

CAMBIO EN LA GESTIÓN DE LA AAM

Despedida de una Junta

El pasado día 27 de junio tuvo lugar en el Hotel Meliá Los Lebreros de Sevilla la celebración del Día de la Matrona. Este año, y por diversos motivos, no ha podido celebrarse como desde hace unos años es habitual, durante el mes de mayo.

Al término de la Jornada se realizó también la asamblea anual ordinaria de la Asociación en la que se dio lectura a la memoria del año 2014, al estado de cuentas y se presentó el presupuesto para 2016.

Posteriormente se dio paso a la asamblea extraordinaria para proceder al cambio de Junta Directiva.

Hoy, desde la tranquilidad y la calma de mi casa, sin prisa ni agobio, quiero escribiros estas palabras a todas aquellas personas que a lo largo de estos años habéis formado parte de la AAM y no pudisteis acudir a la Jornada. Juntas hemos podido llegar a donde estamos, por estar aquí hemos podido reclamar a la Administración los derechos de las mujeres y las competencias de las matronas. Hoy día todos saben que existe una Asociación científica que representa a las matronas andaluzas y con la que se cuenta para realización de programas de salud, revisión de competencias etc. Gracias a todas las socias por estar aquí.

Gracias también a todas aquellas personas que a lo largo de estos años habéis coincidido

conmigo en la Junta de la Asociación Andaluza de Matronas de una forma u otra. En estos años ha habido entradas y salidas dentro de la Junta por causas diferentes. Deciros que para mi todas habéis sido el bastón donde apoyarme algunas veces que las fuerzas me abandonaban y el desánimo se hacía dueño de mi persona, en esos momentos siempre había alguien a quien llamar y pedir apoyo. Nunca me he sentido sola, siempre he contado con todas.

Hay una persona a la que no puedo dejar de nombrar y es Casilda, cuando la conocí me cautivó su personalidad de mujer luchadora. Ella fue la culpable de mi implicación en la profesión y la que me metió el gusanillo de lucha por la profesión. Gracias Casilda.

Todos hemos vivido malos y buenos momentos, habéis ido entrando y saliendo de la Junta, he intentado crear una familia entre todos y espero haberlo conseguido.

Dentro de la AAM quedan vuestras huellas y vuestros avances, todos vamos a formar parte de la historia de esta asociación.

Nosotros salimos, y las personas que entran lo hacen con las mismas ganas e ilusión que lo hicimos nosotros un día, necesitan nuestro apoyo y confianza como miembros de la AAM. Nos vamos de la Junta, no de la AAM y la familia que somos seguiremos siéndolo aunque nuestras vidas sigan derroteros diferentes.

Nos vamos de la gestión pero no de la lucha. Estaremos aquí siempre dando la cara por las mujeres y por las matronas. A mí, particularmente,



me seguiréis escuchando mandando cartas a Consejería, intentando que se nos oiga y que sepan todos que existimos, que somos los profesionales mejor preparados para atender a las mujeres y que todo lo que no sea una matrona en la vida de una mujer no oferta los cuidados necesarios a la misma.

A la Junta saliente daros las gracias por vuestra colaboración y desvelos. Sola no hubiera podido hacer nada de lo realizado. Por eso, todo mi agradecimiento y admiración a Antonio, Paqui, Carmen, Teresa, Concha, Alicia, Cristina, Capilla, Manolo, Trini e Isa con una mención muy especial a Isa, mi apoyo especial, quizás por su cercanía y amistad. Tomemos los derroteros que tomemos, se que siempre estaréis ahí. MUCHAS GRACIAS.

A la Junta entrante, daros también las gracias por vuestra valentía y arrojo, sabemos que no vivimos tiempos fáciles y que todo en nuestro camino son obstáculos. La ilusión que traéis os hará fuertes y os ayudará a conseguir nuevos retos para las matronas andaluzas. Se que esta nueva Junta que empieza su andadura continuará haciendo de la AAM una entidad con personalidad propia, dispuesta para ser representante de las matronas andaluzas.

Carmen, Cristina, Paqui, Pepe, Mayka, Aroa, Alicia, Cristina Bru, Antonio, Rosalia, Evangelina y Estefanía, animaros a seguir luchando por nuestra profesión que es la mas bonita del mundo y a no decaer, a resistir los envites de la Administración. Quieren acabar con

nosotros pero vamos a demostrarles que hacen falta algo más que cuatro políticos con aversión hacia nosotros para callarnos y ningunearnos. Las matronas somos luchadoras y como tales vamos a resistir. Tenemos que levantar a las mujeres, que todo el mundo sepa qué hace una matrona y que realmente se haga. Esto lo conseguiremos si estamos unidos, si somos representativos, asociándonos y luchando juntas.

Es necesario que todas las personas miembros de la AAM, continuemos apoyando a la Junta entrante, les esperan grandes retos, pero estaremos todos dispuestos a lo que haga falta.

Un abrazo para todos
M^o Ángeles y Junta saliente



Nueva Junta Directiva

| | | | |
|---|--------------------|--------------------------|------------------|
| M ^o Carmen Rodríguez Soto | Presidenta | Alicia Vega Recio | Vocal de Córdoba |
| Cristina Molina Reyes | Vicepresidenta | Cristina Bru Gutiérrez | Vocal de Granada |
| Francisca Baena Antequera | Secretaría | Rosalía Mancheño Morales | Vocal de Huelva |
| José Manuel Ruiz Plaza | Tesorero | Antonio Herrera Gómez | Vocal de Jaén |
| Rocío Salguero Cabalgante | Vocal de formación | Avelina Izquierdo Larra | Vocal de Málaga |
| M ^o Carmen San Martín Martínez | Vocal de Almería | Estefanía Jurado García | Vocal de Sevilla |
| Aroa Vaello Robledo | Vocal de Cádiz | | |

U nos de los retos que afronta esta nueva Junta es continuar con la preparación y realización del Congreso que cada dos años como viene siendo habitual celebra la AAM.

Los días 10, 11 y 12 el próximo mes de Marzo Sevilla será el escenario del III Congreso Internacional de la Asociación Andaluza de Matronas y VII Encuentro de Matronas en Andalucía, un Congreso para compartir experiencias profesionales, pero también para conocer o volver a visitar una ciudad llena de encantos, con un clima, con un clima que proporciona una cálida bienvenida a sus visitantes.

Tanto desde la Junta de la Asociación como desde los Comités Científico y

Organizador, creemos que el Congreso ofrece la oportunidad de establecer contactos entre todos los profesionales que tienen el cuidado de la Mujer como objetivo y eje de su actividad y para los que la atención su salud sexual y reproductiva tiene una importancia fundamental. Para nosotros este Congreso es muy especial, termina una etapa y empieza otra para nuestra Asociación, por eso hemos querido dar un matiz especial al programa que sirva de colofón de esta etapa que termina.

