en los sus resultados .

Estas personas que están haciendo un cambio en su paradigma, nos abren un camino hacia futuro más humanístico en el que las necesidades y deseos de la madre sean respetados y considerados esenciales para el éxito del parto.

¿Hasta dónde nos lleva el modelo tecnocrático?

Estos estudios demuestran que el parto asistido por parteras profesionales está teniendo muy buenos resultados .

Tasa de cesáreas alrededor del mundo; en todo el mundo, una generación entera no está dando a luz de forma natural, lo que significa que si no hay resistencias, alternativas fuertes contra esta hegemonía, estamos en peligro de perder el parto natural. La visión holística es que todas las modalidades que ahora llamamos alternativas como acupuntura, quiropráctica, ayurveda, reiki,....., pueden existir en forma complementaria y la biomedicina y la alopatía sólo sería una modalidad entre muchas.

Tenemos un espectro de paradigma: el modelo tecnocrático - humanística y holístico. Un medico puede hacer un cambio, partiendo del tecnocrático para llegar al holístico recorriendo todo el camino , pero si un paradigma realmente es el próximo paso para la evolución de la sociedad debe incorporar lo mejor y trascender las limitaciones del que le precede.

Podemos dibujar el cambio en lugar de en forma lineal, en espiral, de forma de tener presentes lo que era valido de métodos y prácticas anteriores y combinarlos con la ciencia, tecnología y holismo para crear el parto del futuro.

Hoy tenemos la gran ventaja de que podemos realizar esta espiral combinando lo mejor de la medicina tecnológica, la partería profesional y los conocimiento de las parteras tradicionales.

Para trascender las limitaciones de los paradigmas, para crear el sistema de conocimientos sobre un parto más comprensivo, inter-vinculado y efectivo que el mundo jamás ha conocido, hay que seguir con la espiral mezclando sistemas de conocimientos para trascender las limitaciones de los paradigmas.

Este es el reto que les presento para alcanzar un pujante futuro para las mujeres y bebés del niño, esa sería gran causa de celebración.

MODELO ASISTENCIAL DE LA MATRONA. Funciones y protocolos propios

Ponente: D. Ignacio Matute Albo*.

**Matrón. Hospital "S. Agustín". Avilés (Asturias)*

Buenas tardes.

No soy investigador ni soy experto en gestión sanitaria ni formo parte de ninguna Unidad Docente de Matronas. Soy una matrona que trabaja en sala de partos de un hospital desde hace 8 años y medio. Y estoy aquí porque soy uno más de un grupo (no sé si muy numeroso o no) que se siente descontento porque, tras una formación de calidad, lo que ofrece el sistema sanitario español no nos permite un desarrollo profesional completo de la Matronería.

Podría darles varias razones por las que creo esto.

- La principal es **la falta de matronas**. Me gustaría preguntar a los gestores sanitarios y responsables del número de plazas que años tras año se ofertan:

¿interesa que haya matronas en España y que hagan su trabajo?

- Esta situación de carencia de matronas lleva a alimentar la imagen **"prescindible"** que los gestores sanitarios tienen de la matrona en la realización sus funciones.

Ejemplos: En un hospital asturiano: médico + enfermera = área obstétrica.

En otros lugares, enfermeras en la Educación maternal, enfermeras en el puerperio inmediato, hospitalario y domiciliario, médicos de familia en el control de embarazo normal, enfermera pediátrica para el control del neonato sano, fisioterapeutas para la recuperación post-parto, etc.

Me pregunto ¿para qué he estudiado dos años de especialidad si casi cualquiera puede hacer mi trabajo?

- Lo peor de todo es que esto, a su vez, lleva a **la pérdida de habilidades que aporta la práctica clínica diaria**. Este aspecto es muy importante ya que puede arrinconar a un profesional que lo sufre y si ocurre a muchos puede arrinconar y limitar a la propia profesión.

- Otra razón importante es **la pérdida de capacidad de decisión** al no disponer de la autonomía necesaria en el desarrollo de nuestras funciones.

- Y la razón que más duele es **la desunión entre nosotros/as**.

Pido disculpas si mi exposición ha empezado muy pesimista pero, no solo voy a quejarme. También quiero plantearles un posible enfoque para el desarrollo de la matronería.

FUNCIONES

Creo que el **pilar básico** sobre el que comenzar a asentar cualquier estrategia son unas **funciones** legalmente reconocidas y una delimitación clara de nuestro **campo de trabajo**.

El campo de trabajo: La Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer y el cuidado del recién nacido sano hasta el 28 día de vida.

Las funciones: En estos momentos, en España, tenemos reconocidas unas funciones **mínimas**, que todos/as conocéis, y que son las enumeradas en el Artículo 4 de la Directiva Europea 80/155/CEE, implantada en el Ordenamiento Jurídico Español en el Real Decreto 1017/1991 de 28 de Junio de 1991. Estas son:

Los Estados miembros garantizarán que las matronas estén facultados por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

Este párrafo siempre me ha llamado la atención. Lo que siempre me he preguntado es si: **¿es necesario que estas actividades formen parte de la práctica clínica habitual de las matronas para garantizar que estén facultadas para acceder a dichas actividades y ejercerlas?**

Porque si es necesario: **¿Está cumpliendo el estado español con esta premisa?** Y si no lo está haciendo, **¿se le puede obligar?**

De cualquier forma estas son nuestras funciones mínimas y, por lo tanto, el punto de partida de nuestro desarrollo profesional.

Funciones mínimas

a) prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar;

b) diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales;

c) prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo;

d) facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición;

e) prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados;

- f) atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas;
- g) reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, **asistir a éste**; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero;
- h) reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;
- i) asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido;
- j) **realizar el tratamiento prescrito por el médico**;
- k) redactar los informes que sean necesarios

Los aspectos marcados en negrita indican las funciones dependientes y el resto representan las funciones independientes. Parece que la práctica de la matronería en España se centra más en las funciones dependientes que en el resto. Por ejemplo: cuando aplicamos protocolos médicos estamos realizando el tratamiento prescrito por el médico y esto es muy habitual o dicho de otra manera, si tomamos una decisión al margen de dichos protocolos médicos bajo nuestra responsabilidad y en el ejercicio de nuestras funciones ¿se respeta esa decisión?, o en el uso de la jerarquía vigente se deroga sin más. Todos podríamos contestar a esta pregunta.

Construyendo el desarrollo profesional

Sobre este pilar fundamental de nuestras funciones se puede **desarrollar la profesión** de manera segura y estable. Para ello planteo la siguiente estrategia:

La creación de **cuatro puntos de apoyos** sólidos y estables.

1. **Un espacio físico** donde desarrollar las funciones.
2. **La formación** de grado y postgrado.
3. **Herramientas propias** para aplicar las funciones.
4. **Modelos prácticos de matronería** que enmarquen nuestro trabajo diario.

ESPACIO FÍSICO

Con esto me refiero a lo que en otros paises denominan: Unidades de Maternidad Dirigidas por Matronas ó Unidades de Matronería Comunitaria ó Unidades de Matronería ó Centros de Parto.

Son pequeñas unidades de maternidad que proveen cuidados antes, durante y después del parto a mujeres de bajo riesgo de tener complicaciones durante el embarazo y el parto. Para esto se utilizan criterios de valoración de riesgo estrictos.

Pueden situarse dentro o fuera de un hospital con servicio obstétrico al que refieren las Este tipo de asistencia se sitúa entre el parto en casa y el parto hospitalario ya que provee un ambiente hogareño seguro para parir y una inmejorable continuidad de cuidado y cuidador.

Características:

- Se basan en los principios de prevención, sensibilidad y seguridad
- Imparten cuidados centrados en la familia.
- El parto es un proceso fisiológico normal en el que la intervención médica solo debe darse cuando haya indicación clínica y basada en la evidencia.
- Los cuidados los imparten matronas en el desarrollo de sus funciones y de la responsabilidad que conlleva.
- Cuando se necesita se puede consultar con un obstetra o pediatra.
- La comunicación con el resto de profesionales sanitarios implicados en el cuidado se mantiene en interés de la “continuidad de cuidado”.
- Cuando surgen complicaciones, hay criterios, definidos claramente, de transferencia desde la Unidad de Matronería a la Unidad Obstétrica tanto durante el embarazo, parto y postparto.
- No hay servicio de analgesia epidural, pero si que están disponibles otros métodos de alivio del dolor.

¿QUÉ DICEN LAS INVESTIGACIONES DE LAS UNIDADES DE MATRONERÍA?

Algunos estudios concluyen que las Unidades de Matronería ofrecen una alternativa segura, satisfactoria y costo-efectiva para las mujeres que experimentan un embarazo y parto normal sin aumentar la mortalidad ni la morbilidad. (Hallet (2000), Saunders y cols 2000, Olsen Jewel 2000, Albers Katz 1991)

El Real Colegio de Matronas del Reino Unido, en uno de sus documentos describe los beneficios de las Unidades de

beneficios den las Unidades de Matronería identificados desde la investigación. (R.C.M.Vision 2000 into practice: Birth centres 4)

Incremento de la satisfacción del consumidor	Ernst 1986; Rocks y col.1989; Spitzer 1995
Alta satisfacción laboral de la matrona	Saunders y cols. 2000
Más apropiado uso de las habilidades de la matrona y más autonomía	Saunders y cols. 2000
Mujeres y familias capaces de tomar sus propias decisiones sobre el nacimiento	Kucera 1987
Mujeres sintiendo poder (control)	Spitzer 1995
Menos epidurales	Rooks y cols. 1992;Felñman & Hunt 1987; Saunders y cols. 2000
Menos petidina	Rooks y cols. 1992; Spitzer 1995; Saunders y col., 2000
Menos episiotomías	David y cols. 1999; Rocks y cols.1992
Menos monitorización fetal electrónica	Rooks y cols. 1992; Spitzer 1995
Menos amniotomías	Rooks y cols. 1992; Spitzer 1995
Menos infusiones intravenosa	Rooks y cols. 1992; Fieldman & Hunt 1987
Menos exámenes vaginales	Rooks y cols. 1992; Spitzer 1995
Baja incidencia de distocia de hombros	Scupholme y cols. 1986
Partos cortos	Alberts & Katz 1991;Saunders y co.2000
Más probabilidad de comer (y beber) durante el parto	Rooks y cols. 1992
Más uso de la hidroterapia	Rooks y cols. 1992
Menos distrés fetal	Fullerton & Severino 1992
Menos dificultad en establecer las respiraciones	Fullerton & Severino 1992
Mayor probabilidad de lactancia materna exitosa	Ernst 1986; Alberts&Katz 1991; Spitzer 1995.
Cuidados maternos más baratos	Saunders y col., 2000; Reinhartz y col., 2000, Spitzer 1995.

FORMACIÓN

Otros de los pilares para el desarrollo profesional es la formación. En relación con el punto anterior es interesante destacar el papel crucial que jugarían las Unidades de Matronería en la enseñanza práctica de la profesión, tanto durante la formación como después.

La posibilidad de disponer de un espacio donde las funciones de la matrona se desempeñan con total autonomía y responsabilidad, sería de vital importancia para la adquisición de unas habilidades sólidas.

MODELOS DE MATRONERÍA

Los Modelos de Matronería enmarcan nuestro trabajo y dan solidez al desarrollo profesional. Los distintos modelos existentes tienen **dos aspectos comunes** que configuran lo que podríamos llamar Principios Básicos, que son:

· **El embarazo y el parto son acontecimientos normales e importantes en la vida de la mujer y su familia.**

Por otra parte el paradigma dominante de la medicina es el que el embarazo y el parto son una enfermedad y por lo tanto episodios médicos e inherentemente peligroso.

· **Continuidad de cuidados y cuidador.** Se define como tal la provisión de **cuidados integrales** (necesidades bio-psico sociales) centrados en la **mujer** (familia y entorno) por el mismo pequeño grupo de profesionales durante todo el embarazo, parto y postparto.

Voy a poner un ejemplo muy habitual en nuestro entorno: Si una mujer y su pareja desean un parto fisiológico y la matrona de primaria les ayuda a estar informados y preparados, cuando van al hospital se encuentran con rutinas y actitudes nada favorecedoras de tal enfoque lo que puede dar lugar a un parto difícil física y emocionalmente. Ustedes me pueden decir que al no disponer en el hospital de la posibilidad de una atención real al parto fisiológico, la matrona de primaria debería de explicar lo que se va a encontrar y no **favorecer falsas expectativas**. Puede que tengan razón pero no es menos cierto que entonces la matrona estará centrando sus cuidados en las necesidades del hospital y no en las de la mujer.

Veamos los **resultados de las investigaciones sobre el cuidado continuado de las matronas.**

MODELO ONE-TO-ONE

La Matronería One-to-One, es un modelo de cuidado desarrollado en el Reino Unido, que provee una continua y personal relación de cada mujer con su matrona. Se basa en el enfoque de cuidados de matronería proveídos por matronas independientes.

El modelo One-to-One se estableció en los hospitales Hammersmith y Queen Charlotte de la Red del Servicio Nacional de Salud, en el oeste de Londres en Noviembre de 1993.

Quiero comentar con ustedes la evaluación que se hizo en Reino Unido de este modelo.

Se realizaron **2 estudios de cohortes:** (McCourt C. 1996 y Beake S. 2001).

Uno se emprendió un poco después de que el programa fuera introducido y el segundo se realizó después de que el programa estuviera bien establecido. En la segunda evaluación los resultados no fueron muy diferentes de la primera y se constató que las mujeres en el grupo One-to-one tuvieron:

- Menos partos instrumentales y cesáreas.
- Menos epidurales.
- Menos episiotomías.
- Partos más cortos: media de - 98 minutos (95% IC -140 a -56)

No hubo diferencias en resultados adversos.

REVISIONES SISTEMÁTICAS

Dos revisiones sistemáticas analizan los efectos de la continuidad de cuidados por matronas durante el embarazo y el parto:

En la primera revisión sistemática (Hodnett. Cochrane Database) se incluyen dos ensayos clínicos (unos australiano y otro inglés) donde la continuidad la dan matronas con acceso a consultar con un obstetra en comparación a cuidados rutinarios proveídos por matronas y médicos. Las mujeres que tuvieron continuidad de cuidados por un equipo de matronas tuvieron más probabilidad:

- De esperar en el consultorio prenatal menos de 15 minutos.
- De lograr terminar las clases prenatales.
- De poder tratar las preocupaciones del embarazo.
- De sentirse bien preparadas para el trabajo de parto.
- De no recibir analgesia o anestesia durante el parto.
- De sentir control durante el trabajo de parto.
- De percibir que el personal sanitario brindaba apoyo.
- De lograr disfrutar del trabajo de parto.
- De sentirse capaz de tratar los problemas postparto.
- De sentirse preparadas para el cuidado del recién nacido.
- De tener un recién nacido que no necesite reanimación neonatal.
- De no presentar episiotomía.
- De desgarro vaginal/perineal.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en resultados adversos perinatales.

En la segunda revisión sistemática (Waldenström U, 1998) se compara continuidad de cuidados de matrona (una o pocas) con cuidado estándar (múltiples profesionales).

Las mujeres randomizadas a cuidados continuos por matrona o grupo pequeño de matronas, tenían menos probabilidad:

- De que se les indujera el parto.
- De que se les estimulara el parto.
- De monitorización electrónica fetal.
- De epidural o narcóticos.
- De parto instrumental.
- De episiotomía (con un aumento de desgarros perineales).

La mortalidad perinatal tuvo un Odds Ratio de 1.60 (95% IC 0.99 a 2.59). Por lo que no hay significación estadística.

No hubo muertes maternas. Después de todo lo expuesto me atrevo a preguntar:

¿Tiene el sistema oficial de cuidados durante el embarazo, parto y postparto tantos análisis, estudios y evaluaciones como los cuidados de matronería?

VALORACIONES ECONÓMICAS

Parece ser que además de los beneficios expresados y de la ausencia de riesgo añadido, las **valoraciones económicas** apuntan a que el cuidado continuado por matronas es más barato.

En la web de la Asociación de Matronas de Ontario en Canadá, se pueden consultar los datos económico de ahorro que suponen el cuidado de matronas para el Sistema de Salud Canadiense. Cito Textualmente:

“De acuerdo con las cifras del Ministerio, cada vez que una mujer elige a una matrona ahorra al sistema de salud entre 800\$ y 1800\$. El administrador del Hospital de Ottawa estimó que cada parto de matrona ahorra al hospital 950\$.

HERRAMIENTAS

El último pilar para el desarrollo profesional de la Matronería lo constituyen las herramientas como protocolos, guías clínicas, posicionamientos oficiales de las Asociaciones de Matronas, etc.

Tenemos que crear nuestras propias herramientas y dejar de utilizar las de otras profesiones sanitarias para desarrollar nuestro trabajo independiente. No obstante cuando ayudamos al médico o cumplimos órdenes médicas es necesario saber y conocer sus herramientas para ser eficaces, al igual que cuando nuestro trabajo se enmarca en un grupo multidisciplinar las herramientas deben surgir del consenso de dicho grupo.

Un ejemplo de colaboración son los protocolos de seguimiento del embarazo y del parto de Cataluña, que se pueden consultar en la web de la Asociación Catalana de Matronas.

Un ejemplo de herramientas propias es la “Guía basada en la evidencia de cuidados de matronería en el parto” del Real Colegio de Matronas del Reino Unido. Hay que destacar como cualidad principal de esta guía clínica su **actualización constante**, aspecto imprescindible para una práctica clínica de calidad. La revisión actual es de Enero de 2005 y la próxima se hará en 2008.

Un ejemplo de lo inadecuado de la utilización de protocolos de otras profesiones sanitarias para nuestro trabajo independiente es la utilización del protocolo “Asistencia al parto normal” de los protocolos asistenciales de la SEGO:

Este protocolo sigue utilizando los criterios de Friedman para valorar la evolución del parto, en este caso normal. Aunque hay estudios que van poniendo en duda la idoneidad de tal herramienta y apuntan la necesidad de su revisión sobre todo para el caso de nulíparas, me voy a centrar en un detalle que considero importante y significativo: **las características de la muestra que utilizó Friedman** en su trabajo.

Friedman incluyó en su estudio a 500 gestantes de las cuales:

- Solo el 85% tuvieron un bebé entre 2500 y 4000 grs.
- El 4% fueron partos inducidos.
- El 8% tuvieron analgesia caudal/epidural.
- El 9% tuvieron estimulación oxitócica.
- El 4% fueron partos de nalgas y embarazos gemelares.
- El 51% fueron fórceps bajos o ventosas.
- El 6% fueron fórceps medios o cesáreas

Lejos de entrar en profundos detalles quiero destacar algo esencial. **Las características de la muestra hacen imposible extrapolar los resultados a la población general, entendiendo como tal las mujeres con bajo riesgo de tener complicaciones durante el parto.**

Para terminar quisiera destacar que:

- dentro del SNS en España, la atención al embarazo, parto y postparto solo es posible desde el enfoque medicalizado.
- Por otro lado, asociaciones de consumidores y grupos de mujeres están demandando una atención a la maternidad más humana y fisiológica.

Por todo esto, es necesario desarrollar en España un enfoque más fisiológico y respetuoso de los cuidados materno – infantiles. LA MATRONERÍA ES LA ESTRATEGIA MÁS SEGURA Y EFICAZ PARA CONSEGUIRLO.

Bibliografía

1. **Beake S**, McCour C, Page L. Evaluation of One-to-one midwifery: secon cohort study. London: The hammersmith Hospitals NHS Trust and Thames Valley University, **2001**. (<http://www.wolfson.tvu.ac.uk>)
2. **Department of Health, Social Services and Public Safety**. Community Midwifery Units. Consultation Paper. June 2003
3. **Hodnett ED**. Continuidad de los cuidadores para la atención durante el embarazo y parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, **2006** Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. **Lesley Page, MSc** One-to-one midwifery: Restoring the “with woman” relationship in Midwifery. *J. Midwifery Womens Health* 48(2):119-125, **2003**.
5. **McCourt C**, Page L. Report on the evaluation of one-to-one midwifery, Thames Valley University, Centre for Midwifery Practice, London **1996**
6. **NHS**, Clinical Guideline Antenatal Care. Routine care for the healthy pregnant woman. October **2003**.
7. **Stewart M**, y cols. Report of a structured review of birth centre outcomes. December 2004 – Revised July **2005**.
8. **Waldenstrom U**, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Bristish Journal of Obstetrics and Gynaecology* **1998**;105:1160-70

ASISTENCIA AL EMBARAZO PARTO Y PUERERIO ¿Conflicto de intereses?

Ponente: Dr. Manuel Albi González*

**Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital "Fundación Alcorcón" (Madrid).*

Después de la preceptivas y sinceras felicitaciones a ambas organizaciones y mi agradecimiento por haberme invitado a este evento, sí que tengo que decir que, a priori, el tema del que se me ha encargado hablar, estoy seguro que no apetece a nadie y por añadidura, si bien nunca es de mi agrado sustituir a nadie, mucho menos al Dr. Bajo del que aseguro, sin lugar a la duda, lo haría mucho mejor, y añadido más cosas: si ya es complicado hablar de lo que hacemos los médicos en una reunión de matronas, haciendo un cálculo de mis posibilidades en este marco, añadiría que puede resultar hasta "temerario" porque puedo salir muy malparado y para colmo ¡estoy en mi tierra!.

Me lo han puesto difícil y poco "apetitoso", a pesar de lo cual y sin pasar de puntillas, intentaré expresar lo que yo siento al respecto y he pretendido trasladar a la práctica en el hospital de Alcorcón desde que dirijo su área de obstetricia.

Mi primera convicción es que **no debiera haber ni conflictos ni intereses.**

A modo de introducción revisaremos el concepto de sistema sanitario, la ponencia anterior ponía de manifiesto una situación asistencial probablemente discutible, probablemente necesaria de poner en marcha o no, pero lo cierto es que en este momento no es la realidad que vivimos y esto es el modelo sanitario, el modelo de salud pública en el que trabajamos la mayoría de nosotros y el modelo de salud que deseamos siga mejorando, pero que siga siendo de salud pública, de salud para todos.

El Sistema sanitario es la forma en que una comunidad, en este caso la española, ha concebido para proteger la salud de los miembros de esta sociedad. En este caso en concreto, cómo hemos de proteger la salud de las mujeres y la salud de las mujeres embarazadas, sin olvidar que el ámbito de actuación de las matronas va mas allá de la asistencia al embarazo y al parto.

¿Qué es lo que nosotros debemos ofrecer a las mujeres en nuestro modelo sanitario y dentro de un modelo de salud pública?

En mi opinión, creo que nuestra primer e inexcusable compromiso es el respeto a su autonomía, respeto a la libre elección de la mujer para que sea capaz de elegir, con la información que le aportemos, entre la dar a luz en un gran hospital, una casa de partos o cualquiera de las formas posibles a su disposición.

Nuestro segundo compromiso será posibilitar que las mujeres se impliquen en la toma de decisiones a fin de que sean ellas mismas quienes decidan en base a su derecho de autonomía cuyo ejercicio real sólo será posible si recibe de los profesionales encargados de su asistencia toda la información, hecho éste que, juzgo, no representa una complicación o conflicto sino bien al contrario, reflejar todas nuestras actuaciones en la historia clínica supone una protección frente a nuestras actuaciones a la vez que favorece la toma de decisiones de la mujer de lo que quedará constancia a través del consentimiento informado que ella subscriba.

Y si esto es lo que queremos para las mujeres ¿a qué aspiramos nosotros, los profesionales de la salud de las mujeres?

Queremos cada vez más una práctica basada en el conocimiento, la practica basada en lo que nos contaron los que nos precedieron, la práctica basada en nuestra experiencia personal, aquello que hemos aprendido por osmosis viendo lo que hacia el de al lado, todo ello es algo del siglo XX que no se debe permitir en el siglo XXI. La práctica de hoy en día debe estar basada en la evidencia, preferentemente en la mejor evidencia posible, trabajar en base a la medicina de la evidencia ya reflejada en protocolos y guías clínicas escritas, accesibles para todos en cualquier momento. A la vez hay que ser capaces de ir introduciendo nuevas tecnologías, nuevas investigaciones, nuevos avances en nuestra práctica pero siempre haciendo uso de una conciencia crítica sobre las nuevas tecnologías y las nuevas actuaciones.

Favorecer la tendencia hacia la humanización del parto dentro del contexto del parto de bajo riesgo recordando que no todos los embarazos y partos son fisiológicos, contrariando a una fuerte corriente que afirma lo contrario y que además de no ser cierta tal afirmación se está convirtiendo en un arma arrojadiza contra los profesionales; es muy frecuente hablar con una persona ajena a nuestro ambiente y que opine con rotundidad que un embarazo y un parto siempre tienen que salir bien y que si salen mal, el "fallo" será imputable a los que lo asisten. Sólo los que lo vivimos en la práctica profesional o a través del estudio científico asociamos que un parto está ligado a un incremento de hasta 10 veces el riesgo de mortalidad de la mujer.

Dentro de este contexto se ponen de manifiesto dos cosas que luchan contra el conflicto y luchan contra los intereses : la primera de todas es que nuestro interés no es el interés de los ginecólogos, ni de los médicos de atención primaria, ni de las matronas, sino el de la mujer embarazada, este es el eje sobre el que debe girar toda nuestra actividad y ahí los intereses

personales, de grupo, de sociedad, se quedan en una segunda fila, además que nuestro modelo de trabajo tiene que estar basado en el conocimiento, en el estudio la investigación y eso además facilita la toma de decisiones haciendo que nos sintamos respaldados en función a los mejores datos encontrados en la literatura científica y a ser posible, basados también en la evidencia. El facilitar la toma de decisiones sirve a la vez para resolver los conflictos cuando se planteen, simplemente centrando nuestro interés en la mujer y trabajando con base en el conocimiento resolvemos nuestros conflictos y nos olvidamos de nuestros propios intereses. Añado que el sistema sanitario español elaboró el llamado Plan de Atención Integral a la Mujer que nos indicaba fácilmente lo que teníamos que hacer proporcionándonos un modelo a seguir en el que se describen perfectamente definidas, por lo tanto sólo habremos de añadir nuestro conocimiento y el deseo de ponerlo en marcha.

Sería muy largo y un tanto inútil leer todo el contenido del Plan de Atención a la embarazada pero sí mencionaré, en el embarazo de bajo riesgo, una actuación inicial que perfectamente y expresamente define quien-es son los encargados de realizarla, la matrona y el médico de familia, aunque en la realidad no siempre lo hace la matrona, al menos en el entorno en el que yo me muevo de mi área.

La segunda actuación, el seguimiento de la embarazada de bajo riesgo, compete a matrona., médico de familia y ginecólogo especialista porque hay unas partes del control del embarazo que, al menos en España, no así en otros países, siguen en manos de los ginecólogos como diagnóstico prenatal, ecografías.....

La preparación al parto o también denominada Psicoprofilaxis obstétrica es una responsabilidad de atención primaria y esa sí que no la hace nadie más que la matrona.

En cuanto a la asistencia al parto lo que dice el sistema sanitario español al respecto es que debemos garantizarle el acompañamiento, la analgesia, la asistencia al parto y RN, la asistencia al puerperio inicial, responsabilidad primera de la matrona y después del ginecólogo

El control de puerperio al alta hospitalaria, vuelve a recaer en atención primaria centrado en la figura de la matrona y en el médico de atención primaria.

Después de revisar todas estas acciones del plan de atención integral a la mujer se me ocurre otra cosa importante: si la primera era centrar nuestro interés en la mujer y la segunda basar nuestra práctica en el conocimiento y la investigación, la tercera será disponer de un modelo de trabajo en equipo (matronas, ginecólogos, auxiliares de enfermería, celadores, médicos y técnicos de laboratorio, ecografistas, médicos de atención primaria,..... tanta gente entre la que no cabe descartar que se genere un conflicto pero que de ser así o incluso mejor, para evitarlos, por el bien de todos siempre hay que seguir todos los mismos pasos:

1º-centrar nuestro interés en la mujer.

2º-revisar el conocimiento científico que, aunque no siempre da una solución al 100% si es un valioso indicativo de la dirección a seguir,

3º- reunir el equipo de trabajo y consensuar para facilitar la toma de decisiones y resolverlos existentes o potenciales conflictos.

El último paso del plan de Atención integral a la Mujer nos permite que en cada área, en cada centro, cada zona asistencial, ese plan integral, esa forma de controlar el embarazo, parto y puerperio se adapte a unos protocolos y guías de actuación propias basadas en las necesidades de cada uno de los centros ,en las características particulares de cada uno de ellos y en los modelos de actuación de cada uno de los centros, responsabilidad ésta de los profesionales que van a centrar su actuación en la salud de la mujer: médicos de atención primaria, matronas y ginecólogos.

Opino que es de vital importancia consensuar las actuaciones no ya en la teoría, sino en la práctica dentro del contexto en el que se desarrolla nuestra actividad profesional con los medios disponibles, con el tipo de población a la que se atiende , con la dispersión de cada zona, diferenciando si estamos en un hospital primario o tenemos una unidad de diagnóstico prenatal, UVI de atención pediátrica, UVI de adultos.....etc, eso es lo que habrá que definir, todos los modelos son adaptables a las características del área sanitaria , sin olvidar que a las mujeres hay que ofrecerles la realidad no la probabilidad, repito: es imprescindible ofrecer toda la información a la mujer para que esta pueda ejercer su derecho de autonomía y ejercer su derecho a la libre elección en el periodo de su embarazo.

La conclusión a esta exposición es:

PARA QUE NO HAYA CONFLICTOS, PARA QUE NUESTROS INTERESES QUEDEN EN UNA SEGUNDA LINEA, HAY QUE BUSCAR UN MODELO CENTRADO EN LA MUJER, BASADO EN EL CONOCIMIENTO, DIRIGIDO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y CON PROTOCOLOS ADAPTADOS A CADA UNA DE LAS ÁREAS DE TRABAJO.

EL TECHO DE CRISTAL DE LAS MATRONAS. VISION JURIDICA DE LA RELACION CON LOS MEDICOS RESIDENTES.

Ponente: D. Juan Sisó Martín*

**Doctor en derecho. Profesor de Derecho Sanitario. Subdirector General del defensor del Paciente de la CAAM.*

Voy a hablarles de los límites competenciales entre las matronas y el resto del equipo multidisciplinar en la asistencia de la mujer embarazada, para poner en escena al final médicos residentes.

Nietzsche dejó dicho *“que el hombre y la mujer rara vez quieren la misma cosa y cuando así sucede lo quieren de distinta manera- y añadía- y por eso a lo largo de la historia no cesan de mal entenderse.”* Les aseguro que Nietzsche no estaba pensando en las matronas ni en los facultativos al enunciar esta sentencia aunque sea extrapolable en muchísimas ocasiones.

Me encargaron esta intervención en la que yo hablase sobre los conflictos de intereses, conflictos competenciales entre estos colectivos profesionales y como en el circo, en un jalehop!, o lo que es lo mismo, llegando al “más difícil todavía” con redoble de tambor de fondo, me pidieron que incluyera en escena a los médicos residentes y lo voy a hacer como digo, al final de la intervención.

Las matronas saben lo que hacen, en su profesión tienen un desempeño cotidiano, claro, relacionado con otras profesiones y conocen sus cometidos -como digo, pero no será porque la ley se lo facilite, porque las normas lo digan con claridad y es que sucede que las normas muchas veces son inconcretas, muchas veces no dan pautas de actuación a los profesionales para el ejercicio de su trabajo y no digo que esta inconcreción sea buscada por el legislador, por el poder ejecutivo cuando redacta las normas. pero sí que digo que esto propicia un margen de maniobra notable a políticos y gestores,, dicho esto, voy a darles un paseo por la normativa que rige la profesión de las matronas y los distintos modos en que es vista desde las diferentes normas que hay en el espacio jurídico español.

Las normas de aplicación que tenemos ahora mismo son las siguientes: (DIAP.2)

El primitivo Estatuto de 1973, pre-constitucional y derogado no totalmente, subsiste en alguna parte por la disposición derogatoria del Estatuto Marco, el Código deontológico de Enfermería de 1989, la Directiva Comunitaria de 1989 como más significativa entre otras, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la ley 55/2003 este Estatuto Marco recién mencionado; estas tres últimas normas, esta triada legislativa del gobierno anterior fue terminada deprisa y corriendo para cumplir un compromiso político y quedaron tan incompletas, fragmentadas e inconexas entre sí que a muchos juristas que dedicamos nuestro estudio y trabajo al campo de la sanidad nos han dejado totalmente insatisfechos. Por último por los protocolos como norma concreta del trabajo y el ejercicio diario.

No hay tiempo para detenernos en todas, sólo me referiré a alguna para centrarme finalmente en los protocolos, mejor dicho, en un protocolo que voy a tener ocasión de mostrar.

El Código Deontológico de la Enfermería establece la aplicabilidad a todas las variantes de la profesión de Enfermería de una serie de parámetros que voy a recoger, fíjense que dice a todas las profesiones de Enfermería, esto marca ya un principio de dificultad de la aplicación; la decisión que toma la matrona, centrándonos en lo que aquí estamos dilucidando, hace responsable a esta misma de lo que estima oportuno llevar a cabo en un momento determinado, hay otras veces que actúa bajo el ejercicio de funciones debidas en el asunto que es de su competencia y si no es de su competencia, no puede en detrimento del cumplimiento de sus propias funciones. Siempre los juristas tenemos la tentación, cuando vemos una norma de valorarla y de pensar que es lo que haríamos nosotros con la letra de esa norma, yo, créanme suprimiría “en detrimento de las propias funciones” creo que es suficiente la formulación con que comienza el artículo:

“La enfermera no debe de aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia” con independencia de que vaya en detrimento de su propia función o no, la responsabilidad surge con independencia de esto. Continúa el Código Deontológico estableciendo que las relaciones de las enfermeras con sus colegas, con el conjunto de los profesionales del equipo deben estar centradas en el respeto mutuo de personas, cometidos etc. Aquí en vez de quitar, yo le añadiría algo “y deben estar presididas por el principio de confianza”, esto es importantísimo, los dos principios básicos de cualquier profesión sanitaria son el principio de división del trabajo y el principio de confianza. El primero de ellos, motivado por la distribución de funciones derivada de la complejidad técnica y el principio de confianza, por la necesaria dependencia que tiene un profesional respecto de los demás en el ejercicio de la práctica profesional, esto es la vida misma; cuando yo venía ayer por la carretera sale un coche en un stop, bajo el principio de confianza, yo entiendo que en cumplimiento de la obligación, el conductor no debe salir a la carretera cuando yo vaya a pasar, pero de inmediato tengo que tomar una determinación porque veo que sí va a salir, es decir, este principio impregna el conjunto de nuestras actua-

ciones en la vida, pensar que los demás van a actuar siempre conforme deben de hacerlo y nosotros seguir nuestra actuación sin tomar decisiones extraordinarias, pero cuando los demás no cumplen con aquello que deben hacer en un momento determinado tenemos que adoptar estas decisiones extraordinarias.

Y por último, otro artículo que me parece destacable, es aquel que recoge la obligación de respeto de la enfermera, la matrona en este caso, de las respectivas áreas de competencia de los demás.

Fíjense lo que en estos cuatro artículos se recoge: ni más ni menos, en el primero de ellos se recoge el ejercicio de funciones autónomas, en el segundo se recoge lo que es el ejercicio de funciones delegadas, luego el principio de trabajo en equipo y por último el principio de las competencias profesionales bajo el principio de confianza. Esto es bastante incompleto todavía, vamos a ir centrando más a medida que vaya avanzando en la exposición .

La Directiva ya ha sido mencionada antes, me parece que la redacción de este epígrafe general de la directiva *“ los estados miembros garantizaran que las matronas estarán facultadas.....etc”* parece más una formulación curricular de un aprendizaje que una formulación para el ejercicio de capacitación profesional y les muestro una serie de actuaciones , de cometidos de las matronas en su ejercicio profesional, define bastante bien, y por tanto , ya vamos aproximándonos bastante con esta directiva al ejercicio, a lo que es la cotidianeidad del trabajo de una matrona en el medio sanitario.

Una vez que hemos visto qué hay en la directiva comunitaria pasamos a la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, ley 44/2003 de la que he extraído el artículo 9, algunas visiones del art 9. un artículo capital , clave en esta ley que dice *“una atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria”*, la importancia del trabajo en equipo una vez más, pero además, *“evita el fraccionamiento de la actividad de los profesionales en distintas profesiones”*, un todo coherente, una máquina engrasada con distintos engranajes que pretenden el mismo propósito. Una formulación muy interesante que recoge este art 9 es la consideración del equipo profesional como la unidad básica de actuación, la consideración de que articula su trabajo jerárquica o colegiadamente bajo la consideración de los principios de competencia, conocimientos y titulación. Esta misma ley recoge dos postulados o formulaciones de mucho interés: *“dentro del equipo de trabajo es posible la delegación de actuaciones*, pero fíjense que lo relativiza, diciendo *” siempre y cuando estén previamente establecidas las condiciones”* esto es clave siempre y cuando estén previamente establecidas las condiciones, es decir puede haber una delegación de funciones pero debe de haberse establecido el cuándo, cómo y el por quien ¿ Como se hace esto? pues evidentemente a través de los protocolos.

“Es condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación” , y omite algo muy importante: la capacidad de quien delega, nadie da lo que no tiene, evidentemente esto, debería haber sido incluido en el artículo- si me permiten esta reflexión.

Como he dicho antes, son los protocolos la herramienta, el instrumento que establecen cuales son las vías, las formas de actuación de los profesionales sanitarios en el caso concreto. De todos los documentos que he revisado para sacar conclusiones y extraer algo para presentarles, me pareció muy interesante un documento del Hospital “Marqués de Valdecilla llamado Vía Clínica del parto Eutócico. Este documento tiene unas aportaciones interesantísimas puesto que recoge todas las profesiones y todos los cometidos que se desarrollan en el entorno, no solo del hecho fisiológico del parto, sino de todo aquello que antecede y precede a este hecho, desde que la mujer entra en el hospital en la admisión hasta que es dada de alta. Recoge aspectos no solamente los tradicionales , los puramente asistenciales, sino aspectos emocionales y sociales, así respecto de la madre y del hijo establece distintas formulaciones, la importancia evidente de mantener el vínculo entre ellos, disminuir también el tiempo de separación entre ambos, el derecho a que la madre en este hecho natural y fisiológico este acompañada. la importancia de mantener la lactancia desde el mismo momento del nacimiento de la criatura y el traslado de madre y neonato ambos juntos a planta en el puerperio para mantener ese vínculo esa comunicación. Un objetivo que establece, todavía no conseguido y de interés muy relevante en el sentido de humanización del proceso del parto , es el de permitir a la mujer estar en la sala de dilatación junto con la familia en este hecho natural del parto.

Este protocolo se divide en tres grandes fases, se lo extracto mucho porque es un protocolo de cerca de 100 páginas: recoge el ingreso, parto y puerperio y estructura de una forma bastante clara cuales son los cometidos, las funciones de cada profesional:

En la admisión ordinaria o de urgencia para la atención a la persona, determina cuales son las funciones desde el personal administrativo hasta los celadores . En la admisión en el área de partos enumera los diferentes cometidos de la matrona, fíjense en eso que es parte de su quehacer diario como la acogida y registro, la revisión de la cartilla maternal, en si todas estas atenciones primeras de acogida, de recepción de la madre cuando entra en el centro sanitario.

Cuando se inicia el parto, el traslado a la sala de dilatación y el aviso al facultativo en su caso por si hubiera alguna necesidad de este tipo de atención o el traslado al parto y aquí aparece ya en este momento el obstetra, otra profesión distinta la de los obstetras a quienes se les asigna la función de valorar las situaciones, alteraciones patológicas que pueda presentar la madre y valorar las visitas posteriores que sean necesarias llevar a cabo. Llegamos a la fase del parto y aquí a las matro-

nas les asigna estas funciones:

Realizar el CTG, Toma de constantes vitales, registro de dinámica uterina etc. y el paso a la sala de partos en función al desarrollo de los acontecimientos.

La fase siguiente, la fase de dilatación de parto, tiene también distintas sub-fases que recoge el documento, dilatación en los partos y funciones de las matronas, las funciones documentales como abrir el partograma, la hoja clínica y funciones fácticas, realizar a cabo las pruebas de coagulación, colaborar con el anestesta etc. y nuevamente aparece en escena el obstetra con los cometidos de su especialidad y competencia profesional: explorar y revisar a la parturienta, llevar a cabo la profilaxis antibiótica, información facultativa etc. Cuando llega la fase de expulsivo, en el propio paritorio, las matronas tienen una doble atención: al parto y a la criatura, estas funciones se dividen de la siguiente manera, por un lado las asignadas al momento del parto: la atención misma al parto, monitorización, episiotomía y en el caso de la atención al recién nacido, la valoración y atención de éste, realizar los test que sean procedentes, realizar el secado, los cuidados de la pinza, identificación, historia etc. Una vez terminado este periodo, en el posparto a las matronas se les asignan las funciones concretas de recepción y valoración, traslado a planta, vigilar al RN, aquí aparece nuevamente la figura del obstetra con los cometidos de valoración de incidencias, en atención al sentido de superior cualificación sanitaria en el caso de que haya incidencias o problemas.

Y por último, en el periodo del puerperio, la atención a la madre trae a un nuevo personaje a escena y es la enfermera, esta enfermera que tiene como misión el control y las atenciones generales, información incluida a la parturienta a la ya madre de la criatura, y el solicitar la valoración obstétrica si ello fuera necesario. En cuanto al obstetra, sus funciones ya, una vez nacida la criatura, son la información general sobre un posible alta, seguimiento clínico, emisión del informe de alta si fuera procedente y en el caso de la atención al RN que ya le tenemos presente, la enfermera lleva a cabo la valoración y control de las ctes. pasar la visita con el neonatólogo, funciones concretas, no ya de la matrona sino de la enfermera y el neonatólogo que aun no había aparecido en este escenario clínico pero que ya, por el hecho del nacimiento tiene como cometidos la exploración y elaboración de la historia clínica en los periodos de 6 y 12 horas, llevar a cabo si fuera necesario las pruebas complementarias y emitir el alta con sus criterios correspondientes.

De todo esto podemos extraer alguna conclusión y es ¿qué hacen en un parto eutócico, puesto que, precisamente, el documento es la Vía Clínica del parto Eutócico, las matronas aquí a parte de atender, de intervenir con sus funciones ordinarias?

Este protocolo recoge que tienen funciones relacionadas con los trabajadores sociales, en cuanto que les han de comunicar signos de alarma en la mujer que ingresa por ejemplo esa mujer que al ingreso presenta signos de haber sido golpeada, esa persona que obliga al profesional sanitario conforme a la ley de enjuiciamiento a denunciar situaciones de un posible delito; también debe informar sobre el acompañamiento si es posible este acompañamiento porque la situación clínica lo permite y cuáles son las condiciones de ese acompañamiento, avisar en su caso al obstetra en los casos en que así sea procedente, el derivar el proceso desde el pre-parto si hay una causa suficiente, avisar al neonatólogo si hay algún problema concreto en el periodo expulsivo y el valorar junto con la enfermera, a la que hemos introducido antes en la escena, a valorar al RN.

Pues bien una vez visto cual es un documento concreto de aplicación de la profesión de matrona en un centro sanitario, a la luz de este protocolo, nos cabe el hacernos algunas preguntas, antes de dejarlas perfiladas quiero hacer alguna mención concreta.

Los médicos residentes son médicos pero todavía no son especialistas ¿quiero ello decir que pueden asumir funciones propias de un especialista titulado? evidentemente no, pero sin embargo sí que son facultativos y pueden tomar decisiones propias de un facultativo, esto tiene unos límites fronterizos y no siempre bien definidos; el hecho claro es que los médicos residentes que no pueden hacer en absoluto algunas cosas porque todavía no son especialistas, los médicos residentes, personal facultativo en formación, sí pueden hacer algunas otras cosas pero que tienen que hacerlas tutelados y hay otras cosas, por último, que pueden y deben hacer sin tutela, esta triada, este trípode sobre el que asentamos las competencias de los médicos residentes, es importantísimo definirlo y no es siempre fácil; las matronas a su vez tienen unas competencias prohibidas que no pueden hacer en absoluto porque corresponden a otras profesiones, hay algunas cosas que pueden hacer por delegación y hay otras cosas que pueden hacer por competencia propia, deslindar estas tres cosas es la dificultad para llevar a cabo la definición del ejercicio profesional de estas dos categorías profesionales y como siempre las preguntas nos asaltan.

Quiero recoger dos preguntas para concluir:

La primera pregunta es evidentemente el por qué no se entienden personas que trabajan en un mismo equipo y que llevan a cabo su trabajo en el mismo lugar y tiempo, en la misma ocupación y evidentemente con el mismo propósito. Y por último es sabido de todos que el profesional sanitario en formación fija más la atención en el parto distócico que en el eutócico, la pregunta es ¿ por qué los médicos residentes no se entrenan y aprenden mas del parto eutócico y se centran en el distócico?

Pues bien, quiero concluir buscando la respuesta a estas preguntas que no es fácil, vamos a tratar entre todos de encontrarlas, pensaremos que, como decía Dylan : *"la respuesta amigo, está en el viento"*.

