

¡POR LAS COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS!

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las "Competencias Esenciales de la ICM para la Práctica de la Partería Básica" y en el marco de las "Normas Globales de la ICM para la Educación de Matronas", que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y/o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de "matrona", y que demuestra competencia en la práctica de la partería.

Ámbito de la Práctica

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.

Esta es la definición de Matrona que la Confederación Internacional de Matronas adoptó en el Congreso de Durban en 2011.

Las Matronas españolas estamos capacitadas para atender a las mujeres y por eso ya nos hemos cansado de esperar que un sistema que invierte dinero en formarnos para esto, a la hora de la verdad ponga a asumir nuestras competencias a otros estamentos que ni tienen esas competencias y que a veces hasta les salen más caros.

Ya nos hemos cansado de ir a los centros para que contraten matronas y ofrezcan a las mujeres una atención de calidad, por eso nos hemos levantado, para luchar por nuestras competencias y para que haya una matrona allí donde se toman decisiones que les afecten a ellas, decisiones cuando quieren tener un hijo y cuando quieren evitarlo, decisiones cuando inician sus relaciones, decisiones cuando sufren violencia, decisiones al final de su vida reproductiva. En definitiva, que donde haya algo que las afecte nunca falte una matrona para atenderla.

Para esto vamos a promover un cambio y para que se hable de nosotras vamos a conseguir que las mujeres conozcan que somos las profesionales que las vamos a cuidar, que sepan lo que les podemos ofrecer y que conozcan lo que hacemos, pero también lo que podemos hacer y hacen otros profesionales menos cualificados, que se unan a nosotras en nuestras reivindicaciones y que EXIJAN que sea una matrona quien se ocupe de su salud sexual y reproductiva.

Este movimiento está tomando fuerza. Ante la situación tan precaria que tiene la matrona, la falta de empleo y el verdadero ataque de su presencia en atención primaria, las Matronas debemos unirnos para reclamar nuestro sitio dentro de la atención a la mujer, en el cuidado de su salud sexual y reproductiva en todas las etapas de su vida. Como sabemos, se nos identifica casi exclusivamente con el parto, y es nuestra labor dar a conocer a la mujer que podemos y debemos estar a su lado cuando quiera planificar su reproducción,

cuando atraviesa el climaterio, en la adolescencia, promocionando un estilo de vida sexual saludable, en la recuperación a medio y largo plazo tras el parto, y como sabéis, un largo etcétera.

Desde la Asociación se está promoviendo y organizando una serie de actividades para impulsar este cambio anunciado. Por un lado animamos a que cada matrona, en su ámbito más cercano (localidad en la que se vive o trabaja) contacte con las asociaciones de mujeres y les ofrezcan una actividad de educación para la salud, para darnos a conocer en los términos que hemos relatado anteriormente. Esta es una acción totalmente desinteresada y sin ánimo de lucro, el fin es llegar a las mujeres y darnos a conocer. A día de hoy ya se tienen programadas intervenciones, en Granada, Cádiz, Sevilla.

Por otro lado también se está preparando una acción conjunta en todas las provincias para el día 8 de marzo, día de la mujer. Queremos reunirnos, dar a conocer a la mayor cantidad de mujeres posibles para lo que estamos capacitadas. Vamos a crear una "marea rosa" en esta ocasión por las competencias de las matronas y para que ocupemos los puestos que nos corresponden. Nos citaremos en el ayuntamiento de la capital de provincia correspondiente con folletos y pancartas y realizaremos una recogida de firmas a favor de nuestra presencia en los puestos para los que estamos cualificadas.

Aquí deben estar tanto las matronas consagradas como las de reciente formación porque como dice una sabia Matrona "llevamos 30 años luchando por lo mismo". Pero como una de las virtudes que nos definen como profesión es la paciencia ha llegado el momento de volver a la carga y continuar la lucha.

TE ESPERAMOS.

La Junta Directiva

CUIDADOS DE MATRONA PARA REVERTIR LAS MALPOSICIONES FETALES

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayoría de las parturientas utilizan la analgesia epidural como método de alivio del dolor durante el parto. Esto implica un aumento en el porcentaje de la persistencia de malposiciones fetales, consecuencia de la prácticamente ausente libertad de movimientos maternos durante la fase de dilatación/expulsivo, y del excesivo bloqueo motor ocasionado por la analgesia, que además están muy relacionados con las rutinas hospitalarias existentes en la mayoría de las maternidades de nuestro país.

Con todo esto, se define una nueva línea de trabajo para la Matrona hospitalaria, pues gracias a sus cuidados y actitudes durante el desarrollo de la dilatación podría conseguir revertir dichas malposiciones, aumentando así el índice de partos eutócicos mediante medidas como determinados cambios posturales. Es fundamental para ello el conocimiento profundo de la anatomía de la pelvis femenina, los movimientos de la misma y los efectos que éstos puedan producir sobre los diámetros pélvicos.

Con esta revisión bibliográfica pretendemos demostrar que la Matrona es el personal sanitario más cualificado para solucionar dichas malposiciones fetales durante el parto, así como las medidas más recomendadas por la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE

occipito-posterior, occipitoposterior, postura manos-rodilla, dolor lumbar y malposición fetal.