La evolución en la práctica clínica y el intercambio de conocimientos constituyen la esencia de estos eventos. Nobles objetivos que nos animan a trabajar en pro de un éxito que sin duda auguramos, con un ambicioso y equilibrado programa

que el Comité Científico ha elaborado y que se va a desarrollar bajo la forma de conferencias y mesas redondas en las que abordaremos los aspectos científicos más relevantes no solo concernientes en la salud sexual y reproductiva de la Mujer y a los cuidados fetales y Neonatales, sino también a experiencias vividas por las propias Matronas y los campos donde pueden desarrollar sus actividades profesionales. Para lo que vamos a contar con las aportaciones de internacionales, nacionales y andaluzas de vanguardia, que darán más prestigio, si cabe, al Congreso.

El Evento se celebrará en el hotel Meliá Los Lebreros, un escenario agradable y funcional, en el mismo centro de Sevilla y bien comunicado tanto por avión como por tren o carretera. El marco idóneo para facilitar el intercambio de experiencias profesionales de todas las Matronas que quieran estar actualizadas en sus funciones tanto asistencial, docentes investigadoras y de gestión.

Hemos querido previo al inicio del Congreso ofertar talleres donde los profesionales puedan aprender o recordar técnicas que son valorables y necesarias para nuestro desarrollo profesional, aunque menos utilizadas por nosotras.

Para nosotros como miembros locales de la organización del Congreso es un orgullo ser profetas de nuestra tierra, contar con su presencia y dar a conocer Sevilla a nuestros compañeros del resto de España.

Sevilla nada entre arraigadas tradiciones y el despertar de una ciudad europea y cosmopolita que recibe a los foráneos con los brazos abiertos. Sevilla es actualidad, vanguardia y evolución pero al mismo tiempo: sol y volantes, albero y guitarra española, azahar, folclore y duende. Porque Sevilla está viva te invitamos a descubrirla o a reencontrarla.

Esperamos con ilusión tu visita, con la seguridad de que te sentirás como en casa y con la esperanza de que disfrutes de unos días muy felices y llenos de contenido en nuestra ciudad.

III Congreso Internacional
Asociación Andaluza de Matronas
VII Encuentro de matronas en Andalucía

SEVILLA
10, 11, 12 marzo 2016

IDENTIDAD Y PROYECCIÓN

SECRETARÍA TÉCNICA
SERINTUSUR
TLF.: 954 776 916 - FAX: 955 290 254
WWW.SERINTUSUR.COM/CONGRESOAAAMSEVILLA2016
CONGRESOAAAMSEVILLA@SERINTUSUR.COM

Sede: Hotel Meliá Lebreros

Asociación Andaluza de Matronas

<http://serintusur.com/congresoAAMsevilla2016>

III Congreso
Internacional
Asociación Andaluza de Matronas
VII Encuentro de matronas en Andalucía
IDENTIDAD Y PROYECCIÓN

10, 11 y 12 marzo 2016

JUEVES 10

10,00 - 14,00 **Talleres**

1. Taller sobre investigación: Presentación en congresos
2. Taller sobre urgencias obstétricas
3. Taller de masaje infantil
4. Aplicación y retirada del método anticonceptivo Implanon©
5. Conocimiento y uso del Método Sintotérmico, una alternativa para parejas que desean una planificación familiar natural
6. El parto en casa, acercamiento a su atención
7. Detección y atención en la consulta de mujeres afectadas por maltrato

JUEVES 10

Tarde

15,30 h Recogida de documentación

16,30 h Inauguración a cargo de la Presidenta del Congreso y autoridad política de la ciudad de Sevilla

17,00 h **Conferencia inaugural.**
IDENTIDAD DE LA MATRONA Y PROYECCIÓN DE FUTURO
Prof. Cecily Bergley. Matrona, doctora y profesora de la Escuela de Matronas y Enfermeras Trinity College. Dublín

17,30 h **Mesa redonda.**
FAVORECIENDO EL DESARROLLO PSICOAFFECTIVO FETAL Y DEL RN.

- Estimulación prenatal.
 - Estimulación del RN para un neuro-desarrollo sano.
- Ramón Mendoza.** Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación.

18,30 h. Descanso

19,00 h. **Defensa de comunicaciones (orales y pósters).**

20,00 h Fin de la jornada

VIERNES 11

Mañana

- 9,00 h **Defensa de comunicaciones (orales y pósters)**
- 10,30 h **Ponencia**
FACTORES ASOCIADOS A LA MODIFICACIÓN DEL SUELO PELVICO DURANTE EL EMBARAZO
Dra. Rosa Oña. Ginecóloga experta en patologías del suelo pélvico
- 11,00 h Descanso
- 11,30 h **Mesa redonda**
NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA Y REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO
- Abordaje especializado de las disfunciones del suelo pélvico.
Ana Martinson. Enfermera uroterapeuta especialista en incontinencias urinarias y anales, vejiga y suelo pélvico por la Universidad de Gotemburgo.
 - Variabilidad y utilidad de los diversos dispositivos en el mercado para la rehabilitación y tratamiento del suelo pélvico.
- 13,00 h **Defensa de comunicaciones (orales y pósters)**
- 14,00 h Almuerzo de trabajo

Tarde

- 16,00 h **Defensa de comunicaciones (orales y pósters)**
- 17,00 h **Ponencia.**
LAS MUJERES Y LAS MATRONAS CAMINAN JUNTAS
Mercedes Martín. Matrona. Premiada en el 2014 con el Premio Meridiano
- 17:30 h Descanso

- 18,00 h **Mesa redonda.**

OTRAS COMPETENCIAS Y FUNCIONES

- La Matrona y la cooperación
Casilda Velasco. Matrona. Voluntaria de Médicus Mundi Andalucía.
- El acompañamiento de la Matrona en los grupos de Mujeres
Carmen Rodríguez. Matrona de Atención Primaria.
- Al respecto de la salud sexual y reproductiva: necesidades Asociación de la Mujer con Discapacidad Luna.

- 19,30 h Debate y fin de jornada

- 21:00 h Cena del Congreso

SÁBADO 12

- 9,00 h Defensa de Pósters
- 10,00 h. Café
- 10,30 h **Mesa redonda**
- En primera fila...
- 12,00 h **Conferencia de clausura.**
ALIMENTA TUS SUEÑOS. COMBATE POR TUS IDEAS
Paco Pérez Valencia. Escritor y Director de la Universidad Emocional.
- 13,00 h Entrega de premios
- 13,30 h Clausura y fin del encuentro

RESUMEN

Actualmente el número de infectados por VIH está en aumento, debido principalmente a que no se están poniendo medios de protección a la hora de mantener relaciones sexuales. La infección por VIH en la mujer embarazada, requiere un tratamiento y unos cuidados especiales que serán llevados a cabo por la matrona durante todo el embarazo.