Yo quiero hacer una reflexión a la intervención que hizo la Doctora Thompson esta mañana, intervención fuertemente humanista y humanizada y que me trajo algunas reflexiones importantes. Evidentemente es altamente relevante la presencia en el mundo sanitario, concretamente en el terreno de la obstetricia, del trabajo de las matronas, de la mujer y del niño ellas son el presente y el futuro respectivamente en nuestro mundo actual. Es sabido que el grado de evolución de una sociedad se mide por el papel que en esa sociedad desempeña la mujer, no tenemos que llevar la vista tan lejos como a Arabia Saudita o a algunos sitios donde las mujeres tienen que acudir a la universidad o al mercado acompañadas por su esposo porque no pueden salir solas , aquí en España hasta hace tan solo 30 años, poco más, hasta la última reforma del código civil de 1975, una señora no podía, por ejemplo, abrir una cuenta en un banco sin el consentimiento de su marido, no podía comprar una lavadora sin el consentimiento de su marido, no estamos tan lejos, estamos pensando que Arabia Saudita es la Edad media sin embargo, aquí hemos tenido límites muy poco evolucionados hasta no hace demasiado tiempo.

Entre todos tenemos que luchar para procurar que vayan perdiendo vigencia aquellas palabras, terribles palabras de Lennon que decía que *"la mujer es el negro del mundo"*.

La esencialidad del trabajo de ustedes es velar por la salud de las mujeres y la salud, es un presupuesto imprescindible para la dignidad de las personas.

Gracias por su trabajo de siempre y por su atención

CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR ¿UNEUFEMISMO?

Ponente: D. Tristan Martínez Marquínez*

**Director General de Trabajo de la Consejería de Industria, Trabajo y Desarrollo Tecnológico de Cantabria. Licenciado en Derecho. Colaborador de la Universidad de Cantabria. Experto en Riesgos laborales.*

Al acercarme al término “matrona” he ido al diccionario para encontrar la definición aunque tenía conocimientos de actividades y funciones, por la proximidad que me da el tener una hermana que es matrona. El diccionario dice que es un término femenino y la define como “*mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas*”.

Rápidamente, llamo a mi hermana y le digo: “¿Hay matronos? y ella me contesta: “pocos, pero los hay.

A mi juicio, lo primero que se me ocurre deciros, es que tendríais que empezar por hacer algún tipo de gestión para que el término de matrona se abordara en clave de género matrona-matrono, o se entendiera que matrona también es masculino.

El segundo tema y objeto de la ponencia: “**conciliación entre**” supone algo de litigio o problema. Hay otras palabras sinónimas que sin duda tendrían un carácter menos mal sonante o de fuerza para llevar a cabo estos dos ensamblajes de vidas tan dispares como puede ser la vida familiar y la vida laboral, aunque la laboral es parte de la familiar y la familiar es la personal y la personal desarrolla al individuo a través de la profesión..., en fin, un debate que cualquiera de vosotros y yo mismo, podemos resolver “fácilmente”.

Tercera parte del título “**eufemismo**”: “manifestación suave o decorosa de ideas cuya recta y franca expresión sería dura y malsonante”.

La elección del título de la ponencia confieso que no fue elección mía, sin embargo me pareció interesante cuando se nombró el “eufemismo”, pues es probable que si principalmente son las mujeres las que hablan del término “conciliación”, se les ocurran expresiones duras y malsonantes, en este caso sobre el comportamiento de los varones.

Pero esta es la realidad que vivimos..., la que, intentando evitar cualquier valoración personal, trataré de aportados según cifras y datos referidos a Cantabria, comunidad pequeña, pero reflejo de nuestra realidad de comunidad autónoma; algunos de cuyos datos estadísticos, pueden ser extrapolables a otras comunidades.

¿Cuáles son los aspectos a conciliar? :

Matrona

Mujer / Trabajo

Vida laboral / Vida familiar.

1. Mujer y trabajo. En relación al binomio mujer-trabajo os presento una serie de datos estadísticos que demostraran una serie de cuestiones:

Una cosa es el trabajo o la ilusión por trabajar, otra, la realidad del trabajo con los aspectos más duros del trabajo como pueden ser desempleo, siniestralidad laboral y, reivindicaciones al margen, las mujeres trabajadoras forman un colectivo que ha sido discriminado como otros colectivos sociales en la historia de España, en la historia mundial y en la historia del trabajo que, como ahora entendemos, se remonta a principios del siglo XVIII.

Sin embargo, en los últimos años está teniendo una pujanza que ha conllevado que determinadas tasas por las que se mide la incorporación de la mujer al empleo, hayan cambiado y propiciado que la sociedad española haya experimentado una evolución vertiginosa, surgiendo nuevas pautas de comportamiento en la vida social, nuevas crisis de valores a raíz también del fenómeno de la incorporación de la mujer al trabajo sin que haya que atribuirle un efecto negativo a estas crisis sino, más bien, reconocer que del empuje que ejerce la crisis, consecuencia del mismo, es el cambio que se produce.

2. Seré muy escueto respecto de los temas jurídicos que voy a abordar porque ya he visto que en la mesa hay una ponente del ámbito judicial que sin duda será más conocedora que yo por encontrarse dentro de la realidad social y jurídica de la normativa que regula las condiciones de trabajo de mujeres y hombres :

Ya en el año 1976, en la entonces Comunidad Económica Europea, se trabajó sobre el tema de igualdad entre hombres y mujeres. A partir del año 2002-04 señalaros que lo que he encontrado de las directivas comunitarias hace referencia tan solo a la potenciación del libre tránsito de trabajadores (mujeres y hombres).

Cuando la Unión Europea se llamaba “Mercado Común” tenía, quizás, un carácter más social que el que está teniendo

social que el que está teniendo actualmente la “Unión Europea”, aún a pesar de ser denominado con ese término monetarista de mercado. Mercado de mercancías, de capitales y de personas; últimamente los intentos de las normativas europeas van siempre hacia el libre tránsito de personas, mercancías y capitales.

Y aquí sí hago una valoración personal y es que, si bien con tan sólo accionar una tecla puedes mandar capitales a lo largo y ancho de la Unión Europea, no resulta igual de sencillo movilizar personas, grupos, culturas y parece ser que, en ocasiones, la Unión Europea trata de la misma manera a las mercancías a las monedas, los valores y a las personas.

En España está vigente el Estatuto de los Trabajadores con las incorporaciones a través de las leyes posteriores como la ley 39/99 sobre Conciliación de la vida de las personas trabajadoras, que supuso: una significativa evolución de los contenidos del Estatuto de los Trabajadores del año 1980, una modificación de las leyes de Seguridad Social, de la Inspección de trabajo, de la ley de infracciones y sanciones, y de la Ley de Procedimiento Laboral que ha recogido temas específicos como el caso del despido nulo de mujeres embarazadas y lo que, últimamente resulta más importante y en estos momentos tiene el rango de anteproyecto de ley orgánica, que es el Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre hombres y mujeres de la que haremos unas breves referencias.

Este Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad tiene un contenido que excede lo que es el ámbito laboral. Si vamos a su título IV éste recoge derechos básicos en el ámbito laboral a desarrollar por normas posteriores.

En el Art.37 , uno de los cuatro en que se divide el título IV, pareciera que la ley responde más a lo que es un convenio colectivo que a una Ley Orgánica , opinión que creo podríais suscribir los presentes que trabajáis en el mundo de la negociación colectiva tanto de instituciones públicas como privadas.

Para cualquiera que proceda del ámbito de lo jurídico, las leyes son algo muy especial. Sobre todo una Ley Orgánica, que requiere la aprobación por determinadas mayorías parlamentarias , un determinado y específico proceso de elaboración...

Y lo que recoge esta Ley es una serie de principios, unos principios a desarrollar, con un grave inconveniente y es que está dando rango de Ley Orgánica a algo que probablemente al poder político le gustaría haber concretado más, pero que, de hecho en estos momentos no es posible llevar a cabo... Y el otorgarle rango de Ley Orgánica significa que las modificaciones posteriores que se hagan a lo que hoy dice la ley tendrán que tener igualmente rango de Ley Orgánica con lo cual, intentando legislar potentemente en el ámbito de la igualdad, pero sin haberle dado un contenido material concreto, se está elevando procedimentalmente mucho la siguiente modificación futura que ya concrete el contenido material de lo que hoy en día queda un tanto vacío de contenido.

Leo algunos párrafos:

“Las políticas de empleo tendrán como uno de sus objetivos prioritarios aumentar la participación... Los programas de inserción laboral activa se podrán desarrollar de acuerdo con lo establecido legalmente... Los derechos de conciliación se reconocerán a los trabajadores... las empresas están obligadas a respetar la igualdad de trato”..., cuestión que no es nada novedosa pues, desde la Constitución Española, las empresas deberán elaborar y aplicar un plan de igualdad cuando así se establezca en el convenio colectivo. “...Las empresas también elaborarán y aplicarán un plan de igualdad, previa negociación o consulta...”

Y ¿ qué pasa cuando se negocia y no se consigue ningún resultado, o cuando se intenta mediante la representación legal de los trabajadores y trabajadoras frente a las empresas llevar a cabo todos estos contenidos y plasmarlos realmente en un documento único? Pues que no hay obligación de resultado final, pero como la sociedad avanza , algún día se requerirá que estas exigencias se satisfagan y cuando eso suceda habrá que tramitar una ley Orgánica ya que el Estatuto de los Trabajadores no tiene este rango aunque en muchos de sus aspectos , sea mucho más progresista de lo que es esta propia Ley Orgánica, generada con algunas prisas, y permítanme la expresión, “las prisas solo son buenas para los malos toreros”.

A mi juicio, un legislador no debe jamás tener prisas a lo hora de legislar, no puede encomendar todo a un desarrollo posterior, no pueden ser meros principios programáticos. Una Ley Orgánica sigue siendo ley y tiene que ser aplicable desde el primer día.

Luego la Ley también habla de distintivos en materia de igualdad, cuestión muy en boga actualmente; les pondré el ejemplo al respecto del Gobierno de Cantabria en el que hemos elaborado un proyecto de prevención de accidentes que también damos su distintivo y sería necesario regular el tema de los distintivos. No puede ser que un sobre circule con tres distintivos o cuatro: en materia de igualdad, de responsabilidad corporativa, de prevención de riesgos laborales , de certificados ISO...,

Esto son algunos de los aspectos críticos de la futura Ley de igualdad en lo referente al ámbito de empleo y relaciones laborales.

Seguidamente haremos un acercamiento a la cuestión del empleo, para lo que irremediabilmente, habré de utilizar ciertos tecnicismos que intentaré hacer suficientemente inteligibles.

Las estadísticas que mejor revelan lo que es la ilusión de la gente por trabajar no son las de tasas de empleo, de desempleo, de paro o la encuesta de población activa. A mi entender, lo que mejor lo refleja es la tasa de actividad, que tiene en cuenta exclusivamente a las personas que, o bien trabajan o están en desempleo, pero inscritas en las listas de desempleo. El denominador de la fórmula de esta tasa es la población total mayor de 16 años, es decir, en edad de trabajar. Esto supone que la gente que está incluida en esta tasa de actividad tiene ilusión por trabajar, desea trabajar, el hecho de inscribirse en las listas de desempleo indica una presunción de que tienen ganas de trabajar.

La tasa de actividad de Cantabria, en concreto y de España, en general, frente a la de la Unión Europea, aún a día de hoy, no han alcanzado la cota del 65% para la actividad femenina que se estipuló en la Cumbre de Lisboa (2000)

El dato que mejor refleja cual es la situación laboral de las personas de un país es la tasa de actividad que, últimamente está experimentando un incremento; el cálculo de este dato se hace en base a la relación que existe entre la población activa en edad legal de trabajar (a partir de 16 años) y la población total en esa edad.

El resto de población no incluida en este 46% -en España la media es del 57,5 % pueden estar estudiando, tener una invalidez y no trabajar, o pueden trabajar en una economía sumergida, por eso el dato de empleo no es muy relevante.

Cuando se habla de datos de empleo fijos lo importante que es trabajar sobre la tasa de actividad, es decir remover a la gente de sus casas, de sus hogares diciendo "vamos a hacer que trabajen". Pero esto que supone un incremento de la tasa de actividad -un dato positivo- también produce directamente un incremento de la tasa de paro, -dato negativo-. Políticamente se puede defender muy fácilmente que se incrementa la tasa de actividad, pero lo reconocido por la sociedad es la tasa de empleo y la tasa de paro y, en ese caso, hay ciertas contraposiciones entre lo que es querido por todos y lo visible, lo que la sociedad percibe.

Los activos por edad y sexo, activos son todos (mujeres y hombres) los empleados más los parados.

Existen diferencias muy significativas:

-a la edad de 16 y 24 años en el mercado laboral un 51% de los hombres frente a un 42% de las mujeres.

-el porcentaje más alto en el grupo de mujeres se alcanza de los 25 a los 34 años con el 80%, a partir del cual se inicia un lento declinar; obviamente si entre los 25 a los 34 años no es el periodo en el que el empleo es de mayor calidad, eso será lo que le corresponda a la mujer, mientras el empleo de los hombres se mantiene en el 91% hasta los 54 años, iniciándose un lento declinar a partir de los mayores de 54 años.

Ese acercamiento del 25 al 12 % y no mantenimiento en esta línea se debe más que nada a la reconversión brutal que ha habido en España en los últimos años en determinados sectores, porque si no los activos varones estarían en porcentajes mucho mayores. Aquí se equiparan a la mujer por eso.

Los activos según estudios: las mujeres universitarias tienen porcentajes de inclusión en el mercado laboral similares a los hombres, 79%-83% pero en función de una menor formación, decae notablemente: un 15-36% para estudios primarios, 45-73% para estudios medios y 69-87% para formación profesional

Los activos según estado civil; sin duda, la actividad de mercado va en función a las necesidades, de ahí que las mujeres separadas y solteras casi alcanzan porcentajes similares a los de los hombres, casadas 41%, varones 65%, separadas 79-76%, solteras 59% y viudas lo mismo que los hombres 11%. Un dato objetivo que da muestra de la realidad de las necesidades es el referente a las viudas con derecho a pensión, en este caso tiende a equilibrarse.

La tasa de empleo, los porcentajes a resultados de la tasa de actividad son similares.

Y aquí lo más negativo, lo palpable por la sociedad.

Mientras en España la media nacional de paro en el 2005 era de 9,16%, correspondiendo un 7,05% al empleo de varones y un 12,17% al de mujeres, Cantabria, ofrece mejores datos, cerca casi del pleno empleo teórico de varones 6,16% y 11,94% para mujeres.

Aunque éste sea el dato más palpable, no es el dato ni más objetivo ni más técnico, por ejemplo, se puede dar la circunstancia de tener una tasa de paro bajo, con niveles de empleo bajo y con muy poca ilusión por trabajar en apariencia. Lo cierto es que la gente no se inscribe en las listas de desempleo porque piensa que los servicios públicos de empleo, los centros colaboradores de inserción laboral no van a conseguir el empleo, esto significa que al no estar inscritos no cuentan en el cómputo y obtener una tasa de desempleo baja por ello, pero a la vez haber muy poco trabajo, muy poca dinámica de mercado laboral, poca agilidad de las contrataciones, que pudiera avocar en función a los resultados ficticios a desarrollar una política de empleo totalmente ineficaz.

En la evolución del paro desde 2003 hasta 2005 se ha producido una disminución progresiva y similar tanto en Cantabria como en España en general. Van paralelas, no existe convergencia real en tasa de paro aunque en afiliación a la SS la

convergencia es mayor.

Lo peor del empleo obviamente son los datos de siniestralidad laboral, en este apartado, los datos recogidos no sólo en esta gráfica que les muestro, sino como resultado de estudios más concienzudos y actualizados en el ámbito de trabajo (Véase 6ª Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, 1ª Encuesta de Condiciones de trabajo en Cantabria) demuestran que las mujeres se accidentan menos en el puesto de trabajo, aunque no podemos olvidar que el trabajo no es el mismo el de unos que el de otras.

En España y Cantabria los datos son muy similares, los datos en cuanto a accidentes mortales, al menos en Cantabria, no son para sacar datos estadísticos porque son muy pocos entre 15-25 al año y no, el año pasado no se ha registrado fallecimiento alguno de ninguna mujer por accidente de trabajo, realmente estos buenos resultados no podemos atribuirlos a una política específica en materia de siniestralidad mortal referida a las mujeres, que ciertamente no tenemos, pero es comprobable el que teniendo la mujer una presencia en el mercado laboral del 40% que del total de los accidentes sólo sufra el 20,4% es significativo, aún admitiendo que –probablemente los trabajos de mayor riesgo, sean efectuados por varones, sin embargo, estamos hablando de la siniestralidad total en la que se incluyen los accidentes leves potencialmente más frecuentes en proporción directa con una menor calidad del empleo, terreno éste en el que mayoritariamente se mueve la mujer y la evidencia es que las mujeres sufren menos siniestralidad que los varones.

Afiliaciones a la Seguridad Social.

En España tenemos varios regímenes de cotización a la Seguridad Social, desde el régimen general que incluye a la mayoría de los trabajadores, hasta regímenes especiales como: minería, pesca, empleados domésticos, autónomos etc.

El número total de inscritos es de 18.156.000 de los cuales, 41,20% son mujeres, y 51,79% hombres, porcentajes que se mantienen más o menos similares en cuanto al régimen general, no tanto en el régimen de autónomos en el que la presencia de mujeres es mayor.

En este apartado de afiliaciones a la Seguridad Social es donde mayor convergencia se observa entre hombres y mujeres; desde el año 2.000 a 2.005, es palpable que las altas de afiliados (DIAP.15) inician un proceso de convergencia que supone un incremento de más de tres puntos en las mujeres para acercarse a ese 50% hipotético de convergencia, como consecuencia de un mayor peso de la mujer en el ámbito laboral y un descenso del hombre que no supone necesariamente un descenso de afiliaciones porque lo evidente es que el porcentaje se ha incrementado, pero crece más en empleos y regímenes de autónomos donde el empleo puede no ser de tanta calidad.

Tipos de Contrato.

No disponemos de los datos nacionales del 2005, sin embargo les muestro los datos referidos a Cantabria, que están perfectamente actualizados, en relación con los contratos indefinidos que supusieron en esta autonomía 4.032, un 2,27%.

Ciertamente que Cantabria tiene una calidad de empleo notable como lo califica un reciente estudio de la Universidad de Barcelona que lo situaba en el 4º-5º puesto de la clasificación nacional en cuanto a calidad de empleo.

El dato terrible lo ofrece la contratación por obra o servicio o por circunstancias de la producción, de estos hay aquí un dato que se debe tener en cuenta y es que existe en las estadísticas lo que se llama un **“fondo de charco”** que no conseguimos que salga de este estadio de contratación temporal y reiteradamente, a lo largo del año, vuelve a la contratación temporal.

Tenemos 91.600 contratos/año de este tipo y de la totalidad de las personas que están en esta bolsa, solo conseguimos anualmente que un 2,27% de el salto a la contratación indefinida, lo que se traduce en que, si bien no todas, sí hay una parte importante de ellas que reiteradamente están sometidos a esa dinámica de contrato eventual y no se consigue que salgan de esa situación.

La ley de Reforma Laboral pactada por los agentes sociales con la Administración del Estado recientemente viene a poner ciertos límites a este “fondo de charco” estableciendo que a las personas que lleven en la bolsa de contratación por obra o servicio por circunstancias de producción 24 meses en los últimos 30, automáticamente se les tiene que iniciar el proceso de conversión de su contrato temporal en indefinido al entenderse inexistente ya la causa de temporalidad que justificaba contrato.

Se entiende que una causa justificativa de contratos temporales, no puede mantenerse 24 meses continuos o de forma discontinua en un período de treinta meses. Eso esconde una necesidad objetiva y permanente de la empresa y tiene que pasar a una contratación indefinida.

Contratos de Interinidad y otros, habría que sumarlos a los contratos temporales aunque sobre las interinidades sí que existe más control por parte de la Administración, fundamentalmente por el derecho de reserva de puesto de trabajo por

la persona sustituida y, por tanto, se tienen datos fidedignos al respecto. El total de los contratos de jornada, esta es la grafica de la totalidad, tiempo completo, tiempo parcial, los hombres -80.000- muy por encima de las mujeres. En cuanto a los de tiempo parcial son las mujeres las que están por encima de los hombres -el 33%- de toda la contratación a tiempo parcial es realizada por mujeres.

Ocupación por sectores.

En datos referidos a Cantabria, según el sexo, en agricultura tenemos una presencia de 5% mientras la media es 6% , en la industria 23% varones 1% mujeres, construcción un 20% varones, 1% mujeres y, aprovechando la “buena calidad” de empleo en el sector servicios destaca la altísima cifra de mujeres trabajadoras adscritas a este sector servicios , 85% frente a la de los hombres 50%, aunque es preciso puntualizar que el sector servicios de los hombres es distinto al de las mujeres, al menos en Cantabria, suele englobar empresa auxiliar, sectores de automoción, componentes donde existe una realidad laboral bastante más controlada y con mayor representación sindical que en lo que se refiere al de las mujeres (mayoritariamente hostelería, limpieza...).

El peso específico que está tomando el sector servicios, creo que de una manera semejante en Cantabria como en el resto de España a nosotros nos ha llevado este año a poner en marcha un estudio para ver qué hay detrás del sector servicios, a qué tipo de población ocupa, qué condiciones laborales hay, qué sectores incluye no siempre fácil de saber ya que la denominación servicios es tan amplia que empresas bajo esa denominación pueden ofrecer un gran número de ramas distintas de actividad.

Pirámide Población desde el año 91-92 con su evolución.- (ver película).

He escogido esta foto tan inusual como sorprendente para enmarcar mi reflexión conclusión al finalizar esta ponencia: Saliendo del mismo tocón un haya y un roble, hecho difícil de encontrar que demuestra que siendo dos realidades distintas, como también lo somos varones y mujeres, la propia naturaleza nos sirve de ejemplo. Se puede tener una realidad conjunta pero somos complementarios no somos iguales; la realidad que os he mostrado es que no existe igualdad, a lo mejor existe complementariedad y sea esta la que explique que la unión de estos dos potencie la fuerza y el vigor de ambos frente a los que crecen individualmente.

Muchas Gracias.

PLANES DE PARTO. LEY DE AUTONOMIA DEL PACIENTE.

Ponente: Dña. Rosario Fernández Hevia*.

**Decana de los Juzgados de Gijón. Jueza del Tribunal de lo Penal Nº 2 de Gijón. Miembro de la Asociación de Mujeres Juristas "Themis" y de la Asociación "Mujeres para la Democracia".*

Confieso que , por mi labor, no he tenido ningún contacto con el derecho sanitario salvo de forma muy tangencial ,así que cuando se me hizo la propuesta de participar en este Congreso hablando de esta tema , me sonaba muy distante, sin embargo , adquirí el compromiso de estudiarlo y reconozco que ha supuesto un enriquecimiento enorme, primero, un reconocimiento doloroso, yo soy madre de tres hijos, he tenido tres partos y al final ,me he dado cuenta de que me han robado mi participación en todos ellos y por otra parte también, un reconocimiento positivo, y les digo esto porque yo siempre cuento a las personas más cercanas a mí que de los tres partos que he tenido el mejor ha sido el segundo sin saber el por qué , hasta que me puse a estudiar el tema y la conclusión es que fue que fue el mejor porque fue en el único en el que yo decidí hacer mi parto, les cuento a modo de anécdota que , tras las experiencias anteriores , en esa ocasión de mi tercer parto yo resolví que no iba al hospital hasta que la cosa estuviese en el último momento, me quede en mi casa con mi contracciones ,me use la película con "Faldas y a lo loco" que me gustaba, me relajé y cuando ya las contracciones habían alcanzado ese punto en el que te indicaban que estaba aproximándome al final de la dilatación, subí al hospital , y así sucedió que mi hijo nació a la media hora escasa de llegar. Pedí un alta precoz , cogí a mi niño ,me fui para mi casa porque ya tenía la experiencia de los tres días anteriores en el hospital aburrida, sin saber que estaba pasando , ciertamente la experiencia fue mucho mejor que las anteriores.

Cuando empecé a leer sobre el tema, encontré en la página Web "El parto es nuestro" una reflexión de una matrona, Consuelo Ruiz Frías Vélez, de la que pagina decía era la matrona más antigua de España, este comentario abrumador por la carga de sentido común que posee y decía : ***"es chocante que no sea capaz de parir por si sola una mujer en plena edad fértil, capaz de ovular, de concebir y de alojar en su útero y nutrir con su sangre a través del sistema placentario, durante doscientos ochenta días hasta su desarrollo completo, a un embrión humano. No hay ninguna razón física para relegar a la mujer al papel de la materia inerte, de ser ignorante e incapaz en una función fisiológica que le atañe directamente, que es ella personal y espontáneamente quien debe llevarla a cabo, que nadie puede hacerlo mejor que ella que nació preparada a posta para eso.*** Lógica natural o sentido común, indudablemente.

El hilo conductor de mis ponencia será mismo que sigo cuando me enfrento a otro tema donde también el sexismo es la diferenciación o marca, el modo en que a las mujeres se nos trata.

Se hablaba antes de leyes, creo que se dijo algo sobre la igualdad legal, yo sostengo que ni siquiera la igualdad legal la hemos conseguido porque entre otras cosas la ley es una herramienta de un grupo de poder y el grupo de poder que ha hecho las leyes y sigue haciéndolas , es el grupo de poder masculino, por lo tanto, las leyes son también un instrumento sexista. El sexismo o la discriminación por razón de sexo es un problema universal aunque existen diferencias en cuanto a la forma y el grado, todas las sociedades patriarcales limitan los derechos de las mujeres y de las niñas. El sexismo está también presente en las prácticas de la salud, los médicos que han sido, en el devenir histórico, del sexo masculino, hasta hace escaso tiempo , han interpretado los malestares femeninos sin considerar los factores de orden social, político, económico y de género al analizarlos. Como consecuencia de esto siempre terminan tratándolos como meros problemas biológicos, o lo que es peor, casi psicológicos, de hecho en el tema de la salud de la mujer existe "la pescadilla que se muerde la cola": las mujeres acuden al médico planteando sus malestares y es bastante común que lo que te pongan encima de la mesa, sin dejarte hablar, ansiolíticos, con lo cual, la conclusión ha sido fácil: las mujeres tienen o son un grupo de población con padecimientos de orden emocional o psiquiátrico más importante , esto viene justificado, al menos porque las mujeres somos el grupo de pacientes que mas ansiolíticos consumen porque somos a quienes más nos los lo recetan

No hay duda de que la medicina moderna ha traído muchos beneficios para la salud de la mujer y sobre todo en las áreas concretas que os afectan a vosotras como profesionales como son el control de la natalidad y la reproducción, pero también nos ha perjudicado pues ha medicalizado procesos absolutamente naturales como el embarazo, el parto y la menopausia. Hace pocas semanas conocíamos que se habían presentado ya demandas contra el abuso que hubo de tratamientos hormonales en la menopausia con las graves consecuencias para la salud de las mujeres tratadas. A pesar de que las mujeres utilizamos los servicios médicos más que los hombres estadísticamente y de que además, representamos la mayoría de los trabajadores sanitarios, el control de la medicina sigue estando en manos de los hombres por lo que las decisiones que se toman sobre nuestra salud carecen del enfoque de las propias mujeres, desde cual debe de ser la sintomatología a investigar , a los protocolos de experimentación cuando se trata de nuevos fármacos....., la medicina entendida en su sentido amplio, también en el sentido concreto de la actuación práctica vive bajo el mismo paraguas del androcentrismo y sin embargo, aunque resulte paradójico, en la mayor parte del mundo , por no decir en todo el orbe,

a la mujer se le asigna la responsabilidad del cuidado de la salud de todos los seres de la familia y pese a la tecnificación de la medicina actual, el cuidado de las personas enfermas sigue estando en manos de las mujeres, de las esposas, de las madres, de las hijas, de las sobrinas....por eso son tan importantes para nosotras las decisiones que se puedan tomar a través de leyes como la Ley de Dependencia o la ley de igualdad.

El problema del protagonismo de la mujer en su propio parto, que es en realidad de lo que trata la ponencia y me han encargado hablaros, está para mi enraizado con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres, derechos que no están contemplados en ninguna constitución política, pero no hay que olvidar que las constituciones políticas, tienen su origen en el proceso de la Ilustración y de la Revolución Francesa, no hay que olvidar tampoco que a pesar de que nos hayan contado en nuestras clases del Instituto que la Revolución Francesa constituyó un hito de la humanidad por los amplios márgenes, por las ideas ,porque en ella se enraízan las ideas de libertad ,igualdad y fraternidad, en realidad y para las mujeres, constituyó un enorme paso atrás porque en las ideas de la revolución también estaba incluido el relegar a la mujer exclusivamente al ámbito domestico y privarla de la condición de ciudadana. Pues bien esas constituciones políticas no han sido reformadas, basan sus declaraciones de derechos y libertades en esa primera declaración francesa de finales del siglo XVIII, que era la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, no nos olvidemos, así en masculino, porque las mujeres estaban clara y expresamente excluidas. Pero aún así sobre la base de esos tratados de derechos y libertades fundamentales en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994 se definió la salud reproductiva como **“un estado general de bienestar físico mental y social y no de meramente ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”**.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a los métodos de planificación familiar de su elección, seguros, efectivos, asequibles y aceptables, así como a otros métodos legales para la regulación de la fecundidad y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos esta inscritos dentro de los derechos fundamentales como el derecho a la vida y la supervivencia, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad personal, a la educación, a la información, al desarrollo y al más alto nivel de salud. La maternidad es una esfera vital en la que se mueve la vida de muchísimas mujeres, en nuestras sociedades, sin embargo, desde que la medicina oficial y sobre todo la medicina altamente tecnificada irrumpe en nuestra vida, los procesos de embarazo, parto y posparto se han ido convirtiendo en procesos ajenos a las mujeres, los cuerpos de las mujeres se convierten en meros portadores de vientre en lugar de sujeto activos de esos procesos, el parto y post parto se han entendido desde la medicina como procesos patológicos pasando de ser hechos naturales a ser eventos médicos. Los efectos negativos de esta evolución fueron estudiados ya en el año 1985, cosa que yo por entonces desconocía puesto que no fui madre hasta 1988, y que de haberlos sabido me hubieran guiado a actuar de forma diferente en mi embarazo y parto. Fueron estudiados bajo el auspicio de la OMS en la Conferencia de Fortaleza (Brasil) que acabó en una serie de recomendaciones a los Estados Miembros de la OMS sobre el uso de la tecnología en los partos. El contenido de esa declaración seguro es suficientemente conocido por todos vosotros, a pesar de lo cual me gustaría citar el preámbulo de esas recomendaciones generales porque es la base de lo que se viene a denominar” Plan de Parto” , o de la necesidad del reconocimiento e implantación , como protocolo habitual, tanto en la sanidad pública como en la privada, del plan de parto.

Se dice en ese preámbulo **“que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención peri natal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios, junto a modificaciones en las actitudes de personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales”**.

A pesar de que estas recomendaciones son del año 1985 , buscando documentación me encuentro con una comunicación presentada en el primer Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa (Jerez, 2002) por el ex-director del Dpto. de Salud Materno Infantil de la OMS que haciendo mención al respecto de la situación en España, transcurridos 15 años decía: **Los científicos probaron hace mas de 20 años que colocar a una mujer sobre su espalda en la segunda fase del parto es la peor de todas las posiciones posibles, sin embargo se coloca a las mujeres en esta posición en todos y cada uno de los hospitales de España,** (lo corroboro personalmente ya que en mis tres partos no me dieron ninguna otra opción, por lo que asumí que aquella postura era la correcta); **el corte para abrir la vagina durante el parto ,episiotomía, nunca es necesario en más del 20% de todos los partos y la ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado**

y causa más disfunciones a largo plazo, por todas estas razones realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetada como una forma de mutilación de la mujer, el índice de episiotomías del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia. Respecto a las cesáreas se dice que la OMS ha recomendado que no haya más de un 10% de cesáreas en un hospital de cuidados generales y no más de un 15% en hospitales especializados a los que se suelen transferir casos especiales, sin embargo en España hay un 23% de cesáreas en los hospitales públicos y un 31% en los hospitales privados". Dice y concluye este ponente: "el 40% de las mujeres en España no paren a sus hijos sino que estos le son extraídos por medios e instrumentos quirúrgicos. Resulta ridículo pensar que el 40% de las mujeres en España son incapaces de parir".

Sobre la base de esas consideraciones, sobre la base de esas recomendaciones que la OMS emitió en su día sobre la aplicación de técnicas en el parto, se ha venido elaborando lo que se llama Plan de Parto que parece ser y vosotras lo sabréis mejor que yo es una norma o una forma de actuar normal en algunos países de nuestro entorno europeo pero ya se sabe que nosotros respecto a Europa vamos un poco atrasados y parece que en esto es bastante el atraso.

El Plan de Parto es una declaración de voluntad a través de la cual la embarazada, pone de manifiesto al equipo médico que la va a tratar, antes durante y después del parto la forma en que desea se desarrolle ese proceso y hace una elección sobre los tratamientos que le parecen adecuados y que acepta , aquellos que no acepta y aquellos sobre los que se reserva su derecho a decidir en el momento en que sea necesario ponerlos en práctica. No está claramente regulado en nuestra legislación, es evidente que tampoco se trata de una práctica común y generalizada ni en la sanidad pública ni en la sanidad privada, pero como toda declaración de voluntad, entiendo, que tiene amparo legal en la ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Noviembre del 2002). porque en su art.2 esta ley dice **"que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, el consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada y que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre todas las opciones clínicas disponibles"**.

Evidentemente estamos hablando además, yo creo con la ventaja, de un proceso que como no es inmediato, como tampoco generalmente responde a una situación de emergencia sino que al menos esta situación se desarrolla durante 9 meses de gestación, con todas las ventajas que nos da este tiempo para hacer llegar a la mujer toda la información sobre las distintas opciones.

No puede haber consentimiento valido si no se tiene conocimiento de cuáles son las posibilidades, los distintos tratamientos sobre los que se puede o no consentir; para ejemplificar lo dicho anteriormente vean en la práctica cotidiana la cantidad de contratos que pasan por nuestra mano v. gr. : yo me compro una entrada para un concierto y en la parte posterior me pone los artículos y las cláusulas de contratación que estoy obligada a respetar, por supuesto si hago el contrato de energía eléctrica o un contrato de tarjeta bancaria me dan cuatro folios con letra minúscula que yo suscribo y puedo conocer; yo siempre he mencionado como una excepción a esta práctica del contrato la del matrimonio que no deja de ser un contrato pero de tamaño importancia y curiosamente parece que basta con decir **"sí quiero"** porque nadie había pensado que sería preciso conocer las cláusulas antes de pronunciar la aceptación y ahora añado que lo mismo sucede con el parto que también es un proceso realmente importante para la vida de las mujeres, que le afecta de una forma esencial al ejercicio de sus deberes como es el derecho a la libertad de elección, a su intimidad y a su libertad sexual porque el parto es un acto sexual, sin embargo aquí parece ser que no es necesario que se haga ningún tipo de contrato de acuerdo entre las dos partes que intervienen.

La ley habla de la información y entonces no tendríamos que plantear qué tipo de información sea la que reciba la mujer respecto a los procesos a que puede verse avocada. Creo que debería haber dos tipos de información , una teórica: el parto es una proceso natural, existen varias maneras de llevarlo a cabo, acerca de la posibilidad de administrar determinados tipos de fármacos o no administrarlos, de la posición que se puede o no adoptar durante el proceso de la expulsión, de las personas que pueden o no acompañar a la mujer , de cuál es el momento en que se puede o no cortar el cordón umbilical,..... la verdad es que los planes de partos hacen referencias a muchísimas cuestiones, si la madre quiere ser separada o no de su criatura en el momento del nacimiento, si quiera o no amamantar, si quiere o no que se le dé chupete,....decisiones que respecto a sí misma la mujer tiene que poder decidir puesto que ella es libre y como usuaria del servicio hospitalario, debe dar el consentimiento y decisiones que es necesario pedírselas a ella porque le incumben en el ejercicio de la patria potestad sobre su criatura.

Yo entiendo que en una actuación de urgencia la información se dé verbalmente , pero en un parto que es algo esperado, asistido durante meses, la información pienso que no haya ningún inconveniente en que se dé por escrito, estamos acostumbrados a que la publicidad nos llegue por medio de infinidad de folletos y hoy en día con los medios disponibles, es sencillo disponer de información escrita para ofrecer a los usuarios, en este caso creo que no habría ningún inconveniente

sino que se debiera dar esa información por escrito para que la embarazada pueda tenerla, leerla, reflexionar, discutirla y aceptar las alternativas que le son preferidas.

La información clínica evidentemente es obvio que la ley lo diga, ***ha de ser verdadera se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad*** y el apartado tercero de este artículo dice ***“establece la responsabilidad del médico de garantizar el derecho a la información pero también las responsabilidades de los profesionales que le atiendan en el momento de su proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto en ese momento”***, es decir hay una responsabilidad que nosotros en el ámbito de la ley y la jurisprudencia llamamos solidaria, todos aquellos partícipes en el proceso asistencial médico-terapéutico son responsables de dar la información veraz que permita a la usuaria, en este caso, tomar una decisión.

Pero hay más, leyendo la ley me encuentro con que al Art. 11 que habla de instrucciones previas, evidentemente en principio está pensado para otra situación pero llama la ley instrucciones previas al documento por ***“el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarse personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud”***.

Normalmente los embarazos y partos normales acaban en un proceso en el que la mujer es consciente durante todo el momento, ahora bien contando con que en España el 40% de los partos terminan en cesárea y la cesárea se hace con anestesia general, habrá que pensar que hay un periodo de tiempo determinado en que la mujer permanece en estado de inconsciencia y por lo tanto estaríamos ante un caso con una consideración similar, porque, si a una persona adulta, mayor de edad, con capacidad, se le permite mediante instrucciones escritas acerca de los tratamientos que pueda recibir para el caso de que ella no esté consiente para darlo por sí, creo yo, desde el punto de vista legal, y tampoco desde el punto de vista de la vida cotidiana que debiera haber ningún inconveniente para que el plan de parto que se incorpore a la historia clínica de la mujer y fuera discutido previamente entre ella y las personas de los servicios médicos que la van a atender de una forma razonable, tranquila y anticipada; a mi juicio esto hay que entenderlo sin necesidad de hacer una interpretación integradora de la ley, sino hacer una interpretación desde el sentido común.

Me reafirmo que el tiempo de embarazo reporta la ventaja de que hay una serie de meses de preparación, por lo tanto se cuenta con la prerrogativa de un tiempo más que suficiente para hacer llegar a la embarazada una información veraz y suficiente como para que como dice la OMS ***“adquiera el papel protagonista que el respeto a su derecho a la dignidad como persona exige”***.

BIOETICA DE REPRODUCCION ASISTIDA Y CELULAS MADRES.

Ponente: Dr. Marcelo Palacios Alonso.

**Presidente SIBI (Sociedad internacional de Bioética). Gijón (Principado de Asturias).*

El tema que me han solicitado es muy amplio y complicado, hablar de células madre ya sería contenido para un congreso amplio, lo que igualmente sucedería si nos decantáramos por hablar de la reproducción asistida, sin embargo, creo que hay cosas que puede facilitar el que conjuntemos ambos temas.

¿Que son en realidad las células madre? ¿Para qué sirven?

Nosotros tenemos alrededor de unos 200 tipos de células madre en nuestro cuerpo que constantemente se están reconstituyendo y regenerando nuestros tejidos: las de la piel y el aparato digestivo son las que con más velocidad se regeneran ya que son las que con mayor velocidad se desgastan, unas por exposición exterior, otras por el tránsito del bolo intestinal.

Las células madre se encuentran presentes en todos los órganos y sistemas, únicamente en el corazón no se han encontrado células madre específicas.

Las células madre tienen unas características sobre las que evidentemente no voy a detenerme, pero si definiré un poco su historia, los tipos que hay, hablaré sobre los protocolos y mencionaré algunos aspectos bioéticos entorno a ellas para relacionarlas con la reproducción asistida y muy concretamente, con su obtención de los embriones sobrantes.

Las células madre son células que tienen capacidad para dividirse y originar células idénticas a ellas, esto ya está certificado por muchísimas experiencias en las que se ha comprobado que las células madre que se han dividido cientos de veces, mantienen su identidad genética por así decir, de manera que se obtiene una nueva célula prácticamente igual a la de la que procede,; hay que entender que nuestras células genéticas se regeneran unas 76-80 veces a lo largo de nuestra vida, y la explicación a esto es que una célula sufre una evolución similar a la del ovocito en los embriones que empieza a desarrollarse, más tarde se detiene y hasta que no llega a la pubertad no sigue desarrollándose. Hay otras muchas células en el cuerpo que pasan por una serie de fases que no completan su división sino que la dejan en un estado de quiescencia, (un estado de animación suspendida denominada por los biólogos G0 (*gap cero*) o *quiescencia*) en el cual la célula no ha decidido que va a hacer de su destino, esto es interesante saberlo porque son células que pueden dividirse de forma ilimitada, esta posibilidad no la tienen las células adultas ya que no pueden dividirse de forma ilimitada, las células de origen adulto pueden tener una división que sea asimétrica y lo fundamental es que se pueden diferenciar en otro tipo de células, es decir, son células que tienen una capacidad de diferenciación, por supuesto después de actuar en el laboratorio sobre ellas, distinta a la que tenían en el momento en que se produce el desarrollo embriológico que ya tiene un destino celular señalado, pero en el laboratorio se pueden hacer células de otro tipo, con una célula mioblástica, con una célula del músculo se puede hacer un cardiomiocito y con una célula de otra índole se puede hacer una neurona, en la estructura, con ser esto un gran logro, el problema no está en hacer otro tipo de célula sino en que funcione como otro tipo de célula. Para enmarcar esta explicación les voy a contar una anécdota:

Conozco a un importantísimo investigador que ha conseguido hacer neuronas con la idea de encontrar un tratamiento para el Parkinson y el año pasado le preguntaba sobre su experimento a sabiendas de que llevaba tres años sin que produjeran el menor vestigio de dopamina y para mi sorpresa me comentó su satisfacción porque ya empezaban a fabricar vestigios de dopamina. Entonces se pueden regenerar de forma clónica y permanecer en estado de no división. Una célula madre si la dejas suelta se diferencia, en primer lugar es indiferenciada pero si se deja a su albedrío empieza a diferenciarse, por ejemplo, nosotros si extraemos unas células y las dejamos en el laboratorio, células embrionarias, inmediatamente, a los cinco o seis días se forman unas masas de células que se llaman cuerpos embrionarios, el 15% de esos bloques empiezan a latir y esa ya es una verificación de que ahí hay células de carácter contráctil, es decir, que seguramente en su día van a ser células musculares por eso no podemos dejarlas que se diferencien si queremos usarlas en investigación y terapéutica porque nosotros queremos que se conviertan en células específicamente útiles para tratar determinado tipo de enfermedades sustituyendo a las células enfermas, véase el ejemplo de una diabetes, en una lesión post infarto, en una enfermedad neurovegetativa tipo Parkinson, enfermedades sobre las que actualmente más expectativas, pues bien una célula madre si no se diferencia va siendo la misma, si la dejamos dividirse da lugar a dos, diferenciación que puede ser controlada si intervenimos en el proceso o espontánea si dejamos actuar por sí sola.

Lo que nos interesa es que al final vamos a tener dos posibilidades: una mantener una línea de células madre invariable que puede seguir dividiéndose y puede ser de utilidad en todos los lugares del mundo en que soliciten ese tipo de células para investigación y/o terapéutica y por otra parte, con la otra célula resultante de la división se puede trabajar en el laboratorio en la línea de la investigación positiva que se persigue, aquí podríamos fabricar una célula muscular fusiforme.

¿De dónde vienen las células madre?

Las células madre pueden producirse por clonación, fecundación in vitro de los fetos abortados y pueden proceder de los tejidos celulares adultos, entendiendo por adultos después de que ya se han diferenciado, por ejemplo en el feto mismo, cuando aparecen los órganos y sistemas. El origen de la clonación está en que de una célula somática cualquiera, como ocurrió con Dolly, se puede separar su núcleo, imaginando que fuera humana, ya con 46 cromosomas y lo llevas a un óvulo al que se le ha quitado su núcleo de manera que una vez conseguida la fusión del óvulo enucleado con el núcleo de la célula adulta, hemos conseguido una célula equivalente al cigoto tras la unión del óvulo con el espermatozoide: una carga genética de 46 cromosomas (toda la información de un individuo) rodeado del citoplasma del óvulo que va a permitir el desarrollo del embrión en sus primeras etapas. Es el ZIGOTO clonado; la diferencia con la fecundación natural o asistida o artificial es que cuando metes el núcleo dentro de un óvulo enucleado, el óvulo se queda parado, no se mueve, o sea, que en la clonación a la célula esa nueva, una entidad biológica que existe desde 1998 en el ser humano, al menos, hay que estimularla y esto se hace mediante corrientes o productos químicos etc. momento a partir del cual empieza a dividirse, en cambio en la fertilización basta que el espermatozoide penetre en la membrana y se dirija al interior del óvulo, para que se desarrolle el proceso de división, primero se acercan los núcleos, la singamia, después se produce la primera división y luego la anafisis, intercambio de material genético etc. pero ya en otra célula y todo el proceso se realiza de forma espontánea, en la clonación- repito, es necesaria la estimulación de esa nueva célula que se ha creado, célula que, recuerden, no es un cigoto porque no ha participado el espermatozoide sino que es otra célula para la que yo he acuñado el nombre de **nucleóvulo**, término por cierto, que parece está siendo aceptado muchos ámbitos; cuando la naturaleza es incapaz, se puede iniciar un proceso de reproducción mediante la fertilización in vitro, y llegando a una fase determinada, en los testículos hay una células que nos son útiles son células madre, generalmente dejamos de lado, pero en los fetos pequeños al lado de la cresta sexual hacia el día 18-20 un sin fin de células madre que estaban en la línea primitiva hacia el día 14 se van dirigiendo a lo que más tarde serán las gónadas y crean lo que se llama la cresta sexual, allí hay una células un poco distintas que son un poco distintas de las células embrionarias y de las células adultas entonces también podemos encontrarlas en los tejidos adultos, en todos como dijimos antes.