OBJETIVO GENERAL

- Validar a la matrona como el profesional de elección para diagnosticar y tratar dicha situación anómala.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar la incidencia de partos eutócicos en presentaciones de vértice y posiciones occipitoposteriores.
- Analizar métodos para diagnosticar precoz y correctamente esta malposición.
- Describir actuaciones para favorecer la rotación a occipitoanterior o para conseguir el máximo descenso y/o expulsión fetal en occipitoposteriores persistentes.
- Procurar el mayor confort posible mediante cuidados dirigidos a, entre otras cosas, reducir el dolor lumbar materno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha efectuado una revisión bibliográfica de algunas de las bases de datos más relevantes, en español (Revisiones Cochrane, Cuiden Plus, Scielo) y en inglés (Pubmed y CINAHL). Asimismo se han revisado protocolos (SEGO) y guías de práctica clínica (Iniciativa Parto Normal, Proceso Integrado Asistencia al Embarazo, Parto y Puerperio y la guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal).

RESULTADOS

Tradicionalmente, en Obstetricia se han minusvalorado problemas derivados de las anomalías en la posición fetal que pueden conllevar consecuencias de gran impacto tanto en el parto como en la vida posterior de la madre y del recién nacido^{3,4}.

Las presentaciones occipitoposteriores se encuentran en un 15-40% de los casos en el inicio del parto rotando espontáneamente, hasta quedar un 1,8-6% de presentaciones occipitoposteriores persistentes^{1,7}. Se describe como etiología ciertas anomalías fetales, pélvicas maternas, la nuliparidad, embarazo prolongado, implantación posterior placentaria, recurrencia en siguientes partos, cesáreas previas, utilización de oxitocina sintética y analgesia epidural^{1,4,7}.

Según Molina Reyes y Muñoz Martínez¹ queda demostrado que en los encajamientos en occipitoposterior se incrementan la duración de la primera y segunda fases del parto. Derivado de ello, cuenta con un mayor porcentaje de uso de analgesia epidural y oxitocina sintética.

Concretamente, Sizer y Nirmal² determinan que la utilización conjunta

de estos dos factores se asocia con una mayor incidencia de posiciones posteriores persistentes, y esto conlleva a su vez un aumento en las intervenciones e instrumentalización final del parto. Aumenta por tanto el porcentaje de fórceps, ventosas, espátulas, cesáreas, episiotomías, lesiones perineales y del esfínter anal, así como valoraciones más bajas en el Apgar del neonato provocando un empeoramiento de los resultados obstétricos y neonatales^{3,4}.

Pese a todo lo expuesto, una posición occipitoposterior no imposibilita un parto eutócico, lo dificulta y torna más trabajoso para la madre y más exigente para los profesionales que deben estar formados en detectar y tratar precozmente este tipo de anomalías.

La matrona está reconocida como el profesional responsable que trabaja para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante¹⁰.

Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia¹⁰.

Derivado de esto la matrona debe ser considerada como el personal más apropiado para detectar, actuar, resolver y obtener el mejor resultado obstétrico-neonatal posible en estas malposiciones, además de mejorar el confort de la parturienta mediante sus cuidados, pues con ellos se demuestra una reducción notable del dolor lumbar consecuente de la persistencia en posterior de la presentación^{8,9} (*Nivel de evidencia 1a*).

Las matronas deben sospechar esta anomalía de la posición ante

la detención y/o prolongación del descenso de la presentación fetal, sobre todo al final de la dilatación o al inicio del expulsivo⁷. La ecografía es muy precisa para el diagnóstico de certeza aunque la exploración manual es bastante fiable en unidades de partos sin dotación de ecógrafo⁴.

Para detectar precozmente esta malposición debemos valernos no sólo de métodos directos como la ecografía o el tacto vaginal, también podemos sospecharla ante signos de observación indirecta como la salida de líquido amniótico con cada contracción, la persistencia de un reborde que no cede al final de la dilatación, el ombligo hundido de la gestante o la presencia de partes fetales fácilmente palpables en el abdomen materno⁷.

Entre los métodos para revertir las occipitoposteriores encontramos la rotación espontánea mediante la modificación de la postura materna, la rotación manual y corrección manual del eje fetal y como último recurso la rotación instrumental mediante fórceps, ventosa o cesárea¹.

Se analiza la modificación en la postura materna durante el parto y se evidencia que se trata de una intervención efectiva y no lesiva, de bajo coste y de fácil aplicación por parte de la matrona, si se conoce bien la anatomía y naturaleza del movimiento¹.