Dentro del proceso de atención al embarazo, está incluido el screening del VIH que se realiza a toda mujer embarazada, con la finalidad de detectar aquellos casos no diagnosticados y poder ponerle tratamiento.

Es por todo ello, que la matrona debe estar preparada y formada para poder prestar estos cuidados especializados. Con este artículo queremos dejar reflejado los cuidados que requieren estas pacientes mediante la planificación de un plan de cuidado estandarizado al que individualizaremos en cada caso en concreto después de realizar la valoración.

ABSTRACT

Currently the number of HIV infected is increasing, mainly because they are not putting means of protection when having sex. HIV infection in pregnant women, requires special care and treatment to be carried out by the midwife throughout pregnancy.

Within the process of care during pregnancy, is included HIV screening is performed to all pregnant women, in order to detect those undiagnosed cases and to put treatment.

It is for this reason that the midwife must be prepared and trained to provide these specialized care. With this article we want to leave reflected the care required by these patients by planning a standardized care plan that individualize each particular case after performing the assessment.



PALABRAS CLAVES

Gestante, VIH, Cuidados, Matrona

KEYWORDS

Pregnant, HIV, Care, Midwife

INTRODUCCIÓN

Etiología

El virus del VIH es un lentivirus de la familia de los retrovirus, del cual se han identificado dos tipos: VIH-1, el más frecuente que conduce al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el VIH-2 principalmente en habitantes del África Occidental, es más indolente pero también termina en SIDA. (1)

Epidemiología

Actualmente 16.6 millones de mujeres conviven con el virus del VIH en el mundo, y alrededor de 600.000 niños se infectan anualmente.

Patogenia

En el momento de la infección, la partícula viral se une a las células huésped susceptible, que incluyen a los linfocitos T, monocitos, macrófagos y células de la microglía. Afortunadamente el estado gravídico no parece alterar la evolución de la infección por VIH, ya que si bien es

cierto que se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto. (1,2)

En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad crónica, la incidencia de patología obstétrica se mantiene dentro de la prevalencia esperable. Sin embargo en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario el riesgo de complicaciones infecciosas se incrementan.

En cuanto a la transmisión vertical es importante puntualizar que es una de las vías de contagios más estudiadas, estudios que arrojan que en más del 50% de las ocasiones se produce en el periodo de periparto.

Los factores obstétricos que favorecen la transmisión vertical son los siguientes: (2)

- Parto prematuro.
- Infección ovular.
- Contacto fetal con secreciones cervicovaginales o sangre.
- La Cesárea electiva reduce en un 50% la transmisión en comparación con el parto vaginal.
- Rotura prematura de membranas.
- Bajo peso al nacer.

Diagnóstico

El diagnóstico del VIH se basa en la detección de anticuerpos específicos contra antígenos virales. Para su screening se utiliza el método ELISA y para la confirmación de la infección se utiliza la técnica Western blot.

Como hemos dicho, las pruebas más frecuentes que se usan en adultos dependen de la detección de anticuerpos IgG contra el virus. Durante el embarazo, la IgG materna cruza fácilmente la placenta hacia la circulación fetal, donde persiste hasta los 18 meses después del nacimiento. (3)



Tratamiento

La finalidad del tratamiento antiretroviral durante el embarazo es por una parte reducir la carga viral materna a niveles indetectables y por otra disminuir el riesgo de la transmisión vertical.

Los tratamientos durante el embarazo deben ser individualizados dependiendo del tratamiento previo de la mujer, estado actual de la paciente y su motivación, carga viral, recuento de linfocitos CD4. Se recomienda la utilización de Zidovudina ya que es la única droga que ha demostrado su eficacia en proteger al feto de la transmisión vertical. ⁽⁴⁾

El tratamiento que se utiliza durante la fase de parto y posparto para

disminuir el riesgo de la transmisión vertical es la combinación de AZT + Lamivudina (reduce en un 38% el contagio) y el Nevirapine (reduce en un 50% la transmisión). ⁽⁵⁾

Con respecto a la vía de parto, actualmente existe suficiente evidencia que la operación de cesárea electiva disminuye

aproximadamente a la mitad la probabilidad de contagios al recién nacido y esta debe ser indicada a las 38 semanas de gestación para evitar que se inicie el parto. ^(4,6)

Otras de las medidas recomendadas es la suspensión de la lactancia materna ya que incrementa el riesgo de un 15-20%.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente estamos viendo un repunte de casos de VIH en España y en general en todo el mundo. Debido a este motivo, es más frecuente que nos podamos encontrar con una gestante VIH+ y es por ello que debemos estar preparados y formados para poder prestar unos cuidados de calidad.

Con este artículo queremos dejar reflejado los cuidados necesarios que demandaría una paciente con esta patología.

OBJETIVO

Elaborar un plan de actuación de la matrona, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes portadoras e infectadas por el virus del VIH.

METODOLOGIA

Este artículo se centra en la revisión sistemática basada en la evidencia científica existentes en:

- Las principales bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cuiden, Scielo.
- Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión.
- Recomendaciones de la SEGO sobre el tratamiento del VIH
- Protocolos de actuación de varios hospitales de la provincia de Cádiz y Sevilla.

RESULTADOS

Tras el estudio y la revisión de las principales bases de datos y bibliografía consultada hemos realizado un plan de cuidados estandarizados basándonos en la Taxonomía NANDA. El plan de cuidados que se debe llevar a cabo con la gestante que presenta infección por VIH es el siguiente: ^{7,8,9}

PLAN DE CUIDADOS: TABLA I

| DIAGNÓSTICO | OBJETIVO (NOC) | ACTIVIDADES (NIC) |
|--|---|--|
| <p>(00093) Fatiga</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Estados de la enfermedad | <p>(0007) Nivel de Fatiga</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio actividad/reposo. • Actividades de la vida diaria • Estado de ánimo deprimido | <p>(0180) Manejo de la energía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente. • Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga. • Ayudar a la paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto. • Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. • Determinar los déficits en el estado fisiológico de la paciente que producen fatiga. |

PLAN DE CUIDADOS: TABLA II

| DIAGNÓSTICO | OBJETIVO (NIC) | ACTIVIDADES (NOC) |
|---|--|---|
| <p>(00146) Ansiedad</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contagio interpersonal amenaza para el estado de salud | <p>(1211) Nivel de ansiedad</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad verbalizada. Inquietud. Fatiga. Trastorno del sueño | <p>(5820) Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. Proporcionar información objetiva. Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso. <p>(5230) Aumentar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponer de un ambiente de aceptación. Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener. Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión) Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos del cuidado enfermero. Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo emocional. |