Aquí lo vemos originado de blastocisto, de blastocistos por transferencia de células Eg en el embrión en la cresta o pliegue gonadal sexual, en la sangre del cordón umbilical etc. Esta es una clonación de una célula somática, estos son esquemas de células modificadas, o tenemos los 46 cromosomas con su núcleo y los llevamos a un óvulo al que le quitamos su núcleo propio de manera que tenemos una célula nueva que es esta, ya no tiene 23 cromosoma sino 46 porque no ha participado el espermatozoide sino una célula somática entonces esto hay que estimularlo para que pueda dividirse, entonces se divide y ocurre como cuando la fertilización llegamos a la fase de blastocisto, que tiene, si tenemos un poco de imaginación e incluso sin tener demasiado es una bola que tiene dentro otra bolita pegada más pequeña, imaginemos globo lleno de líquido, si lo cortamos es como un anillo que tiene la piedra para adentro, en esa piedra están las células madre, eso se llama masa celular interna que es esto que pongo ahí con MC pues ahí hay un blastocisto de 5-6 días hay unas 127 células en total, en la parte exterior lo que será el trofoectodermo que dará lugar a la placenta, esta una monocapa de células epiteliales madre que son unipotentes ya veremos después que las células madre tienen unipotencia, multipotencia pluripotencia o totipotencia, unipotencia da lugar a una sola célula madre, pues bien las células madre de la placenta solo dan lugar a placenta a trofoectodermo, pero hay otras que dan lugar a varias células o tejidos, otras que dan lugar a todos los tejidos prácticamente y las totipotentes que dan lugar a todos y aun ser vivo, el cigoto y el nucleóvulo, entonces esto sería una clonación por transferencia de núcleos.

La clonación puede dirigirse en varios sentidos, en los animales es de carácter reproductivo, para mejora de la leche, e infinidad de aplicaciones, pero en humanos la utilización con fines reproductivos está rechazada en términos generales lo que sanciona el Código Penal, en su art. 161-2, con pena de prisión de uno a cinco años e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de seis a diez años, "la creación de seres humanos idénticos por clonación u otros procedimientos dirigidos a la selección de la raza"

Fundamentalmente lo que buscamos en la clonación es que pudiera tener utilidad terapéutica, recuerden el escándalo que hubo con el asunto de Woosuk Hwang que aseguraba que había creado las primeras células madre embrionales, que presuntamente obtuvo de embriones humanos clonados.

Bien, esto son etapas, Dolly la famosa súper-star mucho más famosa que esa delgadita que hay por ahí, los famosos terneros de Ishikawa, Japón, Copycat.....entre Dolly y Copycat se produce un hecho curioso e importante desde el punto de vista científico, y es que para que naciera Dolly hubo que hacer 276 transferencias de las cuales solo se lograron 9, se hicieron con células de las ubres de una oveja de la raza Fin Dorset a óvulos de ovejas de la raza Black Face (cara negra) de Escocia para que no pudiera haber ningún tipo de relación genética entre unas y otras, entonces fracasaron todas las experiencias, solo se consiguieron 19 blastocistos y de ellos solo nació un animal, en cambio con Copycat este gatito creo que solo necesito 82 transferencias, lo que supone un gran avance en el procedimiento técnico.

Este es Andi observen qué labios coquetos tiene y esos ojos de color casi violeta ,es una clonación con transgenia, se le transgenió el gen de una medusa que hace coloración rosada, Andi sirve para estudios comparativos muy importantes con diversos grupos de enfermedades, el nombre de este primate es un acrónimo que surgió de escribir al revés las siglas inglesas del ADN (DNA) y la primera letra de " inserted" (insertado), se llama ANDi (insertado) o sea que se le hizo una transgenia ; el tema esta , evidentemente desde la perspectiva humana nosotros no podemos plantearnos la clonación con fines reproductivos ,en cambio en el caso de la fertilización el caso es distinto : un espermatozoide se dirige a un cigoto lleva los 23 cromosomas de cada uno empieza a dividirse y también llega a la fase de blastocisto aquí no hubo necesidad de hacer ningún estímulo.

¿Cuales serian las características ideales de una célula madre?

Primero que podamos saber que lo es, no es fácil saber que una célula es una célula madre por eso en muchos casos de trasplantes de córnea están haciendo trasplantes de ojo, sano o más o menos sano, masivos donde van células que son células madre y otras que no lo son, aunque hay una serie de indicadores para detectarlas, que puedan renovarse, que tenga un cariotipo estable, que se dividan siempre y que sea fiablemente la misma que la anterior, y que sea intemporal que se divida toda la vida, como decía antes nuestras células se dividen 76-74 veces, con más velocidad en la época joven, pero hasta ahora ya hay muchas más divisiones, que sea pluripotencial es decir que dé lugar a todos los tejidos, que admita manipulación genética, esto lo hacen las embrionarias, que no produzcan tumores, que no transmitan mutaciones ni patologías de carácter animal

¿Para qué se utilizan?

Para investigar, para terapéutica de tipo farmacológico en trasplantes, terapia génica terapia combinada.

En cuanto a los aspectos bioéticos ¿qué hacemos con las células madre desde el punto de vista bioético? con los embriones sobrantes no viables no hay ningún reparo , ahora con los viables se ha trastocado el tratamiento con la ley 45 de Noviembre del 2003 del gobierno anterior, después con el RD 21/32 de este gobierno que desarrollaba aquella modificación y ahora con la ley que se aprobó antes deayer de reproducción asistida de la cual hablaremos luego aunque no esté vigente hasta que no se publique en el B.O.E. o si se crea para otro fin, en este caso tendríamos que recurrir a la convención de Asturias de Bioética, es decir todo este tipo de planteamientos.

Las ECSs son otro tipo de células embrionarias de los fetos, las EGS, las AGS las adultas, en cuanto a terapéutica hay que hacer una serie de cosas cautelares, evitar los riesgos, uno de los grandes problemas que ha tenido las células madres fue que hasta ahora se cultivaban valiéndonos fundamentalmente de medios animales, se cultivaban para diferenciarlas a nuestro gusto en monocapas de fibroblastos de ratón a las cuales se añaden unos enriquecimientos como el liquido de Dubelco (DMEM) que contiene suero bovino, ¿qué consecuencia trajo esto? pues que las células madres que están arriba comiendo tranquilamente y desarrollándose incorporan proteicas animales, entonces los problemas para iniciar una posible aplicación terapéutica encontraban ahí una gran barrera, para evitar esto se experimentó con todo , con plástico con acrílicos, con todo tipo de cultivos pero no daba resultado hasta que hace un año aproximadamente , no se le dio ninguna importancia a la noticia y a mí me parece una de las más importantes sucedidas en temas de células madres, un investigador valenciano y buen amigo , el Dr. Carlos Simón Becaria , consiguió por primera vez cultivar células madres en tejidos humanos, concretamente en células placentarias humanas lo cual ya supone un gran avance.

Nosotros tenemos una de las leyes más pioneras de reproducción asistida, la más del mundo, la ley 35/88 que se fue modificando por una serie de decretos, los 412,413 entre otros, protocolos de estudio etc. es una ley verdaderamente avanzada y que a pesar de los augurios de entonces, no provoco ninguna crisis en la sociedad a pesar de que es innegable que no existe un acuerdo total con algunas aplicaciones de las técnicas de reproducción asistida, pero ha prevalecido el respeto hacia las personas y las ideas , como dijera Churchill “ *daría mi vida aunque no esté de acuerdo con usted , porque usted siga diciendo lo que dice*” ; el debate sobre ciertas técnicas de reproducción asistida y/o el estatuto del embrión se prolongará en el tiempo porque se manejan conceptos tan difíciles de definir en su valor global como el origen de la vida , el término vida, definiciones cuya dificultad se incrementa porque entorno a ellas gravitan consideraciones metafísicas de las religiones, ideologías etc.

Esta ley ha tenido una gran evolución, la ley 35/88 todavía vigente ha sido referencia en muchos países y se desarrolló fundamentalmente por la Ley 45 , modificación del gobierno anterior del artículo relativo a la utilización de los embriones, por primera vez hay que constatarlo se dio un gran paso porque se autorizo la utilización de los embriones de la fertilización in vitro con cuatro fines:

1ª el fin principal era el tercero: que la pareja o la mujer pueda utilizarlos todo el tiempo que permanezca en periodo

fértil

2ª que puedan donarlos a otras personas que no tengan posibilidades naturales de tener descendencia.

3ª utilizarlos en investigación terapéutica

4ª descongelarlos sin ningún fin, la ley anterior y esta que está próxima a salir , expresa lo mismo a lo que me pronuncio en total desacuerdo ya que no puedo admitir que sea descongelado un pre-embrión para ser desechado cuando puede ser aprovechado , al menos en investigación.

Otro tema muy importante y muy debatido , por cierto juzgo, gran error de aquella ley que en la ley actual que va a estar algo más matizado aunque no todo, era el referente a los ovocitos, “que decía que se podrán fertilizar solamente tres ovocitos en los ciclos de reproducción asistida” , indicación sorprendente porque indica desconocimiento del tema por parte del asesor de la mencionada propuesta ya que fertilizar tres ovocitos no garantiza la mayoría de las veces que se va a implantar más de un embrión ya que los otros generalmente no sirven para reproducir, en consecuencia , la mujer que se somete a un ciclo de reproducción con un solo embrión prácticamente está condenada al fracaso;

posteriormente a esto, tras mantener conversaciones con los auténticamente expertos en el tema véase sociedades de reproducción asistida y sociedades de ginecología, se llegó al acuerdo de que se permitiría fertilizar tres ovocitos dejando al criterio del especialista en atención a cada caso particular, el número a implantar .

Por último toca el turno a la nueva ley de la que digo que no creo que era necesaria por los siguientes motivos:

1 Porque en un 88-85% reproduce a la actual textual, numéricamente y en la inmensa mayoría de los artículos son exactamente iguales, incorpora tan solo una cosa que hubiera sido fácil de incorporar que es una técnica nueva que apareció la ICSI, la inyección intracitoplasmática la incorpora a la inseminación, la fertilización in Vitro.

2 Incorpora dos cosas muy importantes con matices desde luego, primero la utilización de los embriones sobrantes al igual que en los supuestos contemplados en la ley anterior pero si limitarlo en el tiempo, en la actualidad la nueva ley permite utilizar los embriones sin límite de plazo la premisa para su utilización es que sobren y que las personas de las que procedan, autorizan el tercer supuesto que es utilizarlos en investigación y terapéutica, algo, opino, muy positivo.

3 El diagnóstico preimplantacional, que ya se contemplaba en la ley actual en su Art.13 que permitía el diagnóstico pre implantacional a fin de comprobar la viabilidad del embrión pero sólo en beneficio de la madre y la potencial descendencia, lo que incorpora la nueva ley es el diagnóstico pre implantatorio en beneficio de terceros es decir, el caso concreto, crear embriones con los que se pueda tratar un hermano enfermo cosa que en otros países se está haciendo hace años recuerden por ejemplo el famoso caso de de Anissa Ayala en 1988-87, que con 16 años se le diagnosticó una leucemia terminal ante lo cual sus padres decidieron tener otro hijo para procurar tratamiento a Anissa, cosa que lograron ; queda por averiguar si esta decisión aprobada por la ley choca con el artículo 18 del Convenio de Asturias de Bioética y sobre todo habrá que plantearse si choca con el código penal Art. 161-2 , ya que en este art. la ley expresamente dice que se penalizara a quienes fecunden ovocitos con cualquier fin distinto a la reproducción, obviamente si eso lo dice el código penal y tu creas ovocitos para tratar a terceros, aun cuando pases por un proceso de procreación tendremos que saber qué es lo que dicen los juristas al efecto porque ahí puede establecerse una incompatibilidad que exija modificar el código penal en ese sentido.

Este segundo apartado del diagnóstico preimplantacional y de los embriones sobrantes sin límites creo que no es cuestión de esta ley porque esta ley es una ley de reproducción y lo otro son cuestiones de carácter terapéutico, más bien debieran de ir en la ley de investigación biomédica de próxima aparición.

Tercer bloque de comentarios:

Hay cosas que bajo ningún concepto debieran estar en esta ley: no cabe en una ley de reproducción asistida incorporar algo tan amplio y complejo como es la organización nacional de trasplantes, constitución, presupuestos.....como tampoco cabe el hecho de que se incorpore el banco de líneas celulares porque el RD 17/42 ya lo establece por lo tanto no era necesario incorporarlo.

Para terminar quisiera expresarles mi pesar porque creo que con esta nueva ley a la mujer sola se la ha privado de recurrir a las técnicas de reproducción asistida, El Art. 1 de la ley en que se define el ámbito , el objetivo u objeto de la ley dice: **“estas técnicas se aplicaran para el tratamiento de la esterilidad”** cosa que no dice la ley todavía vigente, porque dice **“estas técnicas se utilizaran fundamentalmente para tratar la esterilidad”**, lo que permitía a la mujer sola recurrir a las técnicas y de hecho, muchísimas mujeres españolas solas se han servido de las técnicas de reproducción asistida para hacer realidad su deseo de maternidad, posibilidad que a partir de ahora les es negada y que por otra parte, además contraviene el epígrafe de la exposición de motivos, para cuya incorporación tanto se luchó en 1988 y lo que se dice en el art. 39 de nuestra Constitución de que los poderes públicos y el Estado deben amparar lo mismo a la mujer sola y al niño cualesquiera que sean sus orígenes .

Creo que hemos dado un paso atrás en este sentido, porque, si bien el Art.6 de la nueva ley dice que todas las mujeres pueden recurrir a las técnicas pero, creo entender, ciñéndose al art.1 que es el que define el ámbito y aplicación de las técnicas, es decir, únicamente las mujeres estériles pueden recurrir a estas técnicas.

VIVENCIA EMOCIONAL EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ponente: M^a Isabel Castelló López*.

*Matrona Hospital "Luís Alcañiz" . Xativa (Valencia). Psicóloga. Sexóloga. Psicoterapeuta . Miembro de la Escuela de Psicología Humanista. Vocal del Colegio de Enfermería de Valencia. Miembro del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

Introducción

En primer lugar y agradeciendo de antemano la oportunidad que se me ha brindado para compartir estas líneas con tod@s vosotr@s, me gustaría aclarar algunos términos con los que nos vamos a manejar más adelante.

Podría empezar realizando una pequeña reflexión acerca del título, ¿porqué vivencia y no experiencia? ¿Por qué emocional y no personal?

Según su definición, **vivencia** es: *"hecho ó experiencia propia de cada persona, que contribuye a formar su carácter y personalidad"* también significa *"intensidad con que una imagen síquica aparece en la conciencia"* (1). Dicho de otra manera, la forma en "cómo" una persona vive una determinada experiencia y cómo esta marcará su carácter su personalidad incluso sus actitudes ante hechos similares.

Ahora bien, el que se viva de una forma u otra dependerá de factores predisponentes ó facilitadores que expondré más adelante.

¿Y qué es **experiencia**? *"conocimiento que se adquiere con la práctica"* también *"todo lo que es aprehendido por los sentidos y constituye la materia del conocimiento humano"* (1).

Volviendo a nuestro contexto, podríamos decir que el tipo de experiencia en la gestación, el parto ó el puerperio estará marcada por la vivencia durante el proceso.

El hecho de que la vivencia haga referencia a lo emocional, es por concretar y hacer más específico el tema, pero por supuesto que es de la persona y forma parte de la personal.

Pero ¿qué es lo emocional? Lógicamente todo aquello que hace referencia a las emociones, por lo tanto deberíamos saber qué es la **emoción**.

Emoción. Definición y características

Aunque es un término muy utilizado y estudiado por la psicología, la explicación del término, con claridad y coherencia no tuvo lugar hasta 1967 por V.J. Wakmir (2) quien la definió como *"respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo ó situación"*.

Según Wakmir, tiene un componente *cualitativo* (positivo ó negativo) según el vocablo utilizado para describir la emoción y un componente *cuantitativo* que se expresa mediante palabras de magnitud.

EMOCIÓN	=	componente cuantitativo	+	componente cualitativo
<i>ej: me siento</i>		<i>muy</i>		<i>comprendido</i>
emociones positivas		+ ↑ extraordinariamente muy bastante poco 0		amor deseo respeto amistad comprensión alegría etc.
emociones negativas		0 poco bastante muy - ↓ extraordinariamente		tristeza temor inseguridad miedo desamparo rechazo etc.
<i>ej: siento</i>		<i>bastante</i>		<i>tristeza</i>

Gráfico 1: Componentes de la emoción

Wakmir también hace referencia a la **emoción** como valoración ó medida de la probabilidad de supervivencia, es decir, por medio de la emoción una persona sabe consciente ó inconscientemente si una situación es más o menos favorable para su supervivencia.

Esta valoración se hace mediante mecanismos físico-químicos muy diversos y complejos y que en los humanos, con la aparición y desarrollo del córtex, y en particular del neocórtex, tienen particular importancia los procesos cognitivos que participan de forma fundamental en la elaboración de las emociones, como trataré de desarrollar más adelante.

Un riesgo es que la valoración emocional puede ser equívoca, es decir, la emoción vivida puede no corresponder a la realidad de la situación y producir graves perjuicios para la salud.

John Lamberth (3) en su magnífico tratado sobre psicología social define a la **emoción** como “uno de los componentes afectivos que junto con los cognoscitivos y comportamentales forman la actitud en el ser humano”.

Esto quiere decir que tanto el desarrollo cognoscitivo (pensar), el desarrollo emocional (sentir) y el desarrollo comportamental ó conductual (actuar) forman parte de lo que llamamos **actitud** “manera de estar ó posicionarse ante algo ó alguien. Respuesta valorativa, relativamente estable”.

El nexo de unión entre ellas sería lo que llamamos **Inteligencia emocional**

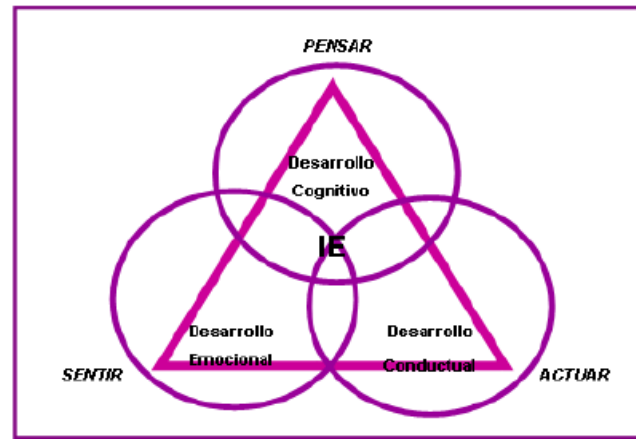


Gráfico 2: Actitud. Inteligencia emocional

Pere Rosales (4), en su conferencia sobre “La evolución del marketing relacional al marketing emocional” expuesta en Madrid en diciembre del 2003, define la **emoción** como “sentimiento producido por el subconsciente ante la oportunidad de satisfacer una necesidad básica que impulsa al cuerpo a actuar para conseguirla”. Aquí Pere utiliza el término necesidad como motivación de la persona y a lo que impulsa como emoción.

¿Qué es la emoción?

“Un sentimiento producido por el subconsciente ante la oportunidad de **satisfacer una necesidad básica** que impulsa al cuerpo a actuar para conseguirla”



Gráfico 3: Emoción. Fuente: Pere Rosales

Como bien se puede ver en el gráfico, Pere introduce la característica de intensidad en función de cómo sea la necesidad y los impulsos ó emociones correspondientes a esas necesidades.

Pero además existe un puente a nivel cerebral entre necesidad y comportamiento. La necesidad surge de la mente, de los pensamientos que se elaboran en el neocórtex y que correspondería al ¿qué? (verbal).

Al neocórtex se atribuyen la capacidad de reflexión, los pensamientos conscientes, las necesidades básicas, el razonamiento mediante pruebas objetivas, etc.

El comportamiento surge del corazón, de los sentimientos que se elaboran en la amígdala y que corresponde al ¿cómo? (percepción).

A la amígdala se atribuyen la capacidad de acción, los pensamientos inconscientes, las necesidades más fuertes, las creencias justificadas por sentimientos, etc.

En general, se suele identificar el afecto con la emoción, pero en realidad son fenómenos muy distintos aunque sin duda están relacionados entre sí.

Afecto. Definición y características

Mientras que la emoción es la respuesta individual interna que informa de las posibilidades de supervivencia que ofrece cada situación (Wakmir) el **afecto** “es un proceso de interacción social entre dos ó más organismos”.

De lo anterior podemos decir que una de las **diferencias** es que mientras que la emoción se produce dentro de la persona, el afecto fluye y se traslada de una persona a otra.

Otras **características** del afecto:

- el afecto es algo que se *da* y se *recibe* entre personas
- proporcionar afecto es algo que requiere esfuerzo, trabajo cerebral (acción física)
- el afecto es algo esencial (necesidad primaria) para la especie humana, especialmente en la niñez, la vejez y la enfermedad

Pero la verdadera **naturaleza** del afecto reside en la capacidad de cada individuo para realizar un esfuerzo ó trabajo en beneficio (de la supervivencia) de los demás.

Hemos visto antes la diferencia entre emoción y afecto, pero ¿y su **relación**? A menudo en la vida sentimos la “ayuda” del otro, el “cuidado” del otro, la “valoración” ó “reconocimiento” del otro, es decir, el *afecto* del otro, y cuando esto ocurre “nos sentimos”... ayudados, cuidados, valorados, etc.

Dicho de otra manera, el que recibe afecto (el ayudar, cuidar, etc. son formas de afecto) experimenta normalmente una emoción positiva (*orexis*) puesto que ve mejorada sus probabilidades de supervivencia, de ahí que estén íntimamente relacionados.

Por último me gustaría destacar la importancia del afecto para la salud (5) ¿Qué ocurre cuando una persona tiene **déficit afectivo**?

El déficit afectivo provoca que el cerebro esté sometido a un estrés excesivo debido a que, o bien tiene que atender a demasiadas situaciones que aún no está preparado para resolver (estrés), como es en el caso de los niños, tanto por sobreprotección como por subprotección, ó bien tiene que atender a demasiados problemas de otras personas, dejando de lado los propios problemas, como es en el caso de algunos adultos (¿les resulta familiar...?).

Si un déficit afectivo persiste, es decir, si el cerebro no dispone de suficiente capacidad para evaluar correctamente cada situación y empieza a procesar incorrectamente informaciones vitales para el organismo, se produce un aumento de la ineficacia del cerebro (disfunción neuronal) y sus consiguientes errores emocionales.

El resultado de esta persistente ineficacia es la aparición, tarde ó temprano, de alguna enfermedad ó trastorno cerebral.

El déficit puede ser el origen de muchas enfermedades, pero no determina, sin embargo, la forma particular que adoptan, ya que de ello dependerá de dónde proceda la información que llegue al cerebro para su proceso.

Serán **factores**:

- genéticos* (variables orgánicas: corazón, metabolismo, etc.)
- *culturales* (conocimientos, valores, normas sociales, etc.)
- *ambientales* (geográfica y socioeconómica).

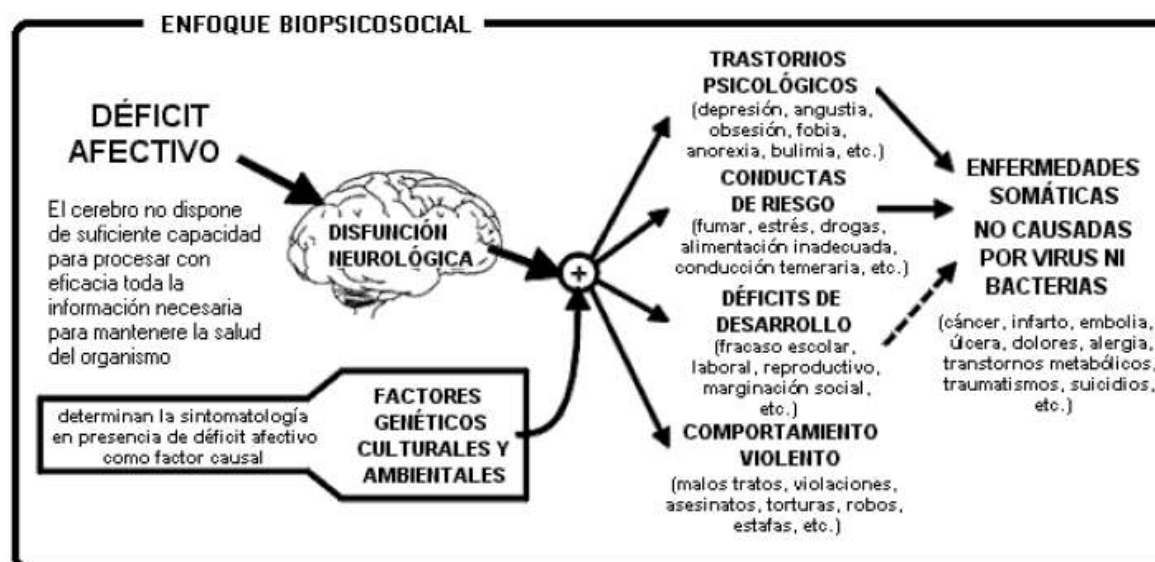


Gráfico 4: Enfoque Biopsicosocial. Fuente: E. Borrull et cols (1998)

*En resumen, y desde una **perspectiva biopsicológica**, podemos decir que el déficit afectivo puede manifestarse en cuatro grandes clases de **sintomatologías neurológicas**:

1. trastornos psicológicos: depresión, angustia, fobia, obsesión, etc.
2. conductas de riesgo: conducción temeraria, drogas, trastornos alimentarios, etc.
3. déficits de desarrollo: fracaso escolar, laboral, reproductivo, etc.
4. comportamientos violentos: asesinatos, malos tratos, violaciones, etc.

Estos síntomas neurológicos, acaban produciendo alguna enfermedad somática, incluso en aquellas enfermedades de origen infeccioso existe una incidencia de déficit afectivo (*neuroinmunología*) ya que se produce la debilidad del organismo frente a los ataques microbianos y víricos.

VIVENCIA EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO

Aunque existen generalidades aplicables a los tres periodos de la gestación, será durante la **etapa preconcepcional** donde la actitud personal ante el hecho de un embarazo, tendrá relevante importancia para que la vivencia emocional sea gratificante.

El que el embarazo sea buscado y deseado ó no, predispondrá a la mujer ó a la pareja a vivirlo emocionalmente diferente. Según lo descrito en los apartados anteriores, la motivación con la que se conciba a un hijo, y desde dónde surja dicha motivación (necesidad) inclinará a la mujer a sentir una emoción u otra, y por tanto sus acciones estarán determinadas hacia actitudes positivas ó favorecedoras tanto para ella, para su futuro hijo y por supuesto para el futuro de su relación con la pareja.

Es bien conocido, y los especialistas en ello lo confirman, que las parejas que tienen problemas a la hora de concebir un hijo (esterilidad y/ó infertilidad), tienen problemas de estrés, miedo, angustia ó depresión. Todo ello es debido, por un lado, al proceso, a veces reiterado, al que se ven sometidos con las técnicas de inseminación artificial (IA) ó de fecundación in Vitro (FIV).

Son procesos largos, costosos, económica y psicológicamente, en los que la mujer tiene que ser sometida a algunas técnicas invasivas (extracción de óvulos, implantación de los ovocitos, etc.) y que no siempre van a garantizar resultados exitosos la primera vez.

Esto hace que la mujer, sobre todo, viva la experiencia como fracaso personal, y sienta decepción, desilusión, incluso desmotivación para un segundo intento, siendo necesario el proceso de duelo de la situación. Hoy en día existen psicólogos en estas clínicas que asesoran a las parejas previamente y ayudan a que la vivencia sea lo menos “perjudicial” para la ellos en caso de no ver cumplidas sus expectativas la primera vez.

De cómo se resuelva lo anterior, la actitud resultante, positiva ó negativa, determinará que en caso de éxito y logro de la gestación, la vivencia emocional sea el reflejo del impacto ó huella psíquica que hubiere dejado, y por consecuencia, la gestación se vea marcada por el “miedo” (durante todo el proceso) ó por el contrario, feliz y satisfecha por el logro.

Como sabemos, el hecho de que emocional y afectivamente esté bien, repercutirá en su estado físico, en su salud física, ya que la vivencia personal (conjunto de factores síquicos, somáticos y kinestésicos), está en relación directa con su “Salud” (*Estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad*) (OMS 1948).

Durante el **Primer trimestre** de la gestación, las emociones más frecuentes van a ser:

a) el **miedo** (*no hay respuesta para lo que sucede*): a la pérdida del embrión (aborto), a no ser capaz llevar a cabo el embarazo, a sentirse rechazada, a mantener relaciones sexuales, a que suceda de nuevo si ha habido experiencias previas. En este caso la mujer tiene pensamientos negativos ó limitantes que la hacen actuar continuamente en alerta a las señales. Esto puede conducirla al **estrés** y a una necesidad imperiosa (**ansiedad**) por confirmar el estado de normalidad del embarazo con ecografías repetidas asiduamente ó acudiendo al hospital en numerosas ocasiones al mínimo signo ó síntoma nuevo que aparezca, muchas veces, propios de la gestación.

b) la **confusión**, cuando se dan situaciones de deseos encontrados: por un lado el deseo de embarazo y por otro, el deseo de mantener su “modus vivendi” (situación personal, profesional, familiar, económica, etc.) que sin duda sufrirán cambios, pero si estos son vividos a nivel cognitivo negativamente, es lógico que sienta que tiene tomar una decisión importante y se cuestione personalmente, viendo impedimentos por todas partes. En esta situación, la pareja (si se tiene) juega un papel importante, el afecto que le proporcione, la ayudará a vivir más positivamente el hecho de estar embarazada.

c) la **alegría**, sobre todo si tener un hijo es un proyecto de vida común en la pareja, un deseo intenso surgido de una necesidad de afecto y sobre todo, si ha llegado al final de este trimestre sin ningún problema en los controles realizados, etc.

d) la **aflicción ó tristeza**, cuando la mujer no desea el embarazo aunque lo asume y con el tiempo lo acepta, cuando no tiene pareja estable ó esta le ha dejado sola y/o abandonada a causa del embarazo.

Esto suele ocurrir, frecuentemente, en embarazos de adolescentes, convirtiéndolo en un embarazo de riesgo. En esta situación es la familia la que debe proporcionar directamente el cuidado, la ayuda necesaria, es decir, la que proporcione todo el afecto que necesite y del que pueda carecer para que el proceso sea vivido lo más saludable posible.

*En resumen, estas son las emociones más destacadas, por lo que podríamos decir que el primer trimestre se caracteriza por un estado emocional de **intranquilidad ó inquietud** aunque hacia el final surja la alegría y la tranquilidad de manera relativa.

Al principio del **Segundo trimestre**, puede surgir un poco de **miedo e intranquilidad ó desasosiego** hasta conocer el resultado de la amniocentesis, si se ha realizado, tanto por la toma de decisión que podría derivarse en caso de no ser el deseado, como por el hecho mismo de la técnica y de los riesgos que esta conlleva.

Tras conocer el resultado, si es favorable, de nuevo surge la **alegría y la tranquilidad**, máxime cuando además se realizan las ecografías que confirman la correcta morfología fetal (semana 20).

A esta situación, y a lo largo de este trimestre, se añade el hecho de la aparición de los primeros movimientos fetales, el cese de algunas alteraciones físicas surgidas en el primer trimestre (náuseas, vómitos, etc.), el compartir las sensaciones y emociones con la pareja, mantener una vida sexual normal, el participar ó acudir al curso de Educación para la Salud Materno Infantil, pero sobre todo, el sentirse ilusionada y querida por su pareja y/ó familia.

Todo lo anterior ayudará a que la gestante rebose **satisfacción** y su actitud sea favorable a la gestación (y a su hijo/a).

Pero no debemos olvidar aquellos casos en los que la gestación sufre alguna complicación, obstétrica ó personal, en cuyo caso toda la vivencia positiva (orexis) puede verse sustituida por la negativa (anorexis), agravar el cuadro ó incluso sucumbir a la gestante en una **depresión**.

Al principio del **Tercer trimestre**, la **alegría** se mantiene: la **ilusión** por las compras y los preparativos están en auge al mismo tiempo, que surge el deseo de ver a su hijo, de tenerlo en los brazos.

Hacia el final de este periodo puede sentir incomodidad física que dificulte el sueño ó el descanso y la realización de algunas tareas.

Nuevamente, hacia el final de este trimestre surge **el miedo** a:

- la aparición de las primeras contracciones (Braxton Hicks) que le pueden hacer creer la posibilidad de la **amenaza de parto prematuro** (APP)
- posibles complicaciones de la placenta (*hemorragias, RCIU, etc.*)
- disminución de los movimientos fetales
- el riesgo de la pérdida del bienestar fetal y claro está, al momento del parto, que está próximo.

Se planteará los recursos y sus capacidades para afrontar el dolor, por otro lado, subjetivo (personal e intransferible).

En este estado emocional en el que puede verse alterada la salud física y psico-sexual, es de suma importancia la colaboración, comprensión y cuidados de la pareja, así como, la asistencia a los cursos de educación maternal.

El **miedo** no siempre es una emoción negativa, a veces tiene una función cuidadora, que nos previene de algunos riesgos para la vida. La gestante puede incrementar los cuidados necesarios para que su hijo nazca vivo y saludable, mostrando en este caso una **emoción positiva** y una **acción de afecto** hacia ella y su hijo, en definitiva, una actitud favorable al buen desarrollo de la gestación.

VIVENCIA EMOCIONAL DURANTE EL PARTO

La emoción estrella en esta etapa es el **miedo**, pero miedo ¿a qué? Y ¿por qué?

En primer lugar al **"dolor"**:

Aunque estamos a principio del siglo XXI, es a finales del pasado siglo XX cuando se estandariza el uso de la **analgesia epidural (AE)** en la asistencia al parto en los hospitales, y a petición de la gestante, independientemente de si se inicia de manera espontánea ó inducida, y por supuesto, independiente de la finalización eutócica ó distócica, y ¿por qué?.

Indiscutiblemente, en esta sociedad de pleno culto al cuerpo, por el que somos capaces de pasar por las mil y una intervenciones ó manipulaciones, por el que somos capaces de sacrificar hasta la salud, resulta que, somos incapaces de prepararlo para afrontar el momento del parto.

Con ello, no sólo me refiero a lo esquelético-muscular, sino a preparar a nuestro cerebro para afrontar el dolor, por otro lado fisiológico, que pueden provocar las contracciones durante el periodo de dilatación y expulsivo.

Está claro que hay que respetar la decisión de la mujer, siempre que no haya contraindicación médica, pero son decisiones que deben ser tomadas, teniendo toda la información correcta de pros y contras, conociendo otras alternativas psicológi-

cas y educativas que pueden colaborar y ayudar a un nacimiento más “fisiológico”.

En segundo lugar, a la *pérdida del bienestar ó posibles malformaciones* de su hijo. La preocupación por que su hijo esté bien durante la dilatación hace que estén pendientes de los monitores de control de la FCF, más que de concentrarse en todo aquello que le pueda ayudar a estar más tranquila y relajada.

Cuando el nacimiento a ocurrido, su estado de alerta se centra sobre la vitalidad del recién nacido y la completa normalidad de su anatomía. Una vez ella confirma que su hijo está bien y sano, la emoción que aparece, generalmente, es la **alegría** (felicidad, satisfacción) que expresa mediante lágrimas, palabras y abrazos hacia su hijo (importante la creación del vínculo afectivo), también llamada **plenitud**.

Algunas veces ocurren rechazos y falta de contacto con su hijo como consecuencia del cansancio ó por que los profesionales lo impidan (protocolos rígidos) ó por necesidad de atención pediátrica.

Si la gestante vive con **estrés** su parto, está demostrado que se incrementan los niveles de la adrenalina (hormona de la alerta) y puede producir la inhibición la necesitada oxitocina (hormona del placer y del amor) propia de estos momentos, teniendo que recurrir a su administración exógena (6,7).

Durante mis años de experiencia como matrona y psicoterapeuta, he visto mujeres que hacían regresiones a su infancia, llamaban a su madre en busca de ayuda, la necesidad de ser “salvada” de aquella situación vivida tan...”traumática”. Esto puede ser causa de déficit afectivo (producen en algunos casos, conductas de inmadurez), que la hacen estar “sin recursos” para afrontar este momento.

Para algunas mujeres es su primera experiencia, carecen de referentes, y les cuesta asimilar el inicio de un nuevo rol, el materno.

Además existen **factores externos** en esta situación (8) que pueden hacerle sentir **insegura y/ó decepcionada**:

- a)-el estado de bienestar del Recién Nacido
- b)-el no asistir a los cursos de educación maternal (amplios estudios lo avalan)
- c)-el desconocer el lugar dónde se producirá el parto
- d)-la manera de finalizarlo (vaginal ó cesárea)
- e)-el alto grado de medicalización y uso de técnicas, sin otras alternativas, en la mayoría de hospitales públicos
- f)-el desconocer a la persona que atenderá el parto
- g)-algunas actitudes profesionales inadecuadas e impropias
- h)-la ausencia de la pareja durante este proceso, ajena a la voluntad de ambos
- i)-las “condiciones ambientales” del paritorio
- j)-el abuso de rutinas protocolarias, a veces, innecesarias etc.

Actualmente tanto la OMS, la SEGO y la AEM se han pronunciado a este respecto, intentando que los profesionales cambien determinadas actitudes (sin dejar de lado los conocimientos científicos), en pro de un nacimiento “más humanizado” (curioso, humanizar lo que se hace entre y por humanos) ampliando conocimientos y habilidades que se ajusten más a la realidad del momento y de la persona que se atiende.

*A modo de resumen, la vivencia emocional en el momento del parto dependerá por un lado, de la actitud de la mujer previamente durante la gestación, de factores afectivos y de la actitud de los profesionales que la atiendan, PERO SOBRE TODO, DE QUE SU HIJO NAZCA VIVO Y SANO.

VIVENCIA EMOCIONAL EN EL PUERPERIO

Este es el momento que sigue inmediatamente al nacimiento de su hijo, y cuando el parto ha sido eutócico, se recomienda establecer el contacto inmediato “piel con piel”, recomendación, no sólo de los pediatras, la OMS, sino también, por aquellos profesionales que conocen sus beneficios, por ejemplo, para iniciar la lactancia materna(9). Hoy por hoy, todavía no se permite el contacto inmediato en las cesáreas (aunque se está en ello) (10). Generalmente, la emoción que emerge en los padres, y en especial en la madre, es la **satisfacción y alegría** por tener a su hijo vivo y sano entre sus brazos.

El hecho de haber ayudado a su hijo a nacer a esta nueva vida extrauterina, y el logro de un hijo sano, le hacen sentir un acumulo de sensaciones y emociones que despiertan su capacidad afectiva con ese nuevo ser, y que ahora, tienen entre sus brazos. Un ser real y tangible al que dirigir todo su afecto. Es momento de la creación del vínculo afectivo real.

Su pareja se prodiga en afectos hacia ella en señal de gratitud, y en recompensa por el “esfuerzo” realizado por ella hacia él (afecto) al “darle” un hijo.

A veces, hay que dejar tiempo para que estas emociones surjan, pues el propio cansancio y la experiencia en sí, pueden dejar a la madre exhausta e impresionada y sin capacidad para la reacción.

Por desgracia, no todos los nacimientos son “tan maravillosos”, pueden ser más traumáticos, bien por el uso de técnicas más agresivas ó por la urgencia surgida de una complicación de último momento. En estas circunstancias el único objetivo de preocupación de los padres, en especial de la madre, es que su hijo nazca vivo y sano.

No le importa lo que hagan con ella con tal de que todo acabe “bien”. Esta experiencia puede ser vivida con angustia y sufrimiento, pero si el resultado es óptimo y la personalidad de la mujer es adulta y con recursos personales suficientes, lo vivirá de manera saludable.

Otra etapa importante del puerperio es la que sigue con la estancia hospitalaria en la planta de maternidad. Aquí el cansancio y la nueva situación para muchas, la hacen estar como en una “nube”, todavía no acaban de creérselo. Están en la fase de adaptación y las emociones pueden estar no del todo claras, es decir, la puerpera puede estar en un estado de **confusión**.

Si a esto le añadimos, el incesante desfile de visitas, que con toda su buena intención acuden durante todo el día, la inexperiencia con la lactancia materna, la cantidad de consejos “gratuitos” de los familiares, el baile de hormonas, etc. la mujer puede sentir **estrés** (el grado dependerá de los recursos previos).

De lo anterior depende, en gran medida, que la lactancia materna se mantenga, que la recuperación física y el equilibrio psicoemocional se restablezcan lo antes posible y no de lugar a la temida **“depresión posparto”**

Hace algunos años, escribí un artículo en una revista para padres, conocida por vosotr@s, en las que hacía referencia a la prevención de la depresión posparto (11). Entre otros recursos, y por resumir, hacía hincapié en el aprendizaje previo en materia de **“poner límites”**, sobre todo, en la etapa que sigue en el domicilio familiar.

Es en esta etapa del puerperio tardío, cuando la madre tiene más riesgo de que las propias emociones (influenciada por cambios hormonales, experiencia personal, etc.) y la situación misma de cambio y adaptación, desencadenen algunos trastornos psicológicos y que en caso de no recibir ayuda temprana, aboquen a un cuadro grave de **“psicosis puerperal”**.

Ahora surge **“la pregunta del millón”**, ¿Y podemos nosotr@s, como matronas, colaborar ó ayudar para que todas estas vivencias emocionales, en cualquiera de las etapas de gestación, parto y puerperio, sean lo más positivas posibles?

LA MATRONA: PROFESIONAL DEL CUIDADO

Si consideramos a la **matrona** como **“la profesional cualificada para el cuidado de la salud integral de la mujer, su entorno y su familia, a lo largo de todo su ciclo vital, y especialmente, durante la gestación, el parto y el puerperio”**, la respuesta es **SÍ**.

Inmediatamente surge la pregunta, ¿pero cómo?

Primero: Conociendo cómo se expresan las emociones.

Las emociones *se expresan* mediante:

- el lenguaje verbal (cualitativo y cuantitativo, tono, volumen, etc.)
- el lenguaje no verbal (gestos faciales, mirada, cambios en la coloración de la piel, movimientos corporales, etc.)
- comportamiento ó conducta

La emoción verdadera resulta de la armonía de todo lo anterior.

Segundo: Conociendo cómo son las actitudes

Debemos conocer cuáles son los *componentes de la actitud* (pensamientos, emociones y conducta) para poder establecer los cambios adecuados en cualquiera de sus elementos y a través de ellos, modificar actitudes (incluso las propias).

Tercero: Conociendo los factores que influyen en la vivencia emocional

Conocer qué factores van a predisponer el tipo de vivencia durante esta etapa de la vida de una mujer, nos ayudará a entrever o detectar actitudes que no favorezca la integridad de su salud y la de su hijo y así, poder derivarla a tiempo, al profesional ó especialista adecuado.

A modo de resumen, los *factores* son:

- factores de personalidad (ansiógena, depresiva, etc.)
- factores culturales (nivel de estudios, profesión, etc.)
- factores obstétricos (patologías previas ó actuales, antecedentes obstétricos, etc.)
- factores socioeconómicos (vivienda, situación laboral, etc.)

Cuarto: Educación para la Salud, de forma individual

Generalmente, se realiza en la consulta de la matrona de atención primaria, pero no está de más recordar unos requisitos mínimos, si realmente se quiere hacer educación para la salud y no un mero “cumplimento de información” y “técnicas”.

No olvidemos que trabajamos para el cuidado de la madre y de su hijo, dos personas, y tan importante es el cuidado físico como psicoemocional para el futuro desarrollo de la gestación, de su hijo y en definitiva de la futura sociedad.

Además de crear un ambiente de acogida cálido y que permita la intimidad, la matrona *necesita*:

- la empatía por parte de la matrona
- la escucha activa
- la realización de una entrevista (y no un relleno de formulario)
- ofrecer información y formación
- habilidades comunicativas

Quinto: Educación para la Salud, de forma grupal

Como profesionales debemos de dejar ya de hablar de *preparación al parto, gimnasia del parto, charlas*, etc. si lo que queremos hacer realmente, es dotar a la mujer de recursos que mejoren su experiencia y por lo tanto, su vivencia sea lo más positiva posible. Para ello *utilizaremos* (consultar bibliografía)

- técnicas educativas para los contenidos
- técnicas de dinámica grupal
- técnicas de relajación
- técnicas de visualización creativa
- técnicas proyectivas
- técnicas cognitivo-conductuales
- y todas aquellas otras que sepamos y que ayuden a la gestante

Sexto: Conocer las recomendaciones de la OMS para la asistencia al parto "humanizado":

En muchos hospitales, públicos ó privados, existe la tendencia de emplear determinadas técnicas de manera rutinaria, ajustándose a protocolos internos, que no siempre se ajustan ni a la situación ni persona concreta.

Organismos oficiales y sociedades científicas y profesionales, utilizan el término de "uso racional" de determinadas técnicas, que la medicina basada en la evidencia a demostrado inadecuada para que se justifique su "uso irracional" (abuso).

Está bien saber que la madre dispone de recursos médicos que no sólo le pueden ayudar a salvar ó mejorar la calidad de vida de ella ó de su hijo (morbi-mortalidad materno fetal), pero debe hacerse desde el más absoluto **respeto** y con actitudes más "**afectivas**".

Las matronas no podemos ser unas meras asistentes de otros profesionales ó ejecutoras de técnicas, debemos ejercer nuestra profesión con afecto y desde el afecto.