Se describen dos situaciones en las que favorecer la rotación espontánea:

1. **Parto sin analgesia:** lo ideal es dar libertad de movimientos a la parturienta, pues instintivamente elegirá la postura más favorecedora.
2. **Ante la utilización de analgesia epidural con un grado más o menos importante de bloqueo motor:** el decúbito lateral alterno cada 20-30 minutos puede

ayudar a la rotación espontánea o en su defecto al mayor descenso fetal, pues el sacro se encuentra libre y el feto puede modificar los estrechos según necesite. Si además se favorece la abducción/adducción y la flexión/extensión de la articulación coxofemoral, así como la rotación externa/interna del fémur, se conseguirá ampliar el estrecho correspondiente lo máximo posible obteniendo el máximo descenso fetal¹¹. Esta posición de decúbito lateral comparada con la supina demuestra una importante reducción de la duración de la segunda etapa del parto⁸ (*Nivel evidencia 1a*)

Ante una posición occipitoposterior persistente a pesar de todos los cambios posturales expuestos convendría proponer a la parturienta la adopción de la postura manos-rodilla intraparto^{5,6,8,9}.

Esta posición mejora la estática fetal, disminuye el porcentaje de malposiciones y favorece el mejor alineamiento de la cabeza, por lo que se considera ideal para intentar la rotación a anterior o propiciar el mayor descenso fetal⁹.

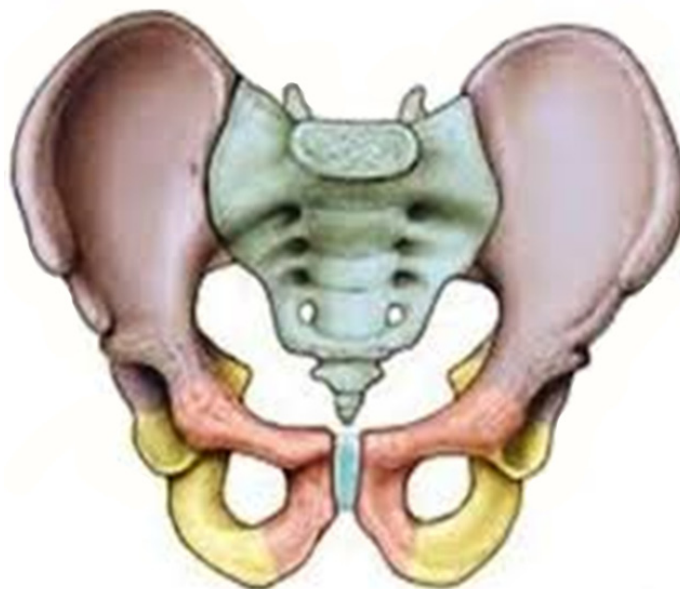
La eficacia de la utilización de la postura manos-rodilla está demostrada durante el parto, no así en el embarazo, aunque si la gestante la encuentra cómoda debe poder utilizarla en cualquier momento⁵ (*grado de recomendación a*).

En la primera fase del trabajo de parto queda patente la mejoría del dolor lumbar persistente consecuente de la posición occipitoposterior mediante la adopción de la postura manos-rodilla^{5,6,8,9} (*grado de recomendación a*), además de que las mujeres la prefieren para parir, refieren menor dolor perineal postparto y una percepción de parto más corto⁸.

Dicha postura se considera favorecedora de todas las fases del parto con lo que ha de poder usarse en cualquier momento^{8,11} (Nivel de evidencia 1a)

CONCLUSIONES

- La presión asistencial y las rutinas hospitalarias favorecen la persistencia de las posiciones posteriores, su finalización en partos instrumentados o cesáreas y la aparición de efectos nocivos.
- Se hace necesario un uso lógico y consciente de la oxitocina sintética y la analgesia epidural evitando caer en dichas rutinas hospitalarias.
- Es necesario prestar una cuidadosa atención para revertir la malposición, teniendo en cuenta factores predisponentes, diagnosticando precozmente el problema y empleando medidas correctoras durante el parto.
- Las matronas somos el personal apropiado para aplicar dichas medidas eficientes, no lesivas y con los mejores resultados maternos y fetales.
- La evidencia científica consultada muestra como primordial y beneficiosa la movilización de la parturienta no sólo para la evolución de cualquier parto, sino



también para los que presenten una posición posterior.

- Ante la utilización de analgesia epidural, el uso de diferentes posturas como el decúbito lateral alterno o la postura manos-rodilla son favorecedoras del descenso fetal y útil para aliviar el dolor lumbar derivado de dichas posiciones occipitosacras.
- Dada la incidencia de posiciones occipitoposteriores, el impacto de sus consecuencias para la vida posterior de la madre y el neonato, y la escasez de estudios que muestra la revisión realizada, se hace

necesario abrir una nueva línea de investigación que nos aporte la mejor evidencia científica. Para ello se proyecta iniciar un estudio de investigación en nuestra área de salud (Hospital Materno-Infantil de Jerez de la Frontera) con el que podamos evaluar los resultados obtenidos tras la aplicación de los cuidados y actuaciones descritas por las matronas del servicio.