PLAN DE CUIDADOS: TABLA III

| DIAGNÓSTICO | OBJETIVOS (NOC) | ACTIVIDADES (NIC) |
|---|--|---|
| <p>(000) Riesgo de infección</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inmunosupresión Enfermedad crónica | <p>(1902) Control del riesgo</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sigue las estrategias del control del riesgo seleccionadas. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. Supervisa los cambios en el estado de salud <p>(1905) Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliza los sistemas sanitarios sociales para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Cumple el tratamiento adecuado para las enfermedades de transmisión sexual. | <p>(6550) Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar una ingesta nutricional adecuada. Fomentar la ingesta de líquidos. Enseñar al paciente a evitar infecciones. Informar de la sospecha de infecciones al personal sanitario. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. <p>(6610) Identificación de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel educativo. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y enfermeros. Planificar las actividades de disminución del riesgo. <p>(6800) Cuidados del embarazo de alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo. Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. Instruir a la paciente a llevar a cabo técnicas de autocuidados. |

PLAN DE CUIDADOS: TABLA IV

| DIAGNÓSTICO | OBJETIVOS (NOC) | ACTIVIDADES (NIC) |
|---|--|---|
| (00162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud | (1601) Conducta de cumplimiento Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Comunica seguir la pauta prescrita. • Refiere los cambios de salud a un profesional sanitario. • Monitoriza la respuesta al tratamiento. • Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción. | (5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la orientación en la realidad por parte del paciente. • Vigilar el estado emocional de la paciente. • Facilitar la aceptación de la realidad. • Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad. (5520) Facilitar el aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. • Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida. • Simplificar la información importante. • Repetir la información importante |

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente el número de infectados por VIH está en aumento, debido a que no se están llevando las medidas preventivas adecuadas en las relaciones sexuales. Aproximadamente 16 millones de mujeres conviven con VIH en el mundo, y alrededor de 600.000 niños se infectan anualmente.

Debido a este nuevo repunte de infectados, debemos estar preparados y formados para poder actuar cuando nos encontremos con un caso. Nuestro trabajo no solo irá encaminado al cuidado de las personas infectadas, sino también a la prevención.

Durante el control del embarazo, todas las mujeres pasan por el cribado del VIH con el fin de detectar la

infección, ya que en muchas ocasiones son portadoras de esta de manera desconocida. Cuando esto ocurre, las mujeres pasan a requerir un tratamiento y unos cuidados especiales, con la finalidad de reducir, a valores indetectables, el número de copias y tratar así de evitar la transmisión vertical de la infección.

Después del parto, las mujeres VIH + suelen vivir, durante los primeros meses una situación de ansiedad extrema, debido a la incertidumbre que existe en el contagio del recién nacido. Tendrá que pasar al menos 18 meses para saber si existe contagio o no. Durante este tiempo, la mujer requerirá apoyo emocional directo y continuo, el cual será prestado en todo momento por la matrona y el personal de enfermería.

En este artículo hemos presentado un plan de cuidados estandarizado al que habrá que individualizar en cada caso en concreto, después de realizar una valoración exhaustiva de la paciente, ya que las necesidades entre una gestante y otra con esta patología pueden llegar a ser muy diferentes.

Francisco José Navarro Bernal. Matrón. Hospital U. Puerta del Mar

Almudena Barroso Casamitjana. Matrona. Hospital SAS Jerez

Ana María Peralta Domínguez. Matrona. Hospital U. Puerto Real

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Usandizaga J.A., De la Fuente P: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Madrid. McGRAW-HILL-Interamericana.2004
- 2.-Cabero Roura L. Infecciones de transmisión vertical durante el embarazo. Barcelona. Ed. Mayo. 1999.
- 3.-Fabre E. Manual de asistencia a la patología obstétrica. Zaragoza. Editorial: E. Fabre. 1997
- 4.-Carrera J.M., Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Perinatal del Instituto Dexeus. 4ª Edición. Barcelona. Masson. 2006;
- 5.-Guay LA, Mosuke P, Fleeming T. Intrapartum and neonatal single dose zidovudine compared with AZT for prevention of mother to child transmission of HIV-1. Lancet 1999.
- 6.-Wiegner Marceana, CoppiUlmar. Gestante VIH positivas: Calidad de vida después del diagnóstico. Nursing 2011. 14 (163)
- 7.-Sparks Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heather Herdman, Lavin M A. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier. 2004
- 8.-Moorhead S, Johnson M, Maas. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
- 9.-Dochterman JM, Bulechek G. Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.

RESUMEN

La finalidad de esta revisión bibliográfica de la literatura fue analizar la producción científica entre 2005 y 2015 de estudios empíricos en la temática de ansiedad en las fases prenatal y posnatal en los nacimientos pretérmino. Los resultados demostraron que altos niveles de ansiedad y estrés prenatal fueron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y comportamentales en la infancia y la adolescencia. Se verificó la relación entre la ansiedad materna y depresión posparto. La detección y evaluación de la ansiedad materna es importante para identificar riesgos en la salud mental y en el desarrollo del niño y para establecer de forma precoz medidas de intervención multidisciplinarias que ayuden a prevenir el problema.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los embarazos duran entre 37 y 42 semanas, siendo la fecha promedio de parto 40 semanas tras la gestación. Sin embargo, no todos los niños nacen dentro de estos límites. Los que nacen antes de las 37 semanas de gestación reciben el nombre de prematuros. De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud), se considera recién nacido prematuro al niño cuyo parto tiene lugar entre las semanas 22 y 36 tras la amenorrea materna. Si hablamos de datos referidos a nuestro país, podemos observar cómo en la última década el número de bebés que nacen prematuramente ha crecido. Así, los datos referidos a partos prematuros entre 1996 y 2012 han aumentado un 36% según el Instituto Nacional de Estadística. En 2011 nacieron en España 30.998 prematuros, lo que supone un 6.8% de todos los nacimientos (INE).

Hoy en día, las probabilidades de supervivencia de los niños prematuros ha ido creciendo, gracias fundamentalmente a los avances en el cuidado prenatal y a los enormes progresos de la Neonatología en los últimos 25 años (Sebastiani y Ceriani, 2008). En los países desarrollados todos los niños que nacen antes de tiempo o nacen con un problema grave al nacimiento son ingresados de forma inmediata en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Los cuidados neonatales han ido desarrollados y mejorados a lo largo de los años. Hoy en día, la mayoría de las unidades neonatales trabajan por favorecer la promoción de la lactancia materna, el método piel con piel y los cuidados centrados en el desarrollo. Las instalaciones de las UCIN permiten que la asistencia prestada cumpla con las necesidades fisiológicas y psicosociales de los neonatos, padres y familias. En casi todas ellas, los padres pueden tener acceso a sus recién nacidos las 24 horas del día, independientemente del nivel de cuidados que se les practique a su hijo; es más deben ser alentados a participar de forma activa en los cuidados de sus recién nacidos.