Trabajamos con seres humanos y no siempre somos conscientes de nuestras propias actitudes y lo que ello puede significar en un momento tan especial de la vida de una mujer y/ó pareja como es el nacimiento de su hijo.

Actitudes que a veces resultan...máxime si tenemos en cuenta que somos profesionales, la mayoría mujeres y muchas, madres.

Para concluir, os regalo dos textos, de los que yo considero "verdaderas joyas" que nutren el alma y a mí me han ayudado a vivir mejor:

DIEZ PASOS PARA ALCANZAR LA SABIDURÍA EMOCIONAL

- 1.-Haga que el cuidado de su cuerpo sea una prioridad***
- 2.-Busque el sentimiento en su cuerpo, no en su cabeza***
- 3.-Desarrolle músculo emocional cada día dedicándose tiempo a concentrarse en la experiencia emocional***
- 4.-Acepte todo lo que siente***
- 5.-Abra su corazón a los demás***
- 6.-Actúe, haga cosas que le hagan sentirse útil e importante***
- 7.-Escuche con empatía***
- 8.-Dígales cómo se siente***
- 9.-Utilice el cambio como oportunidad de madurar***
- 10.-Llévese una dosis de humor a donde quiera que vaya***

Jeanne Segal

***“Lo que está bien plantado no puede arrancarse...
Cultiva la Virtud en tu persona y se hará una parte auténtica de ti.
Cultívala en tu familia y se hará constante.
Cultívala en la comunidad y vivirá y se acrecentará.
Cultívala en el estado y florecerá con abundancia.
Cultívala en el mundo y se hará universal.”***

El TAO de la GRACIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario Enciclopédico Larousse. Ed: Planeta
2. V.J.Wakmir.(1967) *“Emoción y sufrimiento”*.Ed:Labor. Barcelona
3. J. Lamberte (1986) *“Psicología Social”*. Ed: Pirámide.2ªedición.Madrid
4. P. Rosales (2003) *“La evolución del marketing relacional al marketing emocional”* Conferencia.Madrid
5. E. Barrull y cols (2000).*“Biopsicología”*.Barcelona
6. M. Odent (2001) *“La científicación del Amor”*.Ed: Creavida. 2ªedición
7. M.Odent (2005)*“El bebé es un mamífero”*.Ed:Mandala
8. R. Schallman (2004) *“Parir en libertad”*. Ed: Buenos Aires
9. G. Nylander (2005) *“Maternidad y lactancia”*. Ed: Granica
- 10.I.Olza y E.Lebrero (2005) *“¿Nacer por Cesárea?”* Ed: Granica
- 11.M. Castelló (1998) *“Apoyo psicológico para después del parto”*.Rev.Mi BB y yo, N°70

(*) Otros recomendados:

- D.R.Riso(1993) *“Tipos de personalidad”* Ed: CuatroVientos
- J.O'Connor y J. Seymour (1994) *“Introducción a la P.N.L”* Ed: Urano
- W.R. Bion(1990) *“Experiencias en grupos”* Ed: Paidós
- J. Segal(1997) *“Su Inteligencia Emocional”* Ed:Grijalbo
- D.Servan-Schreiber (2003) *“Curación emocional”* Ed: Cairós
- S.Gawain (1991) *“Vivir en la luz”* Ed: Sirio
- S.Gawain (1991) *“Visualización Creativa”* Ed: Sirio
- S.Keen (1992) *“El lenguajes de las Emociones”* Ed: Paidós
- F.Salmurri (2004) *“Libertad Emocional”* Ed: Paidós

LA CARTA DE MADRID: un compromiso público con la mujer y su familia.

Ponente: Dña. Rosa María Plata Quintanilla*

**Matrona, Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (Cantabria)*

Quiero expresar al comienzo de mis palabras, mi profundo y sincero agradecimiento a la Asociación Española de Matronas por haber delegado en mi persona la presentación de este documento que hará historia, solidario y comprometido en el que, por mor de la coherencia y responsabilidad personal y profesional, en nuestro rol asistentes al parto, renovamos el compromiso de hacer de la vida profesión y de la profesión vida y así conseguir saber, hacer y ser lo mejor para quienes en ese momento y circunstancia más trascendente de la vida, la del nacimiento, necesitan de nuestro apoyo y ayuda profesional: la mujer y su familia.

¿Cómo se gesta la carta de Madrid?

Hace poco más de un año, el entusiasmo y el compromiso ético del Dr. Hugo Sabatino, obstetra miembro del grupo de parto alternativo de la Universidad de Campinas (Brasil) del de el Dr. Herráiz, jefe de obstetricia del Hospital Clínico " S. Carlos " de Madrid y del de M^a Ángeles Rodríguez, Presidenta de la Asociación Española de Matronas , con el apoyo institucional de la Universidad Complutense de Madrid, en el temprano 2005 les llevó a perfilar un foro de encuentro de los profesionales implicados en la asistencia al parto, conscientes y preocupados ante la creciente deshumanización del mismo , y seguros de que los derechos de la mujer y su hijo que nace no pueden ser sometidos bajo el camuflaje de un mayor control y prevención de las complicaciones del parto .

Y lo primero que admitimos haciendo honor a la verdad cuando hablamos del parto, es la creciente tecnificación que sufre, lo que conduce a una deshumanización traducida en términos prácticos en el desplazamiento progresivo que ha experimentado la mujer y su pareja de su lugar protagonista en el parto para centrar la atención del mismo en los profesionales y las tecnologías médicas .

En un mundo en el que el nacimiento ha perdido la naturalidad necesitamos, por encima de todo generar un sentido de normalidad y de equilibrio, potenciando nuestra determinación para presentar batalla a esta directriz tan aciaga, a la vez de convencernos de la fuerza del colectivo para generar este cambio.

Por ello, los convocantes creyeron que necesitábamos una acción global para desafiar y cambiar la situación de manera que no sigamos permitiendo que el proceso más íntimo y humano pierda ese carácter y lo convirtamos en un resultado de producción.

La fuerza de este foro radica en el compromiso público del grupo de profesionales cuya iniciativa es valorar la participación de la mujer en su proceso y ofrecer buenas prácticas en el proceso del nacimiento e intentando dar a este propósito una dimensión que trascienda.

Una idea fue el común denominador: comunicar la necesidad de cambiar, educarnos y educar y propiciar y fortalecer la participación de la mujer en el proceso de su maternidad.

Entendieron preciso, a la vista de la atención del parto en la actualidad, que había que generar una corriente cambiante que se articule con otros intentos por adoptar posiciones similares de respeto y buena práctica unidos en un esfuerzo colectivo. Los derechos de la maternidad deben ser reclamados y afirmados al unísono por usuarios y profesionales para que los gobiernos se hagan eco de la necesidad de cambio y también se comprometan con él.

Fue resolutivo la conjunción en este foro de profesionales destacados en otras disciplinas distintas a la obstetricia conformando un ponderado equipo multidisciplinar ineludible para una adecuada la atención al parto, junto con obstetras pertenecientes a la élite de la obstetricia de Brasil, Argentina y de este país , y con matronas, que si bien es cierto, nuestro status profesional hoy no se ve como el de ellos gratificado y reconocido, sin embargo, merecedoras de reconocimiento por una labor profesional, perseverante y fructífera que no puede ser ignorada ; como nota destacable respecto al binomio matronas-obstetras, señalo con orgullo que fue una participación igualitaria, desde la independencia jerárquica , con la única prerrogativa: la del conocimiento del proceso del parto, sobre ese puntal unos y otros enunciamos diferentes puntos de vista, que en ningún momento condujeron a tocar los extremos como en el vaivén del péndulo y se estableció un sentimiento colectivo de convergir en una práctica que nos dirija hacia la evitación de un modelo asistencial " curativo" médico, imperante en la actualidad, aplicando los conocimientos y la práctica que en nuestro caso, como en tantos otros, parte en buena medida de lo que la naturaleza nos muestra y nos enseña y que tantas veces está alejado o es contrario a nuestra contribución profesional.

No debíamos olvidar que la humanización en la atención al parto y la naturalización del parto son dos piezas de un puzzle que se ensamblan y son imprescindibles para completar una imagen perfecta. Descartada de la mente de los profesionales

convocados quedaba ignorar el avance científico y plegarse a la dependencia de lo que la selección natural nos brinde, sino haciendo uso de nuestra racionalidad asumir que el rol de la naturaleza no es contrario al avance de la ciencia. Realmente se estableció un foro de crítica y autocrítica, desde la humildad y el respeto a las personas y las ideas que buscamos la racionalidad y la eficiencia en los cuidados del parto.

La concepción de este foro yo la he visto como la de ser un collage del cambio en la atención al parto buscando generar una conciencia colectiva, y he utilizado este símil porque partiendo de la base de que la obstetricia no es una ciencia exacta ni compacta, pensé que un collage de ideas fuera la mejor manera de representar todas las posibilidades vertientes de la asistencia; como la propia técnica artística así denominada, también nosotros cortamos, pegamos, tomando de aquí y de allá para unir realidades procedentes de contextos distintos, hemos hecho una unión, superposición en algunos casos y siempre relación de ideas diferentes que tienen como soporte la idea de una maternidad respetada y segura y ese objetivo es el que aflora a la superficie de nuestra obra : la mejora en la atención a la maternidad .

El foro se denominó Nuevas perspectivas del parto de bajo riesgo haciendo un abordaje del tema con base en la evidencia y fundamentando la iniciativa del cambio en la buena praxis.

A petición de los participantes y como parte del plan de difusión de esta reunión a instancias de los organizadores del evento, se ha elaborado un CD recopilatorio de todas las exposiciones orales y gráficas gracias a la autorización de los ponentes para su divulgación y la tarea encomiable de la Asociación Española de Matronas por compilar y dar forma, con sumo esmero y gran esfuerzo , a todo el material cuya presentación os mostraré inicialmente para pasar seguidamente a hacer un recorrido por las intervenciones en torno a las cuales se ha elaborado un documento, repito- histórico para la asistencia al parto en este país que es la Carta de Madrid .

El foro se estructuró en cuatro mesas: La primera de ellas fue PERSPECTIVAS DE LA EDUCACION PARA LA SALUD DE LA PAREJA y fue el Dr. Hugo Sabatino, el encargado de iniciarla con la ponencia titulada “Historias de las formas de nacer” en la que exponía una revisión del ciclo histórico del nacer a través de 6500 años demostrando que la verticalidad fue una forma de parir mayoritariamente mantenida durante miles de años hasta que paulatinamente fue substituida a medida que se introdujo la utilización de instrumentos obstétricos, coincidente con el acceso de los médicos al parto ,y la especialización de esta asistencia convirtiéndose en disciplina médica, la obstetricia y en obstetras, los nuevos asistentes. Los estudios consultados y la experiencia del Dr. Hugo Sabatino abogan por rescatar la verticalidad en el parto.

Una ponencia novedosa e interesante fue la pronunciada por el Dr. Néstor Suárez, psiquiatra argentino que nos habló de Resiliencia en el parto, esa condición humana que da a las personas la capacidad de sobreponerse a la adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro.

Transmitir estas convicciones durante la atención prenatal hace que la mujer esté mejor dispuesta para en el momento del parto establecer una relación de vínculo y apego grande con su hijo ; en su exposición el profesor reconoce explícitamente la labor de las matronas potenciando la resiliencia de las embarazadas, acaso sin conocer muchas de nosotras la formulación científica de la citada teoría pero si como expertas empíricas de la misma fruto de nuestra proximidad con la mujer que nos permite conocerla y descubrir todas las implicaciones psicológicas que la maternidad impronta en ella; además de demostrar con cifras, la idoneidad de la matrona en la asistencia a la maternidad apuntando cómo aquellos países con más bajas tasas de mortalidad de América Latina son las que mantienen la profesión de matrona con sus escuelas abiertas.

La Dra. Silvia Cordeiro Psicóloga brasileña nos habló de la importancia de los aspectos psicológicos en el proceso reproductivo, afirmaba que en el cambio en las formas de nacimiento que culminó en la transferencia del proceso del nacimiento al espacio hospitalario se dejaron de lado aspectos importantes del proceso como los aspectos afectivos y socioculturales que innegablemente están presentes e influyen ese momento importante del inicio de la vida y cómo también, producto de ese modelo de atención “médico” la mujer es tratada como paciente ,los sentimientos de las mujeres son considerados menos importantes que su seguridad y la de sus bebé y estos sentimientos que han pasado a ser considerados como falta de preparación psicológica para el trabajo se han transformado en justificación médica para intervenciones muchas veces innecesarias.

El tratamiento de el fenómeno del embarazo y parto no sólo como un fenómeno central o fisiológico sino como una experiencia socialmente construida permite ampliar la comprensión de las parejas durante el proceso y por tanto su implicación.

Crear un puerperio con sensación de bienestar para padres e hijos fue la propuesta de Raquel Castro , Matrona del Hospital Clínico de S. Carlos quien a través de la elaboración de un programa de apoyo en el puerperio hospitalario intentan favorecer la adquisición de conocimientos y técnicas necesarias en esta etapa para establecer acciones de auto-cuidado y por tanto, adquirir responsabilidades en el mantenimiento de la salud individual y colectiva con una unificación de criterios entre los profesionales que atienden a la pareja mediante esta guía de consenso , aportando los cuidados necesarios apor-

tando los cuidados necesarios en esta etapa para el RN, la madre y el fomento de la lactancia materna .Los autores en este trabajo aseveran que la educación maternal es un proceso continuo durante el embarazo, parto y puerperio y no debiera haber ningún vacío asistencial por el hecho de cambiar de nivel asistencial, en consecuencia, en el hospital se deben reforzar los conocimientos adquiridos en la preparación maternal o aportarlos a quienes carezcan de ellos a la vez que en A.P deben conocer los problemas no resueltos en el hospital que necesitan seguimiento post-alta.

El presidente de la SEGO, D. José Bajo Arenas, hizo una revisión de la asistencia prenatal desde el punto de vista de la Sociedad Obstétrica Española , asumiendo que dentro de las competencias de la matrona como las del ginecólogo o las del médico de familia están las de controlar un embarazo normal. Destaca la importancia en este seguimiento de la captación precoz para el adecuado control del proceso.

Asume que en estos momentos la obstetricia es una fuente importante de demandas lo que nos ha llevado a hacer una medicina defensiva en correspondencia a la presión social y judicial y para asegurar la buena praxis de nuestros controles antenatales y, a la vez , salvaguardar la responsabilidad profesional incide sobre la necesidad inexcusable de elaborar una completa historia clínica, aplicar los protocolos que la SEGO ha emitido sobre el control del embarazo normal y ofrecer a los usuarios la mejor información sobre las técnicas necesarias para el control de su embarazo que éstos aceptarán rubricando los consentimientos informados que a tal efecto ha elaborado la sociedad obstétrica española.

La segunda mesa se tituló PERSPECTIVAS EN EL TRABAJO DE PARTO y su primer ponente , Dr. Pedro de la Fuente , Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital “12 de Octubre” , en su ponencia “ Posición de la madre en el trabajo de parto” hizo una reflexión sobre la humanización del parto en el medio hospitalario matizando que en esta humanización no se pueden descuidar las ventajas, hallazgos y adelantos de la medicina de hoy, que el parto seguro, el parto sin riesgo, es aquél en el que se combina algo de lo que pasa en el parto domiciliario donde las mujeres están rodeadas del ambiente y el calor afectivo y por otra parte no renunciar a la tecnología que le da seguridad a la madre y el hijo.

Partiendo de la experiencia pionera del Hospital “12 de Octubre” que fue el primero en implementar el programa de acompañamiento en el parto y deambulación mediante telemetría, presentó los resultados de estudios que avalan esta propuesta.

Hoy en día en nuestras prácticas de asistencia al parto hospitalario la utilización de la técnica de la analgesia epidural se ha convertido en un arma indispensable para combatir el dolor y sobre la técnica y desde el punto de vista del anesthesiólogo el Dr. Santé, anestesista del Clínico de Madrid nos decía que el dolor de parto es potencialmente malo porque produce una serie de cambios fisiológicos endocrinológicos neuroendocrinos que indican que el dolor produce unas alteraciones y una serie de perjuicios tanto en la madre como en el feto, y por tanto la analgesia epidural es beneficiosa porque disminuye en lo posible ese dolor.

Afirma que la analgesia epidural es la opción analgésica ideal para el parto porque reúne las características de ofrecer un rápido inicio de efecto, una alta eficacia, una fácil realización , un mínimo número de efectos secundarios y no tiene limitación en el tiempo.

La siguiente ponente Almudena González Casado , Matrona del Hospital de Alcorcón iniciaba su exposición con una pregunta que daba título a la misma ¿ Que no se debería hacer en la asistencia al parto de bajo riesgo? Partiendo de la base de que el parto en España es fundamentalmente hospitalario, se evidencia el hecho innegable que en la mayoría de casos se haya convertido en un proceso excesivamente medicalizado, a lo que han contribuido factores sociales, técnica y avances médicos y factores legales.

Hizo un repaso a las prácticas habituales que seguimos en nuestra asistencia al parto en España y que en base a la evidencia, según los dictados de la OMS, los estudios de la Cochrane parte de ellas deben ser abandonadas potenciando otras que son favorecedoras de la dinámica del parto , contribuyen al confort de la mujer y su pareja , respetando el proceso fisiológico sin menoscabo de la seguridad en el desarrollo del parto.

Mi participación en este foro se tradujo en la intervención titulada “La evidencia científica y la protección al parto conducen a la excelencia”, cuyo punto de partida es que la calidad de los servicios de salud es un derecho esencial de los ciudadanos , y desde la bioética hice un análisis desvelando los efectos perjudiciales de la tecno-medicalización en la asistencia al parto: iatrogenia, costos , morbilidad, concepción equívoca de los profesionales que justificamos las irrupciones en el proceso normal, la falta de implicación de los usuarios en su proceso, la imposibilidad de análisis de los servicios de salud por parte de profesionales ajenos a la gestión y los propios usuarios

La protocolización del sistema y nuestra instrucción basada en una obstetricia conductista nos han hecho no saber separar los partos normales de los que no lo son actuando de la misma manera lo que produce una injerencia en el proceso fisiológico., a la vista de lo cual la OMS nos propone los “10 principios de cuidados perinatales” en los que se conjuga una

forma de cuidados multidisciplinario cuyo centro es la familia sociológica y culturalmente sensible , junto con la práctica basada en la evidencia, el uso de la tecnología apropiada y un punto de vista no medicalizado, puntualizando además, lo mismo que la ICM y la FIGO la competencia e idoneidad de la matrona en el cuidado del parto normal

Mi hilo conductor fue el de crear una nueva conciencia profesional en la asistencia al parto que nos conduzca a generar una nueva conciencia social, tomando como directrices del cambio del modelo de atención al embarazo y parto que nos conducirán a un nivel de excelencia crear un modelo de atención basado en la mujer como unidad biopsicosocial, afirmando el concepto de mujer embarazada como sana , y del embarazo y parto como proceso fisiológico, potenciando una actitud de la embarazada en la que asuma y comparta las responsabilidades , y se interese por informarse y educarse y de la parturienta que mantenga un rol activo acompañada de su familia .

Los recursos de los que dispone España y su situación dentro de los niveles de salud mundial nos asegura la posibilidad de aspirar a metas mejores, nuestra opción y nuestro deber, acorde con nuestro compromiso ético explícito con nuestro ejercicio profesional y la mujer y por extensión con la sociedad, es conseguir la excelencia en nuestros cuidados en la atención en el proceso del nacimiento.

La atención del parto en el siglo XXI corrió a cargo del Dr. Herráiz , jefe de Obstetricia del Hospital Clínico “S. Carlos” quien hizo una exposición en la que conjugaba el parto científico , parto hospitalario en el que están disponibles todos los recursos científicos que , utilizados con medida y rigor, en España según los protocolos de la SEGO, ayudan a proporcionar seguridad a la madre y el feto con el aspecto humanizado de que se le puede rodear al proceso dentro de una institución sanitaria para lo cual entiende necesario articular una unidad de partos funcional y operativa en la que se pueda ofrecer a la parturienta un espacio propio en el que garantizar un ambiente íntimo, discreto y cómodo en salas que él denominaba DIPAP, favoreciendo la deambulación de la mujer, el acompañamiento familiar, ofreciendo otras alternativas de parto distintas a la tradicional y garantizando en caso de complicaciones un diagnóstico rápido y fiable y una resolución urgente del problema para evitar el compromiso del feto y la madre

La segunda jornada del seminario dio comienzo con la mesa PERSPECTIVAS EN EL EXPULSIVO, iniciada con la intervención del Dr. Sabatino y su ponencia “La posición en el parto” en la que hizo un análisis de los beneficios y riesgos de la utilización de posiciones diferentes en el periodo expulsivo basado en la revisión Cochrane (2001) de la que se deducían de la p. vertical varias posibles ventajas

Al unísono con esta revisión, presentó los resultados de su grupo de trabajo de la Universidad Estatal de Campinas durante los años 1980-2002 en los que indicaba los factores que justificaban el parto en posición vertical (cuclillas).

Su conclusión era que el parto en posición vertical reporta más ventajas que desventajas, sería una alternativa adecuada para la asistencia al parto por sus beneficios.

De el ambiente del parto-nacimiento nos habla la Dra. Livia Martins Carneiro y destaca de sus palabras la afirmación de que la primera consecuencia negativa de la hospitalización fue el sentimiento de soledad de la mujer y su aportación de resultados de actuales estudios que demuestran la preferencia de la parturienta por un acompañante que preste un soporte continuo con una presencia efectiva y las evidencias constatadas sobre más de 4150 mujeres afirman este beneficio aún cuando son realizados por personas sin vínculo profesional con las mujeres, un profesional, pero las conforta con el contacto físico y la estimula y anima con sus palabras , lo que reporta sustanciales beneficios.

Así mismo los datos estadísticos que arrojan estudios comparados entre partos hospitalarios y domiciliarios como refrendan la seguridad de esta opción del siempre y cuando se trate de partos de no riesgo, planificados, con asistencia profesional y soporte adecuado.

La Dra. incide en la necesidad de cambiar la atmósfera ambiental haciendo modificaciones estructurales y estéticas del lugar de parto, y a la vez del comportamiento de los profesionales con una presencia cercana efectiva y eficaz que despierte la confianza de la mujer en su capacidad de dar a luz.

El Dr. Enrique Lebrero, obstetra de la Maternidad “Acuario”, con su exposición titulada “ Parto consciente y nacimiento sin violencia” manifiesta la necesidad de recuperar el parto natural para lo cual hace un planteamiento conciso y preciso de objetivos :

- Potenciar la fisiología del parto y nacimiento
- Reducir el intervencionismo médico
- Promover el protagonismo y la responsabilidad de la mujer

Como forma de lograr los objetivos propuestos enumera los siguientes puntos de actuación:

- -Conocimiento actual de la fisiología del parto, se debiera hablar de ecología del parto, del respeto y la potenciación de los elementos que confluyen y hacen posible una experiencia fisiológica, como son la respuesta fisiológica corporal, su tiempo de evolución particular, el ambiente propicio para ello, las personas que la acompañan o la

vivencia del dolor

-Dotación en las maternidades de medios físicos que potencien y no perturben la fisiología el parto: Crear un ambiente doméstico, cálido y acogedor, con luz indirecta, ambiente caldeado, música agradable, bañera, que permita la adopción de posturas libremente, silla de partos, y fuera de ese entorno, previendo una intervención urgente, la disponibilidad de un quirófano obstétrico.

-El cambio de actitudes de los profesionales ante un acto fisiológico como es el parto: Recordad y así actuar desde la certeza de que el parto no es una enfermedad ni un acto médico quirúrgico y lo mejor que podemos hacer es respetar y potenciar esa fisiología desde un discreto segundo plano, transmitiendo seguridad y confianza, potenciando la autonomía de la mujer, y alejando de nuestros actos la prisa para poder respetar el ritmo propio de cada parto, aprendiendo a utilizar actos terapéuticos, baño, masaje, respiración.....que potencien la fisiología del parto- Protocolos de actuación de parto natural Aplicar los protocolos desarrolladas por la OMS en el informe del 99 para aquellas gestantes sin patología previa o actual que podrían acceder al desarrollo de un parto espontáneo.

Continuamos la andadura del seminario con la intervención del Dr. Marcos Leite, obstetra brasileño quien disertó sobre la trascendencia de la episiotomía y los desgarros, anteponiendo el objetivo de lograr mantener la integridad perineal, ya que estima que la protección inadecuada o la falta de protección puede causar daño a corto, medio y largo plazo y el dolor perineal puede resultar negativo para el establecimiento de la maternidad,

No se trató el tema desde la restricción de la realización de la episiotomía y cuál sería la técnica más adecuada, abordaje cada vez más cuestionado por las evidencias científicas actuales, sino además desde los cuidados previos, durante el embarazo para lograr este propósito:

Abogó en base a revisiones científicas por el masaje perineal durante el embarazo a partir de la 34 semana de gestación, pero no en el parto, por su efecto protector contra el trauma perineal, por el grado de aceptación por parte de las mujeres que se traduce en su grado de satisfacción, en que repetirían la técnica en otros embarazos y por ende lo recomendarían a otras embarazadas.

Y también por la promoción de los ejercicios para protección del perineo durante el embarazo porque las conclusiones científicas apuntan a que las mujeres que practicaron ejercicios regularmente en el embarazo, en el post parto presentaron buenos resultados a este respecto.

El siguiente participante, Dr. Manuel Albi fue el encargado de exponer la postura de la SEGO con respecto a la asistencia al periodo expulsivo, que es actualmente la guía de actuación dentro del sistema sanitario español en tanto el derecho de autonomía de la mujer no sea plenamente ejercido por esta. El sistema sanitario para la asistencia indica como premisas:

- Práctica clínica basada en la evidencia
- Evaluación crítica de nuevas tecnologías
- Humanización del parto con base científica Protocolos y guías clínicas, siendo que en este país, la SEGO, enuncia su protocolo de actuación para la asistencia al parto y es el referente para toda actuación obstétrica al respecto.

Bajo el título TEMAS DE ACTUALIDAD se tituló a la última mesa del foro y la primera intervención de la misma, a cargo del Dr. Usandizaga llevó por título lo que el definió como pregunta provocativa *¿Han aumentado las cesáreas en las gestantes de bajo riesgo?*

Un sí franco y rotundo fue su contestación de experto y honesto obstetra y nos ofreció una explicación clara de su por qué. Los profesionales de la obstetricia saben bien que asisten a dos pacientes y respecto a la autonomía, uno de ellos realmente no puede manifestar sus deseos de si quiere nacer o no por cesárea. No hay evidencia hoy por hoy de que la cesárea sea más segura que el parto vaginal, ciertamente los riesgos de las cesáreas están muy disminuidos y creo que estamos convencidos de que si existen no debemos dudar de practicar la cesárea pero no parece lícito recurrir a ella sin una indicación contrariando de una forma clara las leyes de la fisiología. Por otro parte si hacemos una cesárea sin indicación es cierto que hemos dicho que los riesgos son pocos, al menos los grandes, pero si surge un problema ¿cómo vamos a justificar tal incidencia? Y por ultimo diría que lo importante hoy en día es que haya una correcta información que tiene que ser veraz, prudente y paciente, solo esto servirá para aclarar las dudas, es un envite que tenemos por delante los profesionales y realmente es una nueva obligación que tiene en este momento los obstetras y matronas porque en el futuro va a ser muy importante dar verdadera información a las pacientes que cada día la piden más.

Es evidente que la naturalización de la asistencia al parto pasa por involucrar a los neonatólogos que, en cierta medida se han acostumbrado también a desconfiar de los procesos naturales asimilando la idea de RN nacido como un enfermo más. Muchas veces esa desconfianza es el producto de las actuaciones del obstetra que con sus intervenciones genera la necesidad de tratar al RN y en este sentido el Dr. Adriano Marqués, neonatólogo brasileño, lanzaba al foro la idea de su exposición

Realizar una asistencia de calidad y humanizada tanto a la madre como al RN nos solo a los de bajo riesgo y saludables como a los patológico que ya se encuentran en condiciones estables de salud haciendo un cuestionamiento acerca de la asistencia

protocolizada actual del RN normal.

El Dr. Moro, neonatólogo del Hospital Clínico "S. Carlos" y desde el fundamento de que no se disponen de evidencias suficientes para afirmar que los programas de alta precoz, o mejor denominados a su criterio, altas apropiadas o idóneas para ajustarse más a la tendencia a la humanización de la atención neonatal, sean superiores, surgieron como alternativa a la medicalización del parto, aunque luego se le sumaron otros factores como presiones asistenciales e incluso y muy determinante, los economicistas, tiene algunos inconvenientes como las implicaciones en la lactancia materna, con la ictericia neonatal, con la rehospitalización, con los programas de asistencia domiciliaria y fundamentalmente con los programas de screening.

La intervención del Sr. D. Fernando de Vicente, abogado, no estuvo en relación con las demandas jurídicas de las que desgraciadamente y con mayor frecuencia somos potencialmente objeto los profesionales sanitarios en este foro, nos expuso, a la vista de la implicación que el desempeño de las profesiones sanitarias tiene en relación con ordenamiento jurídico el cambio que la legislación española y concretamente en lo que se refiere a presiones sanitarias centrando el tema en las matronas, que ha sufrido recientemente al promulgarse nuevas leyes al respecto como las de Cohesión y Calidad, Ley de Ordenación Sanitaria, Estatuto Marco y Ley de Autonomía del paciente lo que genera una nueva situación profesional con nuevos retos en el desempeño y desarrollo profesional y de los agentes de responsabilidad.

El Dr. Vidart, disertó sobre "El futuro de la asistencia obstétrica y derechos de la mujer" tomando como base la afirmación de que se ha restado naturalidad al parto por el planteamiento tecnológico de la gestación y el parto y que se reclama un cambio en la asistencia al mismo para hacerlo más humano no es menos cierto que estamos ante un vacío legislativo específico con relación al parto ya que no obliga al personal sanitario a realizar determinadas intervenciones y tampoco existe garantía de que prevalezca la decisión de la madre porque la ley de autonomía no tiene un soporte legislativo específico. Ante esta perspectiva y en tanto no se complete la legislación específica, sería correcto atenerse a las recomendaciones actuales en este sentido como son las emitidas en 1996, por el Grupo de Trabajo Técnico de la O.M.S., en el informe titulado: "cuidados en el parto normal: una guía práctica". que supusieron junto con otras, como la declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el RN, el primer paso en el debate sobre la humanización de la asistencia al parto de bajo riesgo; todo ello ha de provocar un cambio de actitud por parte de los profesionales y de la sociedad en general sin descartar la necesidad de la participación de la Administración para adaptar las infraestructuras existentes y las futuras en consonancia con las demandas. La situación ideal de la asistencia al parto en el futuro conforme a los derechos de la mujer, debemos buscarla en el término medio procurando la máxima autonomía personal de la mujer, informándola bien y dejándola decidir, integrando medidas asistenciales más flexibles y menos rígidas, más acordes con las tendencias actuales de la sociedad.

Llegando al final del seminario, intervino M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la Asociación Española de Matronas quien con la vista puesta en la mejora de la atención del parto y con el aval del profundo conocimiento de la profesión no sólo en su calidad de matrona asistencial, sino como estudiosa y amante de la historia de la profesión, infatigable luchadora por la defensa de los derechos de la misma que implícitamente conlleva los de la maternidad, frente a las administraciones y organismos competentes en materia de educación y sanidad e integrada en los grupos internacionales de matronas con el mismo objetivo, hizo un repaso de sus asistentes principales: matronas y obstetras y su relación, por cierto relación tardía, no solo a juicio de las matronas sino del imparcial de la historia, que se inició como un proceso de usurpación de la profesión por parte de los que hoy son obstetras, ayudados por la innegable soberanía de género, a pesar de lo cual las matronas han seguido desde los tiempos más remotos de la historia ejerciendo un papel socio-sanitario eficiente en términos económicos y profesionales producto de su adaptación a las demandas de la evolución social, mediante los cambios formativos cualitativos y cuantitativos habidos hasta el más reciente de 1992.

Sin embargo la insuficiencia de recursos de matronas generada por los años de carencia de formación, por el crecimiento estructural del sistema sanitario que, reconociendo las competencias profesionales de las matronas, nos otorgó nuevos campos de actuación, el incremento de cargas de trabajo derivadas de la nueva asistencia etc. pone en peligro la sostenibilidad de la profesión tanto más cuanto que el crecimiento de los obstetras está en superavit en España lo que incide en que todas nuestras funciones no podamos desarrollarlas monopolizándolas estos, a lo que se suma, en no pocas ocasiones, el equívoco de ejercer el principio de autoridad por cuestión de jerarquía y no de responsabilidad obviando las competencias específicas de las matronas que, centrando en el tema de la asistencia al parto, nos capacita, clara y expresamente para ocuparnos del proceso fisiológico con plena autonomía y del diagnóstico de lo anormal, a partir de lo cual sería el campo específico de actuación de los obstetras, a lo que habría que añadir el reconocimiento que se nos otorga a nivel mundial desde las más altas instancias competentes en esta materia como personal costo-efectivo más idóneo para la asistencia al parto normal.

Tenemos muchos estresores gravitando sobre nosotras: problemas de relaciones, la inexistencia de políticas incentivadoras

dentro del sistema, la no corresponsabilidad.... es la imagen de una deficiente gestión del capital humano al que nos vemos sometidas y como consecuencia de ello se producen daños en nuestra la salud que sin duda repercuten en la asistencia, datos del Informe Lucina, macroencuesta Nacional realizada entre las matronas hospitalarias españolas en el año 2004 que en breve será publicado por el interés de sus conclusiones.

Para concluir, la ponente apuesta por potenciar la voluntad de unos y otros , basándonos en la evidencia científica, en la experiencia, en la cordura y en la aceptación de nuestro compromiso ético de buscar una convergencia y armonización en la política asistencial al parto, rescatando lo que de bueno ofrece cada una de las alternativas existentes, para lograr recuperar esa parte perdida de nuestra credibilidad profesional y esa excelencia en la calidad de nuestros servicios que, es el fin de nuestra labor.

Cerrando la ronda de intervenciones fue la Dra. Ivonne Olza , psiquiatra, quien nos habló en su ponencia “Secuelas psicopatológicas de la cesárea”, de la existencia de trastornos psíquicos específicos en el posparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo emocional del lactante, sobre la propia mujer y la pareja.

Señala al hablar sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos en el post-parto, como afirman algunos estudios, la influencia del tipo de parto y la vivencia que la madre tenga del mismo en el desencadenamiento de dicho trastorno, así como el papel crucial de los profesionales que acompañan a la mujer en el parto y la cesárea en la prevención del sufrimiento psíquico.

Quizá haya resultado un tanto denso el resumen de este simposium pero ciertamente era muy difícil resumir tanta información importante y actualizada, producto de tan numerosas intervenciones en las que se ha producido, sin olvidar la relevancia de las aportaciones de los otros ponentes, un hito en esta parcela médica de la obstetricia y es, como apunté al inicio, la participación de las matronas no restringida y no monopolizada por la autoridad presuntamente incontrastable de los obstetras, en este foro las matronas hemos podido actuar libremente demostrando y haciendo gala de que nuestros conocimientos y prácticas profesionales tienen un lugar importante en el cuidado de la maternidad y que jamás debiéramos vernos subyugadas bajo una relación de poder, sino integradas en una relación de colaboración profesional respetada con el reconocimiento de nuestras competencias y la ética de nuestra praxis, esa identidad y autonomía que todavía hoy, injustamente, es un reto para nosotras y cuyo fin primero es la calidad de la asistencia al proceso del nacimiento.

Esperamos haber proporcionado referencias y posiciones valiosas para la promoción de la mejora del nacimiento con este documento que constituye una llamada a la toma de conciencia y a la cooperación tanto de los profesionales implicados en la asistencia, como de las mujeres y de la sociedad en general.

Nuestra propuesta se inscribe en el objetivo de garantizar y fortalecer una asistencia segura y digna al nacimiento, institucionalizando un discurso de derechos y obligaciones que ha de transformarse en un plan de acción cuyo centro sea la recuperación y reapropiación de la mujer de su embarazo y su parto, haciéndolas más conscientes de las consecuencias de sus decisiones relacionadas con la maternidad , aceptando que , si bien son parte del problema que se plantea, al mismo tiempo son parte de la solución y movilizándolas a fin de lograr un cambio de conducta, pero nuestras miras van aún más lejos porque estamos persuadidos de que todo aquello que no se asienta en el imaginario social no cala y no tiene poder de transformación; por ello , intentaremos añadir más sumandos incorporando a la sociedad a nuestra operación y eso será costoso, difícil y largo porque hay demasiados prejuicios y resistencias gravitando sobre ella, pero será el paso para acceder a plantear las necesidades y exigir soluciones a las políticas institucionales competentes que, en última instancias son las responsables de defender y promover la protección de la salud.

La concreción de todo lo expuesto se encuentra en la *Carta de Madrid*, documento que les presento a continuación y con el que doy por finalizada mi intervención. (Video)

LA CARTA DE MADRID

Nosotros , profesionales de salud involucrados con la asistencia al parto y nacimiento, reunidos los días 08- 09 de abril de 2005 en Madrid, preocupados por contribuir a la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo en nuestros países, estamos dispuestos a emprender acciones que contribuyan al desarrollo de prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, de modo que se posibilite a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada más acogedora a la vida.

El grupo reconoce la necesidad de respetar los procesos fisiológicos y los valores culturales de cada sociedad, así como promover una asistencia multiprofesional e interdisciplinaria.

Considerando:

1. La importancia que esta discusión asume al abordar uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer y de su familia, como célula esencial de toda sociedad;
2. La importancia de basar nuestra práctica clínica en evidencias científicas, de adoptar procedimientos y prácticas comprobadas como eficaces y de restringir practicas innecesarias;
3. La importancia de rescatar el nacimiento como evento existencial y sociocultural crítico, con profundas y amplias repercusiones personales;
4. La importancia de acrecentar la participación de la pareja en el proceso del parto y el nacimiento;
5. La importancia de asociar conocimiento técnico y científico sistematizado y comprobado en prácticas cotidianas.

Basándonos en los principios de la bioética y en evidencias científicas, proponemos:

- 1.Atención centrada en la familia;
- 2.Preparación integral de la pareja para el parto y lactancia materna ;
- 3.Estimular la compañía de personas seleccionadas por la mujer;
- 4.Evitar el uso sistemático de dudosa eficacia (Enema, rasurado);
- 5.Adaptar los servicios para permitir la deambulación de la parturienta;
- 6.Flexibilizar las practicas referente a dietas durante el período de dilatación;
- 7.Simplificar los protocolos de monitorización;
- 8.Promover el uso de medios no farmacológicos para alivio del dolor;
- 9.Considerar la adopción de postura de elección de la mujer durante el período expulsivo;
- 10.Política de uso restrictivo de la Episiotomía;
- 11.No realización de la maniobra de Kristeller en ningún momento del periodo
- 12. Evitar ligadura precoz del cordón umbilical salvo indicaciones absolutas;
- 13. Garantía del contacto precoz entre madre y bebé inmediatamente al nacimiento ;
- 14. Garantía de la no separación de la madre y del bebé;
- 15. Garantía de alojamiento conjunto en el puerperio;
- 16. Estímulo y protección de la lactancia materna;
- 17. Entrenamiento continuo de todo el equipo;
- 18. Estimular el abordaje interdisciplinar;

Éstas propuestas están perfectamente en sintonía con los documentos elaborados con el mismo propósitos en otras reuniones similares en países de Europa, y América (Washington, Fortaleza y Trieste), con participación de destacados profesionales ligados a la salud materno -infantil.

Las personas que en este momento están involucradas en el análisis de la trascendencia del modelo de asistencia al parto (ciudadanos, médicos, enfermeras, comadronas, tocólogos, etc.) disponen de una oportunidad única para tejer la red que podrá constituirse en el más eficiente modelo de atención al parto y nacimiento creado por el ser humano.

Se dispone de informaciones sobre prácticas indígenas de atención al parto, algunas de las cuales (masajes, versiones, posición vertical) son altamente eficaces y podrían ser incorporadas a la práctica diaria. Nunca se tuvo acceso a tantas informaciones sobre la fisiología del parto y del nacimiento y sobre los tipos de atenciones que son de interés para la mujer en este proceso. Las tecnologías adecuadas están a disposición para que se adopte cualquier modelo de atención. Hoy es posible aplicar la tecnología apropiada, en combinación con los aspectos humanísticos y los conceptos defendidos por el holismo.

Podemos, de hecho, crear el mejor modelo que el mundo haya presenciado.

En Madrid, a 9 de abril de 2005

Fdo. :

Universidad Estatal de Campinas (Brasil)

Universidad Complutense de Madrid

Asociación Española de Matronas



PRESENTACIÓN DE LA GUIA DE PREVENCION DE LOS DEFECTOS CONGENITOS

Ponentes:

Dra. Sagrario Mateu Sanchís*

**Maternóloga del Estado. Jefa del Servicio de Salud Materno Infantil del Ministerio de Sanidad.*

Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén*

**Matrona. Presidenta de la Asociación Española de Matronas. Presidenta de la Comisión Nacional de Matronas del Ministerio de Sanidad y Consumo.*

Verlas aquí, a estas horas, es un claro ejemplo de que son una profesión realmente comprometida con sus objetivos. La mayoría de ustedes me conoce y si no es así estoy aquí para ello; en efecto, soy ginecóloga desde hace muchos años, curse mi residencia en el hospital del que luego fui adjunto, “Francisco Franco” , hoy, “Gregorio Marañón” y aprendí a hacer partos con las matronas algunas de las cuales se encuentran en esta sala y a quienes les doy mis más sinceras gracias, gracias a las que me enseñasteis no sólo a hacer partos, sino a atender de una manera integral a la salud de la mujer cuando lo de la salud integral de la mujer no era un trabajo estructurado.

Mi relación con las matronas ya es añeja pues se remonta a 1983, cuando siendo Maternóloga del Estado saco una plaza de plantilla en el Ministerio de Sanidad pasando a ser Jefa de la Salud de la Mujer y el Niño, y en noviembre de ese año y en representación del ministro de sanidad de turno, clausuro por primera vez el Congreso Nacional de Matronas momento desde el que supe que estaría comprometida políticamente con las matronas.

A ustedes, matronas de hoy, 25 años después desde mi formación como ginecóloga y como administradora sanitaria, quiero transmitirles que aún a sabiendas de que no han resuelto sus problemas, lo mismo para la administración sanitaria española que europea en general , las matronas son un profesional fundamental en el sistema nacional de salud. Hoy no se puede hablar de salud de la mujer sin contar con las matronas, sin la actuación de las matronas, la calidad de la salud que le damos a la mujer no puede ser un hecho real sin matronas, para nosotros, para toda la administración sanitaria española que hoy represento , la matrona es un pilar fundamental de la estructura sanitaria , son parte del sistema nacional de salud y son una parte importante, otra cosa es que entre todos tengamos que resolver todas las reivindicaciones de ustedes, pero sin ustedes no habría salud de la mujer, quiero transmitirles este mensaje sincero con toda claridad.

En esa línea el Ministerio se plantea, entre otras cosas hacer una “Guía de prevención de defectos congénitos” como un trabajo más de los que la administración tiene que realizar, ya que nuestro fin es la prevención de los problemas fundamentales de salud de la población. No dudamos que entre las sociedades científicas y los colectivos profesionales había que contar con las matronas; M^a Ángeles Rodríguez Rozalén lleva siendo asesora de los 9 ministros de Sanidad con los que yo he trabajado, y sabemos que lo seguirá siendo , el ¿por qué?, porque las representa a ustedes y a la voz que ustedes tienen; por eso , para este trabajo también llamamos a las matronas y aquí tenemos materializado en esta guía el resultado del trabajo conjunto, objetivo prioritario del Ministerio, de unas cuantas sociedades científicas siendo en este momento y en este marco que es presentada por primera vez . Cada sociedad científica participante ha pedido que le permitamos presentar la guía en sus respectivos congresos o actividades y desde el Ministerio de Sanidad creímos que el elegido para dar la primicia debía ser el de las matronas, esa es la justificación fundamental de mi presencia entre ustedes.

Esta guía es un conjunto de recomendaciones, decisiones y evidencias científicas respecto a lo que es un problema prioritario de salud como lo son las deficiencias congénitas y la forma de prevenirlas.

Los objetivos fundamentales del Dpto. de Salud Materno Infantil dentro de la estructura ministerial, son lógicamente conocer el estado de salud de la mujer y su calidad de vida, de ahí la gran importancia del as matronas y elaborar sobre ello las políticas de salud pública que sean apropiadas para resolver los problemas de salud que hayamos detectado.

¿Qué hademos? Someramente les indico que lo que se hace desde un ministerio es promoción de la salud, esto es, se adecuan las estrategias para aumentar la salud, se trabaja en la prevención de los procesos prevalentes y se consensuan con las comunidades autónomas que son las competentes en todas las materias de salud de nuestro país, aquellos apartados básicos comunes a que todos los españoles tienen derecho en España. Por ejemplo, un niño que nazca en España debe hacerlo en las mismas condiciones independientemente de donde se produzca el nacimiento, ese es el objetivo del ministerio: decidir y consensuar con las comunidades autónomas los conceptos básicos de salud para todos los españoles, a partir de ahí cada comunidad autónoma es responsable de sus políticas. En resumen, lo que hacemos los administradores sanitarios es gestionar el conocimiento que ustedes y la evidencia científica nos proporcionan, y transcribirlo a nuestros programas de salud. Para ello estudiamos el pasado, el Dpto. de Salud materno infantil del que yo

soy responsable desde el año 83- como les he dicho, se fundó el 13 de Octubre de 1931 en el Ministerio de Salud Republicano, lo fundó la subsecretaria del departamento que, casualmente se apellidaba Mateu y también era valenciana como yo, aunque desconozco que nos una alguna relación más que estas coincidencias, lo cierto es que ella lo creó porque le pareció importante.