Ana M^o Cutilla Muñoz
Patricia Gilart Cantizano
Sandra Rodríguez Villa

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Reyes C, Muñoz Martínez AL. La malposición fetal occipito-posterior. Revisión bibliográfica. *Metas de Enferm* sep 2009; 12(7): 22-26
2. Sizer AR, Nirmal DM. Occipitoposterior position: associated factors and obstetric outcome in nulliparas. *Obstet. Gynecol.* 2000 Nov;96(5 Pt 1):749-52. Source: Department of Obstetrics and Gynecology, Llandough Hospital, Penarth, Cardiff, UK. sizer@cf.ac.uk
3. Cheng YW, Shaffer BL, Caughey AB. The association between persistent occiput posterior position and neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol.* 2006 Apr;107(4):837-44. Source: Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences, University of California, San Francisco 94143, USA. yvecheng@hotmail.com
4. Martino V, Iliceto N, Simeoni U. Occipito-posterior fetal head position, maternal and neonatal outcome. *Minerva Ginecol.* 2007 Aug;59(4):459-64. Source: Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Privato Accreditato Santa Maria, Bari, Italy. vzo.martino@libero.it
5. Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Postura de manos/rodillas en la última etapa del embarazo o trabajo de parto para posición fetal inadecuada (lateral o posterior) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth.* 2005 Dec;32(4):243-51. Source: The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada.
7. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Ed. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos, JC, Mercé LT. 2007
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-i). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
9. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007
10. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD004667.
11. Calais-Germain, Vives Parés, Nuria. Parir en movimiento. Las modalidades de la pelvis en el parto. Ed. La liebre de Marzo 2010

LAS UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONALES: DESARROLLO DE SESIONES CLÍNICAS CONJUNTAS.

Sesión clínica de la unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología del Hospital Virgen de Valme: los movimientos de la pelvis en el parto.

INTRODUCCIÓN

En el año 2008, con la salida a la luz del Real Decreto (RD) 183/2008, de 8 de febrero, se inicia un camino sin retorno en la modificación del modelo de la formación sanitaria especializada en España. Este RD aparece como resultado de una necesidad sentida de los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas para favorecer una formación especializada más flexible y con una visión multiprofesional y multidisciplinar.

Una **Unidad Docente** es definida como "el conjunto de recursos personales y materiales pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideran necesarios para impartir formación reglada e especialidades de Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo a lo establecido por los programas oficiales de las distintas especialidades". Hasta el momento de aparición del RD todas las unidades docentes estaban constituidas para una sola especialidad pero es el mismo donde se contempla la creación de las **Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM)**. Las especialidades que se incluyeron en esta modalidad de unidad docente son Pediatría, Salud Mental, Atención Familiar y Comunitaria, Salud Laboral y Obstetricia y Ginecología. A dichas unidades se le pide la acreditación correspondiente y deben cumplir los requisitos comunes así como los específicos para cada una de las titulaciones que incluye. Cada especialidad debe tener sus propios tutores que planifiquen la ejecución del programa formativo que les atañe.

Así, por ejemplo, en Sevilla se cuenta actualmente con tres UDM situadas en cada uno de los tres

hospitales de referencia de la Ciudad. En dichas unidades se forman las distintas titulaciones que inciden en campos afines, FEA Obstetricia y Ginecología y Enfermera Especialista Obstétrico-ginecológica (Matrona).

Este cambio supuso un gran revuelo y hubo regiones que no aceptaron de buen grado este importante cambio en la concepción de la formación de las Matronas (tenemos que tener en cuenta que numerosas unidades docentes estaban vinculadas a la universidad de referencia según la ciudad). Entre las dificultades para la implementación de las UDM podemos encontrar la resistencia al cambio, un reparto de competencias y responsabilidades poco claras en la concepción del liderazgo, escasez de recursos y la necesidad y dificultad para la coordinación y la comunicación entre los tutores de las distintas especialidades.

La creación de las UDM va en consonancia con los objetivos del sistema Nacional de Salud entre los que encontramos a la cabeza la necesidad de prestar una atención integral a la salud, garantizar la continuidad asistencial y la humanización de la asistencia. Para acercarse a estos desafíos se erige como condimento fundamental el trabajo en equipo de los profesionales encargados de dar el servicio sanitario. Un equipo de trabajo multiprofesional se constituye con diferentes profesionales con un objetivo común pero con conocimientos e intervenciones diferenciadas a las cuales se les pueden dar un orden según el momento y el objetivo. Basándonos en esta definición se puede sustraer que para el buen funcionamiento del mismo es necesario un espacio de intercambio entre las distintas titulaciones que lo integran y la formación en común se brinda como una herramienta fundamental.

Dentro de espacio común de enseñanza-aprendizaje aparecen dos metodologías que lo permiten, una son las actividades formativas de materias comunes como son, trabajo en equipo, habilidades de comunicación, gestión clínica, bioética, metodología de la investigación. En Andalucía esta actividad ha estado sustentada por el portal EIR que ha utilizado métodos semipresenciales para dicha formación conjunta. El último viraje de esta herramienta ha sido la limitación exclusivamente a formación On-line.

La otra metodología que apuntábamos son las Sesiones Clínicas conjuntas, encuentros entre profesionales que permiten la elaboración o revisión conjunta de protocolos y/o guías y sobre todo la revisión de casos desde una perspectiva global con participación multiprofesional.

En este artículo se presenta la puesta en marcha de este tipo de formación en el Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla, donde por primera vez empiezan a andar dichas sesiones conjuntas. Se ha creado un programa de las mismas con un reparto en su impartición según la titulación más implicada en el tema a tratar.