Los progenitores que tienen un hijo ingresado en la UCIN se ven de forma repentina en una situación que dista mucho de la que habían proyectado. Todos sus sueños acerca de su proyección con su bebé se ven truncados y se encuentran totalmente envueltos en un escenario imprevisto, inundados de miedos, confusión y con



estado de permanente duda sobre cuáles son las decisiones que se deben tomar en esos primeros momentos. No cabe duda que ante una situación así los padres interpretan que se enfrentan a un entorno peligroso o amenazante, al tiempo que juzgan que sus recursos personales no bastan para afrontarlas con garantías de éxito, y es entonces cuando aparece el estrés.

Es por ello que el papel de los profesionales que trabajan dentro de una Unidad Neonatal es de suma importancia para el buen desarrollo, adaptación y tratamiento del recién nacido; así como de la adaptación de los padres a su nueva etapa en unas circunstancias un tanto especiales como lo son tener a un bebé prematuro. A pesar de que médicos, matronas y enfermeras guían a los padres en todo momento del ingreso del bebé tanto en paritorio como en la UCIN, y siempre tratando de no añadir dramatismo a la situación ya de por sí difícil de cada niño, es inevitable que en una situación así los padres se encuentren en riesgo de sufrir estrés y ansiedad. A los progenitores se les exige en muy poco tiempo que se adapten y acepten un trance muy complicado, porque no es solamente aprender y

asumir una realidad, sino también tomar conciencia de la posibilidad de enfrentarse a secuelas a largo plazo, de modo que una consecuencia lógica es la aparición de estrés y ansiedad.

En general, los síntomas del estrés y la ansiedad son similares y se manifiestan con tensión física y emocional, o bien con irritabilidad, imposibilidad de concentrarse en nada, mal humor, incapacidad de responder, o de ofrecer resistencia, entre otras. Si la situación de ingreso en la UCIN se alarga, tanto la madre como el padre pueden llegar a sufrir un aumento de palpitations, sudoración, mareos, vértigos, dolor de cabeza, dificultades respiratorias, etc. Esto no es otra cosa que la ansiedad, es decir, un miedo ante una situación que no tiene base racional. De modo que la ansiedad viene a implicar una preocupación extrema por un suceso o acontecimiento vivido, pero con el agravante de que si el estrés es intenso y prolongado es cuando mayor probabilidad exista para desarrollar una depresión.

Los Cuidados Centrados en el Desarrollo comprenden un conjunto de intervenciones específicas e individualizadas para obtener un adecuado crecimiento y maduración neuroconductual del pretérmino, disminuyendo su estrés. Comprende una serie de intervenciones dirigidas a optimizar tanto el macroambiente (luces, ruidos, etc) como el microambiente en que se desarrolla el niño (postura, manipulación, dolo), pero desde nuestro punto de vista, lo trascendente es que también convierte a los padres, sus futuros cuidadores, en participantes activos de todo el proceso desde el momento mismo del nacimiento (Hack, 2010 y Perapoch, 206). Se trata de entender al recién nacido y a su familia como un unidad,

disminuyendo el estrés y la ansiedad de todas las partes. El cuidado de la familia llega a cobrar tanta importancia a como el cuidado del paciente (Perapoch, 2006 y Maguire, et. 2009).

MÉTODO

Se procedió a una búsqueda de artículos indexados en las bases de datos electrónicas (MedLine, Cochrane y PubMed). Se realizó una revisión bibliográfica con las siguientes palabras claves: mother OR maternal OR family AND anxiety AND premature OR preterm AND UCIN OR NICU. Se buscaron artículos en inglés y en español. Se limitó la búsqueda a artículos publicados entre los años 2005 y 2015. Tras la revisión de todos los artículos se descartaron aquellos cuyos objetivos eran incompatibles con el tema de esta revisión. Definitivamente revisamos..... artículos.

RESULTADOS

Tras una lectura crítica de los estudios seleccionados pasamos a detallar las conclusiones obtenidas.

A pesar de que en la mayoría de las unidades de neonatología se permite la libre entrada de los padres a cualquier hora del día, precisamente una de las mayores dificultades a la que se enfrentan los padres en la UCIN es la dificultad para tener contacto físico permanente con su bebé. Al respecto, y debido a estas dificultades, en los padres se presentan sentimientos fluctuantes de tristeza, culpa, fracaso e impotencia al tener la sensación de "no poder hacer nada para ayudar a su hijo" y "no sentir a mi hijo como propio sino como un ser desvalido y distante de mí". La separación diaria de su hijo cada vez que vuelven a casa con esas sensaciones también afecta

a la comunicación y comprensión de las explicaciones que el equipo de médicos y enfermeras intenta hacer llegar a esos padres. Es pues que la Atención centrada en la familia se percibe como algo fundamental, desde el punto de vista de la protección, para satisfacer las necesidades de tipo físico y emocional de los niños hospitalizados, de sus madres y familias.

Numerosos estudios demuestran que el método piel con piel puede actuar como factor protector de la ansiedad en los progenitores. Fegran, Helseth y Fragermoen (2008) entre otros, mostraron el cambio que en los padres supuso mantener el contacto piel con piel, pues de verles manifestar, al nacer su hijo, sentimientos de ineficacia y caracterizar la situación de su ingreso en la UCIN como algo subrealista y extraña, pasaron a tener sentimientos radicalmente contrarios como haber tenido la posibilidad de mantener un contacto piel a piel de forma precoz con su bebe.

Dado que las madres de los niños prematuros suelen tener sentimientos de culpabilidad y ansiedad, lo que se busca con este Método es que esos sentimientos se compensen de alguna manera que lleguen a sentir que están completando la gestación y que ofrecen a sus hijos el mejor cuidado que pueden darles y un medio de formar un vínculo afectivo. Las madres de niños ingresados en la UCIN sufren de estrés, independientemente del motivo del ingreso, el estado socioeconómico bajo de la madre u otra experiencia previa similar. Pero una vez que aparece la reacción de estrés la persona no deja de realizar valoraciones. En esas reevaluaciones, persiste en el análisis de las consecuencias de la situación y de los recursos de que dispone para

afrontar los problemas. Desde luego, la persona que puede cambiar su reacción, tanto para que la situación se agrave como para que mejore en función de las nuevas circunstancias que se produzcan. De ahí la importancia de que se intervenga para que al menos no puedan darse condiciones de agravamiento.