Nosotros en el 2006, para poder saber cuáles son las prioridades de Salud comparamos con las que lo fueron en años anteriores. Me pareció reconfortante poner esta imagen de 1931 que da muestra de la evolución favorable del descenso de la mortalidad infantil hasta llegar al presente en que se cifra en menos del 6‰ cuando en aquellos años la cifra era del 200‰; observamos el incremento de la población experimentado, nos muestra de que se morían las mujeres, muchas de parto y el famoso sobrepeso o fiebres puerperales, sepsis, la esperanza de vida limitada a 45 años para los hombres y las mujeres de 50. Ésta era la España de 1931, en la España de hoy del 2006, (DIAP.10) la principal causa de morbi-mortalidad de la mujer española, sin discusión, son las enfermedades cardiovasculares la hipertensión los ACVA y todos los procesos ligados y en cuanto a tumores, el cáncer de mama. Esa es la primera causa de salud que nos lleva a los políticos a contactar con ustedes para poder resolver todo lo que se deba a factores ambientales, hábitos de vida y los problemas de salud mental. A partir de ahí, y esto es muy genérico, pensamos que uno de los problemas prioritarios a resolver puesto que la natalidad es baja, puesto que la mortalidad materno infantil es baja, puestos que los nacidos son pocos pero queremos que esos sean totalmente sanos física y mentalmente era elaborar una guía para la prevención de defectos congénitos que es la que estamos presentando hoy, como fruto de la colaboración de la Asociación Española de Matronas, el Ministerio de Sanidad y Consumo, y otras sociedades científicas.

Esta guía tiene estos 6 capítulos considerando la importancia fundamental de la atención a los problemas nutricionales para conseguir una buena calidad de vida y por tanto, una buena salud.

Los problemas fundamentales de la embarazada hoy en el 2006, cuando no existe restricciones en la consecución de alimentos, sino que más bien más de la mitad de mujeres españolas y embarazadas en concreto adquieren sobrepeso, es determinar los micro nutrientes necesarios que la embarazada necesitará para que el cerebro del feto se desarrolle con normalidad y el niño nazca en condiciones óptimas.

Las necesidades de yodo y fólico han correspondido al capítulo primero de esta guía ya que creemos supone el problema más importante a la hora de erradicar defectos congénitos; en el 2º capítulo tratamos la edad; todos sabemos que, por fortuna, la edad de la mujer española se ha alargado, nuestra esperanza de vida es 83 años, la mayor de Europa detrás de las mujeres japonesas que son las más longevas del mundo pero, por otra parte, no podemos olvidar que los riesgos en el embarazo derivados de la edad, hoy son un problema muy importante porque sabemos que por encima de 35 años se dispara el porcentaje de hijos con malformaciones congénitas, esto no podemos obviarlo aunque en ejercicio de nuestra libertad escojamos el momento de nuestra maternidad, pero el sistema sanitario tiene que responder y también la actuación de las matronas tiene que ser respuesta a esta realidad.

El tercero trata en general de todas las enfermedades genéticas, sabemos que las infecciones o la mal nutrición eran la causa de morbi-mortalidad infantil hasta mitad de siglo pero ya han dejado de serlo, hoy los defectos congénitos o los traumatismos son las causas más importantes.

El capítulo IV trata de la inmunidad y ha sido elaborado por la sociedad de medicina familiar y medicina comunitaria en atención a que esta sociedad científica trabaja estos temas en primera línea.

El capítulo V se ha dedicado a las enfermedades crónicas y su relación con la gestación; en el momento actual el hecho de que el número de embarazos y partos ha experimentado un descenso considerable, otorga el derecho a la mujer de que aún con alguna patología pueda tener hijos en las mejores condiciones de salud.

Para finalizar, el capítulo VI sobre hábitos de vida, escrito por M^a Ángeles Rodríguez ha sido uno de los prioritarios de esta edición y fundamental para el Sistema Nacional de Salud.

La guía ha sido escrito por el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de la secretaria general sanidad y todos los autores que han colaborado lo han hecho en calidad de representantes de las sociedades científicas a las que están adscritos con la coordinado desde el ministerio, la unidad de conexión del sistema nacional de salud y una servidora que depende de la Dirección de Salud Pública:

- UNICEF, como ONG cualificada en su lucha por los niños
- la Sociedad de Medicina de Salud Comunitaria
- la Sociedad de Endocrinología y Nutrición
- la SEGO
- la Asociación Española de Matronas

La evidencia científica nos dice a los políticos qué recomendaciones tenemos que hacer y hemos querido resaltar un apartado, acaso el más moderno en cuanto a la evidencia científica y el compromiso político internacional, que es de la prevención de la deficiencia de yodo puesto que el yodo se conocía como enfermedad relacionada con el bocio a principios de siglo y hoy se sabe que el déficit moderado de yodo ocasiona un grave problema de retraso mental en los niños, por eso, tanto M^a Ángeles como yo hemos querido distinguir este capítulo y a sus autores, UNICEF como organización internacional que lleva comprometida con la prevención de deficiencia de yodo desde hace más de 50 años, y la importante aportación de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición puesto que ellos han aportado a la elaboración de esta guía todo lo relacionado con la bioquímica, procesos hormonales, etc.

Destacar que si bien es cierto que a los ginecólogos en general les cuesta asumir las novedades, la SEGO entendió esta preocupación, aceptaron el compromiso y elaboraron esta recomendación sobre la dosis y condiciones adecuadas para la suplementación de yodo de las mujeres.

La guía establece clara diferencia entre los requerimientos de Yodo y Ac. Fólico haciendo hincapié en que la toma de este último no se debe prolongar más allá del tercer mes, dada su inutilidad a partir de ese momento y la sobremedicación del embarazo sin razón alguna, mientras que la mujer necesita el yodo a lo largo de todo el embarazo y lactancia.

Permítanme que haga mención con satisfacción y orgullo al respecto del Ac. fólico de que me considero la primera persona que a nivel político ha luchado por su implantación en este país.

Políticamente tenemos claros que hay programas de salud para la mujer y programas de calidad de vida para la mujer que, al fin, lo son casi todos y que la figura que la administración sanitaria reconoce como óptima para trabajar en los programas de salud de la mujer es la matrona, de ahí que desde el Ministerio de Sanidad hayamos elegido este marco, dándoles prioridad a las matronas para conocer esta novedad editorial del ministerio por considerarles el profesional fundamental para hacer programas de calidad de vida de la mujer y para mejorar la calidad de vida de la mujer, prioridad sanitaria en el Ministerio de Sanidad Español y en todos los ministerios de salud europeos.

Nuestro Objetivo: que ningún niño en España nazca con deficiencias, gracias a la actuación de las matronas y para eso las necesitamos.

Esta última imagen es de hace 23 años, momento en que me encontraba embarazada de mi último hijo y momento en el que asistí por primera vez a un congreso de matronas y la he querido traer como recuerdo de los años pasados comprometidos con ustedes y en renovación de este compromiso con todas las matronas para los años venideros.

Ojala que en todos los lugares de España y de Europa, experimenten las mujeres cómo las matronas son el pilar fundamental de su salud y todas tengamos esa paz que refleja esa diapositiva.

EL PAPEL DE LA MATRONA EN LA SALUD DE LA MUJER

Si a las matronas nos reclaman desde las sociedades científicas como profesionales reconocidos para formar parte de un proyecto importante de la administración, junto a colaboradores del mundo científico de reconocida valía como habréis observado en la relación de autores, entiendo que la situación de las matronas ha mejorado y mucho y esto es gratificante para seguir en la lucha.

Creo preciso, hacer breve repaso por el pasado para entender bien el presente:

Como muy bien sabéis las matronas en el pasado se dedicaban básicamente a la atención de los partos, sin remontarnos tan lejos en el pasado, hasta mediados del siglo XX hemos tenido que dedicarnos igualmente a la asistencia a los partos porque la demanda era tremenda, personalmente, aún no he olvidado guardias en las que en la Paz teníamos alrededor de 120 partos en 24 horas, es cierto que había muchos menos hospitales maternos y las tasas de natalidad eran dobles a las de ahora. Entonces es cuando nació, por adaptación a las circunstancias del medio, esta matrona y toda una esforzada saga de congéneres para las que yo acuñé el término de “velocimatronas” que, por cierto, aún no se ha extinguido en algunos hospitales.

Se perfila una nueva época para las matronas coincidiendo con el año 1982 en la que se produjo un descenso de la natalidad, y además la administración, por fortuna, entiende y pone en práctica aquello que dice el viejo refrán “*que hay que prevenir antes de curar*” e inicia el cambio apostando porque sea incida desde la Atención Primaria en todas aquellas cuestiones de sostén y promoción de la salud que sean posibles. Así las matronas empiezan a tener muchas más actividades y comienzan a responsabilizarse de los programas de atención a la mujer en atención primaria. Poco después de esto, coincidiendo también con un nuevo modelo formativo, y ya estamos en 1992, empezamos a entender y así lo entiende la administración también y esperamos, lo entienda plenamente la sociedad, que la matrona se va a hacer cargo de la mujer a lo largo de toda su vida, atención total al ciclo vital de la mujer, en esa conquista estamos en este momento hasta que los efectivos de matronas necesarios sean una realidad.

Como bien decía la Dra. Mateu las enfermedades, las alteraciones, han cambiado y precisamente en atención a cuestiones que se pueden resolver con educación a la población, como pueden ser las deficiencias de yodo y que tanto inciden en el embarazo , con la potencialidad de la afectación del niño, afirmación corroborada por los estudios profundos de expertos que a lo largo de más de 40 años vienen realizando sobre este tema, y de los cuales se concluye en una forma práctica que muchos de aquellos niños con problemas, algunos de los cuales hasta se les estén atribuyendo a un parto mal asistido, sean el resultado de una carencia de yodo la madre durante el embarazo .

Dicho esto y a la vista de la labor que las matronas seguiremos haciendo como educadoras, es necesario que sigamos instruyéndonos, formándonos en relación con todas aquellas necesidades que efectivamente va a tener nuestra población. Sin duda, independientemente de las posiciones de los juristas, independientemente de las que en un momento determinado tengan los fiscales o los jueces, las normas están escritas y nosotras debemos pretender que tengan tal solvencia que se cumplan en su totalidad y las matronas españolas , al igual que muestras colegas europeas de tantos países, terminemos de consolidar esa normativa que nos atribuye en el artículo 4 de la directiva comunitaria 80/155 todas esas funciones a lo largo de la vida de la mujer que con insistencia seguimos reclamando. Os recuerdo con este resumen estas funciones en todos los ámbitos que las matronas tenemos que van desde la asistencial pasando por la docente, la gestora, la de investigación e incluyendo la de fedatarias públicas cuando estamos rellenando un certificado de nacimiento.

PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD: “un modelo obsoleto”.

Ponente: Dña. Encarnación Pérez Avello*.

**Matrona Atención Primaria. Profesora Unidad Docente de Matronas (Cabueñes) Gijón, Principado de Asturias. Presidenta de la Asociación de Matronas del Principado de Asturias.*

El título que da entrada a la ponencia, parece que se escucha con cierta asiduidad ¿será cierta? ¿Tendrán razón las personas que opinan así? ¿será una generalización gratuita? ¿Los que esto afirman saben que es la Preparación maternal o para la maternidad? ¿Habrá confusión con otros términos? en la era de la analgesia epidural ¿ya tocamos techo, no se necesita lo demás? o es que las matronas continuamos trabajando de forma intuitiva sin base científica.

Estas y otras cuestiones vamos a tratar de esclarecerlas, para bien de las mujeres/ parejas que acuden en demanda de unos servicios dispensados generalmente por las matronas, en un momento clave de sus vidas, y por la integridad profesional nuestra, ya que además de la satisfacción de cada una, va a repercutir en el prestigio del desarrollo de la Especialidad y la valoración del equipo de salud.

La hipótesis que mantenemos es que no solo no está obsoleta, sino que es atención de plena actualidad, siempre y cuando reúna las características de todo acto enfocado hacia unos objetivos claros con una planificación de actividades seria y la consiguiente valoración de resultados. Los motivos para afianzarnos en nuestra hipótesis nos lo brindan los resultados obtenidos en las encuestas hechas a las mujeres asistentes a estas actividades en nuestro Distrito, que presentaremos más adelante.

Perseguimos con todo ello la evidencia científica que suponen los cuidados de fomento y prevención en salud, en este caso materno-infantil, y el grado de satisfacción y aprovechamiento de las usuarias.

Para ello, hacemos primero una definición de lo que entendemos por Preparación a la Maternidad, aunque se pueda dar por cierto que todos lo sabemos.

La preparación a la maternidad es un proceso de educación y de cuidados de salud dirigidos a la Mujer/Pareja que tienen en proyecto, o que ya han iniciado un embarazo.

De educación cuyo **objetivo** es proporcionar unos conocimientos que posibiliten, mejoren y adecuen la atención de las mujeres/ parejas ante el proceso reproductivo y la espera de un hijo.

De cuidados, porque con ellos hace un seguimiento de las condiciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales tendentes a favorecer un desarrollo adecuado, prevenir riesgos que afectan a la morbilidad materno infantil, y disfrute consciente de la maternidad/paternidad.

Sienta las bases para un **autocuidado**, que asegura el mantenimiento de hábitos saludables, tanto individuales como colectivos, a través del núcleo familiar.

Es por tanto una proceso de educación de adultos hacia la salud y profilaxis de un futuro equilibrio familiar, en el complejo cambio vital que significa el vuelco de relación de pareja a la incorporación de un nuevo individuo, con necesidades vitales apremiantes y con personalidad propia, demandante de su integración en la familia, condicionando por tanto una respuesta de adaptación de los nuevos padres.

Sabemos que en los **condicionantes de salud**, la incidencia de los profesionales sanitarios no es decisiva para su consecución, según estudios validados

¿Cómo es que pensamos tener éxito en este programa de cara a la Salud Materno- Infantil?

Por varios motivos, que forman parte de los principios de la Educación de adultos:

- La mujer/pareja por lo general están motivados por la perspectiva de ser padres
- Tienen consciencia de la responsabilidad de sus actos en el desarrollo del bebé
- Saben que los conocimientos adquiridos les van a ser de utilidad presente y futura, de cara a la adaptación y crianza del Recién nacido.
- Se sienten escuchados en sus dudas
- Les estimula comprobar los avances de sus cuidados y valoran la colaboración que les prestan los profesionales.
- En los encuentros de grupo con las otras gestantes, comparten, valoran, discuten experiencias que les sirve de estímulo y afianzamiento personal.
- Aprenden porque quieren aprender.
- Esperan que sea de aplicación lo aprendido y les ayude en el momento del parto.

Estas y otras conclusiones, descritas en algunos trabajos publicados (1) se comprueban en las valoraciones de las mujeres que habitualmente acuden a estas actividades.

Otro elemento a tener en cuenta como **determinante de salud**, y éste de primer orden es **El estilo de vida** y es aquí, donde se asienta el pilar de un buen programa de Educación Maternal, aprovechando la circunstancia descrita en anterior párrafo de más disponibilidad de la mujer, y la relación directa con el desarrollo embrionario y fetal.

Pensamos también que dadas las características actuales de las familias en las que las parejas, no suelen vivir con generaciones de mayores, madres, tías, abuelas que antes eran las que ayudaban en la tarea a los nuevos padres, sino que actualmente son los medios audiovisuales, publicaciones, amigas, donde se informan, puede faltar conexión o ser parcial, mediatizada tal información.

Cuando se les oferta en su Centro de Salud, cercano a su residencia estos servicios, con una garantía de seriedad y continuidad acuden y muestran interés por su asistencia.

Las condiciones de las parejas también han sufrido cambios, el deseo de paternidad suele ser más tardío, bien por la manida frase de "incorporación de la mujer al mercado laboral", las pocas ayudas facilitadoras a la mujer trabajadora o más bien por la precariedad de los empleos lo cierto es que es un justificante más a la necesidad de preparación para la maternidad.

¿Qué es lo que define la idoneidad de un programa de Preparación maternal?

1. La oportunidad para llevarlo a cabo
2. La aceptación del mismo.
3. Determinación de Objetivos y su cumplimiento por medio de actividades programadas para alcanzarlos.
4. La valoración de resultados alcanzados.

Objetivo general:

Dotar de recursos a la mujer/pareja tendentes al conocimiento y adaptación al proceso de embarazo, parto y puerperio crianza e integración en la nueva situación familiar, propiciando el autocuidado.

Objetivos específicos:

Favorecer y potenciar hábitos saludables, ante el embarazo y vida futura, para ella y su familia.
Promover el bienestar físico, psíquico emocional de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.
Favorecer la asunción de los cambios físicos / fisiológicos, emocionales a lo largo del embarazo
Favorecer la estabilidad afectiva y emocional de la pareja.
Favorecer la adaptación y vinculación afectiva hacia el Recién nacido.
Promover y favorecer la lactancia materna, como método de elección.
Apoyar el afrontamiento de dificultades inesperadas.
Promover un cambio de hábitos nocivos para su salud o la de su hijo.
Conseguir el autocuidado.
Facilitar el conocimiento propio, y mantener su autocuidado a lo largo de su ciclo vital.
Detectar precozmente factores de riesgo psico-sociales que alteren el equilibrio familiar.

Qué contenidos debe reunir un buen programa de Preparación maternal?

Depende del momento de captación de la mujer, pero como líneas base debe proporcionar conocimiento de su cuerpo y funciones, sus cambios tanto físicos/fisiológicos emocionales derivados del mismo, sociales, (de su entorno de relación): costumbres, hábitos y habilidades de la misma dirigidas a la promoción de salud.

Si además es el momento del embarazo, aparte de las sesiones individuales a través de la consulta de seguimiento gestacional, es bueno y así lo estamos comprobando habitualmente, las reuniones de trabajo en grupo con otras gestantes y parejas; en ellas se abre la participación con corrientes enriquecedoras de información compartida en múltiples direcciones que aportan variedad de puntos de vista y dan lugar a detectar miedos, ansiedades pero también procesos resolutivos de igual a igual (no olvidemos que el centro del proceso de embarazo/ parto, maternidad es la mujer/pareja).

Dado que el tiempo en el que podemos actuar es muy corto, es necesario la planificación de actividades muy concretas y con unos objetivos claros y asumibles para sacar el mayor rendimiento a las mismas.

Se intenta implicar a la pareja también en esta vivencia, con mucha dificultad debida principalmente a horarios laborales, coincidentes entre ellos y la misma matrona, y con el agravante que las mismas mujeres gestantes y trabajadoras son las que menos oportunidades tienen para su asistencia por el mismo motivo, ya que las Leyes de protección a la Maternidad, no son una realidad dentro del mercado laboral.

No se debe confundir la preparación maternal con la preparación al parto o Psicoprofilaxis Obstétrica, ello lleva a una parcialidad dentro de la preparación, ya que en el proceso maternal, el parto es un momento concreto; estas dos últimas que forman parte de la preparación maternal, son actividades puntuales centradas en la preparación física, psíquica al parto en concreto; en ellas caben contenidos de: cambios y cuidados del final del embarazo, el parto en sí, postparto, cuidados de Recién nacido. La mayoría de los programas consultados imparten una base de anatomía, fisiología inicial, ejercicios físicos, estando limitados los cuidados emocionales y las perspectivas de integración familiar. La Preparación Psicofísica para el parto debe ser la culminación de la adaptación iniciada con el embarazo. Los futuros padres precisan una adaptación-capacitación consciente para vivir el proceso de la maternidad en toda su plenitud, la mujer concretamente, tiene sentimientos encontrados, dudas que demandan soluciones a todos los niveles.

Persiste el “miedo al parto” “los dolores”, la incertidumbre de que todo “acabe bien”, lo que crea en ella un estado de ansiedad que hay que controlar mediante *información* clara, serena, ética y ajustada, ayudada con *ejercicios de relajación*, *entrenamiento sofrológico*, visualización, conocimiento de reflejos condicionados, en función de la progresión de la preparación.

Interesa integrar a la pareja como parte del proceso, por ser vivencia común, tarea la mayor parte de las veces imposible dada la incompatibilidad laboral de los mismos.

Con la llegada a nuestros hospitales de la Analgesia Epidural, muchos profesionales y como consecuencia las mismas mujeres, opinan que no es necesaria la preparación maternal, confusión primero en el concepto de preparación maternal y segundo en hacer de menos el valor personal de cada usuaria y no facilitar información veraz, e imparcial sobre evolución de los partos, acción y efectos de la analgesia, dando recursos y poder de decisión a las mismas.

Si tenemos en cuenta que el porcentaje de partos “naturales” es mínimo, en relación a los dirigidos y programados, en los que la mujer “no tiene poder decisorio”, entenderemos el porqué de rendirse y al cabo de las horas optar por lo que parece es la solución que la lleve al final rápido.

Actividades:

Captación de la Mujer

1. Historia Obstétrica:

En la primera consulta de embarazo (la gestante accede a la misma derivada por el M. de Familia o la Enfermera), la matrona cumplimenta la **Historia Obstétrica**, documento de seguimiento compartido con el Equipo de Tocólogos de referencia y ella misma para las consultas alternantes sucesivas. En nuestra área no hay opción de seguimiento de los embarazos sin riesgo por matronas, o a elección de la Gestante.

- Respuesta a preguntas/dudas de la mujer o pareja cuando acuden acompañadas.
- Información de los cambios y cuidados de salud inmediatos
- Información de seguimiento habitual de su embarazo y en situaciones de urgencia.
- Establecimiento de Plan de cuidados personalizado y tratando de llegar a un compromiso de acuerdo.
- Información del calendario de actividades colectivas al que se les invita a las **Sesiones de Preparación Maternal**
- Entrega de volantes de petición 1ª analítica
- Citación para seguimiento de la 16 semana, (16 y 24 semana son visitas concertadas por el protocolo establecido en el año 1991)

2. Preparación Maternal:

Encuentro del Primer Trimestre, “Charla”

Encuentro del Segundo Trimestre

Preparación al Parto (S.P.O.)

Recuperación Post-Parto

“Charla” / Encuentro del primer trimestre: primer encuentro en el que nos reunimos con las parejas captadas durante el mes, oferta hecha en la consulta de Matrona; generalmente embarazos tempranos, antes de la 10ª semana.

Contenidos: Concepto de embarazo, cambios y adaptaciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales.

Seguimiento y pruebas del mismo.

Metodología: Introducción-presentación del grupo. Exposición de los cambios: normalidad y falta de la misma, con participación de los presentes. Aclaración y medidas resolución de incidencias. Cuidados: hábitos saludables y necesidad de abandono de los insanos: tabaco, alcohol, drogas...

Proyección audiovisual de refuerzo.

Puesta en común de soluciones evidenciadas de problemas.

Lluvia de ideas: concepto Maternidad / Paternidad.

Finaliza la sesión con el recordatorio del teléfono de contacto de Matrona, Tocólogos, o su Médico de Familia, en función de la incidencia.

Encuentro segundo trimestre: Ha dejado de ser colectivo, debido a la falta de disponibilidad material de tiempo de la matrona, (en nuestra Comunidad no están adecuados los ratios matrona/ población y el desajuste repercute en la debida atención al programa).

En las consultas programadas de la 16 y 24 semana gestacional, se aprovecha para la formación-información con los cuidados puntuales manifestados por la gestante/pareja y se le avanza los cambios del segundo trimestre incidiendo en los cuidados dietéticos, evacuación, posturales, circulatorios, reforzando positivos y animando en los que puedan persistir negativos.

En la consulta de la semana 24, se le inscribe para la Preparación al parto, además de revisar planes de cuidados en curso, y se comprueba estado inmunológico antitetánica, programando su administración si no está cubierta.

Tercer trimestre: Se inicia la Preparación psicofísica para el parto, es la culminación de la adaptación iniciada con el embarazo. Los futuros padres precisan una adaptación-capacitación consciente para vivir el proceso de la maternidad en toda su plenitud, la mujer concretamente, tiene sentimientos encontrados, dudas que demandan soluciones a todos niveles.

¿Cuándo se empieza la Preparación maternal?

El proceso educativo de la preparación maternal se inicia en momentos variables, puesto que ya debería ser un aprendizaje desde la infancia, no dando por sentado que toda mujer vaya a “ser madre” ni que el espíritu maternal tenga que ser universal, pero de una forma u otra, todos los seres humanos debemos perfeccionar habilidades para mantenernos en salud, independiente de la capacidad reproductora.

Los hábitos adecuados de salud condicionan unos comportamientos garantes de ese ideal de “calidad de vida”, al que como es lógico deben acompañar unas medidas sociales y políticas que permitan estabilidad y seguridad emocional de la persona.

Las atenciones prenatales de cuidados de salud, preconcepcionales, no solo son recomendables es un hecho cierto que debieran institucionalizarse, en ella además de la educación en hábitos de salud, se revisan estados de inmunidad carenciales, muy importantes ante un futuro embarazo que pueden ser subsanados.

La oportunidad de formación-información a la mujer/ pareja según acuda sola o acompañada, tiene lugar en cualquier oportunidad, en la consulta a nivel individual y en los encuentros de grupo; en nuestra zona la grupal la tenemos estructurada mensual, por medio de citación durante la primera visita gestacional, y suele ser en las primeras 8 semanas.

La preparación a la maternidad es un programa porque reúne los requisitos de todo programa: Estudio de la situación, planificación de cuidados según necesidades detectadas y priorización de las mismas, acciones para conseguir los objetivos fijados y evaluación de resultados. Es un proceso vivo, susceptible de revisión en función de aparición de nuevas necesidades y reorientación siempre en función del objetivo propuesto.

Siempre a tener en cuenta en toda preparación que es la mujer de forma global con sus peculiaridades y las nuevas circunstancias, que se manifestaran durante este proceso, la protagonista el centro de todo el programa.

Hay quien se pregunta si la preparación de estas profesionales (matronas) es la adecuada, para asumir esta área de la Protección Materno-Infantil, interpretamos debido en parte a ignorancia de los contenidos del programa, dudas sobre el progreso en la formación continuada de las mismas, por no estar “tutelados” por una titulación superior, por haber tenido “conocimiento” de sesiones guiadas por medios audiovisuales impersonales.... Trataremos de dar claridad a estos prejuicios.

Con este motivo confeccionamos una pequeña encuesta que fue cumplimentada por los profesionales de Tocología del Hospital de Referencia (Cabueñes), por ella comprobamos que el 40 % de nuestras compañeras y solo el 15 % del Equipo Médico, conocen los contenidos de la Preparación Maternal.

No conocen las actividades que se desarrollan el 33 % de las Matronas y el 61 % de los Médicos.

Reconocen que sí facilita su labor a la hora de atender a las mujeres el 75 % de las Matronas y el 76 % de los Médicos.

Tras la reforma de la atención sanitaria, promovida desde la Ley General de Sanidad (Ley 14/86) se pasa de un modelo asistencial fundamentado en la enfermedad, a una atención a la “promoción y fomento de la Salud” y así el Real Decreto 137/84 B.O.E. Nº 27 (1/2/84) regula el reordenamiento general del Sistema Sanitario.

Como consecuencia se diseñan: las Estructuras Básicas de Salud, instrumento que promueve el cambio de filosofía de atención hacia “la promoción de salud y mejora de calidad de vida”. Siendo aquí donde encaja perfectamente en Educación para la salud, los programas de Preparación Maternal, cuyo objetivo principal es: el Fomento de la Salud Materno-Infantil

de familia y sociedad.

Con la reordenación de la nueva filosofía de cuidados, se hizo necesaria la adecuación y reciclaje de los profesionales, concretamente en esta etapa vital de la mujer. La matrona profesional formado específicamente para la atención a la misma, (hasta ese momento centrada en la atención concreta al parto y puerperio normales), acepta el reto y asume su actualización de forma más o menos altruista, por convencimiento y por lógica, ya que la Matrona, es el único profesional Sanitario cuya formación específica es en "Atención a personas sanas", por lo tanto la filosofía de "Prevención y Fomento de Salud promovida por La OMS y reflejada en la ley General de Sanidad entra de lleno en el ámbito de conocimientos de las mismas, además de la "obligación" de conocer los signos de patología y saber derivar.

Más tarde con el transcurso de los años, las nuevas promociones de Especialistas Obstétrico-Ginecológicas (Matronas) ven incluidas las materias en su programa formativo, abarcando todo el ciclo vital de la mujer en sus diferentes vertientes: Físico-fisiológica, Psíquica y social, con apoyo de otras disciplinas paralelas, además de la obstétrica.

La regulación de estas nuevas actividades viene promovida desde el Instituto Nacional de la Salud mediante la Circular 10/1984 (8-11) y posteriormente se concretan a través de la Circular 5/91 (25-2) titulada: Ordenación de Actividades de la Matrona de Área en Atención Primaria.

En toda profesión es indispensable la actualización pero también en todas las profesiones nos encontramos con profesionales que se mantienen al día y con los típicos profesionales que consideran suficiente lo estudiado en la carrera. Dentro de nuestro colectivo el trasvase de Atención Especializada a Atención Primaria se hizo sin ningún tipo de reciclaje y es posible que no se tenga suficientemente claro las actividades a desarrollar en este nuevo papel, o pese la cultura de dependencia.

Desde la reforma sanitaria promovida por La Ley General de Sanidad (Abril 1986) no hubo ningún tipo de intento formativo por parte de las Administraciones Sanitarias hasta que en el año 1991 El Instituto de la Mujer dio un primer paso y programó una serie de cursos, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, coincidiendo con la oferta, hecha a Matronas ubicadas en A.P. de incorporación como: Unidades de Especialistas de apoyo a la misma.

Entre las actividades propias de la Especialidad, referentes a la Mujer en edad reproductiva, la Preparación maternal y la Preparación al parto, engloban los contenidos de Educación para la salud de la mujer, dado que no existe la Atención Preconcepcional establecida como tal, al menos en nuestra Área, ni tampoco Programa Joven.

Preparación Maternal

"Charla" / Encuentro del primer trimestre: primer encuentro en el que nos reunimos con las parejas captadas durante el mes, oferta hecha en la consulta de Matrona; generalmente embarazos tempranos, antes de la 10ª semana.

Contenidos: Concepto de embarazo, cambios y adaptaciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales. Seguimiento y pruebas del mismo.

Metodología: Introducción-presentación del grupo.

Exposición de los cambios: normalidad y falta de la misma, con participación de los presentes. Aclaración y medidas resolución de incidencias. Cuidados: hábitos saludables y necesidad de abandono de los insanos: tabaco, alcohol, drogas...

Proyección audiovisual de refuerzo.

Puesta en común de soluciones evidenciadas de problemas.

Lluvia de ideas: concepto Maternidad / Paternidad.

Finaliza la sesión con el recordatorio del teléfono de contacto de Matrona, Tocólogos, o su Médico de Familia, en función de la incidencia.

Encuentro segundo trimestre: Ha dejado de ser colectivo, debido a la falta de disponibilidad material de tiempo de la matrona, (en nuestra Comunidad no están adecuados los ratios matrona/ población y el desajuste repercute en la debida atención al programa).

En las consultas programadas de la 16 y 24 semana gestacional, se aprovecha para la formación-información con los cuidados puntuales manifestados por la gestante/pareja y se le avanza los cambios del segundo trimestre incidiendo en los cuidados dietéticos, evacuación, posturales, circulatorios, reforzando positivos y animando en los que puedan persistir negativos.

En la consulta de la semana 24, se le inscribe para la Preparación al parto, además de revisar planes de cuidados en curso, y se comprueba estado inmunológico antitetánico, programando su administración si no está cubierta.

Tercer trimestre: Se inicia la Preparación psicofísica para el parto, es la culminación de la adaptación iniciada con el embarazo. Los futuros padres precisan una adaptación-capacitación consciente para vivir el proceso de la maternidad en

toda su plenitud, la mujer concretamente, tiene sentimientos encontrados, dudas que demandan soluciones a todos niveles.

Persiste el “miedo al parto” “los dolores”, la incertidumbre de que “todo acabe bien”, lo que crea en ella un estado de ansiedad que hay que controlar mediante *información* clara, serena, ética y ajustada, ayudada con *ejercicios de relajación*, *Entrenamiento sofrológico*, visualización, conocimiento de reflejos condicionados, en función de la progresión de la preparación.

Interesa integrar a la pareja como parte del proceso por ser vivencia común, tarea la mayor parte de las veces imposible dada la incompatibilidad laboral de los mismos, como mal menor se concierta con las parejas un día en horario de tarde ajeno al horario laboral el encuentro con ellos, donde en el espacio de hora y media, se trata de aclarar dudas y ponerles un poco en conocimiento del proceso del parto y su participación, así como nociones mínimas sobre integración y cuidados del Recién Nacido.

A nivel físico, su columna se ve sobrecargada por el aumento de peso, volumen y nivel hormonal, con lo que el programa se acompaña de ejercicios, desde la rectificación postural y reconocimiento de su cuerpo, a los de adecuación de grupos musculares que alivien dichas molestias, además de la activación circulatoria.

Como previsión futura y dada la mayor intervención en los partos dirigidos, consecuencia de acción de la A. Peridural, se practica el autoconocimiento de los grupos musculares del suelo pélvico.

Otros ejercicios que completan la formación son los referentes a la fisiología respiratoria, su importancia y adecuación a las diferentes fases del parto: dilatación, expulsivo, practicando tipos de respiraciones que aseguren su oxigenación correcta, y su distracción, entre otros motivos.

De cara al parto y manejando los conceptos de “dolor” “contracción- tensión dolor”, talleres descarga de tensiones, aclaración de dudas, resalte de la importancia del momento y la realidad del nacimiento de su hijo.

La participación en el reconocimiento de su cuerpo y la aceptación de su Bebé, aún desconocido y su comunicación con el mismo a través de sus sentidos.

Completa el programa los cuidados del Recién nacido, alimentación, higiene,...y la adaptación a la nueva estructura familiar, desarrollo.

De cara al post-parto, cuidados, cambios y adaptación física, emocional, social. Planificación familiar y salud reproductiva.

Los ejercicios de relajación son los de la Relajación estática en primera fase, para en la

tercera sesión pasar a la Relajación Dinámica de Caycedo, en sus diferentes grados, Autógena de Schultz y “Visualizaciones”, siendo muy bien aceptadas por las mismas, que ven ellos vía de descarga de tensiones importante.

Concepto de participación activa y asunción de tal responsabilidad, a través del conocimiento y mecanismo del proceso.

La participación en el reconocimiento de su cuerpo y la aceptación de su Bebé, aún desconocido y su comunicación con el mismo a través de sus sentidos.

Completa el programa los cuidados del Recién nacido, alimentación, higiene, desarrollo, y la adaptación a la nueva estructura familiar.

De cara al post-parto, cuidados propios, cambios y adaptación física, emocional, social. Planificación familiar y salud reproductiva.

Información trámites burocráticos de ambos.

En puerperio:

Captación precoz

Seguimiento evolución estado físico, psíquico-emocional, integración familiar.

Evolución del R. Nacido, la lactancia y cuidados.

Valoración perineal.

Información de ejercicios: periné, posturales, circulatorios.

Al mes del parto:

Valoración perineal individual.

Sesiones grupales de Ejercicios: Recuperación estática, musculares suelo pélvico, columna...

Adaptación al nuevo papel, estado emocional, relación familiar, ayuda

Temas que se dejan aflorar a iniciativa del grupo si no admiten sentido de privacidad.

Relajación Dinámica de grupo

Frecuencia de las sesiones: 1 vez por semana

Medios materiales:

Aula, gimnasio, colchonetas, cuñas, sillas,
Medios audiovisuales, pelotas, espejo, muñecos.....
Modelos anticonceptivos
Bibliografía varia

Valoración de resultados:

Puntuales tras las sesiones, a mitad de proceso y postparto.

Resultados

Conclusiones

Cuestionario dirigido a profesionales

Valoración del programa de Preparación Maternal, Distrito I Area V

Edad

Sexo

Titulación

1-¿Conoce los contenidos de la Preparación Maternal que se imparte a las gestantes de este Distrito?

☐ SI ☐ NO

2-¿Conoce las actividades de la Preparación al parto?

☐ SI ☐ NO

3-¿Observa beneficios en el comportamiento de la Mujer en relación con las No preparadas?

☐ SI ☐ NO

4-¿Facilitan su labor a la hora de atenderlas?

☐ SI ☐ NO

5-¿Qué aspectos observa que asumen de la maternidad prioritariamente?

- Cuidado propio
- Atención al Recién Nacido
- Valoración de Su pareja
- Presencia de Su pareja
- Alivio por finalización proceso
- Sentimiento de agobio ante el futuro
- Ilusión
- Frustración con la experiencia

6-¿Estima necesaria la preparación al parto?

☐ SI ☐ NO

7-En su opinión, ¿cambiaría algo?

Muchas gracias por su colaboración

Cuestionario Valoración Preparación Maternal dirigido a Usuarías

Nº Hª	Nº Orden	Año de inclusión Prep. Maternal
Edad	Nº de Hijos	1 Ama de casa
		Profesión 2 Trabaja
		3 Otros
1 ¿Quién ha seguido su embarazo?	1 Tocólogo	2 Matrona 3 Ambos
2 ¿Tuvo problemas en su embarazo?	1) Amenaza de aborto	2) Parto prematuro
☐ SI ☐ NO	3) Hipertensión	
	4) Albúmina	5) Edemas
	6 otros	
3 ¿En la consulta fue informada las actividades de Preparación maternal?	☐ SI ☐ NO	
4 ¿Acudió a la Charla del Primer trimestre?	☐ SI ☐ NO	
5 ¿Le pareció interesante para el conocimiento de cuidados en los cambios del embarazo?	☐ SI ☐ NO	
6 ¿Acudió acompañada de su pareja a:	Las Charlas	☐ SI ☐ NO
	Consultas	☐ SI ☐ NO
	Preparación al parto	☐ SI ☐ NO
	Ecografías	☐ SI ☐ NO
7 ¿En la consulta se le aclararon las dudas expuestas?	☐ SI ☐ NO	
8 ¿Acudió a la Preparación al Parto?	☐ SI ☐ NO	
9 ¿Las enseñanzas compartidas le sirvieron para mantener y mejorar hábitos de vida?	☐ SI ☐ NO	
10 ¿Continúa manteniendo alimentación equilibrada y ejercicio adecuado?	☐ SI ☐ NO	
11 ¿Mantiene las relaciones establecidas en los grupos de Preparación?	☐ SI ☐ NO	
12 ¿Está satisfecha con el programa que se le ofertó en su embarazo?		
	1 Muy satisfecha	
	2 Bastante satisfecha	
	3 Poco satisfecha	
	4 Nada satisfecha	

Muchas gracias

Ofertado el programa de actividades, hemos hecho el estudio valoración del mismo con los siguientes resultados:

Zona a valorar:

- Distrito I Área V Gijón que comprende 3 Zonas básicas de Salud
- Z.B. 5/1 Concejo de Carreño. Rural
- Z.B. 5/2 " Gijón. C.S. Calzada I y II, Natahoyo y Tremañes. Mixtos urbano y rural

Población a valorar: Mujeres que acudieron a Preparación Maternal y Psicoprofilaxis Obstétrica, durante dos periodos: previo al 2000 y del 2001 al 2005.

Total de mujeres captadas:

En 1ª fase: 181 mujeres de 350 encuestas entregadas

De 2001 a 2005 válidas para las variables estudiadas: 1179

El primer estudio se refiere a la valoración de la mujer sobre el parto su propia actitud y circunstancias influyentes: favorables y desfavorables

¿Qué es lo que más le ha ayudado del curso de Preparación al parto a la hora del mismo? Enumere del 1 al 7 por orden de preferencia.

1	Prácticas de respiración	97
2	Prácticas de relajación	58
3	Confianza creada por el curso	50
4	Ejercicios de gimnasia	19
5	Participación de la pareja	17
6	Anatomía	6
7	Nada	1

A la hora de autoevaluar su comportamiento se inhibe, cuando de palabra son capaces de exteriorizarlo, tanto si es positivo como negativo.

A la pregunta, Factores que actuaron desfavorablemente, los resultados fueron los siguientes:

1	Dificultades del parto	21
2	Ambiente del hospital	6
3	Actitud de la matrona	4
4	Actitud de la pareja	1

Dada la precariedad de resultados no se continuó el estudio.

Con la llegada a nuestros hospitales de la Analgesia peridural, muchos profesionales y como consecuencia las mismas mujeres, opinan que no es necesaria la preparación maternal, confusión primero en el concepto de preparación maternal y segundo en hacer de menos el valor personal de cada usuaria y no facilitar información veraz, imparcial sobre evolución de los partos, acción y efectos de la analgesia, dando recursos y poder de decisión a las mismas.

Si tenemos en cuenta que el porcentaje de partos “naturales” es mínimo, en relación a los dirigidos y programados, en los que la mujer “no tiene poder decisorio”, entenderemos el porqué de rendirse y al cabo de las horas optar por lo que parece es la solución que la lleve al final rápido.

Material y método:

El proceso educativo de La preparación maternal se inicia en momentos variables, puesto que ya debería ser un aprendizaje desde la infancia, no dando por sentado que toda mujer vaya a “ser madre” ni que el espíritu maternal tenga que ser universal, pero de una forma u otra, todos los seres humanos debemos perfeccionar habilidades para mantenernos en salud, independiente de la capacidad reproductora.

Los hábitos adecuados de salud condicionan unos comportamientos garantes de ese ideal de “calidad de vida”, al que como es lógico deben acompañar unas medidas sociales y políticas que permitan estabilidad y seguridad emocional a la persona.

Está muy extendida la idea que la Preparación maternal es sinónimo de Preparación al parto, nada más lejos de la realidad, La Preparación al parto es un capítulo importante, pero no único de la preparación hacia la maternidad.

La preparación a la maternidad es un programa, porque reúne lo requisitos de todo programa: Estudio de la situación, planificación de cuidados según necesidades detectadas y priorización de las mismas, acciones para conseguir los objetivos fijados y evaluación de resultados. Es un proceso vivo, susceptible de revisiones en función de aparición de nuevas necesidades y reorientación siempre en función del objetivo propuesto.

Es muy común al hablar de la Preparación a la Maternidad centrarlo en La preparación al parto, lo mismo en la búsqueda de bibliográfica, programas en funcionamiento, publicación de trabajos..... todo ello lleva a una parcialidad dentro de tal preparación ya que dentro del proceso maternal, el parto es un momento concreto.

Actividades de Preparación Maternal. Preparación al Parto (Psicoprofilaxis Obstétrica). Valoración

Hemos llegado al ecuador del curso y deseamos tener conocimiento de vuestra opinión, en relación al desarrollo del mismo, por lo que os pasamos este pequeño cuestionario que nos permita valorar su contenido en relación a los objetivos fijados.

1. ¿Se ajusta a lo explicado el primer día? ☐ SI ☐ NO
2. ¿Entiende las explicaciones dadas? ☐ SI ☐ NO
3. ¿Es lo que esperaba del curso? ☐ SI ☐ NO
4. ¿Comprueba si los ejercicios le alivian las molestias? ☐ SI ☐ NO
5. ¿Hace los ejercicios en su casa? Alguna vez Nunca Regularmente
6. ¿Habla con su pareja de lo que le preocupa de la próxima maternidad?
7. ¿A estos momentos del curso que opina del parto?
8. ¿Cómo piensa criar a su hijo?
9. ¿Qué opina su pareja de cómo debe hacerlo?

Os agradecemos vuestra opinión. Muchas gracias

Cuestionario dirigido a Profesionales

Valoración de Programa de Preparación Maternal Distrito I Área V

Edad Sexo Titulación

- 1-¿Conoce los contenidos de la Preparación Maternal que se imparte a las gestantes de este Distrito? ☐ SI ☐ NO
- 2-¿Conoce las actividades de la Preparación al parto ☐ SI ☐ NO
- 3-¿Observa beneficios en el comportamiento de la Mujer en relación con las No preparadas? ☐ SI ☐ NO
- 4-¿Facilitan su labor a la hora de atenderlas? ☐ SI ☐ NO
- 5-¿Qué aspectos observa que asumen de la maternidad prioritariamente?
 - Cuidado propio
 - Atención al Recién Nacido
 - Valoración de Su pareja
 - Presencia de Su pareja
 - Alivio por finalización proceso
 - Sentimiento de agobio ante el futuro
 - Ilusión
 - Frustración con la experiencia
- 6-¿Estima necesaria la preparación al parto? ☐ SI ☐ NO NO
- 7-En su opinión, ¿cambiaría algo?

Muchas gracias por su colaboración

AVANCES EN DIAGNOSTICO Y CONTROL PERINATAL

Ponente: Dr. Manuel Albi González*.

**Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital " Fundación Alcorcón" (Madrid)*

Centrare mi ponencia en los avances habidos en la asistencia al parto, a mi juicio, importantes avances y sobre todo, importantes conceptualizaciones nuevas en la forma en que debemos asistir al parto, fundamentalmente, el parto de bajo riesgo, faceta que posiblemente sea más interesante en el contexto de la exposición de hoy.

El uso de la monitorización de los partos, podríamos decir que es bastante novedoso ya que hasta los años 60 no tuvo su inicio y tampoco se hacía control de la FCF intraparto.

Hasta ese momento, durante el embarazo, lo más que se hacía era escuchar la FCF de vez en cuando para saber que el feto estaba vivo o no , para determinar si se trataba de un embarazo sencillo o múltiple, y para definir una presentación en función de donde se situaba el foco del latido cardiaco . Es a mitad de los años 50, en los años 60, cuando se genera una preocupación por el estudio de la FCF, cuyos grupos más importantes de trabajo les presento en el siguiente esquema.