En el caso que presentamos se trata de conocer y trabajar con los movimientos de la pelvis, aspecto en el que la Matrona toma a día de hoy la iniciativa dentro de la atención al parto pero, siguiendo con la línea de los desarrollado en las líneas anteriores, es fundamental que todos los profesionales implicados sepan cómo se trabaja la pelvis para reducir la variabilidad y caminar hacia objetivos comunes en la atención obstétrica como son la reducción de los partos instrumentados y de las cesáreas.

OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTO DESDE EL DINAMISMO Y LA PROMOCIÓN DE LOS RECURSOS INTERNOS DE LA MUJER A TRAVÉS DE UN ABORDAJE INTEGRAL Y MULTIDISCIPLINAR

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A lo largo de la historia, las mujeres han optado por el movimiento y la adopción de diferentes posiciones, sobre todo las verticales, en el momento de parir^(1,2). Sin embargo, actualmente en occidente, la mayoría de las mujeres paren en posición supina o de litotomía, argumentándose que es más seguro⁽³⁾, pasándose de la verticalidad y el movimiento a la horizontalidad adinámica, de la actividad a la pasividad y del hacer a dejarse hacer.

Con los avances científicos y técnicos en obstetricia y ginecología, la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal se han reducido enormemente y la seguridad de la que gozan las mujeres en los países occidentales es indiscutible. Pero ello ha acaecido de forma paralela a un cambio en la concepción del rol materno y de la biomecánica del parto.

Es numerosa la evidencia que resalta los efectos adversos que producen la inmovilidad y la horizontalidad mantenida en el proceso de parto, tanto en el período de dilatación como en el expulsivo. Dos revisiones sistemáticas sobre el tema resaltan la mejoría de los resultados obstétricos y neonatales cuando la movilidad y la adopción de posiciones diferentes a la supina están presentes en el parto^(3,4). Éstas son consideradas como potencialmente efectivas para la prevención y tratamiento de las distocias del parto, aumentando las probabilidades de un parto eutócico y disminuyendo las probabilidades de complicaciones; además mejoran en confort y la satisfacción de las mujeres que paren^(5,6). Con la movilidad y la adopción de diferentes posiciones maternas en el parto se puede mejorar no sólo el proceso de parto, sino la autonomía, autoestima, autocontrol, y en definitiva, la mejora de la vivencia de las mujeres de su propio parto.

El fundamento teórico de cómo la movilidad y las posiciones maternas

mejoran el proceso de parto lo encontramos en los trabajos llevados a cabo por expertos en la biomecánica del parto como Simkin, Calais-Germain y Vives^(6,7,8,9,10), que detallan los principios de la mecánica del parto, de la movilidad de la pelvis y del potencial de la aplicación de dichos principios para poder así optimizar el proceso de parto de forma individualizada e integral.

De lo expuesto, puede llegarse a pensar que nos encontramos en un momento de cambio hacia la mejora y optimización de los recursos de que se disponen en el parto. La mujer puede seguir beneficiándose de la seguridad en el parto conseguida en la actualidad, además de los beneficios que aporta su papel activo en el mismo, a través de su movilidad y las posiciones que adopte en el momento de parir. Se trata de complementar los recursos obstétricos de que disponemos actualmente en nuestros hospitales con los recursos internos que poseen las mujeres, su cuerpo y su movimiento.

Además, la sociedad y la mujer están luchando por retomar la libre elección y la autonomía en aquellos aspectos del proceso de parto que no dependen de las intervenciones necesarias para el mantenimiento de la seguridad en el proceso. De procesos como son la adopción de diferentes posiciones o mantener movilidad durante el parto. Ello se ve reflejado en el modelo actual de atención al parto en España, expuesto por el Ministerio de Sanidad en su Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal en la cual se respaldan están reivindicaciones basándose en la evidencia actual disponible al respecto⁽¹¹⁾.

Por todo lo expuesto, y como unidad de gestión clínica, se ha diseñado una sesión clínica con el propósito de que los diferentes profesionales

que la componen trabajen de forma conjunta para integrar la movilidad y papel activo de la mujer en el proceso



de parto con la realidad asistencial de nuestro hospital. Así se pretende mejorar la asistencia a las mujeres que paren en nuestro hospital de forma realista, basándonos en la mejor evidencia disponible al respecto y caminando hacia la excelencia asistencial. El diseño de la misma se expone a continuación.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo principal que se persigue con las sesiones clínicas multiprofesionales es crear un espacio en el cual, los diferentes profesionales que integran la unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología del Hospital de Valme, tengan la posibilidad de compartir conocimientos y puntos de vista, llegando a proporcionar criterios unificados e integradores, eliminando el reduccionismo al que conduce la sectorización de diferentes áreas de la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio.