Por otro lado, varios estudios, entre ellos el de Carter, Muller, Bartram y Darlow, 2005, destacan que el ingreso de un recién nacido en la UCIN produce en los padres estrés, ansiedad y en algunas ocasiones puede llegar a desarrollar depresión en algunos de ellos.

Se sabe que en la primera semana del nacimiento del bebé los padres de estos niños ingresados en la UCIN se muestran más ansiosos y deprimidos en comparación con los padres de los recién nacidos a término (Ulvund y Dahl, 2006). La situación empieza cuando los progenitores no pueden entrar en contacto físico ni visual con su hijo. Esa dificultad que supone encontrarse "aislados" de su bebé recién nacido es una fuente de estrés porque no puede ni siquiera entrever que es lo que le puede estar sucediendo. En estos momentos ambos padres suelen estar solos en la habitación de posparto sin la presencia de su bebé, en ocasiones además, escuchando el llanto de otros bebés que están en las habitaciones cercanas. De aquí deriva la importancia de que la matrona esté preparada para ayudar a los padres de niños prematuros a afrontar la situación desde el momento del parto hasta mostrando apoyo en el posparto.

En un estudio realizado por Carter, et al. (2005), transcurrido un mes desde el nacimiento de su bebé, las madres de los niños de la UCIN, en comparación con las madres del grupo control, obtuvieron puntuaciones más altas entre otras cosas, en depresión,

ansiedad y en comportamientos obsesivo-compulsivos. Así mismo, tres años después del nacimiento de su bebé, los padres de niños ingresados en la UCIN seguían manifestando un nivel más alto de estrés en comparación con los del grupo control. Por eso debemos reiterar que de las numerosas reacciones que genera el ingreso de un bebé en la UCIN, existen algunas que dificultan más su integración para el cuidado del bebé, el estrés y la ansiedad. Una de las causas que suele hacer que el estrés no disminuya progresivamente



y tarde en desaparecer, según relatan los progenitores, es porque tienen que enfrentarse, cuando vuelven cada día a su casa, a ver que todo lo que tenían preparado (la habitación del bebé, la ropa, los utensilios, juguetes, etc.) de momento no les sirve; y en el caso de tener otro hijo, enfrentarse a las preguntas que éste les hace sobre su hermanito, sin saber que responder. Por su lado, las madres destacan sufrir por tener que sacarse la leche en casa sin su bebé en ella. Según relatan, les resulta muy penoso despertarse cada tres horas sabiendo que la leche que se extraen no va a ser consumida de forma inmediata por su bebé en casa, sino que tendrá que esperar a volver al hospital. Todas estas situaciones inesperadas, hacen que se acentúe el grado de estrés y ansiedad. Por todo

ello es de importancia que la matrona de atención primaria actúe dando apoyo a la vuelta de los padres al domicilio.

Diversos estudios, tanto desde las teorías del apego, como desde la psicopatología del desarrollo, han coincidido en confirmar la influencia de las representaciones maternas y los modos de vinculación temprana madre-bebé en el despliegue de las competencias o capacidades cognitivas, emocionales y relacionales del infante. (González Serrano, 2009)

El parto prematuro trae como consecuencia la irrupción del infante en la vida mental de la madre en el momento en que ella todavía posee representaciones de su bebé imaginario, agravado por el hecho de que se trata de un bebé inmaduro o enfermo, o con riesgo.

Se entiende que los padres de niños prematuros son susceptibles de presentar estrés como consecuencia de la imposibilidad de ejercer el rol de padres, debido a la internación del prematuro a los horarios restringidos de las unidades de cuidados intensivos. Esto provoca una crisis de un fuerte impacto emocional. La incapacidad de darle una resolución a esta crisis, puede generar respuestas patológicas como por ejemplo,

continuar con la negación, estrés, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas, hostilidad por ira o sobreprotección en el niño.

Los nueve meses de embarazo permiten a los futuros padres y al bebé la oportunidad de prepararse tanto biológica como psicológicamente para el nacimiento, y en un proceso que se viene denominando "anidación psicológica". La preparación psicológica supone un proceso de adaptación cognitiva, en las representaciones sobre el futuro hijo y sobre sí mismos como padre y madre, pero también supone una adaptación afectiva e instrumental, en los aspectos prácticos que requiere la aparición de un nuevo miembro en la familia. Los estudios sugieren que entre el séptimo y noveno mes de gestación se produce un cambio en las representaciones de la madre con respecto al bebé, donde éstas se vuelven menos específicas y ricas, lo que supone una forma de protección intuitiva hacia el futuro bebé, y hacia sí misma, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé representado con excesiva especificidad.

El nacimiento de un niño prematuro genera una situación de crisis psicológica en la familia, principalmente en la madre. Se interrumpe el proceso de anidación psicológica de los padres y el recién nacido, debido a la necesidad de ambos del periodo de tiempo de nueve meses de gestación (Ruiz et. Al. 2006), que en estos casos no se ha cumplido. Los padres se encuentran con un embarazo acortado, una ruptura y una separación inicial que implica a menudo la imposibilidad de tocar o ver a su hijo, y con un bebé en peligro de muerte y bajo el riesgo de sufrir anomalías y secuelas (González Serrano, 2009)

En el caso del parto pre-termino, el periodo que rodea y al nacimiento es caracterizado por un sentimiento de irrealidad en el que las madres son confrontadas con la brutalidad del nacimiento y con la no posibilidad de actuar según los comportamiento esperables, agravado por la ausencia del infante a su lado (González Serrano, 2009)

Con respecto a los programas de intervención para disminuir el estrés materno de madres con niños prematuros el estudio realizado por Shaw RJ (2014) a través de un ensayo controlado se llegó a la conclusión que una breve intervención de 6 sesiones en base a principios de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma fue eficaz en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros. Las madres mostraron un aumento de los beneficios a los 6 meses de seguimiento, lo que sugiere que continúan haciendo uso de las técnicas adquiridas durante la fase de intervención. Por otro lado Ruiz y colaboradores (2005) desarrollaron un Programa de Intervención Psicológica Transdisciplinario y Multifactorial para aplicar el recién nacido prematuro o de muy bajo peso al nacer y a sus padres. Este programa se encuentra compuesto por dispositivos terapéuticos. En el intervienen profesionales de diversas disciplinas (pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares, psicólogos etc) y es multifactorial porque no se centra únicamente en el bebe si no también en los padres y los otros hijos, teniendo en cuenta el estado afectivo que pueden manifestar los padres durante el periodo de internación del proceso vivido. Los resultados arrojados por estudios demuestran que permite reducir el estrés y la depresión materna de manera significativa (Ruiz et al. 2005)

CONCLUSION

Debido a lo expuesto en la presente revisión bibliográfica sobre el estrés sufrido por madres de RN prematuros, se considera gran importancia la capacitación de profesionales de la salud, entre ellos enfermeras especialista en pediatría y matronas; así como la puesta en practica del desarrollo de estrategias de intervención que se encuentren centradas en lograr el bienestar de las madres y de las familias.