La fono cardiografía, la electrocardiografía y la toma de muestras de sangre fetal, las dos primeras se basaban en el estudio del latido cardiaco minuto a minuto y la última, por todos sabido, en la toma de muestras de sangre fetal.

Se iniciaba la aparición de trabajos que relacionaban la acidosis con lo que en aquel momento se llamaba sufrimiento fetal ; en los trabajos del estudio de la FCF fue el profesor Caldeyro Barcia y su equipo los pioneros, en EEUU Hon y a la vez , aunque con menor difusión, en otros países se empezó a investigar y se llegó a las mismas conclusiones. Todo eso supuso un cambio en el concepto del feto, antes el feto y la madre era un todo único, si la madre estaba bien se suponía que el feto estaba bien y tampoco había que ocuparse mucho más del feto, a partir de aquí se entendió al feto como un paciente, eso fue lo instó que se investigara más con los medios disponibles fono, electrocardiotocografía y toma de muestras de sangre fetal.

La idea era detectar la hipoxia, pues, partiendo de que la hipoxia era la responsable del daño su detección precoz posibilitaría una actuación igualmente temprana y por tanto posibilitaría unos mejores resultados.

HIPOXIA → ACIDOSIS → DAÑO TISULAR

Este concepto rápidamente se generalizó en todo el mundo y hubo un gran desarrollo de la monitorización, primeramente, reservada a los embarazos-partos de alto riesgo, pasando posteriormente a acoger también a los partos de bajo riesgo.

Esa imagen muestra la curva ascendente de la monitorización de los partos a lo largo de los años. En poco más de 20 años, se convirtió en una práctica habitual hasta el momento actual en el que, prácticamente el 100% de los partos se monitoriza, lo que supuso una disminución de la mortalidad perinatal (Imagen de la mortalidad perinatal en EEUU recogida del CDC desde los años 60 al año 2000).

La mortalidad perinatal desciende drásticamente del 28,6‰ al 7‰. , coincidiendo con la incidencia creciente de los partos monitorizados.

España no era ajena a toda esta revolución, de forma que estas mismas circunstancias se repitieron en nuestro país tal como lo refleja esta encuesta de la SEGO del año 2002, que muestra cifras de mortalidad perinatal decreciente desde 1980, momento que se estimaba en el 15,4‰, hasta llegar al 7,6‰ del año 2002.

Tras estos apuntes, llegamos al cambio de siglo, el momento presente que abarca todo cuanto está ocurriendo a partir del año 2000, y delimita el rumbo a seguir en este nuevo siglo en relación con el control del parto

He puesto ahí esa foto de ese grupo de médicos, porque los profesionales del parto, matronas y médicos junto con el resto del equipo multidisciplinar que conforman los asistentes al parto, nos encontramos admitiendo que **la monitorización del parto no es la panacea universal**: hemos comprendido que la triada hipoxia-acidosis-daño tisular (cerebral, en concreto) no se puede aplicar de forma estricta en la asistencia al parto, admitimos que el concepto de hipoxia que aporta la monitorización. nos ha llevado a medicalizar el parto de forma, probablemente exagerada y nos ha inducido a una práctica con excesivo intervencionismo en el afán de evitar la hipoxia del feto para disminuir las parálisis cerebrales y hemos olvidado que el parto es un hecho fisiológico, hemos pasado por alto ese concepto tan en boga actualmente, del parto humanizado termino que expreso no me gusta - por cierto y también, para nuestra desgracia, estamos viviendo un exceso de judicialización , la asistencia en obstetricia , el mundo del parto, es una de las actividades medicas más denunciadas como todos sabemos.

Desde la perspectiva de la sociedad, de las mujeres que dan a luz, también las concepciones respecto al embarazo y parto se encaminan de igual modo, cada vez y con más fuerza, va asentándose en el imaginario social que todo lo referente al embarazo parto es fisiológico obviando los riesgos de mortalidad-morbilidad que innegablemente conlleva para la madre y

y el feto. Es más, en la judicialización de la asistencia, cualquier efecto adverso va a ser imputado al equipo de atención al parto.

La sociedad, de la misma manera que nosotros mismos debemos ser partidarios, nos reclama mayor humanización del parto.

Reposicionar todo esto creo que se debe hacer partiendo de la idea de que nosotros, asistentes del parto, somos profesionales, científicos, convencidos de que con el conocimiento, el estudio y la investigación, podremos transitar por esta línea que marca el cambio de siglo y que creo que es la acertada.

Por lo tanto, me gustaría que reflexionásemos sobre esta imagen en la que aparecen las formas clásicas de control del feto en el parto, (C aplicación clínica, I en fase de investigación * estudios aleatorizados) lo primero que llama la atención es que la estimulación fetal que todos hacemos y la toma de muestras de sangre fetal, carecen de estudios aleatorizados, es decir, carecen de ensayos clínicos que avalen su eficacia o efectividad en la práctica clínica, sin embargo, tanto la auscultación intermitente como la monitorización cardíaca, como la pulsioximetría, como la electrocardiografía fetal intraparto, disponen de ensayos clínicos que, como todos recordaran, son los que arrojan mayor evidencia sobre la eficacia o la capacidad de una prueba diagnóstica y de todos ellos, tres, están ya en práctica clínica, he dejado aún en consideración la electrocardiografía fetal intraparto como técnica en investigación, aunque presumo que en breve se incluirá en la práctica clínica.

Repasare de forma rápida estas cuatro técnicas:

La monitorización electrónica de la FCF tiene una gran variabilidad tanto interobservador como intra-observador: interpretaciones diferentes de personas distintas, interpretaciones diferentes de la misma persona en atención a situaciones diversas.

Sabemos que tiene falsos positivos, todos conocemos registros nefastos que han correspondido a neonatos sanos y vigorosos, y además se ha criticado su efectividad en relación a lo que más nos importa, que es la capacidad de prevenir la hipoxia cerebral que avocaría a la parálisis cerebral y en un paso más avanzado, a la muerte fetal.

Ante estas evidencias, la postura a tomar no sería la de obviar la existencia del feto, sí la de escuchar al feto de forma intermitente, práctica ésta, sobre la que existe un meta análisis que confirma su idoneidad

Variabilidad inter-observador:

Hay infinidad de trabajos que afirman esta afirmación, v. gr., sobre 150 trazados cardiotocográficos fueron consultados 5 eminentes obstetras y la concordancia del juicio fue de un 29%. Otro trabajo similar, en el que se consulta a cuatro obstetras sobre 50 trazados y la concordancia que arrojó era del 22%; meses después se les volvieron a presentar los mismos registros analizados y emitieron juicios distintos, siendo aún menor la concordancia; a todo esto, se debe añadir que el conocimiento del resultado perinatal altera el criterio de interpretación, influencia de la que por supuesto no se ven libres los jueces ni los peritos.

Cuando los registros son reactivos, la concordancia es mayor. Si la concordancia inter-observador es mala, la verdadera capacidad diagnóstica no recoge lo que nosotros queremos, de tal manera que un RCTG anormal, su valor predictivo para APGAR anormal, está solo en el 50%, es decir, que de la mitad de las veces en que afirmamos que un registro es malo, la mitad de esas veces nacerá un niño vigoroso y la otra mitad se corresponderá con un niño acorde con el registro.

Cuando el registro es bueno, casi siempre o siempre, se asocia con un niño sin problemas, pero cuando el registro es malo hasta el 50% de las veces nos equivocamos.

Y en la práctica diaria hasta el 15% de los registros son anormales, lo que se traduce en que estaremos interpretando, al menos, sobreestimando erróneamente la mitad de ellos.

Para describir o diagnosticar la acidosis los resultados varían de unos trabajos a otros en un rango del 0,2 a >1, nuevamente es patente la variabilidad de la interpretación de los registros y lo que nos interesa sobremanera, la hipoxia como causa del daño tisular y parálisis cerebral, el valor predictivo para positivos del valor de un registro cardíaco anormal que describa o prediga parálisis cerebral, es tan solo del 0,1, prueba evidente de que un registro no sirve en absoluto a la hora de pronosticar una parálisis cerebral.

Dentro de los criterios de la Sociedad Americana de Pediatría para definir los daños fetales en relación con el parto, el registro fetal no se incluye, se tiene en cuenta la exploración neonatal, el apgar y el pH.

Han pasado los años y recordando como aumentaban el porcentaje de monitorizaciones desde el año 60 hasta el 2000 en que llegamos al 100%, partiendo del 40% de los años 80, observamos que en cuanto a la parálisis cerebral existe una disminución insignificante en relación a cuando no se monitorizaban los partos, no atribuible, casi seguro, a la monitoriza-

ción, sino a otros factores como la mejora de la calidad asistencial, mejora de las técnicas, lugares y condiciones para dar a luz.

Para ilustrar las causas que producen la parálisis cerebral os presento este trabajo muy conocido.

Las causas ante parto son las que mayor incidencia tienen sobre la parálisis cerebral, las causas intraparto en fetos sanos, representan un mínima parte, un 4%, y un 25% se deben a causas intraparto sumadas a patología previa del feto durante el embarazo, la más frecuente el CIR, por tanto, el parto en si mismo solo es responsable del 4% de la parálisis cerebrales.

En EEUU nacen alrededor de 1.000.000 de niños/año, de todos ellos, únicamente, se podría prevenir un 4% parálisis cerebral si fuera posible llegar al extremo de crear nuevas técnicas de control de parto y conjuntarlas con las existentes, lo que se traduciría , en la prevención de 1 sólo caso de parálisis cerebral , lo que si está claro es que la monitorización fetal no sirve para ello.

Entonces, la pregunta que cabe es **¿cuál es la efectividad de la monitorización en el parto?**

Está demostrado que cuando se monitoriza el parto:

- ✓ aumenta el riesgo de cesárea
- ✓ -aumenta el riesgo de parto con ventosa
- ✓ -aumenta el riesgo de partos instrumental o fórceps
- ✓ -la tasa de mortalidad perinatal tiende a disminuir, aunque el intervalo de confianza incluye el 1 con lo cual no es significativo.
- ✓ -Lo único que es significativo, se muestra en este estudio de la medicina de la evidencia, la disminución del riesgo de convulsiones en los RN.

De todo esto se deduce que la monitorización fetal continua no es la panacea, ni tan beneficiosa como por años hemos creído, por tanto, hemos de tender a la monitorización intermitente en los embarazos y partos de bajo riesgo, lo que avalan muchos estudios al respecto de los que, extracto para presentarles, a modo de resumen, lo que opino es aceptable y por ello, se puede llevar a la práctica en el manejo del parto de bajo riesgo:

-Ratio matrona-gestante 1-1, si el sistema sanitario no puede ofrecer esto no se puede realizar auscultación intermitente, la evidencia publicada en la literatura no permite optar por esta práctica si no se da esta condición.

-Mejor es hacerlo con un doppler que con estetoscopio.

-Cada 15' durante el periodo de dilatación y cada 5 en el expulsivo abarcando dos contracciones para detectar posibles Dip II.

Está demostrado por la medicina de la evidencia, que la auscultación intermitente en el parto de bajo riesgo siempre que el ratio matrona - gestante =1 :

- ✓ -disminuyen las necesidades de parto instrumental
- ✓ -disminuye la necesidad de analgesia
- ✓ -disminuye el porcentaje de fetos con apgar bajo
- ✓ -aumenta la satisfacción de la mujer

Ahora falta que las administraciones propicien esta situación.

Hay protocolos de auscultación intermitente de las sociedades ginecológicas más importantes del mundo, desde la nuestra propia, pasando por la americana, la canadiense que es muy recomendable por la calidad de sus protocolos basados en la medicina de la evidencia, los ingleses....En este momento estos protocolos recogen para el parto de bajo riesgo y siempre que se cumpla el ratio matrona gestante 1/1, que si se pone oxitocina y/o epidural hay que poner monitor.

Nos queda la duda de aclarar si es necesario hacer un registro en el momento de la admisión de la mujer, en realidad, la auscultación intermitente no detecta el ritmo silente y este podría enmascarar u ocultar una patología preexistente, por lo tanto está en dudas la idoneidad o no de efectuar esta prueba al ingreso.

El resumen:

Sumando todo lo anterior, en la filosofía y entendimiento de las mujeres, en la educación y participación de la mujer en medio de la presión del ambiente, la presión asistencial, se deduce que en muy pocos casos podremos llevarlo a cabo , nos queda mucho camino por delante si queremos conseguir hacer auscultación intermitente

La idea de la pulsioximetria era que si el monitor funcionaba mal o no tenía una capacidad diagnóstica buena, por tanto su objetivo era mejorar la capacidad diagnóstica de la monitorización y reducir el intervencionismo innecesario, es decir, conseguir niños sanos sin hacer tantas cesáreas y partos instrumentales que es la dirección hacia la que nos lleva el uso del monitor.

No vamos a entrar en pormenores de la técnica,(DIAP.16) pero sí quiero señalar la excelente correlación entre una saturación de oxígeno fetal por debajo de 30 y un ph de arteria umbilical por debajo de 7,20, es decir, un niño que satura por encima de 30 está bien y si la saturación es por debajo de 30 es probable que tuviéramos que hacer algo más. Esto ya ha dejado de cuestionarse como sucedió años atrás, en este momento, esto está absolutamente documentado. Sus indicaciones.

- -RCTG anormal
- -En casos de contraindicación de monitorización interna por enfermedades de transmisión sexual
- -Arritmias fetales
- -Presentación podálica
- -Casos dudosos del CTG, siempre como técnica a sumar, técnica complementaria de la monitorización que crea la duda.

De todo esto, como dije, hay meta análisis, ensayos clínicos y por tanto, la máxima evidencia de su eficacia que dice que la pulsioximetría fetal intraparto no mejora los resultados perinatales, pero sí disminuye el porcentaje de cesáreas o fórceps realizados por riesgo de pérdida de bienestar fetal, sin embargo, esta disminución de partos instrumentales o cesáreas por SPBF no se asocia a mejora de resultados perinatales, tampoco se asocia a una disminución del porcentaje global de cesáreas y no se asocia a una disminución del porcentaje global de cesáreas, porque ignorando los motivos, es un hecho evidente que se está incrementando el número de cesáreas indicadas por distocias. El resumen es que el porcentaje de cesáreas es similar, los resultados perinatales son similares y cambiaría la indicación de las cesáreas, por lo tanto, la conclusión a la que llegó la Sociedad Americana de Obstetricia y Ginecología fue la de no recomendar su utilización porque además de no aportar beneficios, se incrementaban los costos debido al aparataje necesario.

En el año 2002 se une a esta afirmación la Sociedad Canadiense basándose en las mismas premisas que los americanos; en ese periodo del 2002 apenas hay literatura al respecto, hay que esperar a que la FDA revise los casos de falsos negativos registrados y recomiende su utilización de forma complementaria a la monitorización.

A partir del 2004 vuelven a publicarse trabajos sobre pulsioximetría, el último es éste de Marzo de este año, publicado en el "American Journal", que persiste en la misma línea, está realizado sobre partos instrumentales y dice que la pulsioximetría disminuye el número de partos instrumentales en partos en los que se indica pulsioximetría por SPBF y lo mismo en cifras absolutas.

Entonces ¿qué hacer respecto a la pulsioximetría? (DIAP.23) este es el panorama lo que si es cierto, y de esto existen varios trabajos en la literatura médica, es que sin que sepamos muy bien el por qué el porcentaje de cesáreas que se indican por SPBF tiende a aumentar con los años, lo confirman trabajos hechos en Italia, EEUU, Canadá.... que el aumento ha sido incluso el doble el de las indicaciones de cesárea por SPBF y cabe preguntarse si esas indicaciones de cesáreas las vaya a disminuir la pulsioximetría; a lo mejor en trabajos randomizados se llega a la conclusión de que disminuye el número de cesáreas, lo desconozco.

Aun estamos pendientes de dos grandes trabajos sobre la pulsioximetría y se han empezado a publicar datos de pulsioximetría transabdominal, es decir, una pulsioximetría que podría llevar a hacer desaparecer el RCTG anteparto, ya que con captores abdominales registra la saturación de oxígeno fetal.

En el hospital de Alorcón hemos hecho recientemente una revisión sobre 340 casos con pulsioximetría y los resultados coinciden (DIAP.26) con los de otros estudios:

un mayor porcentaje de cesáreas por distocia, el porcentaje del 70% de las indicaciones de partos instrumentales responde a las distocias.

La electrocardiografía intraparto tenía la misma pretensión de la pulsioximetría: mejorar los resultados perinatales y disminuir el intervencionismo innecesario; como sabéis el espacio ST, el intervalo ST y el cociente TQRS simbolizan o manifiestan la función cardíaca, esta misma base que sirve en el adulto para detectar las anginas, infartos etc, se ha trasladado para el estudio fetal creando un propio registro electrocardiográfico.

El corazón responde a la hipoxia de dos maneras una, al principio de la hipoxia produciendo segmentos ST bifásicos y otra, cuando los mecanismos de adaptación del feto a la hipoxia se ponen en marcha, aumentando el complejo TQRS, el stand investiga estas dos alteraciones, transmite de la misma manera que un electrodo interno de monitorización y traza un registro de FCF convencional y un electrocardiograma fetal.

Ya hay trabajos randomizados sobre la electrocardiografía y si parece que consigue los dos cometidos de mejorar los resultados perinatales y disminuir el intervencionismo innecesario en los casos de SPBF.

¿Dónde estamos hoy? ¿Cómo avanzar hacia el futuro?

Cambiar el rol paternalista del profesional por una labor de información seria, completa y veraz al respecto de lo que consideramos que puede ser mejor para la mujer, pero es ella quien tiene que tomar la decisión y debe participar en el proceso de asistencia al parto.

Las instituciones la sociedad y los jueces deben buscar objetividad a la hora de juzgar y penalizar.

Y los profesionales, seguir trabajando basándonos en el conocimiento, el estudio, la investigación sobre las mejores evidencias posibles

En este momento, debíamos reconsiderarnos la monitorización electrónica, impulsar la monitorización intermitente en el embarazo de bajo riesgo y ser muy prudentes en cuanto a las nuevas tecnologías, pulsioximetría abdominal y electrocardiografía a la hora de incorporarlas a la práctica clínica basándonos en estudios controlados que demuestren su eficacia su efectividad y su eficiencia.

YODO Y SUS IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO FETAL

Ponente: Dr. Francisco José Díaz Cadórniga.*

**Jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital central de Asturias (Oviedo). Presidente-Fundador del Grupo de Trabajo sobre Trastornos por deficiencias de yodo de la Sociedad Española de Endocrinología.*

Desde mi condición de endocrinólogo, tengo que agradecerles esta invitación pues nuestra sociedad viene trabajando durante mucho tiempo en esta tema convencidos de la gran trascendencia del estado de nutrición de yodo en las poblaciones vulnerables, muy particularmente en España y muy específicamente dentro de la población, en el grupo de todas las mujeres en edad fértil, gestantes o madres que están lactando.

Les propongo, a modo de introducción en el tema, un recordatorio breve del ciclo del yodo en la naturaleza:

-la mayor cantidad de yodo está en el agua de mar y en los pescados de mar. El agua de mar no la bebemos y por tanto el yodo se evapora muy fácilmente, cae a la tierra y el hombre lo ingiere en el agua que bebe o a través de determinados alimentos, básicamente los pescados y después lo utiliza para la formación de las hormonas tiroides que son vitales como verán y después, vuelve otra vez ,por el mismo mecanismo, de tal manera que ya hay un dato que tiene trascendencia para ustedes y es que las áreas muy montañosas, la erosión ha eliminado todo el yodo y como consecuencia de ello el agua de bebida carece de ello, porque éste se ha sedimentado en terrenos más bajos.

De cualquier manera tienen que recordar que la ingesta de yodo en el agua de bebida es prácticamente inexistente a fin de las cubrir necesidades de ingestión de yodo para fabricar las hormonas tiroideas y que éstas funcionen correctamente en el organismo.

Observen estas cantidades que, les advierto no están cerradas y están aumentando al alza, y deténganse en el dato que más les puede interesar que es el de una mujer embarazada o una madre que esta lactando y se cifran sus necesidades entre 200 a 250 µg de yodo al día, en estos momentos, la OMS admite ya como requerimiento mínimo 250 µg diariamente para su protección.

En esta otra tabla se comprueba lo mismo que apuntaba anteriormente al respecto del reconocimiento de las necesidades de yodo al alza , añadiendo además , en base a las cifras entre 220-290 µg que se estiman para cobertura de los grupos de embarazadas-lactantes una cosa importante a destacar y es que , los humanos, para estar en riesgo por exceso de yodo en los necesitamos ingerir cantidades altísimas que en este omento ni en España ni en Europa se alcanzan , es decir , remitiéndonos a una embarazada , afirmamos que para que tenga problemas por exceso de yodo debe ingerir o eliminar diariamente más de 1000µg cosa impensable en la actualidad.

Más adelante les mostraré la situación de carencia tan importante que tenemos en este momento de España.

Sigamos haciendo un somero repaso al ciclo del yodo en los humanos:

el yodo que ingerimos con los alimentos básicamente, lo incorporamos a nuestro organismos y pasa a la sangre, por medio de la glándula tiroides la cual posee una bomba selectiva de yoduro muy eficaz que es la que capta este yodo, lo introduce dentro de la glándula y se producen las hormonas tiroideas: la T4 o tiroxina y la T3, la T4 es la más importante porque un 85% se reconvierte en T3 internamente a nosotros y el resto, una vez utilizada para la formación de las hormonas queda en reserva en la glándula y el resto se elimina por la orina, de tal manera que se elimina algo así como el 95% del yodo ingerido, por lo tanto es muy fácil saber si una población o una persona esta en carencia, midiendo en una muestra de orina la cantidad de yodo que esta tenga , correspondiéndose, según una lógica matemática , cifras normales de yoduria con excreciones normales y viceversa.

Sabemos perfectamente que si tenemos una nutrición muy baja en yodo esto ocasiona problemas, aquí desgloso estos que van desde importantes problemas fetales, problemas de los RN, problemas de los niños y adolescentes, sin que tampoco se libren de ellos los adultos.

El tema de los Trastornos por déficit de yodo es “muy viejo” , la reducción de los trastornos por deficiencia de yodo se asume como grave problema de salud , el logro en la disminución de estos trastornos ha sido posible cambiando los hábitos alimentarios de la población mundial, de entre la que se ha adelantado Suiza, como hemos comentado al principio, conscientes de que como país muy montañoso, con una erosión muy marcada carecían de yodo por tanto, para resolver este problema hicieron una yodación universal y lograron un éxito con esta medida.

Sabemos perfectamente que es posible la erradicación de los trastornos por deficiencia de yodo para lo cual habrá que usar de unos indicadores para saber las cifras idóneas para los distintos grupos de población , así por ejemplo, para la población general se estima que una yoduria superior a 100 µg seria un límite de seguridad, pero esto no sirve en el caso de las embarazadas ni para las mujeres que lactan, estas personas tienen que rondar los 200 µg, como consecuencia si queremos tener un ingesta suficiente de yodo habremos de ingerir cantidad suficiente de sal yodada, pescado de mar y /o de productos

farmacológicos que incrementen este aporte si fuera necesario.

Esta imagen revela el problema de la deficiencia de yodo en el mundo, en Europa, fíjense la cantidad de países, países importantes como Alemania, Francia, Italia, o España que están clarísimamente en deficiencia pese a poderse resolver de una manera tan fácil y tan barata.

En España muy particularmente, este tema empezó a conocerse en 1921 gracias al primer endocrinólogo español que fue Gregorio Marañón, quien llevó al Rey Alfonso XIII a las Urdes; como han visto ustedes una de las acciones fundamentales de las hormonas tiroideas es además del desarrollo intelectual, el crecimiento corporal, evidentemente los Borbones son altos pero es sorprendente la comparación con los habitantes de entonces de la Urdes, y es que los lugareños padecían cretinismo, tenían una endemia severísima que justificaba esas tallas tan pequeñas. Esto supuso una llamada de atención, pero este problema existe y persiste en toda España desde hace mucho; (DIAP-17), vean en Galicia; cuando el grupo de trabajo en 1975 empezó con el trabajo para la erradicación del bocio en Asturias nos encontramos estas personas así afectadas, incluso niños, eran situaciones extremas de deficiencia de yodo.

Nuestra sociedad en 1992, desarrolló un grupo de trabajo para corregir los trastornos por deficiencia de yodo y llegamos a la conclusión de que teníamos una endemia leve-moderada, inadmisible para un país como el nuestro, ya de la Europa Occidental y se propuso entonces, en 1993, la erradicación del problema entre los escolares simplemente con el consumo de sal yodada a nivel masivo; (DIAP.21) teniendo presente que un indicador de eficacia es que el 90% de los hogares consuma sal yodada, observamos que después de 10 años, en el año 93, se había conseguido que un 65% de las familias asturianas utilizaran la sal yodada, Cataluña bastante menos con un 36% y Galicia que había iniciado un plan ambicioso para esta consecución no lo pudo continuar y todavía tiene problemas.

En estos paneles deseo mostrarles cómo esta iniciativa ha dado sus resultados.

En Asturias en 1982 los niños eliminaban por la orina muy poquito yodo (yodurias por debajo de los 100 e incluso 50 $\mu\text{g/l}$ cuando lo óptimo eran por encima de 100 $\mu\text{g/l}$) lo cual los situaba en un estado de importante carencia de yodo sin embargo, en el año 2000 estaban protegidos, 150 μg . El bocio que era de más del 20% global había bajado al 8% y sobre todo, el consumo de sal yodada estaba aumentado significativamente al 75%, sin embargo desde el año 2000 la Comunidad Asturiana no ha mejorado la situación, a pesar de ser la más avanzada en este planteamiento, manteniéndose invariable la cifra del 75% de consumo de sal yodada entre las familias asturianas. Seguimos sin pasar del 75% de consumo de sal yodada. A mi juicio sería necesaria la intervención de las autoridades sanitarias a través de campañas de salud pública sistemáticas, para conseguir los objetivos propuestos.

En las Urdes desde que fuera Marañón en 1920 y se sensibilizaran con el problema, habían mejorado significativamente aunque todavía en el 96 se detectaba muchos casos de bocio entre escolares, a la vez, unos compañeros nuestros, la Dra. Gabriela Monreale ya observó que los niños, los hijos de las madres de esta zona tenían menor desarrollo mental y las mujeres de la zona, que eliminaban muy poco yodo por la orina, algo así como menos de la mitad de lo indicado, también tenían importantes problemas de salud.

Ahora hagamos un paréntesis para ver cómo el feto utiliza las hormonas maternas y las consecuencias que ocasiona el déficit de yodo de la madre a los hijos: el feto solo utiliza para la formación de sus hormonas tiroideas la tiroxina de la madre, la T4 libre de la madre, los humanos, en este caso la madre, sitos en áreas de deficiencia importante lo que hace es fabricar poca T4 y mas T3, la T3 ahorra un átomo de yodo en situaciones en las que hay poco yodo, nuestro tiroides es capaz de ahorrar pero la T3 funciona no le sirve al feto, el feto necesita la T4 de la madre, por lo tanto las madres carentes tienen la T4 mas baja, el feto se esa nutriendo pero y puede tener problemas de maduración intelectual de desarrollo psicomotor etc.

Recuerden este dato fundamental:

Hoy día todo el mundo asume que una madre tiene que tener una suficiente nutrición de yodo para que el hijo no tenga problemas.

Les presento a continuación el panorama actual de España:

Este es el primer estudio al que hice referencia en el que la Dra. Monreale llevó a cabo en Madrid con mujeres embarazadas a unas de las cuales las suplementaron con yodo y a otras no, para el aporte suplementario de yodo se utilizó "Calcinatal" porque era el único producto asequible ya que no disponíamos de ningún producto exclusivo de yoduro potasio, y vean ustedes como las yodurias de estas mujeres subieron significativamente en relación con las que no tomaban yodo; hemos dicho que una mujer tiene que estar alrededor de 200 e idealmente a mas de 200 y cómo la T4 libre de las mujeres suplementadas era más alta significativamente que la de las mujeres que no estaban suplementadas, por lo tanto este era un dato muy fundamental para esta confirmación nuestra hipótesis sobre las necesidades.

Este estudio ya lo había hecho en Bélgica el profesor De Lange unos años antes con los mismos resultados. El Dr. Donnay, compañero nuestro, en un trabajo que se va a publicar ahora, muestra en este estudio realizado en el Hospital de la Fundación de Alcorcón con mujeres seleccionadas al azar en las consultas de endocrinología, cómo las embarazadas eliminaban muy poco yodo, 100 mcg de media, cuando tenían que estar aproximándose a los 200 mcg y consumían sal yodada muy pocas (56%) por lo tanto, el 70% de las gestantes padecían una deficiencia (datos del 2005).

En Galicia, a mi juicio, viven una situación dramática al respecto y si no juzguen a la vista de este estudio sobre cuatrocientas mujeres al azar de las cuatro provincias de la comunidad de Galicia que arroja yodurias son inferiores básicamente a 100 y si mis compañeros de allí pusieron el corte en 150 que, es claramente bajo, vean como mayoritariamente están en severa deficiencia.

Posteriormente se hicieron determinaciones de yoduria a un grupo de mujeres con diabetes gestacional obteniéndose resultados similares: bajas yodurias, casi el 70% por debajo de 150 y el consumo de sal yodada bajísimo.

En Cataluña hay unos estudios que reflejan que hay una zona que es la de Urgell y la Cerdanya donde los especialistas más sensibilizados consiguieron yodar suficientemente a las mujeres y por tanto estar protegidas, pero el resto que se encontraba por debajo del límite de seguridad eran aprox. el 75%.

El Bierzo es una comarca montañosa de León que no tiene programa de yodoprofilaxis e hicimos un estudio relacionando Asturias que, es una zona yodada desde 1983, con el Bierzo y vean ustedes como las mujeres del Bierzo tenían unas yodurias bajísimas y no alcanzaban prácticamente ningún porcentaje de seguridad.

En Andalucía hay algunos estudios y como ven se repite lo mismo; en Málaga el Dr. Soriger, compañero nuestro de endocrinología, nos muestra las yodurias de las mujeres todas por debajo de 100 en el año 2002.

En Asturias, nosotros hicimos una primera aproximación en el año 1989 comparándolo con el Bierzo y vean ustedes este dato comparándolo al azar que nos mandaban de las consultas de ginecología una yoduria media = 139-90µg/l que era buena pero insuficiente, el 75% de las familias asturianas en este momento tomaban sal lo que significaba protección para los niños pero no para estas mujeres, todavía teníamos el 30% de yodurias por debajo de 100 lo que sería claramente insuficientes, pero si estos datos los comparamos con el área del Bierzo en esa época, podríamos etiquetar la situación de caótica ya ni siquiera tenían profilaxis con sal yodada, la media era de 88 µg y tenían yodurias de menos de 100 el 65% de las mujeres, una situación importantísima de carencia; a la vista de los datos nuestro grupo de trabajo junto con los ginecólogos del hospital, hicimos un estudio completo de mujeres embarazadas desde el primer momento que supimos que estaban embarazadas, se les daba sal yodada, se les hizo un estudio completo y se les daba "calcinatal", un comprimido diario y vean ustedes como mejoraron las yodurias pero aún estas medidas eran insuficientes porque no llegábamos a los 200 que sería lo deseable, por tanto, Asturias pese a ser un área bastante yodada, la más yodada del país en ese momento, todavía no habíamos conseguido ni con un suplemento farmacológico de 100 µg y sal yodada y pescado de mar dos veces a la semana, alcanzar los valores necesarios de protección.

En el País Vasco, recientemente, este estudio es del 2005 muestra que aún tienen problemas muy importantes con yodurias menores de 100 el 58% de las mujeres en el primer trimestre.

Por lo tanto, las mujeres españolas embarazadas están muy deficientes, del resto de comunidades que no les he expuesto ningún dato es porque no hay estudios pero debemos suponer que estarán muy parecidas, básicamente, a las estudiadas.

El siguiente dato que quisimos averiguar era la cifra de TSH de los RN, en función de la yodación de sus madres.

La OMS ha introducido un parámetro de deficiencia que es la TSH neonatal, que está indicando la deficiencia de la madre, ya que los niños cuyas madres están en deficiencia, nacen con la TSH alta y de las madres que están protegidas nacen RN con la TSH normal.

En España, para este estudio nos hemos servido del programa nacional que hay al efecto, sin olvidar que presenta problemas metodológicos ya que la determinación por este método se ha de hacer entre el 2º y 3º día y en ausencia de antisépticos yodados, y lo cierto es que sabemos que hay altas precoces que puedan dejar el dato en evidencia.

La situación relacionada con el hipotiroidismo congénito en España es la siguiente:

Una primera aproximación que hicimos hace años, mostraba unas cifras a nivel nacional absolutamente inaceptables, (son aceptables por debajo del 3%). En Asturias en aquel momento, se hacía la detección mediante sangre de cordón, técnica que no era homologable por lo cual se hubo de optar por cambiar a recoger sangre de talón, cuyos resultados se anotan en este panel (DIAP.42). Nosotros, en ese momento, de un grupo global de 154 mujeres, de las que a algunas más de 80 se les hizo protección yodándolas desde el primer momento con suplementos farmacológicos, obtuvimos la cifra de TSH neonatal >5 mU/l = 1,4% y ningún niño nació con TSH mayor de cinco.

La fuente de los siguientes datos que expongo, proceden de la Sociedad Española de Bioquímica clínica de la comisión de errores metabólicos vean ustedes que son cifras bastante discordantes, lo deseable es que debieran estar por debajo del 3%,

Hay comunidades de las que , ni siquiera en este último estudio del 2005, se tienen cifras de TSH neonatal. Estas diferencias, inclusive dentro de comunidades, como puede ser Andalucía, probablemente dependen de problemas metodológicos, v. gr. altas precoces o no, si hay ambientes yodados o no, povidona etc.

Para terminar, quiero transmitirles las conclusiones de nuestro grupo de trabajo opinasobre el problema de la deficiencia de yodo:

- -En España persiste este problema porque no hay un programa de erradicación de los trastornos por deficiencia de yodo ya el Ministerio de Sanidad todavía no ha globalizado esta situación.
- No tenemos una legislación sobre la universalización de la sal yodada, la sal yodada es de consumo voluntario, mientras, nosotros luchamos porque sea de consumo obligatorio aún a sabiendas de que nunca lo vamos a conseguir, el propio ministerio a través de la ministra nos ha dicho que este tema es un tema de la comunidad europea y no se va a hacer una yodación universal que protegería muchísimo más a todas las poblaciones vulnerables, por lo tanto y esto es lo importante que a mí me interesa transmitirles a ustedes, es que la responsabilidad para erradicar los trastornos por deficiencia de yodo continúa recayendo, como tantas otras veces, sobre los profesionales sanitarios sensibilizados con el tema y yo pienso que ustedes se deben sensibilizar con este problema.
- hay muchas comunidades de España de las que no sabemos cuál es el estado de la nutrición de yodo, pero hemos de pensar que no es bueno porque todavía encontramos yodurias que no son indicativas de suficiente de protección y mas bocio del deseable.
- -tener presente que las gestantes y madres que amamantan constituyen un grupo poblacional con elevado riesgo para la yodo deficiencia; en estos momentos en los que nos hemos volcado con la promoción de la lactancia materna no podemos olvidar lo que el yodo se excreta por la leche materna y por tanto si la madre está deficiente difícilmente el niño pueda ingerir suficiente yodo, dato más que significativo para que estas mujeres no interrumpan la suplementación con productos farmacológicos yodados hasta el último día de la lactancia.

A la vista de lo anteriormente expuesto nuestras propuestas son:

- ✓ hay que universalizar el uso de la sal yodada, aunque esta práctica no solventa el problema de
- ✓ las embarazadas porque necesitan el doble de lo que podemos aportar con la sal yodada
- ✓ sí solventa el problema del resto de las poblaciones vulnerables como son los niños y los
- ✓ jóvenes.
- ✓ hay que aumentar el consumo de sal yodada en niños, jóvenes y mujeres en edad fértil

En el momento actual la media global en España de consumo de sal yodada es solamente del 30%, hay algunas comunidades como Asturias y Cataluña que han superado ese 50-60% pero estamos muy bajos y por lo tanto hay que suplementar con yodo a todas las mujeres durante el embarazo y la lactancia.

Hace muchos años intentamos traer a España el yoduro potásico comercializado en Alemania bajo fórmula farmacéutica , cosa que el Ministerio no creyó oportuno desde entonces hemos seguido luchando por disponer de este recurso hasta el momento presente en que tenemos a disposición el suplemento que contiene únicamente yoduro potásico financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Lo que me interesa recordarles y no hay discusión posible es que una embarazada tiene una deficiencia de A. fólico que nadie discute, de Fe que nadie discute y creo que con lo que hemos visto aquí una deficiencia , también de yodo que nadie puede discutir en estos momentos, ni siquiera en las comunidades mas protegidas como puede ser Asturias.

Nuestro grupo ha elaborado una ingente cantidad de información sobre las deficiencias de yodo y su prevención, además de haber realizado campañas apoyadas por el Ministerio de Sanidad al respecto y que desde aquí pongo a disposición de quienes lo deseen.

El año pasado hicimos un manifiesto con muchas sociedades científicas donde reclamábamos la necesidad de resolver este problema, este manifiesto estaba firmado por todas las sociedades que les muestro en pantalla y por tanto creemos que tiene un aval suficiente. Recientemente, a partir de Diciembre de 2005, la SEGO hace una recomendación sistemática del uso de yoduro potásico farmacológico para todas las embarazadas y lactantes.

En Asturias ya en 1932, el médico Carrasco Cárdenas que trabajó por la erradicación del bocio en Asturias ya hablaba de la importancia de la sal yodada para resolver el problema del bocio, del cretinismo ,la sordomudez etc. etc. en los niños y la

población en general, de esto ha pasado mucho tiempo pero aún existen problemas.

Mis últimas palabras de esta charla quiero que sirvan para que tengan presente que : aunque no podamos cuantificar bien las repercusiones de la deficiencia de yodo, **simplemente la profilaxis con productos yodados resuelve enormes problemas en el mundo.**

MATRONA Y PUBLICIDAD

Ponente: D. Javier Astudillo González.*

**Director Creativo "Plataforma de Publicidad".*

Mi relación con el entorno de la publicidad es larga: en este momento, soy director creativo de una agencia de publicidad de Andalucía, anteriormente, he estado en multinacionales, y prácticamente toda mi vida he estado inmerso en el mundo de la publicidad, dentro de este mundo en el que contamos, manipulamos y vemos las cosas desde el marketing de la publicidad.

En este caso el producto, por llamarlo de una manera, que vamos a ver y enseñar desde el punto de vista de la publicidad, es el de las **Matronas**, y desde aquí os ruego que nadie se moleste por el hecho de denominar producto a un servicio, una profesión, a un colectivo tan loable como el vuestro, pero es imprescindible colocar a la matrona en un mercado físico para poder analizarla, para hacerle un seguimiento, en definitiva, para poder valorarla. En este caso, la colocamos en un entorno de comunicación dado que intentamos observar como fluye la comunicación de las matronas con sus clientes.

Naturalmente es una verdad innegable el hecho de que existe una intersección entre el entorno sanitario y el entorno social, hay una serie de servicios que se prestan en respuesta a una serie de demandas que se hacen, por lo tanto, podemos verlo como un mercado de oferta y demanda, este enfoque nos permitirá poder visualizar la situación y desde ella poder analizarlo, criticarlo y detectar cuales serían los objetivos principales para que la comunicación publicitaria de las matronas sea efectiva con todo su público.

· Primeramente hay una cosa importante que es la definición de matronas, cómo es ese producto; el producto en marketing se define por tres valores concretos: **la visión, la misión y los valores**, que traducido correspondería a:

¿Qué somos? ¿Adónde queremos ir? ¿Qué valores tenemos para poder hacerlo bien?

Esos tres valores juntos, son lo que, en marketing, se denomina **idea de negocio**. A esa idea de negocio se le aplica un **dafo** (dafo es una herramienta simple y generalizada que facilita la toma de decisiones estratégicas, cuyo objetivo es ayudar en general a una institución, organización o empresa... a encontrar sus factores estratégicos críticos, para usarlos, una vez identificados, apoyando en ellos los cambios organizacionales: consolidando "fortalezas", minimizando "debilidades", aprovechando las "oportunidades", y reduciendo las "amenazas").

Para entendernos, **dafo** es un acrónimo que responde a la siguiente descripción:

Factor	Notación	Descripción
Debilidad	D	POSICIÓN DESFAVORABLE DE LA MATRONA DE CARÁCTER INTERNO
Amenaza	A	SITUACIÓN FAVORABLE EXISTENTE EN EL ENTORNO
Fortaleza	F	POSICIÓN FAVORABLE DE LAS MATRONAS DE CARÁCTER INTERNO
Oportunidad	O	SITUACIÓN FAVORABLE PROPICIADA POR EL ENTORNO

Con la herramienta **dafo** se examinan las debilidades, las amenazas, las oportunidades de mercado y se determina cual va a ser el **nicho de mercado**. A diferencia de los segmentos de mercado, que son grupos de mayor tamaño y de fácil identificación, un "nicho de mercado" (en inglés: "market niche") es un grupo más reducido, con necesidades y/o deseos específicos, voluntad para satisfacerlos y capacidad económica para realizar la compra o adquisición.

En general, un nicho de mercado presenta las siguientes características:

1. • Es la fracción de un segmento de mercado
2. • Es un grupo pequeño
3. • Existe la voluntad para satisfacer sus necesidades o deseos
4. • Existe la capacidad económica
5. • Requiere operaciones especializadas
6. • Tienen necesidades o deseos específicos y parecidos
7. • Existen muy pocas o ninguna empresa proveedora
8. • Tiene tamaño suficiente como para generar utilidades

Conocida la terminología a emplear, determinamos el nicho de mercado que se quiere ocupar, el posicionamiento, sin olvidar que existe un posicionamiento real por el hecho de poseer unos valores determinados: *"somos matronas estamos en ese lugar que nos corresponde dentro de la sociedad y en intersección también con el entorno sanitario"*.

El problema, porque el hecho de que un publicista esté aquí supone que hay un problema de comunicación similar a cuando se requiere la atención de un médico hay un problema de salud, es que parece que se detecta un problema de comunicación

y sus clientes: *“fuimos algo que ya no somos, queremos ser algo que todavía no somos, entonces, estamos a medio camino de algo, y por tanto, queremos saber exactamente qué es lo que sucede a través de este análisis que propongo.*

Esa disfunción que hay entre el posicionamiento natural, el que nos da esa misión, esos valores y el posicionamiento real que se detecta en el mercado, es una cuestión casi exclusivamente de percepción. Estamos donde las madres, los ginecólogos, las enfermeras, nuestros colegas y nuestros clientes creen que estamos, es una cuestión de percepción, yo no puedo en un mercado atribuir a un producto excelencias porque éste va a ser juzgado la primera vez que lo prueben y me van a colocar en mi sitio. La gente, el cliente que recibe el servicio, tiene capacidad para saber qué se le ofrece y sabe juzgarlo.

Ese posicionamiento real en el que estamos ahora mismo, está influido por la percepción del público objetivo, la gente a la que queremos llegar, en el caso de las matronas, casi exclusivamente a las madres y por supuesto, a nuestros colegas. Está también influido por los roles y acciones de la competencia, considerando competencia a toda la que está alrededor nuestro: alrededor del parto, alrededor del puerperio, alrededor de los cuidados de la madre, es innegable que existe competencia y es duro pero ahí está el ginecólogo, la enfermera y una serie de figuras que son nuestra competencia, nosotros queremos colocarnos en un puesto de privilegio y ellos pueden que también lo deseen, incluso puede que en algunos casos tengan más derecho a hacerlo. El caso es que estamos luchando por obtener un puesto de privilegio en el mundo de la maternidad.

Naturalmente también hay un tercer factor que son los cambios en el mercado; el mercado de ahora no es igual al de hace 60 años, han cambiado muchas cosas y puede que nosotros nos sintamos sencillamente desplazados porque no hemos sabido cambiar a tiempo, pero lo haremos.

Los síntomas de este pequeño problema detectado son básicamente esos tres: la competencia, y /o intrusismo, de repente vemos a una enfermera que está haciendo las funciones de una matrona y nos decimos algo pasa aquí ¿cómo ha podido pasar esto? Nuestro público objetivo, la madre, no nos reclama, ocurre que la matrona antes era mucho más conocida, la mujer que iba a parir, con tener a la matrona a su lado le bastaba, conocía a la matrona y en cuanto llegaba el momento del parto, en el pueblo la llamaban rápidamente y ese papel ha desaparecido, y con esta desaparición se ha eclipsado una gran parte del protagonismo de la matrona.

Y la madre joven, la madre nueva ya no nos reclama tanto, sencillamente confía más en el ginecólogo que “se ha convertido en Dios”, está de moda o no sé qué y confían más en él, aunque el trabajo lo sigamos haciendo nosotras. Tampoco esa imagen nuestra reflejada se corresponde con aquellos valores primigenios, aquellos valores de la profesión. Digamos que estos son los síntomas de este problema de comunicación.

El probable diagnóstico, por adecuar mis términos al lenguaje médico, es que **nuestro posicionamiento no es el correcto**, y esto hay una manera de saberlo, se puede averiguar a través de la percepción selectiva, a través de la percepción, recordad que somos lo que la gente, el cliente, los consumidores, nuestro público, ve en nosotros, luego no podemos “vender algo” que a posteriori no va a ser percibido como tal, os propongo explicar esto haciendo un viaje al interior del cerebro para ver cómo funciona esa percepción selectiva.