De esta forma se pretende actualizar las recomendaciones asistenciales de forma consensuada, basadas en la evidencia actual y desde una perspectiva amplia para adecuarlas a la realidad de este hospital. Además, el hecho de que los temas

y las recomendaciones asistenciales abordadas, al estar elaboradas y analizadas críticamente por todos los profesionales, favorece su aceptación e integración en la práctica asistencial por parte de todo el equipo, mejorándose la adherencia a dichas prácticas y la satisfacción profesional. Además, y no menos importante, es la mejora de la comunicación y del trabajo en equipo que se consigue con estas sesiones. Esto es posible gracias al clima distendido y neutral que ofrece la metodología usada en las sesiones clínicas, fuera del estrés asistencial y discutiendo los diferentes temas de manera objetiva y fuera de la presión asistencial.

Concretamente, en la sesión clínica dedicada a los movimientos de la pelvis en el parto, se propusieron los siguientes objetivos generales:

1. Mejorar la atención al parto integrando los recursos internos y el dinamismo del proceso de parto con las infraestructuras y las intervenciones necesarias para garantizar la seguridad de la madre y el feto en el parto. Esto es, seguir ofreciendo la seguridad alcanzada con los avances científico-técnicos en obstetricia, pero potenciada por la sinergia creada al actuar de forma conjunta con los recursos internos de las mujeres, su movilidad en base a la evidencia científica actual.
2. Disminución de la variabilidad en la atención entre profesionales, se pretende unificar los esfuerzos en

la misma dirección y así mejorar tanto la seguridad del proceso como la percibida por las mujeres y sus familias.

3. Optimizar el proceso de parto de las mujeres introduciendo su movilidad como parte del mismo de forma activa. La evidencia actual resalta lo importante que es.
4. Respetar la autonomía del paciente al introducir un recurso sobre el que las mujeres de alguna forma pueden controlar.
5. Mejorar la autoestima, sensación de autocontrol, protagonismo, vivencia y confort de las mujeres que dan a luz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos que se plantearon para esta sesión clínica fueron:

1. Conocer la estructura y los movimientos que realiza la pelvis.
2. Reconocer la estructura y los movimientos de la pelvis propia.
3. Saber cómo conseguir los movimientos pélvicos adecuados a cada fase del parto para ser capaces de asesorar a las mujeres en el momento del parto o de suplirlas en caso de movilidad reducida.
4. Identificar la importancia que tiene la movilidad de la pelvis en el parto.
5. Analizar la evidencia disponible de la influencia de los movimientos de la pelvis en el parto a través de la

adopción de diferentes posiciones y la movilidad materna.

6. Analizar diferentes casos clínicos en base a la evolución de los mismos en relación a la movilidad de la pelvis.

CONTENIDO

Los contenidos de la sesión fueron:

1. Introducción del tema con la evolución a lo largo de la historia en occidente de la movilidad y las posiciones maternas en el parto.
2. Recuerdo de la estructura de la pelvis.
3. Paso del feto por la excavación pélvica.
4. Los movimientos de la pelvis en el parto.
5. Los movimientos de la pelvis y las diferentes posiciones maternas en cada etapa del parto.
6. Evidencia actualmente disponible sobre la influencia de la movilidad y la adopción de diferentes posiciones maternas en el proceso de parto.
7. Resolución de casos clínicos.

METODOLOGÍA

La experiencia fue una sesión clínica objetiva en la cual se abordaron los contenidos a través de una metodología mixta promotora de la participación y del procesamiento activo de la información por parte de los integrantes. Se combinaron diversos métodos y técnicas para crear un entorno de trabajo que promoviese la curiosidad, la investigación, la aplicación práctica, así como la reflexión, evaluación y el debate sobre la práctica profesional. La sesión se dividió en cinco fases:

En la primera fase se hizo una presentación clara de los objetivos, la estructura de la misma y la metodología que se iba a emplear haciendo énfasis en el carácter participativo de la misma. A continuación, se presentaron los contenidos teóricos combinando el método expositivo, el interrogativo y el demostrativo con el auxilio de medios audiovisuales, un simulador de pelvis ósea y un maniquí neonatal.



La segunda fase fue eminentemente práctica. Se propuso a todos los participantes mover y sentir su propia pelvis y la de los compañeros. En grupo, primero reconocieron la estructura de su pelvis y por parejas la del compañero; y una vez el clima se iba distendiendo y las relaciones fueron más fluidas, cooperantes y gratificantes, sintieron su pelvis y la del compañero en movimiento. La experimentación personal previa favoreció mucho la adquisición de los contenidos, y al compartirlo con los compañeros promovió la cooperación, la empatía y un clima de trabajo positivo y gratificante.

La tercera fase consistió en aplicar lo expuesto a las diferentes etapas del parto de forma grupal. A través de una metodología constructivista y con técnicas de simulación y rol-playing, se propuso a los participantes aplicar los principios de la biomecánica del parto y de los movimientos de la pelvis a las diferentes etapas del parto y a diferentes situaciones que se pueden presentar en la realidad asistencial. De esta forma, en base a los conocimientos adquiridos y las experiencias del grupo de trabajo, fueron descubriendo por sí mismos la aplicabilidad en la realidad asistencial de los principios expuestos hasta ahora.

Para finalizar, se procedió al debate grupal del cual surgieron conclusiones muy positivas y propuestas para llevarlas a cabo en la unidad. Se debatieron las

ideas más importantes, cómo llevarlas a cabo conforme a la realidad, los recursos y las necesidades asistenciales de las mujeres de nuestro hospital.