Es necesario contar con espacios de apoyo y reflexión con profesionales a disposición de las madres donde puedan expresar sus sentimientos, contribuyendo de esta manera a desarrollar y a fortalecer estrategias de afrontamiento. Esta idea engloba el concepto que el foco de atención no sea solo el bebé prematuro sino también la madre. Se señala la importancia de crear programas de intervención específicos para aplicar en las madres con posterioridad al alta del bebé internado por medio de los cuales reciban entrenamiento en el desarrollo de creencias maternas funcionales, estrategias de afrontamiento, desarrollo de recursos el personales, técnicas de respiración en función de disminuir el nivel de estrés, todo ello con el objetivo de promover el bienestar personal y el de su hijo.

Retomando el objetivo del presente estudio, se verificó que la presencia en los altos niveles de ansiedad en madres, independientemente de la condición del nacimiento del bebe y del momento de la evaluación se constituyo en un factor potencial de riesgo para el equilibrio emocional materno así como para el desarrollo del niño, considerando inclusive el periodo fetal. La identificación en los niveles de ansiedad materna

permite que medidas de intervención precoz sean adecuadamente implementadas.

Por todas las situaciones que se dan a lo largo del ingreso del niño prematuro en la UCIN es importante que todas las personas que están atendiendo al niño proporcionen a los progenitores una atención integral. Para ello, es preciso conocer la situación familiar de cada niño ingresado, con el fin de que la atención sea individualizada. Es decir, debemos examinar sus antecedentes, preocupaciones, miedos, etc.; para poner en marcha un programa de intervención. Y desde el principio es esencial crear un clima de confianza y comprensión para que los progenitores se sientan arropados y entendidos por la situación que están pasando. En este sentido, los profesionales casi deben

ser un miembro más de la familia en estos momentos tan críticos. De aquí destaca la importancia de que trabajemos y desarrollemos la intervención dentro de un equipo multidisciplinar: pediatras, enfermeras en pediatría, matronas de paritorio, posparto y atención primaria.

Se podrían abrir nuevas líneas de estudio para determinar qué porcentaje de madres de niños prematuros no son entendidas durante el posparto por su matrona debido a la imposibilidad por tener que estar con el recién nacido en la UCIN, cuántas madres padecen ansiedad y depresión posparto sin que sean atendidas en el posparto inmediato, planta y al alta al domicilio; con el fin de establecer intervenciones conjuntas matronas y enfermeras especializadas en

pediatría hospitalarias y de atención que permitan una atención global y de calidad de la diada madre-bebe. Tenemos un reto por delante, en un precioso campo muy necesitado de nuestra presencia y atención; un trabajo dentro de un equipo multidisciplinar que favorecerá la calidad de la atención prestada y la satisfacción de las familias.

Cristina Quirós

Córdoba Matrona Residente
Hospital Valme.

Cristina Villafafila

Quintana Enfermera
especialista en Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaw RJ, St Hohn N, Lilo E, Jo B, Benitz W, Stevenson DK, Horwitz SM (2014) Prevención del estrés traumático en madres de prematuros: los resultados de 6 meses. *Pediatría*, 134 (2)
2. García F, Eimil B, Cuellar I, Palacios I (2013) El estrés materno en la organización del Vínculo Madre- Bebé prematuro de bajo p82008eso. *Clínica Contemporánea*. Vol 4 nº2, 171-183
3. Leoneti L, Emilia A, Martins MB, (2008). Contenido Verbal expresado por las madres de bebés prematuros con síntomas emocionales clínicos. *Enfermagem*, 16(1)
4. Hack, M. (2010). Care of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 123(4), 1246-1247
5. Sebastiani, M. y Ceriani, J.M. (2008). Aspectos bioéticos en el cuidado de los recién nacidos extremadamente prematuros. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(3), 242-248.
6. Perapoch, J., Pallás, C., Linde, M.A., Moral, M.T., Benito, F., López, M., Caserío, S. y de la Cruz, J. (2006). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales Españoles de Pediatría*, 64(2), 1329.
7. Maguire, C.M., Walther, F.J., Van Zewieten, P.H.T., Le Cessie, S., Wit, J.M., Veen, S. and Leiden Developmental Care Project (2009). Follow-up outcomes at 1 and 2 years of infants born less than 32 weeks after newborn individualized developmental care and assessment program. *Pediatrics*, 123, 1081-1087.
8. Fegran, L., Helseth, S. y Fagermoen, M.S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-6
9. Carter, J. D., Mulder, R. T., Bartram, A. F. y Darlow, B. A. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 90(2), 109-113
10. Thoppil, J., Riutcel, T.L. y Nalesnik, S.W. (2005). Early intervention for perinatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1446-8.
11. Smith, A.B., Hefley, G.C. y Anand, K.J. (2007). Parent bed spaces in the PICU: effect on parental stress. *Pediatrics Nurse*, 33(3), 215-21.
12. Poobalan, A., Aucott, L., Ross, L., Smith, W., Helms, P. y Williams, J. (2007). Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *The British Journal of Psychiatry*, 91, 78-86.

En este número, esta página también toma un protagonismo especial, ya que el 27 de junio se produjo el traspaso de Junta de la Asociación Andaluza de Matronas. Las elecciones celebradas según el calendario electoral previsto por la Junta electoral, sólo tuvo la presentación de una candidatura liderada por la Vocal de formación y tesorera en funciones de la anterior Junta, M^o del Carmen Rodríguez Soto.

La Junta de la AAM queda como sigue:

Nueva Junta Directiva

| | | | |
|---|--------------------|--------------------------|------------------|
| M ^o Carmen Rodríguez Soto | Presidenta | Alicia Vega Recio | Vocal de Córdoba |
| Cristina Molina Reyes | Vicepresidenta | Cristina Bru Gutiérrez | Vocal de Granada |
| Francisca Baena Antequera | Secretaria | Rosalía Mancheño Morales | Vocal de Huelva |
| José Manuel Ruiz Plaza | Tesorero | Antonio Herrera Gómez | Vocal de Jaén |
| Rocío Salguero Cabalgante | Vocal de formación | Avelina Izquierdo Larra | Vocal de Málaga |
| M ^o Carmen San Martín Martínez | Vocal de Almería | Estefanía Jurado García | Vocal de Sevilla |
| Aroa Vaello Robledo | Vocal de Cádiz | | |

Los contactos con cada una de ellas se han actualizado en la web

www.aamatronas.org

Así mismo, y con motivo de la celebración del día de la Matrona, que este año se tuvo que aplazar por motivos diversos de los miembros de su Junta, se aprovechó para realizar

una formación que actualizara a las matronas en un tema que es competencia de las mismas pero que esta bastante olvidado, "Menopausia y Climaterio". Durante toda la

mañana profesionales expertos en este tema pusieron de manifiesto los avances en los tratamientos y consejos de vida saludable para la mujer actual.