Para haceros una idea sabed que se estima que a diario se reciben unos cuatro mil mensajes publicitarios: carteles, vallas, en el teléfono, en el taxi, radio, TV,..... nuestra capacidad mental se desbordaría si todos esos mensajes publicitarios tuviéramos que atenderlos, intentar comprenderlos y actuar conforme a ellos, entonces, sí existe una percepción selectiva, un mecanismo de defensa en todo ser humano que escoge lo que interesa y desecha lo que no interesa.

Veámoslo a través de los ojos de la madre que es lo que más nos importa porque es nuestro público objetivo principal: ¿cómo nos ven? de una manera racional nos ven como un personal técnico titulado en enfermería, con responsabilidades definidas y un espacio delimitado en ese entorno casi siempre del parto, ojala que fuera antes, que fuera durante y, ojala que fuera a lo largo de toda la vida de la mujer, pero casi siempre se centra ese mercado en el parto, ahí es donde estamos en relación con la madre. ¿Qué ocurre aquí? somos personal técnico en enfermería ciertamente pero, las matronas somos algo más por encima de esta calificación y cualificación, somos gente que hemos pasado un examen muy duro, que ha hecho una residencia, que tiene una especialización muy desarrollada y ¿por qué razón no se nos percibe como tal? Acaso no hemos sabido comunicarlo y tenemos que entonar el “mea culpa” y también las responsabilidades definidas en el espacio delimitado, se refieren a que el parto no es una actividad única de nuestra competencia profesional porque hay mucho antes y mucho después, tampoco hemos sabido comunicarlo, puede que racionalmente sean estos los puntos donde se encuentren las mayores deficiencias de comunicación del colectivo que quiere comunicar a los demás lo que es y lo que quiere hacer.

Emocionalmente sí estamos reconocidos porque persiste la imagen tradicional de la matrona fuerte y valiosa, de manera , que todavía tenemos un patrimonio importante de ella, “vivimos de las rentas” de esa imagen, la de una persona con la experiencia para asistir un parto, una figura tranquilizadora y maternal, distinguiendo que no cualquier mujer puede tranquilizar y dar seguridad a otra mujer durante el parto, pero la matrona sí porque perdura la imagen de una mujer fuerte, con experiencia, una mujer que sabe lo que hay que hacer y una mujer que de alguna manera sobrevive en el tiempo a pesar de que ahora la definición de matrona, los valores de la matrona sean muy distintos: el parto se ha medicalizado, se producen en los hospitales.....

Averigüemos ahora qué ha pasado con las matronas, qué cambios han sufrido, yo, a priori, me atrevo a diagnosticar que, probablemente, os hayáis apoyado demasiado en esa carga emocional sin haber sabido comunicar ese otro bagaje formativo y competencial que habéis ido adquiriendo para ofrecer una mejora en la calidad de vuestros cuidados a la mujer.

Estamos descompensados, es decir, tal como lo vemos sin ni siquiera hacer una investigación, preguntado, viéndolo simplemente desde la óptica de expertos en marketing. ¿Qué ha pasado? ¿Por qué esa descompensación? ¿Por qué nos pesa más lo emocional que lo racional? yo lo atribuiría a una cuestión histórica, aventuro, porque desconozco vuestra historia , pero creo que en algún momento de los años 60-70 os posicionasteis muy bien cuando la experiencia y la intuición eran mucho más valiosas que la tecnología, pero ahora ha llegado el momento en el que la tecnología lo es todo, todo el conocimiento tecnológico nos ha aportado seguridad, eficacia, menor mortalidad pero hay que hacerse una pregunta¿ eso es interesante a efectos de comunicación, es interesante decir a la gente que ahora nos hemos tecnificado que estamos más cómodos delante de la pantalla del ordenador y no en la habitación de la mujer dándole la mano y animando a esa mujer? Lo veremos también, el caso es que de alguna manera esa tecnificación del mercado es lo que nos ha desplazado, vosotras teníais una fuerza de prescripción y seguridad grande a pesar de lo cual *“fuisteis al mercado a comprar tecnología, os maravilló, os encandiló y cuando retornasteis a vuestros lugares estaban ocupados por otras personas”*.

El proceso sería más o menos de esta manera : los partos disminuyen y se hospitaliza, la matrona se integra en el sistema sanitario, la madre reclama atención y analgesia, la madre quiere epidural, un parto seguro, el ginecólogo a su lado; la matrona busca la eficacia en la tecnología, y el ginecólogo que ve que hay un hueco, ya que hay menos partos, ya que tengo tiempo, ya que lo emocional vende infinitamente más en el terreno de la comunicación que en el terreno de lo racional , forja su futuro en el parto a base de mostrar su lado afectivo a la madre así, mientras vosotras estabais estudiando tecnología , *“el ginecólogo va y le coge la manita a la madre” y de resultas , éste ha ocupado también vuestro sitio ;* acaso sea esta una visión un poco simple, pero creo que se aproxima a la realidad. Cómo ha pasado esto, se puede analizar con un **mapping de mercado**, análisis muy utilizado en marketing, para lo cual se traza un eje de accisas y ordenadas para ver los valores emocionales y tecnológicos y la formación y delimitar donde estamos situados.

Hace años, 20-40 , enfermera tenía una formación básica, la matrona tenía una formación especializada, mayor, pero estaban totalmente del lado emocional y estaban solas, teníais vuestro trono emocional, eran las diosas de alguna manera de esa emoción, de ese contacto humano con la madre , de ese transmitir emoción en lugar de razón, muy lejos de nosotras, estaba casi al extremo, el tocólogo y los M.I.R. que siempre están imitando a sus mayores, la enfermera estaba en su papel, por debajo naturalmente de la formación especializada y con una posición inferior o desplazada en cuanto al terreno emocional, siempre siguiendo los pasos del ginecólogo. Lo que pasó a las matronas fue tan sencillo como lo dicho antes: en el lapso en que os fuisteis a buscar tecnología , mas seguridad, a tecnificarnos, el tocólogo con el MIR detrás se fueron a buscar nuestro hueco, dejasteis un hueco vacío y se apropiaron de él , la enfermera permaneció más o menos en el lugar que estabais vosotras y apareció un elemento más o menos amenazante, todavía no muy definido que es el de la doula y que viendo ese nicho de mercado medio vacío, el del prescriptor emocional, ve la posibilidad de colocarse ahí y lo intenta; y en efecto, en algunas comunidades como la catalana funcionan bastante bien y en la andaluza también están funcionando, aunque no creo que sea un elemento de riesgo ni siquiera una amenaza , pero desde luego es aleccionador el hecho de que ese hueco que hemos dejado es un hueco que todo el mundo quiere, por lo tanto tenemos que recuperarlo.

Las preguntas que tenemos que debemos hacernos:

¿Podemos reposicionarnos? nuestro planteamiento actual, según mi análisis, está equivocado; la respuesta es que sí podemos reposicionarnos, siempre podemos hacerlo, si lo hacemos bien, si comunicamos lo que debemos comunicar, si nuestros valores corresponden con ese re-posicionamiento. Para poder reposicionarse lo lógico es que sepamos donde queremos estar, y yo eso ,verdaderamente me vais a permitir que lo dude, creo que tenéis, según he podido observar, una ambición tremenda, no solo deseáis aquel poder total de prescriptor de la matronas, sino de ir más lejos, llegar a ser la persona que cuida de la salud de la mujer en general desde la adolescencia hasta la última menstruación, la mujer madre, la mujer mujer; probablemente es una ambición muy grande ,sin embargo también os digo que basta con tener una meta lejana, importante y atractiva que genere ilusión, para llegar lo más lejos posible, probablemente si nos pusiéramos metas

más cortas quedaríamos dónde estamos y poco más . Entonces, si el colectivo **sí** quiere saber dónde quiere llegar sustituiríamos la interrogación por un **SÍ** tan grande como el trabajo.

Ahora, ¿estamos dispuestos a compartir ese territorio? por supuesto que estará ocupado por otros, pero nos encargaremos de hacernos un hueco y ¿estamos unidos para conseguirlo? , creo que este congreso y estas acciones que se están emprendiendo dicen que sí porque la verdad que como colectivo, como gremio, como profesión me tenéis realmente sorprendido, no conocía una gente con un talante de unificación tan fuerte como el vuestro.

¿Cómo vamos a hacer ese reposicionamiento? esa trayectoria hay que hacerla por dos caminos, por dentro y por fuera, no hay solo madres, hay ginecólogos a nuestro alrededor, hay administraciones públicas, políticos , un montón de público a los que dar un mensaje.

En la parte de dentro, digamos los hospitales y administraciones públicas , tenemos que actuar con acciones técnicas del colectivo como venís haciendo: jornadas técnicas, conferencias científicas..... y por fuera, en la calle, digamos en el terreno puramente publicitario, tenemos que hacerlo a través de dos vías: la vía emocional y la vía racional, la vía racional es dura, es una vía de convencimiento de los medios de comunicación, de estar encima de ellos, de que existan relaciones publicas , de que cada hecho que es noticiable se publicite en prensa, de que se escuche a los ponentes que tengan algo interesante que decir y paralelamente, una campaña publicitaria de sensibilización . Lo cierto es que a través de los medios de comunicación se dibuja la vía por la que se pueden trasladar los valores emocionales que son los valores que nos van a colocar en nuestro sitio, que son los que convencen de verdad.

Yo, a estas alturas de la charla quisiera comentaros que esa tecnología que como hemos dicho en este análisis fuisteis a comprar motivo por el cual vuestro sitio os fue usurpado, no es vendible a las mujeres, a la sociedad en general, la madre que piensa en una matrona no pide esto porque no es capaz de valorar estos conocimientos que nosotros sabemos indispensables para una oferta de calidad de nuestros servicios, tan sólo va a pedirnos valores emocionales, que además vosotras queréis y podéis dárselos.

La percepción real es que los receptores de publicidad, el público, son gente que está bombardeada, que está cansada de tanto acoso, y se convierten en unos tiranos que imponen su fuerza y su voluntad al seleccionar lo que quieren y no permitir que se les atosigue con nada y mucho menos que se les engañe con nada ,es curioso comprobar que ni siquiera los coches que, son pura tecnología, venden tecnología, venden emociones, esto os tiene que servir de ejemplo para que hagáis vosotros lo mismo y precisamente a través de esos canales de radio, televisión, prensa, folletos, en los que ejerceremos una presión máxima con los valores emocionales.

Resumiendo:

- información a los medios.
- información a través de los medios.
- información pagada.
- información publicitaria.

Estas 4 acciones tienen que ser paralelas y por supuesto, tienen que coincidir con la realidad, no podemos vender una cosa que no es real porque la gente se frustra y no te dan credibilidad. Encajado todas estas piezas sí podemos llegar a un reposicionamiento y probablemente lo haremos.

Aquí este pequeño pensamiento:

Hemos pasado de tener un espacio diferenciado y definido como un espacio propio a ser un “producto sándwich”, denominación no acuñada por mí sino por una cuñada mía y que me ha resultado muy explicativa, ese “producto sándwich” está entre el ginecólogo que quisiéramos ser y la enfermera que hemos dejado de ser hace mucho tiempo. Ahora, tenemos que reposicionarnos, tenemos que emprender un viaje y no sabemos muy bien a dónde y cómo queremos llegar.

Vamos a intentar definir la imagen que queremos dar y comunicar, definiéndola siempre en el terreno emocional.

Cuando hablo del ginecólogo que queremos ser ,comentario al que habéis respondido con ese pequeño abucheo, no hablo de que queramos ser ginecólogos como tal sino ocupar el espacio que él ocupa hoy, él tiene un espacio en el cuidado de la mujer que es nuestro por derecho propio, no puedo precisar en qué momento lo ocupa, sería labor de los historiadores referenciar ese momento en que la mujer solicito al médico y desechó a la comadrona porque no le era suficiente ya para su atención, preciso instante cuando nos quitaron ese sitio, creo que este es el espacio que debemos recuperar.

Hemos hecho un proyecto creativo para daros posibles soluciones, aún a sabiendas de que no conozco en profundidad vuestra profesión, vuestra situación y vuestros problemas como para garantizar el acierto y probablemente tampoco sea

necesario el tener que definir ahora qué mensaje vamos a dar, seguramente dentro de vosotros hay un consenso y solo es necesario que salga a la luz, pero sí hay una cosa muy importante creo que es **diferenciarse**. En el mercado, cuando hablamos de posicionamiento, la diferencia lo es todo, estar mezclados de alguna manera con otros productos que se parecen mucho al nuestro es lo peor que puede pasar, por ejemplo cuando todos los bitter eran iguales, una marca de ellos añadió y “*sin alcohol*” y dividió el mercado a la mitad, así delimitó su nicho de posicionamiento e hizo el gran negocio.

Recordad que lo que hay que hacer es ser distinto y parecer distinto, incluido el aspecto externo, lo físico, también; si estamos luchando porque nuestros valores sean percibidos a través de una imagen que queremos dar, de una situación que queremos controlar, esto tiene que saberse ¿de qué sirve que nosotros estemos haciendo una labor maravillosa si la madre sigue viendo una enfermera donde hay una matrona? Si existe algún modo de ser distintos en lo físico como tener una chapa, un gorro, una bata de distinto color, algo sencillo que las administraciones lo puedan permitir, es por donde tenemos que empezar, hay que establecer esa distinción física para poder reconocer e identificar a la matrona con los valores que les están vertiendo a través de los medios de comunicación. Y en lo conceptual, también tenemos que buscar las diferencias y las diferencias que tenemos que establecer son las diferencias emocionales, repito, que a través de los medios de comunicación los valores que tenemos que enviar son valores emocionales y son valores que nos diferencien de la misma manera que esos distintivos externos: tienen que separarnos por completo de los demás protagonistas del entorno.

Vamos a ver un ejemplo en tres líneas creativas que ya os digo que no tiene por qué ser un ejemplo válido:

El primer ejemplo es viéndonos a través de la mujer; efectivamente las matronas sois mujeres y hombres normales y como tales, no tendéis a sentirnos diferentes a los demás, la diferencia la marca el escenario en el que se desarrolla vuestra profesión, efectivamente olvidamos que nuestro puesto de trabajo es el paritorio y que cuando nosotros en un día cualquiera de nuestra vida atendemos un buen número de partos, la mujer que se va de allí con un hijo habiéndole cambiado la vida, habiendo sufrido por ello, se va con una sensación de gratitud tremenda y nos recuerda. Esta idea la extraje de una charla que mantuve con matronas andaluzas que me expresaban que lo que más les impresionaba era el hecho de que se les acercara por la calle una madre, una mujer feliz, que no conocían de nada, a quien no recordaban, les dieran un abrazo y les enseñara a su hijo, ese valor añadido tan grande que no estamos viendo, porque lo vemos desde dentro, tenemos que convertirlo en una diferencia y se puede hacer.

Os propongo un **pantallazo**, una visualización en forma de anuncio de televisión, para poder expresar esto:

Una matrona sale cansada de su turno de noche en el hospital y de vuelta a su casa se cruza con una mujer que le abraza efusivamente, le enseña a la criatura; un encuentro con una mujer que se siente encantada contigo, en el supermercado, en el taxi.....estamos viendo actitudes de mujeres que nos brindan su agradecimiento más sincero por nuestro trabajo y el audio diría algo así como ***“cualquier día en la vida de la matrona es un día inolvidable en la vida de la mujer”*** y podríamos rematarlo con un **claim** o slogan, esas frase corporativas que sirven de cierre, y en este caso, para capitalizar un poco esa imagen de la matrona de siempre, sobreimpresionaríamos esta leyenda: ***“desde siempre a tu lado, porque siempre hemos estado ahí y siempre vamos a estar”***.

Otro flash:

Ya puestos a vernos a través de los ojos de otros que, siempre nos descubren cosas bonitas, vamos a vernos a través de los ojos de un niño, a lo mejor puede parecer inusual pero se puede hacer y lo vamos a hacer.

Imaginaos que estamos viendo una pantalla en negro, se abre una brecha y estamos oyendo todos los sonidos de un parto, escuchamos los gemidos de una mujer, estamos viendo un túnel y una luz cegadora, un túnel que se dilata, unas manos que te recogen, que recogen la imagen, incluso podemos ver ese giro se da a los hombros del bebé para ayudarlo a salir y el audio que, es el que verdaderamente descubre la fuerza de esta visión, diría: ***“Un túnel, una luz cegadora y una voz amiga que te anima a seguir el camino, puede ser pura coincidencia, pero si al final volvieras a nacer ¿quién te gustaría que estuviera al otro lado?”***

Quiero que os deis cuenta de que esta manera de verlo iguala la muerte y la vida, acaso todo eso que se dice de que la muerte es una luz maravillosa al otro lado del túnel sea como volver a nacer; este es un mensaje muy positivo, estás afirmando que si murieras, si nacieras, fuera la matrona la persona que te gustaría que estuviera allí y que te dijera: ***“bienvenido a la vida”***.

Y un tercer pantallazo que sería verlo a través de los ojos de nuestros colegas: lo cierto es que, si no estoy equivocado, creo que el ginecólogo “tiene todas las de perder siempre”, aunque pretendemos atribuirle al ginecólogo la usurpación de nuestro espacio en el parto, lo cierto es que el ginecólogo fundamentalmente se dedica a la salud de la mujer en todos los terrenos, en la gestión de la enfermedad, en la menopausia, en una histerectomía, en la presencia de un tumor, o sea, podríamos decir, “que está en lo malo” de lo que se deduce que lo mejor que le puede pasar a un ginecólogo es estar en

un parto donde hay más seguridad , donde tiene la ayuda de la matrona, donde va a tener agradecimiento de la gente, donde no se está gestionando la enfermedad, sino que se está gestionando la vida..... Vamos a ver la imagen: sería la visión un poco modernista de un hospital un tanto deprimente con una maternidad contigua cuyo aspecto con el bloque anterior fuera significativamente distinto: una entrada a maternidad más luminosa, una zona donde alguien aparece con alas, (os recuerdo que en publicidad ,para llamar la atención hay que dispararse, así que colocamos una matrona con alas) y el audio dice : ***“en todos los centros médicos hay un lugar donde no cabe el miedo y la desesperación, un lugar distinto a todos porque no se gestiona la enfermedad sino la vida....”Matronas los ángeles del hospital”***

Para acabar me gustaría brindaros este , a mi juicio, simpático claim con el deseo de que os sirva para animaros , para que sigáis reuniéndoos de esta manera y empujando juntos para llegar a donde perseguís llegar y que esos valores tan maravillosos que poséis, por fin lleguen al público y se os reconozcan como tales.



Empujamos Juntas

COMUNICACIONES ORALES

“ADOLESCENCIA Y CONTRACEPCIÓN: UNA RELACIÓN DIFÍCIL”.

Autoras: Manuela Camacho Alcocer; Leonor Pérez Rodríguez; Yolanda Sánchez García; M^a del Carmen Cano Calero; M^a del Rosario Hernández Baños.*

**Residentes de Matrona de la Unidad Docente del Servicio Extremeño de Salud.*

INTRODUCCION

En los últimos años se percibe, tanto en el ámbito sanitario como en el social, un interés especial sobre lo relacionado con la actividad sexual de los adolescentes.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar el comportamiento sexual de los adolescentes, los conocimientos que tienen sobre los métodos anticonceptivos, uso de los mismos y principales fuentes de donde obtiene la información.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo basado en un cuestionario realizado entre los meses de noviembre de 2005 a enero de 2006 a una muestra de 293 adolescentes, con edades comprendidas entre los 15-19 años, pertenecientes a Institutos de Enseñanza Secundaria de Badajoz. La obtención de los datos se realizó mediante un cuestionario diseñado para el estudio, pero basado en otros previamente validados (1, 2, 3), de carácter anónimo, voluntario y autocumplimentado por el alumno.

RESULTADOS

De los alumnos encuestados, el 51,8% eran mujeres y el 48,1% eran hombres. La edad media de la muestra era de 17 años. Más de la mitad de las mujeres indican haber tenido su primera relación sexual entre los 14-16 años, frente a algo menos de la mitad de los hombres. Sin embargo un 14,3% de los hombres dicen que esta primera relación fue antes de los 14 años. Casi la totalidad de los alumnos han recibido información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos durante sus estudios, dedicándole generalmente entre 1-5 horas, siendo impartida esta información en un 63,5% de los casos por personal sanitario.

Para informarse la mitad de ellos prefieren a los amigos, ocupando los Centros de Orientación y Planificación Familiar el último lugar de preferencia. En su primera relación sexual, el 12% de las mujeres y el 26,7% de los hombres no utilizó ningún método. Hay un tanto por ciento importante de alumnos que no utiliza el preservativo en todos sus contactos, destacando esto más en chicos que en chicas.

Casi la totalidad de los encuestados conocen la píldora postcoital. El coitus interruptus ha sido utilizado, en alguna ocasión como método anticonceptivo, por una parte nada despreciable de los encuestados. Algunos piensan que le DIU protege del contagio de una Infección de Transmisión Sexual.

También, un gran número de ellos, piensa que durante la menstruación no hay posibilidad de embarazo si una chica mantiene relaciones sexuales. Como conclusión podemos decir que, en general, los adolescentes están bien informados en temas de sexualidad y anticoncepción, pero hay una parte importante de ellos que siguen manteniendo prácticas de riesgo, utilizando mal o insuficientemente los diferentes métodos anticonceptivos.

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SON DURETA SOBRE LAS FUNCIONES DE LA MATRONA

AUTORAS: Laura Montes Aparicio, Eva Fernández Romero, Juana M^a García García, Belén López Ruíz.

INTRODUCCION

Actualmente y según la bibliografía consultada hay un gran desconocimiento a cerca de las funciones que desempeñan las matronas, relegándolas casi y exclusivamente al ámbito hospitalario y clínicas de maternidad, ignorando incluso toda la preparación y formación de éstas profesionales en todos los aspectos de la salud de la mujer desde la adolescencia hasta la menopausia lo que se une también el problema de la gran diversidad en cuanto al trabajo desempeñado por las matronas en los diferentes centros de salud y también la gran escasez de matronas en todo el territorio nacional que en muchas ocasiones conlleva el que una matrona se ocupe del trabajo de varios centros de salud y no pueda abarcar todas las funciones que le corresponden por la enorme carga de trabajo.

OBJETIVOS

1. Averiguar el grado de conocimiento de las mujeres a cerca de las funciones de la matrona.
2. Que los resultados sirvan de base para una campaña informativa a la población de las funciones que realiza la matrona.
3. Comunicar estas funciones a las Administraciones Públicas para que las reconozcan y las fomenten.

MATERIAL Y METODO

La información cuantitativa se obtuvo mediante un cuestionario prediseñado para este estudio. El cuestionario fue cumplimentado por puérperas de la maternidad de palma de Mallorca del hospital Son Dureta durante el mes de enero del 2006. Consta de una pregunta principal con once apartados específicos de respuestas cerradas.

La muestra fue constituida por 50 puérperas en sus primeras 72 horas postparto.

RESULTADOS

Analizando los resultados obtenidos de nuestro estudio, consideramos que las mujeres no conocen todas las funciones de la matrona.

Se ve con claridad que las funciones más desconocidas por las mujeres encuestadas son la educación sexual, la planificación familiar, la prevención de cáncer de cuello de útero, la visita preconcepcional, los cuidados del Recién nacido y la educación en la menopausia.

Las funciones que si consideran propias de la matrona son la educación maternal, el control del embarazo junto con el ginecólogo, la asistencia en el parto, la educación y rehabilitación postparto y el fomento de la lactancia materna.

De éstos resultados, se deduce la justificación de realizar una campaña informativa por parte de las administraciones públicas, con el fin de que las mujeres sepan que pueden acudir a la matrona durante todas las etapas de su vida para la promoción y el cuidado de la salud en todos los aspecto, no relegándola exclusivamente para el ámbito de la maternidad.

TECNIFICACIÓN DEL NACIMIENTO: ABORDAJE DE LOS DILEMAS BIOÉTICOS DEL QUEHACER DIARIO DE LA MATRONA DESDE UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD.

AUTORA: *Josefina Goberna i Tricas**

**Unidad Docente de Matronas de Cataluña. Escuela de Enfermería*

INTRODUCCIÓN

Ciencia y técnica ocupan en la actualidad un lugar determinante en la existencia humana. El rápido desarrollo de la tecnología puede generar conflictos entre la legítima aspiración a un desarrollo continuado de la ciencia, con la conciencia de nuestro propio valor como seres humanos. Es precisamente en el campo de la procreación donde los avances científico-tecnológicos han entrado de forma masiva en las últimas décadas.

Podemos situar como un punto de inicio de este proceso de tecnificación del nacimiento, el año 1853, cuando la reina Victoria de Inglaterra aceptó una anestesia general para dar a luz a su octavo hijo. Pero ha sido especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando esta tecnificación de la asistencia a embarazo y parto se ha hecho especialmente intensa. El incremento de la tecnología ha potenciado un cambio sustancial en los modelos de asistencia sanitaria. La ecografía, la presencia de registros cardiotocográficos, la amniocentesis, o las determinaciones de ciertas sustancias bioquímicas en sangre materna, ha incrementado la capacidad médico-diagnóstica a lo largo el proceso procreativo.

MATERIAL Y MÉTODO

Un número importante de dilemas éticos deben ser afrontados en el quehacer asistencial de los profesionales sanitarios en general y de la matrona en particular : La interrupción del embarazo después de un diagnóstico de cromosomopatía, la actuación médica intensiva en caso de amenaza de parto pretérmino, la petición de asistencia a un parto no medicalizado o de una cesárea electiva, pueden ser algunos ejemplos.

Para hacer frente a estos nuevos dilemas precisamos de paradigmas éticos en los cuales hacer confluir los intereses legítimos de la salud comunitaria, centrados en conseguir unos mejores resultados perinatales, con la asistencia humanizada e individualizada a cada una de las mujeres que accede a la maternidad, que se convierte en una cuestión de responsabilidad.

Mediante una búsqueda bibliográfica, se ha realizado una revisión de diversos autores que ofrecen formulaciones ético-filosóficas para afrontar la responsabilidad: Desde Kant a Jonas, o la autora de la ética del cuidado Gilligan. Desde la teoría feminista y la teoría crítica, Benhabib en el desarrollo de su formulación del “otro generalizado” versus el “otro concreto, intenta una compatibilización, de la necesaria responsabilidad pública y colectiva, con la responsabilidad particular que adquirimos frente a quien acude a nosotros, y a quien nosotros podemos ayudar, inspirada esta última en las formulaciones de Gilligan.

RESULTADOS

En esta comunicación se pretenden desarrollar, las formulaciones de Benhabib, desarrolladas éstas desde un ámbito teórico y abstracto, para aplicarlas mediante un proceso de razonamiento ético, al caso concreto que nos ocupa: La tecnificación del proceso procreativo.

ANALISIS DE LA DONACION DE SANGRE DE CORDON UMBILICAL EN HOSPITALES TERCIARIOS.

AUTORES: *Francisco J. Aguilera Rodríguez, Diana García Catalá, Rosario Laencina Lázaro, Rafael Vila Candel.*

INTRODUCCIÓN

Actualmente las principales utilidades de la sangre de cordón umbilical, donada por las gestantes en el momento del parto, son la investigación y el trasplante de progenitores hematopoyéticos en niños con leucemia. La habilidad comunicativa de los profesionales sanitarios puede influir positivamente en un mayor número de donaciones, de ahí la importancia de una mayor concienciación de los profesionales sanitarios implicados en el embarazo y de una buena información sobre el fin de la donación.

OBJETIVO

Describir las características de la mujer donante de sangre de cordón y el contexto en el que se desarrolla la donación de sangre de cordón umbilical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional descriptivo y analítico, llevado a cabo entre octubre del 2004 y febrero del 2005, en el Hospital Clínico de Valencia y el Hospital de la Ribera de Alzira.

RESULTADOS

El 29,2% de las gestantes no conocía la posibilidad de donar la sangre de cordón umbilical y el 70,8% habían recibido información previa. El 36,5% de las gestantes decidió no donar, de las cuales el 78,6% no había recibido información previa. Las donaciones que se realizaron fueron el 42,2% de la muestra y las que no el 57,8%. Los motivos por los que no se realizaron fueron:

-Motivos dependientes de la gestante: 49,2%.

-Motivos independientes de la gestante: 50,8%.

DISCUSIÓN

Una parte importante de los motivos por los que no se realizan las donaciones están vinculados a la falta de información y a la presión asistencial, factores sobre los que podemos actuar los profesionales. Es importante desarrollar campañas informativas y de concienciación, dirigidas a mujeres embarazadas. Creemos que de ese modo se podría aumentar en gran medida el número de donaciones.

SITUACIÓN QUE VIVE LA MATRONA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN A LA MUJER CON POBLACIÓN FEMENINA INMIGRANTE.

AUTORA: M^a Dolors G. Chacón Sánchez

OBJETIVOS

- Conocer cómo se desarrollan las consultas del programa de atención a la mujer con las mujeres inmigrantes.
- Analizar las situaciones que se derivan de la problemática lingüística de las mujeres de diferentes países.

MÉTODOS

El diseño de este estudio se lleva a cabo con metodología cualitativa de tipo fenomenológico utilizando la técnica de observación participante.

Los sujetos de estudio fueron 104 mujeres inmigrantes de origen: chino, magrebí, subsahariano, del este de Europa y Sudamérica, en edades comprendidas entre los 17 y 44 años, que acudieron a una consulta del CASSIR del Santa Coloma de Gramenet, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2003.

La profesional implicada en la recogida de la información durante el proceso de observación ha sido la matrona a través de la consulta programada. El análisis presentado hace referencia a los diferentes grupos étnicos observados durante la consulta. Después de la visita de la paciente, se recogen datos en un cuaderno de campo.

Los datos extraídos, han sido contrastados y ratificados por otros profesionales del servicio que han confirmado estas observaciones. Y con respecto a las mujeres solamente ha sido posible hacerlo con las de habla hispana.

RESULTADOS

A partir de la observación, la información recogida se agrupa en las siguientes categorías: comprensión de la información, hábitos sanitarios, cumplimiento y seguimiento de los controles, tratamiento, conocimiento de los servicios sanitarios y complimentación por parte de los profesionales de la historia clínica.

En los diferentes grupos étnicos se detecta dificultad en la comprensión de la información, reflejado en la falta de coherencia en las respuestas o en el no cumplimiento de la dieta, por lo que requería en ocasiones la intervención de un mediador. En cuanto a los hábitos sanitarios, se evidencian concepciones diferentes sobre la salud y la enfermedad traduciéndose en no acudir con regularidad a las visitas programadas. Con respecto al cumplimiento y seguimiento de los controles, la irregularidad es la conducta predominante. Sobre el tratamiento, se detecta poca predisposición a seguir los tratamientos preventivos (hierro, calcio, ácido fólico...). En referencia al conocimiento de los servicios sanitarios, se da desconocimiento de los circuitos sanitarios que tiene como consecuencia la no realización de las pruebas. La complimentación por parte de la matrona de la historia clínica se ve dificultada por los problemas en la comunicación, que impide la recogida de los datos, la vehiculización de la información, la negociación entre paciente y profesional sobre los objetivos de salud a conseguir, la educación sanitaria y la prevención y el establecimiento de la función de relación de la entrevista clínica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Se detecta en referencia a las mujeres inmigrantes, especialmente las que provienen de países de lengua y códigos culturales diferentes, que el proceso de aproximación mutua es más difícil y que el déficit de comunicación provoca riesgos de salud importantes. En el caso de la matrona, las diferencias culturales y la incomprensión lingüística dificultan el poder realizar una intervención profesional de calidad. Ante esta panorámica, la motivación y la disponibilidad ante el esfuerzo que implica trabajar con esta población es variable. Los profesionales opinan que las mujeres inmigrantes han de ser atendidas de manera integral desde la atención primaria de salud sin hacer ninguna diferencia con las ciudadanas autóctonas.

A partir de los resultados del estudio, se vio la necesidad de elaborar unas estrategias que ayudasen a realizar las consultas de manera más eficaz. Las medidas implantadas han consistido en la elaboración de una hoja en ocho idiomas, en la que se hacen recomendaciones a las mujeres inmigrantes para facilitar la atención de forma integral y satisfactoria.

En estos momentos se encuentra pendiente de publicación un folleto informativo en distintas lenguas, en el que se describen los circuitos y los servicios sanitarios a los que han de tener acceso las mujeres en su etapa reproductiva..

CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN YODO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN. RESULTADOS PRELIMINARES

AUTORAS: M^a.Teresa Torres Costa. Matrona¹. Lidia Francés Ribera². Gemma Falguera Puig³. Sebastià Juncosa Font⁴.

¹Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR). Instituto Catalán de la Salud.² Matrona. Profesora titular. Unidad Docente de Matronas. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.³ Matrona. Responsable Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR). Instituto Catalán de la Salud.⁴ Doctor. Coordinador U.D. Instituto Catalán de la Salud.

INTRODUCCIÓN

El yodo es un micronutriente esencial para el organismo, que debe administrarse de forma regular a través de la alimentación. Su función es imprescindible para la síntesis de las hormonas tiroideas, que a su vez actúan sobre los distintos órganos y sistemas del organismo, en especial para el desarrollo de nuestro sistema nervioso central (SNC) desde las etapas más tempranas del desarrollo embrionario y fetal.

El déficit de yodo (DY) durante el embarazo puede provocar repercusiones tanto para la madre durante la gestación y el posparto como para el feto, el neonato y el niño en las distintas edades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la carencia de yodo es la causa más frecuente, en el mundo, de retraso mental y de lesiones cerebrales irreversibles. La yododeficiencia puede actuar como un factor teratógeno.

OBJETIVOS

Conocer los hábitos higiénico-dietéticos respecto al consumo de alimentos ricos en yodo de las mujeres durante el primer trimestre de la gestación.

METODOLOGÍA

Diseño: Se trata de un estudio de tipo observacional descriptivo transversal

Ámbito de Estudio: Programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) del ámbito Centro del Instituto Catalán de la Salud.

Sujetos de estudio: Mujeres embarazadas que acuden a visitarse en el primer trimestre de la gestación en el PASSIR del ámbito de estudio.

Criterios de exclusión: Embarazadas que se encuentren en el segundo o tercer trimestre de la gestación, así como aquellas que no deseen participar en investigación.

Recogida de datos: mediante un cuestionario elaborado por el equipo investigador

RESULTADOS

Se presentan los resultados preliminares de las primeras 100 mujeres encuestadas. Se describe la población estudiada y los hábitos alimenticios de mayor importancia: consumo de pescado, utilización o no de sal yodada, si toman o no algún tipo de polivitamínico, consumo de tabaco.

CONCLUSIONES

Pensamos que se cumplirá la hipótesis planteada que la mayoría de mujeres embarazadas tienen un consumo reducido de yodo en su dieta habitual. De confirmarse esta hipótesis será necesario replantearse las medidas preventivas y de educación sanitaria en nuestra población gestante para corregir dicho déficit.

LA PREPARACIÓN DEL ACOMPAÑANTE EN EL PARTO.¿UNA NECESIDAD?

AUTORA: Begoña Ibáñez Díaz

**Matrona Hospital de Cabueñes (Gijón)*

INTRODUCCIÓN

El embarazo genera un estado de ansiedad en la mayoría de los hombres, aún así los padres desean involucrarse en el nacimiento de los hijos. En el trabajo asistencial en las salas de dilatación y paritorios se observan diferentes actitudes en los acompañantes, algunas de estas interfieren en la normal evolución del parto.

OBJETIVOS

Determinar si gestantes y acompañantes se preparan específicamente para hacer frente al parto. Averiguar cual es la opinión que tienen sobre las charlas de Preparación al Parto. Contrastar opiniones de los profesionales sobre las actitudes y comportamientos observados en los acompañantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño Cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. LUGAR Y POBLACIÓN: Hospital de Cabueñes, servicios de partos y tocología durante 5 meses de 2003. De los 780 partos atendidos, se entregan encuestas a 520 gestantes y 505 acompañantes que reúnen los criterios de inclusión y al personal de partos, con una participación del 63% de usuarios y 100% de plantilla.

TECNICA DE MUESTREO: Un cuestionario para cada grupo poblacional, con entrega no aleatoria consecutiva hasta conseguir las encuestas necesarias según cálculo muestral para el 5% de precisión absoluta, proporción 0,5% y nivel de confianza 95%. Se recoge antes del alta hospitalaria.

ESTADISTICA: Paquete informático SPSS 10.0. Análisis descriptivo de variables, cualitativas en frecuencias y porcentajes y cuantitativas con medias y DE para un IC del 95%.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA: Cuiden, Bdie, Lilacs, Medline.

RESULTADOS

El 79%(252) de gestantes va a preparación con partos más cortos S.E. $p < 0,02$. El 93%(235) piensa que lo aprendido en preparación le ayudó en el parto. El 51%(162) de los acompañantes considera que es preciso prepararse para asistir al parto, hasta el 40% (127) no sabe cuáles son sus cometidos. El 75%(205) acompañan en un parto por primera vez. El 31%(98) se reconoce nervioso, 27%(86) preocupado. Un 87% (276) no acude a preparación al parto, 54%(171) por trabajo, 32%(101) NC, 9% (27) no es invitado, 4% (12) piensa que no hace falta, 1% (3) así lo desea su mujer. Sobre la opinión que les ofrece la preparación al parto contesta el 50%(159) y opinan: 21%(68) se ofrece información y 29% (91) está dirigido a la mujer con 13%(41) enseñan a la mujer a relajarse y respirar, 12%(37) ayuda a la mujer en el parto, 4%(13) es bueno para la embarazada. El 58% (11) de las profesionales opinan que la actitud del acompañante interfiere en el trabajo, el 68%(13) refieren colaboración si se solicita. Si la gestante tiene dolor el 94% de profesionales observa que el acompañante está nervioso, 83% exigente y 98% preocupado. Con la gestante sin dolor: el 98% piensa que está aburrido.

CONCLUSIONES

Las gestantes acuden a preparación, lo que revierte positivamente en el parto. Los acompañantes piensan que la preparación es buena para las mujeres pero no para ellos, por lo tanto no acuden. Algunas gestantes y acompañantes indican falta de espacios y horarios incompatibles con el trabajo. La mayoría de los acompañantes no son de ayuda en el parto porque no están preparados, sin embargo la preparación impartida para el mismo no parece adecuarse a sus necesidades lo que obliga a los profesionales a modificar las propuestas y planteamientos actuales.

USO DEL ACEITE DE ROSA DE MOSQUETA EN EL CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA POSPARTO

AUTORA: M^a Teresa Pingarrón Montes

INTRODUCCIÓN- JUSTIFICACIÓN

El posparto es un periodo caracterizado por dolores y molestias ocasionadas principalmente en la herida quirúrgica. Esta con frecuencia deja molestias, permanentes o intermitentes como tiranteces, pinchazos y en numerosas ocasiones molestias en la reanudación de las relaciones sexuales tras el parto

El aceite de Rosa Mosqueta es un aceite único debido a sus características extraordinarias. Posee un alto contenido de ácidos grasos esenciales poliinsaturados como son el ácido Linoleico 44-49% y Linolénico 28-34%, Estos ácidos son indispensables para la regeneración de la membrana celular y renovación de tejidos cutáneos. Su instauración les confiere propiedades de fluidez, flexibilidad y permeabilidad

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Para ello se utilizaron las hojas de registro de las visitas puerperales realizadas en el C.S Eloy Gonzalo de Madrid, perteneciente al área 7 de Atención Primaria, en el periodo incluido desde el 1 de octubre del 2004 al 30 de septiembre del 2005

Se valoraron todas las mujeres que acudieron a revisión posparto en los primeros 10- 15 días a consulta de la matrona con independencia de si habían realizado allí la educación maternal

Se utilizó aceite 100% puro en capsulas blandas monodosis tipo "twist off" 0,5 ml, estas capsulas son fabricadas con gelatina y glicerina y se licuan a 37º de temperatura.

Para el tratamiento estadístico de los datos se realizó el programa informático EPI INFO 2000.

RESULTADOS- CONCLUSIONES

En función de los datos obtenidos podríamos decir que sí existen datos estadísticamente significativos entre las alteraciones aparecidas en la cicatrización de la herida quirúrgica y dos factores:

1. La asistencia al curso de Educación Maternal y
2. uso de forma precoz del aceite de rosa de mosqueta como cicatrizante en la herida quirúrgica

El 100% de las mujeres que presentaban alteraciones en la recuperación de la herida en la 1ª visita, presentaron una clara mejoría

El uso del A.R.M. como tratamiento de las heridas quirúrgicas posparto es sin duda alguna una buena elección, consigue una pronta mejoría, disminuye la inflamación, favorece la cicatrización y mejora la flexibilidad y elasticidad en la zona, lo que favorece las relaciones sexuales posteriores.

La diferencia no está en si cicatriza o no la herida, en si deja mas o menos una cicatriz estética, sino en definitiva en el bienestar psico-físico que proporciona a la mujer.

OPINION DEL CLIENTE INTERNO SOBRE EL USO DE LA AMNIOINFUSIÓN

AUTORAS: Eva M. Armenteros Sánchez, M^a José García Junquera, M^a Teresa Gómez Hernández, M^a Teresa Villar Varela.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Móstoles viene utilizando la técnica de la Amnioinfusión (AI) de forma reglada desde 1997, con el fin de fluidificar el líquido amniótico meconial y mejorar la morfología de los registros de la frecuencia cardiaca fetal. Todo ello, en un intento de favorecer la adaptación al entorno extrauterino de nuestros pequeños clientes. En este Hospital, el personal de enfermería del Servicio de Neonatología acude a cada parto - eutócico o distócico - para realizar maniobras que favorezcan la primera respiración del neonato e identificar precozmente potenciales problemas y dificultades. Evidentemente, los servicios de Obstetricia y Neonatología trabajan en total cooperación.

OBJETIVOS

Transmitir la opinión de los clientes intermedios - profesionales del Servicio de Neonatología - desde el punto de vista de la calidad que ellos mismos perciben, en relación a los beneficios neonatales de esta técnica, contrastándola según parámetros objetivos de ingresos neonatales por riesgo de aspiración meconial (RAM).

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de cuestionarios proporcionados al personal del Servicio de Neonatología, para determinar así el grado de conocimiento existente sobre la técnica de la AI, así como las valoraciones subjetivas de la misma. Contraste de los resultados con las historias neonatales de recién nacidos diagnosticados de RAM o síndrome de aspiración meconial (SAM) y con las historias maternas del mismo periodo - Enero 2000 a Febrero 2005 - para conocer la existencia o no de correlación entre ambos aspectos.

RESULTADOS

Evidencia de un alto grado de satisfacción con su aplicación en casos de líquido teñido, lo que favorece reanimaciones menos traumáticas, mejor evolución clínica y disminución del número de ingresos neonatales por riesgo de SAM.

Otros beneficios no cuantificables: reducción del tiempo de separación madre-hijo en el postparto inmediato y, secundariamente, inicio de la lactancia materna si la madre así lo desea.

LA SEXUALIDAD EN EL INSTITUTO, LOS PROFESORES A EXAMEN, LA MATRONA UN PUNTO DE APOYO

AUTORES: Manuel Domingo Pérez Hernández, Pedro Sánchez Frías, Cristina Franco Antonio, Silvia González Ocaña, Elena Cáceres Chacón Marisa Maza Beguiristain.

INTRODUCCIÓN

La orientación de los niños y niñas a través del laberinto de la sexualidad en la década actual y mas allá, es una oportunidad única. Los profesores, responsables de una gran parte de la educación de los adolescentes pueden pavimentar el camino hacia una vida sexual alegre y sana cuando sea el momento correcto, es por ello que a nuestro grupo de investigación nos preocupe conocer el grado de preparación en conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva que ellos poseen, ya que son un instrumento de vital importancia para contribuir desde la escuela con su educación, a disminuir el número de embarazos no deseados en adolescentes, el conocimiento del propio cuerpo, el uso de métodos para prevenir enfermedad de transmisión sexual, en fin enseñarles a disfrutar una vida sexual plena

OBJETIVOS

Conocer los patrones de conocimiento sobre sexualidad en los profesores de la "ESO"(Educación Secundaria Obligatoria) en los institutos de Badajoz.

MATERIAL Y METODO

Se realiza estudio descriptivo de corte transversal. Muestra: Profesores de ESO, 1º y 2º de Bachillerato, total: 372 encuestas validadas, de 30 items, anónimas, referidas a la anatomía del aparato reproductor, sexualidad, anticonceptivos, sobre todo el preservativo, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, embarazo no deseado y de la creación de una asignatura transversal sobre sexualidad para el alumnado en centros escolares públicos y privados de Badajoz.

RESULTADOS

Sobre las preguntas de anatomía el 42% de los profesores cometió más de 3 errores al señalar y nombrar las partes del aparato sexual masculino y femenino. Sobre anticonceptivos, 99% de los profesores conocen que el preservativo es el método ideal para prevenir el SIDA, ETS y los embarazos no deseados pero un 57% erró en las preguntas destinadas a cómo ha de usarse y cuándo, durante la relación sexual. Sobre las ETS y SIDA el 95% desconocen que se puedan transmitir por otro contacto que no sea la penetración. Sobre sexualidad el 100% desconoce en qué consiste la respuesta sexual, el 80% desconoce a qué edad aproximada inician los jóvenes las relaciones sexuales, el 56% relaciona hacer el amor sólo con la penetración. El 100% cree no solo oportuno sino necesario la creación de un módulo transversal sobre sexualidad impartido por personal preparado en la materia.