CONCLUSIONES TRAS LA REFLEXIÓN CONJUNTA

Los movimientos de la pelvis pueden mejorar los resultados obstétricos y neonatales, no son infalibles dada la idiosincrasia de cada mujer y de cada parto, pero son un recurso favorecedor del proceso de parto eutócico; y lo más importante, que es seguro. No es medible empíricamente cuánto amplían los estrechos de la pelvis los movimientos de la pelvis durante el parto o cómo mejora la progresión del feto a través del canal del parto, pero la evidencia muestra que éstos mejoran los resultados obstétricos y neonatales tanto en el período de dilatación como en el expulsivo. Existen alternativas a la posición supina durante la dilatación y expulsivo, y a la de litotomía en la última fase del expulsivo, que son seguras.

Las mujeres con analgesia epidural que tienen una propiocepción y movilidad reducidas, pueden beneficiarse de nuestro asesoramiento y ayuda para la adopción de posiciones y la realización de movimientos favorecedores del progreso adecuado del parto. La evidencia existente y la experiencia asistencial muestran cómo la movilidad y la adopción de diferentes posiciones es posible, incluso en mujeres con

analgesia epidural, con ayuda; además es seguro y mejora los resultados obstétricos y neonatales.

Para la movilidad de la mujer y la adopción de muchas de las posiciones posibles en el parto no son imprescindibles recursos materiales adicionales a los ya existentes en nuestro hospital. Con los recursos disponibles actualmente no es posible ofrecer a las mujeres todas las alternativas posibles, pero sí muchas de ellas.

La mujer está demandando cada vez más su papel activo en el proceso de parto y quiere decidir. El movimiento y las posiciones que adopta a la hora de parir es una forma a través de la cual las mujeres pueden ejercer su derecho de autonomía. La mujer es la que decide qué posición o movimiento realizar dentro de las posibilidades que garantizan la seguridad, y no los profesionales. El que puedan moverse y adoptar diferentes posiciones durante el parto mejora la autoestima, el sentimiento de autocontrol y la vivencia que las mujeres tienen de su parto. Es lo más importante, ellas lo agradecen, las hacen sentirse mejor y tienen un mejor recuerdo del mismo.

Patricia Esther López Rodríguez
EIR Obstetricia-ginecología. Hospital Virgen de Valme

Francisca Baena Antequera
Matrona, Hospital de Valme y Profesora del Grado de Enfermería de E. U. Francisco Maldonado, Osuna

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón J, Bravo , Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical, retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol y Obstet* 2008; 54: 49-57.
2. Lugones M, Ramírez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana de Obstet y Ginecol* 2012; 38(1): 134-145.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub3.
4. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; Issue 2. Art Nº CD003934; DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
5. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress: *MCN AM J Matern Child Nurs* 2010; 35(2): 72-8.
6. Fenwick L, Simkin P. Maternal positioning to prevent or alleviate distocia in labor. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30(1): 83-9.
7. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Barcelona. La Liebre de Marzo; 1998.
8. Calais-Germain B, Vives N. Parir en movimiento. Las movibilidades de la pelvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2009.
9. Calais-Germain B, Vives N. Los movimientos de la pelvis en el expulsivo. *Matronas Prof* 2010; 11(1): 18-25.
10. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

Noticias y proyectos

NUEVA CONVOCATORIA EIR

Como cada año se ha celebrado el día uno de febrero la examen para acceder a algunas de las especialidades de Enfermería



Aspirantes esperando a ser nombrados para entrar en la sala donde se desarrollará la prueba.

actualmente en vigor y desarrollada. Como novedad este año en número de preguntas ha aumentado hasta 180 más 10 de reserva con cuatro horas para realizarlas. Son unos 17.000 enfermeros los que se presentan con la ilusión de poder optar a una plaza y Matrona sigue siendo la más deseada, pero es cierto que el patrón está cambiando y la especialidad de Enfermería Comunitaria está tomando fuerza. Este año se han reducido las plazas y en total hay 361 para nuestra especialidad. Será el 28 de febrero cuando

se sepan las relaciones provisionales de asignaciones de plazas, en abril la asignación y finalmente en mayo la incorporación de los nuevos residentes.



Tomando asiento antes de realizar la prueba.

CONGRESO FAME

Como sabéis este pasado año la FAME realizó su Congreso con la Asociación Navarra de Matronas. En el se dieron cita unas 500 matronas de toda España. Como viene ocurriendo en todos los eventos que se celebran

un gran nº de matronas andaluzas que acudieron llevando trabajos. De este Congreso se hizo un resumen que se publico en la web. Como conclusión del mismo fue la cantidad de matronas jóvenes que acudieron y que están impulsando a la profesión

dando fuerza y visibilizando nuestra función social. Nos sorprendió el nº de matronas formadas en UD de Andalucía y que están trabajando en otras comunidades esperando que la coyuntura profesional y política les permita volver.

DÍA DE LA MATRONA

Como todos los años, la AAM, quiere celebrar el día de la Matrona realizando un encuentro en el que además de conocimientos adquiramos habilidades y consigamos cambios de conductas para nuestra vida profesional, amén de pasar un rato juntas y discutir problemas que dado los tiempos que vivimos no son pocos.

En este año la Junta apuesta por dos mesas en las que debatiremos sobre legislación y competencias, dejaremos margen para que seáis vosotras, las matronas, quienes decidáis el desarrollo de las mismas. Contaremos con Matronas expertas en esos temas que aclararán las dudas y demandas presentadas y después entre todos los asistentes decidiremos cuál podría ser nuestra actuación.

Después de las mesas tendremos la asamblea de socios para pasar a la comida y por la tarde realizar todos un acto lúdico que nos sirva de unión e intercambio de ideas terminando la

reunión a las 18 horas. Como siempre, este encuentro que tendrá lugar el 26 de abril, se realizará en Antequera, punto neurálgico de Andalucía.

Las Matronas Andaluzas por sus derechos

8,30 Documentación

9,00 -9,30 Bienvenida y organización de la jornada

9,30 - 11,00

- Margarita Fernández Zarate. Matrona. Licenciada en derecho. "Tu práctica diaria dentro de un marco legal." (Uso de Medicamentos, consentimientos informados.)

- Juan Carlos Higuero. Matrona supervisor de la Unidad de Partos H. Costa del Sol.

"El Alta de Matronas en las urgencias obstétricas. Mito o realidad" Por qué no llamamos las cosas por su nombre? ¿Se puede hacer esto? Motivos por los que a veces somos pilotos de noche y azafatas de vuelo de día.

11,00 - 11,30 Café

11,30 - 13,00

- Aroa Vallejo Robledo. Matrona .miembro del Comité Científico de la AAM y Fundadora de la plataforma joven de la AAM "Estrategias a seguir con la administración para reclamar competencias"

- Fátima León Larios. Matrona. Licenciada en Antropología. Profesora de la Universidad de Enfermería de Sevilla.

"Las publicaciones en los congresos y revistas. Investigación o excusa."

Presentación del comité científico de la AAM y de la guía de investigación.

13,00 Fin de sesión y asamblea de socios

14,30 Comida

16,00 Acto lúdico

Os esperamos en este encuentro que quiere marcar un revulsivo en nuestra profesión y que sea la forma de actuar de la AAM en este año.

Sobre como inscribiros y programa os remitimos a nuestra página web.

ORGANISMOS OFICIALES

La AAM tiene pedida una cita con la Consejera de salud para trasladar y pedir soluciones para nuestros problemas en temas tales como el intrusismo, las competencias y la formación. Esta cita se solicitó cuando ocurrió el cambio de gobierno y se ha hablado con el Gabinete de la Consejera varias veces. En estas conversaciones se ha asegurado que próximamente tendremos concedida la cita.

Sabemos que esto solo es el inicio de un nuevo peregrinar de reuniones en reuniones pero esperamos que llegue el momento que consigamos algo. Los pasos hay que darlos largos para conseguir cosas pequeñas.

En el mes de diciembre tuvimos una reunión con el Director del Plan Estratégico de Formación D. Máximo Bernabéu para hablar de la variabilidad existente en la formación de matronas dentro de nuestra Comunidad. De esta reunión salió la posibilidad de realizar acciones formativas para nuestros residentes conjuntamente con la Fundación Salud y Progreso (antes IAVANTE). Para ello está pendiente la formación de un grupo de trabajo para llevar a cabo el proyecto.

Dado el cariz que están tomando nuestras reivindicaciones, se ha filtrado en internet la nueva versión del Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio ante el asombro y malestar

por que nuevamente nos subrogan al médico de familia y añaden enfermeras. Eso cuando se editó la primera versión tenía "su explicación". No había Matronas suficientes para responder a la demanda social. Hoy esto es inadmisibile, por lo que hemos pedido una cita con la Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Esta cita tendrá lugar el 26 de febrero. En el próximo boletín daremos la información pertinente.

Un saludo,
La Junta Directiva

PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AAM

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.
- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas



STAFF

Diseño y Maquetación:
Carolina Sánchez

Comité de Redacción:
Junta Directiva de la Asociación
Andaluza de Matronas

Dirección:
C/ Martínez de León nº2, 1º C
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254
secretaria@amatronas.org
www.amatronas.org

Edición, producción y suscripciones:

Serintusur

C/ Martínez de León nº2, 1º C
41100 Coria del Río - Sevilla

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254
info@serintusur.com

Depósito legal: SE-748-2003
ISSN: 1988-4133



ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.amatronas.org - secretaria@amatronas.org

Recorta y envía este cupón debidamente cumplimentado a la dirección que se indica. Por favor, rellene el impreso a máquina o con mayúsculas.

Nombre y apellidos

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Teléfono

D.N.I. Fecha nacimiento Email

Centro de trabajo

Localidad Provincia C.P.

OBSERVACIONES

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos

Banco / Caja

Localidad Provincia C.P.

Entidad Oficina DC Nº Cuenta

□□□□

□□□□

□□

□□□□□□□□□□

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socia/o, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha:

Firma.

Asociación
Andaluza
de
Matronas®