CONCLUSIONES

En primer lugar cabría decir que a la vista de los resultados obtenidos, nuestro estudio pone de manifiesto la falta de conocimientos en sexualidad y salud reproductiva del profesorado estudiado, en lo que coincidimos con otros estudios ya realizados. Posteriormente ponemos de manifiesto las dificultades para poder dar ellos estos temas por la carencia de conocimientos. Destacamos el especial interés mostrado por los profesores a que existiera personal especializado en esta materia en los institutos y a la creación no solo de charlas o seminarios sobre el tema en cuestión sino de la creación de una asignatura transversal impartida por personal especializado desde edades tempranas de la vida. Manifestamos por tanto que la Matrona por su formación y conocimientos en estos campos, por su capacidad docente e investigadora podría optar a ser la piedra angular de la educación acerca de la sexualidad en la ESO

EXPULSIVO SEGÚN EL MÉTODO A.P.O.R.B.

AUTORA: Elena Castro Guerrero.

INTRODUCCIÓN

Gran cantidad de estudios evidencian que el parto vaginal es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico. Las lesiones provocadas por el parto, aparecen, sobre todo, durante la segunda fase. En esta fase todas las estructuras del suelo pélvico (músculos, tejido conectivo, nervios) están expuestas a la compresión directa de la presentación fetal, a la presión hacia abajo por efecto de los pujos y a un estiramiento y distensión muy importantes. Las lesiones del suelo pélvico y sus consecuencias, prolapsos, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, alteraciones de la función sexual y un variado espectro de signos y síntomas dependientes de la pérdida de su integridad, tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida de la mujer.

Aceptando que el parto es el principal causante del daño al suelo pélvico, el papel preventivo de la matrona será decisivo en la salud perineal.

MÉTODO A.P.O.R.B. (Aproximación posturo-respiratoria, B. de Gasquet)

Es un método personalizado basado en la utilización de la postura justa según la posición fetal y la fase del parto (encajamiento, descenso, y expulsivo), en saber respetar el reflejo expulsivo y en la utilización de la respiración fisiológica.

RESULTADO método A.P.O.R.B.

Mejor vivencia del parto, menor daño en el suelo pélvico, mejor oxigenación fetal, reducción del número de episiotomías y menor dolor en el parto ya que hay mecanismos de compensación.

CONCLUSIONES:

Debemos tener en cuenta que gran parte de las lesiones que se producen en el parto tienen una causa yatrogénica que se podría minimizar si durante el mismo se respetara la fisiología, el principal problema es que los partos que se vienen realizando de manera convencional no se respeta. Volver a “encontrar el buen sentido del cuerpo” es totalmente compatible con la medicalización y la seguridad en el parto.

BIBLIOGRAFIA

- J. M. AMOSTEGUI. Suelo Pélvico Obstétrico. Enfoque fisioterápico. I Jornada Internacional sobre Reeducción Perineo-esfinteriana. Andorra. Noviembre 1998.
- M. AMOSTEGUI. El Suelo Pélvico Obstétrico. I Curso de formación en Incontinencia Urinaria. Universidad de Navarra. Marzo 2001.
- B. GASQUET. Curso de formación en Nacimiento Fisiológico y Prevención de Prolapsos. Barcelona. Julio 2003.
- B. GASQUET. Propositions dans les trois temps, pre, per et post-partum. Les dossiers de L'obstetrique. Número 220.
- M. ESPUÑA. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria en la mujer. Papel del parto vaginal. I Jornada Internacional sobre Reeducción Perineo-esfinteriana. Andorra 1998.
- L. SERRA. Prevención de las disfunciones del Suelo Pélvico. XI Jornadas de Fisioterapia. Escuela Universitaria de Fisioterapia de la ONCE. Madrid. Marzo 2001.
- A. FERRI, J. M. AMOSTEGUI. Prevención de la disfunción del Suelo Pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia Nº 26.
- M. ESPUÑA. Incontinencia Urinaria Postparto. III Jornada Nacional sobre Reeducción Perineo-esfinteriana. Alicante. Noviembre 1999.
- M. CAUFRIEZ. Curso formativo Gimnasia Abdominal Hipopresiva. Bilbao. Abril 2004.

PAPEL DE LA COMADRONA EN LA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL DONOSTIA.

AUTORES: Rey Bravo, Javier; Lapuente Villar, Begoña; Ugarte Organbide, Begoña, Pérez Hernández, Soledad, Telletxea Arraibi, Aurora, García Adánez, José. Hospital Donostia

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2005 en el Hospital Donostia se ha elaborado una estrategia para la reducción de la tasa de cesáreas. En el presente trabajo se analiza el papel de la comadrona, resultados y conclusiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 2005 se han asistido 4447 partos. El papel de la comadrona se ha desarrollado en el área de ingresos, manejo del periodo de latencia, asistencia durante el periodo activo, participación en las sesiones de Tocología del servicio de Obstetricia y Ginecología y en la comisión del control de cesáreas.

RESULTADOS

De los 4447 partos asistidos, han finalizado en cesárea 575, lo que supone un 12,9% y una reducción de 5.3 puntos respecto al último quinquenio.

CONCLUSIONES

El papel de la comadrona en el manejo del periodo de latencia y su participación en las sesiones y comisiones del servicio han sido valorados como fundamentales en la estrategia de la reducción de la tasa de cesáreas del hospital Donostia durante el año 2005.

LAS CREENCIAS POPULARES SOBRE EL EMBARAZO COMO FUENTE DE ANSIEDAD EN EL PARTO.

AUTORES: M^a Mercedes González Peteiro, P Sánchez Sebío, M^a Jesús Núñez Iglesias , Eugenia Laíño Lorenzo.

INTRODUCCION

El embarazo y el puerperio son procesos naturales. Sin embargo, durante dichos periodos, la mujer se siente más vulnerable. Surgen entonces miedos antes no conocidos o inexistentes frente a peligros reales o ficticios. Tal vez, por tal motivo, la mujer se apeg a diversas costumbres y creencias que se fundamentan en el saber de su grupo social, y tienen como fin conservar la salud. Dichas creencias populares han sido importantes en la evolución de la especie humana, pues se desarrollan, transmiten y mantienen a través de la experiencia del grupo social que la práctica. En especial, aquellas que se relacionan con la salud y con la enfermedad están bien arraigadas en el entorno cultural y que pese a ser consideradas erradas desde la perspectiva de la medicina científica, pueden ser lógicas y útiles en la vida cotidiana de las personas que las sostienen.

OBJETIVOS

En este trabajo se pretende dar una información actualizada con respecto a la repercusión de las creencias populares durante el embarazo sobre la génesis de ansiedad en la gestante. Las creencias sobre el proceso reproductivo de la mujer han estado presentes en la historia de la humanidad y los cuidados de la salud cuya base es el saber científico generan conflictos mientras se integran al legado cultural del grupo. A través de entrevistas a gestantes, familiares y profesionales pretendemos visión no sólo actual sino también evolutiva, a lo largo de buena parte del pasado siglo, de costumbre y tradiciones que pueden intervenir en la génesis de ansiedad a lo largo del embarazo y el parto. Este conocimiento además de salvar las distancias entre el saber científico y el popular, debe servir, esa es nuestra intención, para mejorar la atención que el personal sanitario esta dando a las mujeres a lo largo del proceso embarazo-parto-puerperio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron 50 encuestas, entre los meses de marzo, abril y mayo, que cumpliesen el requisito de estar embarazadas a término, pertenecientes a los grupos de edad adolescencia (14-18 años edad), adultas (19-35 años edad), y añosas (> 35 años edad). A todas ellas se les explicaron los objetivos del estudio, solicitando su colaboración. Datos evaluados: número de embarazos; estudios actividad laboral; encuesta semiestructurada con miedos; grado de creencia en tradiciones populares; creencias populares (tabues relacionados con alimentos y flores; miedo a muertos; a apadrinar un niño estando embarazada; encomiendas a Santos o a la Virgen; predicción del sexo del niño basado en creencias populares). La entrevista se realiza a las gestantes, a las trasmisoras del conocimiento (madres y abuelas) y a matronas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados que se derivan de este trabajo se recogen en las siguientes conclusiones.

(1) El nivel cultural no condiciona el seguimiento de tradiciones en relación con el embarazo y el parto

(2) El entorno rural y la convivencia con familiares de edad avanzada implica mayor grado de creencia y seguimiento de las creencias, mitos y tradiciones;

(3) Las gestantes y los familiares tienen creencias que puede ser un reflejo del “mana” que es la creencia en una fuerza poderosa que se atribuye a los objetos, personas o animales, p.e., los amuletos que dan buena suerte al creyente o el poder de benefactor de Santos y Vírgenes.

(4) El animismo que consiste en creer en la existencia de seres abstractos como la muerte y el espíritu del muerto, caracterizados por ser invisibles, etéreos y no obedecer a leyes naturales, conlleva que las embarazadas eviten estar en presencia o cercanía de muertos;

(5) Existe una amplia creencia en tabúes, esto es fuentes de magia negativa con las que no se puede entrar en contacto y que incluye prohibiciones sobre diferentes actividades de la vida cotidiana como ingesta de alimentos, manipulación o contacto con alimentos y objetos;

(6) En relación con ingesta de alimentos y contacto con estos se manifiesta que *“Lo semejante produce lo semejante”*. Por ejemplo: que el contacto con pulpo, marisco o vísceras produce manchas de color rosado-violáceo;

(7) A través del tiempo se perpetúa la extensión de los rasgos culturales que se denomina enculturación. Así, las personas mayores como los abuelos o suegras y madres inculcan a su descendencia los hábitos, costumbres, creencias, modos de actuar y de pensar en una forma tradicional;

(8) El conocimiento por parte del personal de salud de las creencias populares que practica la mujer durante el puerperio, permite valorar su significancia como parte de su legado cultural. Esto facilita brindar una atención integral en las instituciones de salud;

(9) En la generación actual, sobre todo en las parturientas de cultura no urbana, si bien de forma básicamente subconsciente, siguen utilizándose, aunque con menos eficacia, las técnicas de gestión de la angustia propias de las sociedades tradicionales, esto es, recurriendo al mundo inmaterial de los mitos y tradiciones;

(10) En las parturientas urbanas, dado que el pensamiento mágico o por llamarlo en términos más actuales “emotivo-subliminal” sigue vigente (recuérdese que es una característica estructural y no propia de un momento histórico concreto como generalmente se cree), también se echa mano, si bien a nivel no consciente, de este tipo de recursos.

EPISIOTOMIA LIBERAL VERSUS SELECTIVA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES.

AUTORA: Raquel Luque Carro.

INTRODUCCIÓN

A pesar de las evidencias bibliográficas al respecto en nuestro hospital se realizaban episiotomías casi al 100% de primíparas. Para confirmar que los estudios al respecto eran validos en nuestro medio se decidió hacer un estudio comparando las consecuencias de la realización o no de episiotomía en primíparas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo de cohortes desde abril 2004 hasta 2005. Se decidió distribuir a las matronas en dos grupos, uno de matronas que eran partidarias de realizar episiotomía liberal y otro de episiotomía selectiva, y la mujer quedaba incluida en uno u otro grupo según la matrona que le asistiera. Previo consentimiento de la mujer se recogieron los datos relativos al embarazo y al parto en el postparto inmediato, al alta y a los 3 meses postparto mediante encuesta telefónica. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS.

Se incluyeron en el estudio a 402 mujeres nulíparas, con feto único, a término, parto eutócico y de nacionalidad española.

RESULTADOS

En el grupo liberal se realizaron un 83,7% de episiotomías y en el grupo selectivo un 59%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en características del embarazo, excepto en el peso al inicio del embarazo, mayor en mujeres sin episiotomía. Tampoco en la forma de comienzo del parto, en el uso de epidural, duración de la dilatación y expulsivo. Si se encontraron diferencias en la administración de oxitocina.

No se produjo ningún desgarro de 3 y 4 grado en ninguno de los 2 grupos. Se encontró una incidencia significativamente superior de desgarro perineal posterior a las mujeres a las que no se les realizó episiotomía.

No se encontraron diferencias en el ingreso de los recién nacidos en neonatos, ni en el Apgar.

En el postparto inmediato no se encontraron diferencias en relación a la presencia de edema, hematoma perineal, fiebre, o uso de Aines. En el momento del alta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la presencia de dolor con la micción o la defecación, pero si que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dolor al sentarse y a la deambulación en las mujeres con episiotomía, y en la presencia de hematoma. Las mujeres con episiotomía necesitaron más analgésicos.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de infección, edema, incontinencia urinaria, lactancia materna o dehiscencia de suturas. Al realizar la llamada telefónicamente a los tres meses solo se pudo contactar con 381 mujeres.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en casi ninguno de los aspectos estudiados: dolor a la micción, lactancia, incontinencia urinaria, o reanudación de las relaciones sexuales. Solo se encontró una prevalencia mayor de dispareunia en mujeres con episiotomía.

MEJORA DE CALIDAD PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEL AREA 2 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

Autoras: M. Peñin Fernandez, ; I. Coghen Vigeras,; D. Garcia Campos; E. Agraz Paiño; V. LLacer Granell.

INTRODUCCIÓN

Las matronas como profesionales de la salud, se incorporan a la atención primaria (AP) en 1991, con un decalaje de seis años desde que comenzara la andadura de la AP en España. En este nuevo proyecto sanitario la interrelación entre profesionales y el trabajo en equipo es uno de los recursos básicos para conseguir los objetivos. La comisión local de calidad dentro del proyecto del Área de Mejora continua nos hemos preguntado: ¿ Los profesionales sanitarios (PS) con los que trabajamos conocen nuestras competencias? ¿Perciben que trabajamos con calidad? ¿Responde nuestro trabajo a sus expectativas?.

OBJETIVO

Conocer la percepción y poner en marcha propuestas de mejora sugeridas por los PS como clientes internos, sobre el trabajo que desarrollan las matronas del área 2 de A.P de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: Observacional descriptivo transversal. Entorno: Área 2 del Servicio Madrileño de la Salud. Población: el total de médicos, enfermeras y pediatras del área distribuidos en 21 Centros de Salud. Medida de percepción: Encuesta anónima para autocumplimentar con preguntas cerradas que incluyeron satisfacción de expectativas sobre actividades, valoración técnica y calidad percibida del trabajo de la matrona en Ap, y una última pregunta abierta en la que se pidió "identificar algún aspecto susceptible de mejora". Tras una prueba piloto en un centro de características similares, se decidió incluir diferentes variables del trabajo de la matrona en el equipo. El análisis de datos se hizo de forma agregada. Posteriormente cada matrona opto de forma voluntaria a exponer los resultados de la encuesta en sus equipos de referencia, recoger sugerencias concretas de mejora en dichos equipos y por último comprometerse con 2-3 propuestas de mejora realizables que demande el equipo.

RESULTADOS

Los porcentajes más altos de satisfacción de expectativas sobre las actividades corresponden al proceso obstétrico con valoraciones superiores al 80% - excepto en la atención preconcepcional 56% -, en cuanto al proceso ginecológico solamente la realización de citologías supera el 80%. La satisfacción global con el trabajo de la matrona fue del 92,7%. Valoración tecnica se midieron las siguientes variables: Habilidades necesarias 95,1%, conocimientos técnicos 93,9%, responsabilidad con el trabajo 90,8%. Calidad percibida: La dimensión peor valorada fue la demora en la atención 21,5%, y la mejor el trato a la mujer/familia 90,4%. Trabajo en equipo: todas la variables obtuvieron resultados por debajo del 80% excepto aceptación de la matrona por parte de los profesionales del equipo 93,4%. Los aspecto susceptibles de mejora que con mayor frecuencia identifican los profesionales son: mayor presencia de la matrona en el equipo y mejor comunicación interdisciplinar. En una mayoría de equipos donde se han presentado estos resultados se solicitó la necesidad de recordar las competencias de las matronas, mejora de registros en Omi y búsqueda de formas de comunicación con los EAP donde la matrona no pasa consulta.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo de forma global es el área que requiere mejora. Tras la presentación de resultados de la matrona en los Equipos dada la demanda hemos considerado interesante elaborar una "carta de servicios" de las matronas del área 2 de AP que posteriormente presentaríamos en este congreso. La buena aceptación en el equipo, alta valoración técnica y satisfacción global alta son áreas fuertes a fomentar y mantener.

INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA EN LA MUJER: SU ORIGEN NEURÓGENO.

AUTORAS: Consuelo Valles Antuña¹, Elena Castro Guerrero²

¹ Médico Adjunto del servicio de Neurofisiología Clínica del HUCA; ² Matrona Centro de Salud Vallobín.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal y urinaria en la mujer, así como otros tipos de alteraciones del suelo de la pelvis son, con independencia de otras patologías o malos hábitos, frecuentemente resultado directo o indirecto del trauma obstétrico. En su desarrollo interviene, en mayor o menor grado, la disfunción neurógena de los esfínteres y en general del suelo de la pelvis; esto es la lesión orgánica del sistema nervioso. Las técnicas neurofisiológicas utilizadas clásicamente para evaluar el posible componente neurógeno de dicha disfunción se orientaban al estudio de un posible daño local, que interesara al nervio pudiendo y a sus ramos terminales. Sin embargo dado que el control neurológico de la función esfinteriana depende de la integridad anatómica y funcional de vías nerviosas aferentes, eferentes y sus arcos reflejos, parece lógico pensar que la aplicación sistemática, simultánea y protocolizada de un conjunto de técnicas neurofisiológicas que amplíe la perspectiva inicial tenga mayor rendimiento diagnóstico.

OBJETIVOS

El objetivo de esta comunicación es darles a conocer el protocolo de estudio neurofisiológico para incontinencia fecal y/o urinaria, así como sus fundamentos, que en la actualidad se utiliza en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Central de Asturias.

CONCLUSION

La aplicación sistemática de este protocolo nos ha permitido, elevar de forma significativa la efectividad de la exploración neurofisiológica en la detección del posible origen del componente neurógeno causa de la disfunción esfinteriana. Su utilidad no se limita a confirmar o descartar, localizar, datar y seguir dicho posible componente sino que ayuda a emitir un pronóstico y orienta al médico de referencia en la elección de la opción terapéutica más adecuada.

CESÁREAS ¿CÓMO LA VIVE LA MADRE?

AUTORA: Lourdes Sevilla Miguélez, David Oterino de la Fuente.

INTRODUCCIÓN

La introducción de nuevas tecnologías produce, obviamente, variaciones respecto a la atención prestada previamente, bien directamente al introducir nuevas formas de atención, bien ampliando la población susceptible de una intervención reduciendo riesgos o permitiendo nuevos abordajes. Esto en muchos casos ha conllevado una disminución de la morbi-mortalidad materna, también ha tenido otras repercusiones no tan beneficiosas como la instrumentación del parto y la pérdida del control del nacimiento por parte de la madre.

El objetivo del trabajo es conocer la evolución del nº de cesáreas y como viven las mujeres la intervención a que han sido sometidas.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio consta de dos partes una de investigación cuantitativa que hace un análisis de la evolución de las cesáreas y la segunda parte una investigación cuantitativa en la que se estudia cómo viven el momento del nacimiento de su hijo mediante cesárea. Se ha llevado a cabo en el hospital universitario "Marqués de Valdecilla" donde se realizan alrededor de 3.500 partos al año.

Población de Estudio: Mujeres ingresadas en el hospital por parto.

Periodo del estudio: 1994-2004

Fuente de datos: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD-AH) y

Variable de estudio: Partos por cesárea (Procedimientos CIE-9: 74)

Tipo de estudio: Descriptivo. Longitudinal retrospectivo

Investigación cualitativa: para explorar los sentimientos percibidos por la mujer.

Instrumentación: Entrevista en profundidad.

Población de Estudio: Mujeres que durante enero del año 2006 se les ha realizado una cesárea no programada.

RESULTADOS

Realizada una tabla de contingencia en la que se compara el tipo de parto (cesáreas o parto normal) con los distintos años de estudio (1995-2004) el valor de χ^2 obtenido es = 8,859 con una probabilidad asociada ($p = ,450$). Como la p es $> 0,05$ no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0) que establece que las variables estudiadas son independientes. Para comprobar si existen diferencias entre la edad y el tipo de parto (cesárea o parto normal) realizamos ANOVA dándonos como resultado que independientemente del año de estudio (1995-2004), todos los años obtienen valores significativos ($p < 0,05$) lo cual nos permite rechazar la H_0 que establece la igualdad entre medias, por lo tanto, podemos establecer que las medias de las variables edad y tipo de parto difieren de forma significativa.

En cuanto a los sentimientos descritos por las madres muchas manifiestan tener miedo a la intervención, también algunas describen soledad al verse separadas de su pareja en el momento de ir a quirófano y un tanto por ciento elevado sintieron alivio, ya que llevaban mucho tiempo en dilatación y tenían ganas de que terminase.

CONCLUSIONES

La edad es una variable que influye en la realización de cesáreas. Si analizamos las cesáreas por grupos de edad observamos que a mayor edad más cesáreas, excepto el grupo de menos de 15 años (4 casos) que supone un 25% de cesáreas.

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y PARTO

AUTORES: Graciela Palacios Alzaga, Jesús Sánchez Montoya

INTRODUCCIÓN

El Estrés Postraumático puede aparecer ante una experiencia de parto especialmente traumática o que las mujeres perciben como amenazadora para ellas y sus bebés. Sin embargo, este trastorno es más frecuente en mujeres con partos normales desde el punto de vista obstétrico.

A pesar de constituir el tercer desorden psiquiátrico más frecuente en mujeres embarazadas y presentar una repercusión clínica superior a otras complicaciones obstétricas, el Estrés Postraumático es una entidad poco conocida en el ámbito obstétrico-ginecológico.

MATERIAL

Artículos originales y Revisiones extraídos de revistas biomédicas en soporte papel y electrónico, e Informes y Estadísticas publicadas por Organismos Oficiales a través de Internet.

MÉTODO

La Búsqueda Bibliográfica y Documental se ha realizado en las principales Bases de Datos (Medline, Índice Médico Español, Cochrane Library), a través de diversas plataformas (Ovid, ScienceDirect, Proquest, Willey, BMJ, Springer, Blackwell, WOK), utilizando los descriptores: posttraumatic stress disorder, pregnancy, childbirth y restringiendo la búsqueda a artículos publicados en inglés y español durante los años 2000 y 2005.

RESULTADOS

La literatura identifica numerosos predictores de estrés postraumático asociados al parto y al posparto. Se ha determinado que este trastorno cursa con elevada co-morbilidad, cronicidad y con gran repercusión sobre la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, el bienestar de sus hijos y la unidad familiar.

Existe una inadecuada identificación del cuadro en la práctica clínica, realizándose su diagnóstico y tratamiento en base a otras patologías asociadas, así como una elevada prevalencia del trastorno en relación a bajos ratios de tratamiento. El abordaje terapéutico del estrés postraumático es psicológico y farmacológico de manera combinada, existiendo otras alternativas terapéuticas. En la mayoría de los casos la evolución suele ser positiva y sólo cronifican aquellos que presentan patologías previas de la personalidad.

CONCLUSIONES

1. La respuesta individual de estrés se debería a la relación entre los acontecimientos del trabajo de parto y el funcionamiento psicológico de la mujer.
2. Mantener el control sobre los acontecimientos y sobre su propia conducta durante el proceso de parto está asociado al grado de satisfacción con la experiencia.
3. La gestación es una oportunidad para detectar problemas previos y factores de riesgo para el desarrollo de estrés postraumático.
4. Se necesita mayor preparación en los profesionales implicados en la salud materno-infantil y la intervención de otros profesionales cualificados y expertos en Salud Mental.
5. La mejor intervención es prevenir, evitar o, si se produce, no ignorar una experiencia de parto traumático.

LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL PRIVADO. ESTUDIO DE LOS FACTORES SANITARIOS QUE INFLUYEN EN SU ELECCIÓN Y MANTENIMIENTO.

AUTORA: Susana Iglesias Casás

OBJETIVO

Estudiar la influencia que ejercen las rutinas de trabajo de nuestro hospital sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

La población del estudio fueron todas las mujeres que han tenido un hijo en nuestro hospital, en el periodo comprendido entre Agosto del 2004 y Septiembre de 2005, a las que se le pasó una encuesta al alta, obteniéndose un total de 127 encuestas. Se obtuvieron datos sobre el parto de las historias clínicas de las pacientes que participaron en el estudio. Se realizó un estudio prospectivo mediante encuesta telefónica a las mujeres que daban pecho al alta a los 4, 6 y 12 meses de vida del niño. Los casos de abandono completo de lactancia materna quedaban cerrados, por lo que ya no se les hacía más seguimiento. Se diseñó una base de datos en SPSS para Windows 10.0. El estudio estadístico asociativo se realizó mediante el test de chi cuadrado.

RESULTADOS

En nuestro hospital tenemos una tasa de nacimientos por cesáreas (programadas y urgentes) del 55,2%. La pareja está presente en los partos eutócicos en un 88%. En caso de lactancia materna se pone por primera vez al pecho en los primeros 30 minutos de vida en un 12,4%. La paciente es ayudada en esa primera toma por un profesional sanitario en un 62,3%. Se suplementa a los recién nacidos con tomas de LA o suero glucosado en un 72%. Se practica el alojamiento conjunto madre-hijo (que se ofrece a todas las madres) en un 84,4%. Los profesionales sanitarios aconsejan lactancia materna a demanda en un 65% de los casos.

El 86,5 % de los niños recibían lactancia materna (exclusiva o mixta) al alta. Al mes seguían con lactancia materna el 77,6%, a los 4 meses el 46,6%, y a los 6 meses el 24,8 %. La media de abandono de la lactancia materna fue de 4,3 meses. Los motivos principales de abandono fueron hipogalactia (37%) e incorporación laboral (21,1%). El abandono en general lo decide la madre (45 %).

Las madres que deciden alimentar a sus hijos desde su nacimiento con lactancia artificial refieren como motivo en un 26,7% una mala experiencia anterior dando el pecho a otro hijo, y en un 26% que el niño no coge el pecho.

CONCLUSIONES

Es evidente que las pautas que existen en nuestro hospital se alejan mucho de las estipuladas en el decálogo de la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los niños.

A partir de nuestros resultados y de la experiencia obtenida durante el estudio y seguimiento de la muestra se piensa que disponer por escrito de una política relativa a la lactancia materna es imprescindible en nuestro hospital.

EPISIOTOMÍA: FIN DE UNA INERCIA.

AUTORA: Maxi Vidal Bermejo*

**Matrona Hospital "Ciudad de Coria". Coria. Cáceres.*

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Ciudad de Coria (Coria, Cáceres), donde trabajo, las matronas revisamos nuestros índices de episiotomías, contrastándolos con las recomendaciones en ese momento disponibles y nos sorprendimos de nuestras altas estadísticas. Decidimos por unanimidad romper la inercia a seguir practicando episiotomías de forma rutinaria y nos planteamos hacer un uso más restrictivo de la misma. Todo esto lo hicimos bajo el planteamiento de que si nosotras, las matronas, éramos las responsables de todos los partos eutócicos, en nosotras estaba evidentemente el cambio; nuestra autonomía como profesionales obstétricos nos lo permitía.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de las historias clínicas de todos los partos eutócicos atendidos por matronas desde el 1 de Enero de 1997 hasta el 31 de Diciembre de 2005, con cálculo de los índices de episiotomías anuales.

RESULTADOS

Se revisaron 2378 historias, obteniéndose los siguientes porcentajes de episiotomías anuales: 1997: 75'57%, 1998: 51'10%, 1999: 58'36%, 2000: 53'41%, 2001:42'85%, 2002: 33'66%, 2003: 33'44%, 2004: 19'04%, 2005: 10'65%.

CONCLUSIONES

Hemos podido comprobar que simplemente cambiando nuestra actitud en el manejo del parto, siendo más restrictivas en el uso de las episiotomías, conseguimos un llamativo descenso en su porcentaje, hasta niveles recomendados actualmente, sin aumentar el número de complicaciones.

Invitamos al resto de compañeros/as a seguir por este camino ya que, como hemos intentado demostrar por la abundante investigación existente, no hay evidencia científica que apoye el uso sistemático de la episiotomía y abogamos por un uso más moderado de la misma, puesto que no parece presentar ninguna de las ventajas por la que se extendió su uso

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿QUÉ CONOCEN LOS ADOLESCENTES?

AUTORES: A García Guerrero, I. Cruz Domínguez, Asunción Valiente Morilla, M^a José Espinaco Garrido, Juana Macías Seda, José Román Oliver.

OBJETIVOS

La sociedad en continua evolución, experimenta cambios a todos los niveles, estos cambios se ven reflejado en el comportamiento, en los hábitos y las costumbres; y los jóvenes en continua búsqueda de la propia identidad se encuentran rodeados de numerosos factores presentes en esta sociedad, que contribuyen a forjar una conducta social y sexual. A pesar del conocimiento de las consecuencias devastadoras de las ETS, la mayoría de los adolescentes tienen prácticas sexuales poco cuidadosas. La escasa información sobre las vías de contagio más frecuentes en ETS y la baja percepción del riesgo con las principales causas del aumento de estas entre los adolescentes españoles es lo que nos ha llevado a la elaboración de este estudio, en el que pretendemos saber que conocimientos presentan los adolescentes sobre ETS.

MÉTODO

Se realiza un estudio transversal descriptivo para saber los conocimientos que presentan 101 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 20 años, del IES .

RESULTADOS

Los adolescentes han mantenido relaciones sexuales completas en el 29,7% de los casos; reconocen como ETS la sífilis el 31,7%; el sida el 99%; los condilomas acuminados el 39,6%; la gonorrea el 29,7%; y confunden también como ETS la rectorragia y tuberculosis el 10,9%; creen que las ETS pueden contagiarse al mantener relaciones sexuales con personas infectadas el 92,1%; al sentarse en un inodoro en el q previamente se sentó una persona infectada un 14,9%; tras mantener sexo anal con persona infectada el 75,2% y sexo oral el 27,7%; La forma de no contagiarse dicen sería abstenerse el 59,4%; utilizar preservativo el 94,1%; lavarse tras mantener relaciones sexuales el 23,8%; mantener relaciones sexuales solo con personas de buen aspecto el 21,8%; dicen reconocer como síntomas propio de alguna ETS el escozor el 49,5%, la anemia el 12,9%, llagas en la zona genital el 54,5%, verrugas genitales el 38,6%, la hipertensión el 14,9%; Cuando se les pregunta a quien acudirían si tuviera síntomas de ETS al médico especialista un 38,6%; Reconocen como verdadero el dolor durante las relaciones sexuales, al orinar y/o en la zona pélvica en un ETS el 14,9%; como falso el tener abundante flujo vaginal y abundante secreción del pene en el hombre el 59,4%; como falso que la pérdida de apetito sexual es un síntoma de ETS. Y el 58,4% considera verdadero que todos anticonceptivos previenen de embarazos y de ETS.

CONCLUSIONES

La mayoría de los adolescentes conocen las ETS más conocidas por la sociedad, un menor porcentaje no reconocen los condilomas o la gonorrea como ETS. Un porcentaje pequeño pero significativo cree q incluso al sentarse en un inodoro en el que previamente se sentó una persona infectada, puede contagiar la enfermedad. Tan solo un porcentaje pequeño dicen que el sexo oral también es una vía de contagio. La mayoría sabe que el preservativo previene de ETS. Un porcentaje significativo creen q al lavarse tras la relaciones sexuales o mantener relaciones sexuales con personas de buen aspecto también. La mitad aproximadamente reconoce el escozor, las llagas y las verrugas genitales como síntomas propios de ETS. durante las relaciones sexuales, al orinar y/o en la zona pélvica en un ETS. Más de la mitad no reconoce como síntomas el aumento de las secreciones genitales. Y creen que los anticonceptivos previenen de ETS y de embarazos. Tras estos resultados, creemos la necesidad de insistir en la educación sexual en los colegios e institutos y que esta información debe ser impartida por profesionales sanitarios, con el objeto de prevenir conductas de riesgo que puedan afectar a la salud reproductiva.

PAPEL DE LA MATRONA EN LAS TÉCNICAS DE RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL. UNA APROXIMACIÓN A LA SITUACIÓN ACTUAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

AUTORAS: Gema Magdaleno del Rey Belén Feijoo Iglesias, Rosa Ana Martín de Vega, Rosa M^a Rodríguez Ferrer, Rosa M^a Ruiz Rey.*

* *Matronas Hospital Universitario "La Paz" (Madrid)*

INTRODUCCION

Durante los últimos años, las nuevas tecnologías han irrumpido con fuerza en el trabajo de las matronas de ámbito hospitalario. La recogida de sangre de cordón umbilical es una técnica relativamente novedosa, que tenemos cada vez más presente en nuestro trabajo diario. En la presente comunicación pretendemos profundizar en el tema, indagando cuál es la situación actual en la Comunidad Autónoma de Madrid.

OBJETIVO

Profundizar en el conocimiento de las técnicas de manejo de la sangre de cordón umbilical, así como de la legislación reguladora al respecto y sus utilidades terapéuticas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Madrid.

MATERIAL Y METODOS

La información ha sido obtenida a través de:

- Búsqueda exhaustiva en Internet, accediendo a las páginas de los Bancos de sangre de cordón umbilical, tanto públicos como privados, que ejercen su actividad en la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Entrevistas con interlocutores válidos de los Bancos arriba mencionados a los que hemos tenido accesibilidad.
- Búsqueda bibliográfica de textos científicos relativos a las características biológicas especiales de la sangre de cordón umbilical y sus utilidades terapéuticas.
- Observación directa de las técnicas de extracción, recogida, transporte y conservación de la sangre de cordón umbilical vigentes en la Comunidad Autónoma de Madrid tanto a nivel público como privado.

RESULTADOS

El resultado es una síntesis de toda la información recogida, para su posterior análisis y divulgación, desde el punto de vista del colectivo de matronas.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

La matrona, como integrante de los equipos de salud, debe actualizar constantemente sus conocimientos y habilidades respecto a las nuevas posibilidades de la tecnología y sus aplicaciones terapéuticas. En el caso que nos ocupa, como profesionales responsables del parto eutócico, y presentes en cualquier tipo de parto, encontraremos de manera cada vez más frecuente la necesidad de recoger sangre de cordón. No podemos ni debemos limitarnos a ejecutar mecánicamente una técnica, sino que tenemos la obligación de enriquecer nuestros conocimientos sobre el tema, y de esta manera enriquecer también la profesión y ampliar nuestros horizontes.

RELACIÓN DE PÓSTERES

RELACION DE POSTERES

P-1. Episiotomía liberal vs. episiotomía selectiva: valoración del puerperio inmediato.

Esther Viñerta Serrano.

P-2. Hablemos.....de menopausia.

María González García , Ruth Tirado Ramos.

P-3. Perfil de utilización de la píldora post-coital .

Ramón Escuriet Peiró, Yolanda Costa Rico, Encarna López Gimeno, Angélica Hidalgo Aguirre, Montserrat Manzanares Miguel , Montserrat Rodilla Curiel.

P-4. Análisis de las citologías realizadas en una consulta de matrona en atención primaria durante un año.

Silvia Miralles Corrales , M^a Josefa Dameto Vivo.

P-5. Primera visita de la tarde joven .

Anna Torrent Español, Yolanda Costa Rico, Ramón Escuriet Peiró, Lucía Burgos Cubero, Dolors Muñoz García, Nicole Idjabe Botoco, Gemma Falguera Puig.

P-6. Protocolo de triaje realizado por matronas en servicios de urgencias obstétrico-ginecológicas.

Dolores García-Rico Fernández

P-7. Parto de baja intervención versus Parto de alta intervención: análisis comparativo en dos hospitales de Andalucía.

Margarita Sánchez Antón , Encarnación Martínez Martínez, Pilar Gregorio Álvarez, Manuela Fernández Sánchez.

P-8. Efectividad de un programa de formación en lactancia materna para puérperas .

Leonor Vivanco Montes, Raquel Castro Martínez ,Marina Jaime Arranz.

P-9. Perfil epidemiológico de la primípara en Zaragoza.

Encarna Sanz de Miguel

P-10. Episiotomía liberal versus selectiva y su relación con las fases del parto.

Carmen Sanz Hernández

P-11. Parto activo. Posiciones durante el proceso de parto.

Nicolás Hernández Santana, Angelina Lluch, Carina López Ballester ,Mireia Marcos Marcos.

P-12. Descenso de natalidad y fecundidad.

M^a Inés Blanco Nieves , M^a Sol Montenegro Alonso, Ángeles Pereiro Bangueses, Esperanza Barro Rochela.

P-13. Posición de la mujer en el proceso del parto.

M^a del Mar Gutiérrez Martínez.

P-14. Motivos de consulta durante el puerperio en las urgencias hospitalarias.

Noemí Obregón Gutiérrez, Salut Puig Calsina, Elena Castán Enseñan, Rosa Ugas Lonch.

P-15. El papel de la matrona en la donación de cordón.

Luciano Rodríguez Díaz, Francisco Javier Muñoz Vela, Juan Antonio Arroyo Molina, Lourdes Rodríguez López, Mariola Guarino Luque, Cristina Muñoz Fernández.

P-16. Perfil de las usuarias que solicitan tratamiento post-coital.

María Inés Molina Vañó, Carme Muxí Soler, Eva Martínez García, Glòria Villena Coronado.

P-17. ¿De qué hablamos cuando hablamos de género?

Laura Cámara Roca, M^a Isabel Conde Gálvez, Antonio Herrera Gómez, Silvia de Dios Berlanga, Manuel Ratia Ramos, Justo Martínez León.

P-18. La matrona como pieza clave en la agresión sexual.

Juan Miguel Martínez Galiano, Justo Martínez León , Antonio Herrera Gómez, Laura Cámara Roca ,Cristina Bru Martín .

P-19. Estudio de los partos múltiples en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (1994-2004)

Carla Cid González, M^a José Méndez

P-20. Instrumento de valoración Materno-Fetal durante el trabajo de parto.

Marta Triguero Gil, Sonia López Rabat, Eva Díaz Frutos, Marta Fernández Idiago, Raquel Gallardo Sánchez.

P-21. Diagnostico del cáncer de cérvix en el embarazo ¿Es el momento ideal?

Eusebia Santos Romano, Sylvia Martínez Bonafont, Lidia Díez Soro, Beatriz Fernández González.

P-22 .Prevalencia de la lactancia materna a los 15 días 3 y 6 meses y motivos de abandono.

Lidia Díez Soro, Eusebia Romano Santos, Sylvia Martínez Bonafont, Beatriz Fernández González, Susana Abajo Llama, Isabel Aznar Pallás.

P-23. El parto en el agua: el uso del agua como analgésico durante el proceso de parto.

Carina López Ballester, Esther Urbaneja Postigo. Carmen Gabás Aparicio.

P-24. Monitorización fetal intermitente en el Reino Unido.

Mireia Marcos Marcos, Cintia de la Rosa Muñoz, Nicolás Hernández Santana.

P-25. La matrona ante una gestante con malaria.

Manuel F. Bengochea López, Encarnación Martínez García, Isabel Hernández Corral, Dolores Román García, Alicia Galera García, Juan C. Mariñas Lirola.

P-26. Consulta Preconcepcional.

Cristina Bru Martín, Silvia de Dios Berlanga, Manuel Ratia Ramos, Juan Miguel Martínez Galiano, Laura Cámara Roca, M^a Isabel Conde Gálvez.

P-27. Diferencias de Perfil reproductivo entre mujeres extranjeras en la comarca del Poniente Almeriense.

Encarnación Martínez García , Manuel F.Bengochea López, M. Sánchez, Isabel Hernández Corral, Dolores Román García, G. Maroto.

P-28. El uso de aromaterapia en el parto.

Marta Jiménez Barragán.

P-29. Cáncer de mama. Diagnóstico de Sospecha y Certeza.

María Asunción López Sáez López de Teruel, Juan Miguel Martínez Galiano, Justo Martínez León, Manuel Ratia Ramos, Cristina Bru Martín, Antonio Herrera Gómez.

P-30. Experiencia intercultural de los residentes de Matronas de Granada en Marruecos.

Francisco M. Lagares Rojas

P-31. Registros de la actividad enfermera

Jose C. Águila Barranco

P-32. Valoración del uso de la urgencia obstétrica.

Carmen Vaquero Gajate. M^a Jesús Gutiérrez Martín; Sonia Heredero Maté; Cristina Mongil López.

P-33. Vivencia del padre durante el parto.

Yolanda Sánchez García, M^a Carmen Cano Calero, Manuela Camacho Alcocer , M^a del Rosario Hernández Baños, L. Pérez Rodríguez.

P-34. Síndrome de Couvade.

María Reyes Morillas

P-35. La influencia de la hipnosis en el trabajo de parto.

Laura Pascual Martínez.

P-36. Plan de cuidados estandarizados para la prevención y control de la A.P.P.

Sonia Núñez del Moral, Jose Manuel Caparrós Molinero, Celia Garrido Sánchez, Rafael Vila Candel, Francisco Javier Aguilera Rodríguez, Viviana Pavón Gutiérrez .

P-37. Casas de partos en Londres.

Lucia del Fresno Marqués, Carina López Ballester, Mireia Marcos Marcos, Nicolás Marco Hernández Santana, Sonia Moreno Merino.

P-38. Prevalencia de la lactancia materna a los 15 días 3 y 6 meses y motivos de abandono.

Lidia Díez Soro, L. Eusebia Romano Santos, Silvia Martínez Bonafont, B. Fernández González, S. Abajo Llama, I. Aznar Pallás.

P-39. Hábitos sexuales en los adolescentes.

Sagrario Gómez Cantarino, Alberto Martínez Castellano, Antonio Valverde Toledano, Elena Sánchez Zufri, Carmen Rodríguez Rodríguez, M^a Teresa Rubio Salinero.

P-40. Implicaciones legales de la matrona en el uso de la anestesia epidural.

Manuel Ratia Ramos, Juan Miguel Martínez Galiano, Justo Martínez León, Cristina Bru Martín, M^a Isabel Conde Gálvez, Silvia de Dios Berlanga.

P-41. Acompañamiento en el parto: Evolución y propuestas para su mejora.

Cristina Molina Reyes, Alcántara López Carmen, Asunción López-Sáez López de Teruel.

P-42. Lactancia materna, suspenso o aprobado.

Antonia Cladera Riera.

P-43. Proyecto de investigación: Abordaje de la sexualidad por parte de los profesionales sanitarios durante el embarazo y el puerperio.

Eva caballero Molano, Patricia Castrillo, Ruth Miguélez.

P-44. Calidad espermática en relación con los cambios estacionales.

José Manuel Caparrós Molinero, Sonia Nuñez del Moral, Celia Garrido Sánchez, Rafael Vila Candel, Francisco Javier Aguilera Rodríguez, Viviana Pavón Gutiérrez.

P-45. Parto activo. Posiciones durante el trabajo de parto.

Nicolás Hernández Santana, Angelina Lluch, Carina López Ballester, Mireia Marcos Marcos.

46. Analgesia epidural: ¿una gran desconocida?

Carmen Cano Calero, Rosario Hernández Baños, L. Pérez Rodríguez, Yolanda Sánchez García, Manuela Camacho Alcocer.

P-47. Sexualidad en el embarazo.

Paula Sánchez Flores, Ana M^a García Méndez, Olga López Racamonde, Esther Martínez Bécares.

P-48. Factores que influyen en la satisfacción de la mujer con la consulta prenatal en atención primaria.

Fátima León Larios, M^a José Espinaco Garrido, Juana Macías Seda, JL Álvarez Gómez, Asunción Valiente Morilla, C. Cruz Domínguez.

P-49. Inicio precoz de ingesta después de una cesárea.

Angels Viñals Gutiérrez, Laura Falgueras, D. Garrido, S. Oliete, J. Leira, E. Gil.

P-50. Visita de las gestantes al hospital de referencia.

Lucía Burgos Cubero, Montse Manzanares Miguel, Angélica Hidalgo Aguirre, Ramón Escuriet Peiró, Montse Rodilla Curiel, Dolors Muñoz, Yolanda Costa Rico.

P-51. Partograma informatizado en el paritorio del hospital de La Ribera de Alzira.

Inmaculada López García.

P-52. Certificación ISO 9000, en atención a la mujer embarazada.

Adelina Cualladó Navarro.

P-53. El uso de terapias alternativas durante el parto.

Elisa Fernández Tena, María Almaraz Alonso, Alejandra Armas Sosa, M^a José Hernández Muñoz, M^a José Liceaga Iturralde, M^a Carmen Ortega Melendo.

P-54. Claves de la evolución de la fecundidad en el cambio del milenio.

M^a del Rosario Hernández Baños.

P-55. Captación y seguimiento de las disfunciones sexuales en la consulta de la matrona de atención primaria en coordinación con los profesionales de atención especializada .

Mª Dolores Gómez Ruiz, Roberto Oliver Arias.

P-56. Proyecto de implantación de la consulta pre-concepcional en la consulta de matrona en atención primaria.

Ana Belén Gabarre Asín ,Consuelo García-Cantó , Alicia Sevilla Díaz , Daniel Cano Díaz, Estrella Fernández Lara.

P-57. Estudio descriptivo de las inducciones a partir de la SG 41 del embarazo normal.

Erika Juárez Mendizábal

P-58. Matronas en la red .

Alberto Martínez Castellano, Sagrario Gómez Cantarino, Noemí Obregón Gutiérrez, Carmen Rodríguez Rodríguez, Mª Teresa Rubio Salinero, Elena Sánchez Zufri .

P-59. Practica de la episiotomía por las matronas de la CC.AA de Madrid.

Mª Soledad Sáiz Puente, Pedro Valenzuela Ruiz, Román Guijarro Huerta, Raquel Ortega Pineda, Rocío Azorín Lamela, Juan Luis Valero Atienza.

**LIBRO DE CONGRESO
EDITADO POR LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS**

La Organización no se hace responsable de las opiniones expresadas
en las ponencias y comunicaciones presentadas , ni de su contenido .