NOTICIAS DE LAS PROVINCIAS

Queremos, en esta nueva etapa, hacer un especial énfasis en los hechos que acontecen en las provincias de nuestra Comunidad, por ello si existen estas procederemos a publicarlas en el apartado que vamos a denominar NOTICIAS.

Así, en este número publicamos dos artículos realizados por nuestros compañeros de Jaén y de Granada.

INTRUSISMO EN JAÉN

Las diferencias interprovinciales en Atención Primaria con respecto al número de matronas, es clara y evidente, encontrándonos en Sevilla unas 60, y en Córdoba y Almería sólo con 4 para toda la provincia. Esta relación hace patente las grandes diferencias existentes entre Andalucía Occidental y Oriental con respecto a la atención prestada en salud sexual y reproductiva a las mujeres andaluzas. Andalucía cursa con el ratio más bajo a nivel nacional, de alrededor 4 matronas por cada 100.000 mujeres, muy por debajo

de todas las comunidades autónomas restantes. En el ámbito hospitalario también presenta un ratio de los más bajos (entre 4,99-16,21 matronas por cada 100.000 mujeres), frente al 22,9 por cada 100.000 mujeres que es el ratio nacional. En la historia de la profesión de matrona en España hay que destacar que hubo un período de adaptación del programa formativo de la especialidad al Real Decreto 992/1987, en el que se tardó casi una década en promulgar el nuevo plan de estudios, dando lugar a que España fuera denunciada por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea con resultado de sentencia condenatoria, ya que se habían cerrado las Escuelas de matronas. Esta dejadez en funciones del Equipo de Gobierno Español ha provocado inicialmente en parte, el hecho de cubrir transitoriamente los puestos de matrona, por otros profesionales, como médicos de familia y enfermeras de cuidados generales, en perjuicio de la profesión de matrona. Todo esto a pesar de que la matrona está

reconocida a nivel internacional en todos los sistemas sanitarios, en los que se considera una figura esencial en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Así lo respaldan organizaciones internacionales como la OMS, la ICM, la FIGO, la Unión Europea y el mismo Ministerio de Sanidad.

Las competencias exclusivas de las matronas y enfermeras las regula actualmente la Orden de 26 de abril de 1973, aún vigente, donde la atención al embarazo, parto y postparto normal es exclusiva de la matrona. La vulneración de la legislación vigente, vendría a cometer un delito de intrusismo profesional entre ambas profesiones. Existen ya sentencias firmes al respecto en nuestros juzgados, con una jurisprudencia clara y decisiva (Auto de la Audiencia Provincial de Madrid (Sección 6^a), núm. 443/2013 de 31 de mayo), donde deja patente que la monitorización fetal es una competencia exclusiva de las matronas.

Con este panorama que arrastra la profesión desde hace años, nos encontramos con situaciones de intrusismo laboral, tales como ocurre en la provincia de Jaén. En dicha provincia, la consulta de alto riesgo obstétrico y la de control de bienestar fetal de los hospitales de Jaén y Úbeda, son atendidas por enfermeras de cuidados generales, sin especialización en Enfermería Obstétrico-ginecológica (matrona). Estos hechos fueron notificados al Comité Legal de la Asociación Andaluza de Matronas (AAM) por matronas conocedoras de la situación, y se cursaron ambas denuncias a las respectivas Direcciones de Enfermería, por el procedimiento establecido por el

Comité. Nos consta, que existen más reclamaciones a dichas Direcciones de Enfermería por varias matronas, de forma paralela. Si bien es cierto, que en el Hospital de Jaén, se mantuvieron reuniones con la vocal provincial y la Dirección del centro, hasta la fecha no se han hecho modificaciones de la situación. La Dirección del Hospital de Úbeda no se ha puesto en contacto con la AAM, ni ha contestado a la reclamación presentada sobre el hecho. No obstante, en el mes de Junio, se citaron en una reunión, la Delegada de Salud de la provincia de Jaén, el gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén, la vocal provincial de la AAM, y un miembro del Comité Legal,

para denunciar la escasez de matronas de Atención Primaria en la provincia de Jaén, entre otros temas, y se expuso la preocupación del colectivo de matronas por los casos de intrusismo laboral, y el derecho de las usuarias a ser atendidas por personal sanitario cualificado.

Sin duda, la lucha por la ocupación de los puestos de matronas en las instituciones sanitarias es una reivindicación de largo recorrido del colectivo, y la AAM, seguirá en esta línea reivindicativa, junto a las matronas y mujeres andaluzas.

Antonio Herrera

Vocal de la AAM de Jaen

NINGÚN CENTRO DE SALUD SIN MATRONA, NINGUNA MUJER SIN MATRONA.

Con criterios de reducción de costes económicos, que no de calidad, de resultados en salud o de satisfacción profesional o del usuario/a, además de la congelación de sueldos y del incremento de jornada laboral en casi treinta días al año, el actual gobierno español impuso una tasa de reposición de plazas vacantes en los servicios públicos esenciales, como la sanidad, del 10 %. Esto ha provocado un progresivo descenso de los profesionales sanitarios públicos y, más específicamente, de matronas en atención primaria y en los hospitales.

En Andalucía, el agravio ha sido aún mayor. Pues, el gobierno autonómico de Andalucía, con la excusa de tener que ajustarse a dicha tasa de reposición impuesta desde Madrid, pero querer favorecer el empleo, ha ofertado contratos al 75% de jornada. Pero no ha dado más contratos, sino que ha asfixiado más a los trabajadores y trabajadoras. Esto ha provocado

en los hospitales andaluces una alta sobrecarga laboral.

Pero aún es más sangrante en atención primaria. La reposición del 10% de las plazas vacantes por jubilación o baja laboral ha sido una amortización encubierta de plazas de matrona en los centros de salud de Andalucía. Actualmente y según la actual legislación andaluza, la matrona pertenece al dispositivo de apoyo del distrito y no al equipo básico de atención primaria. Acogiéndose a eso, la Consejería de Salud Andaluza pretende la reducción de las matronas hasta dejar una por distrito sanitario y que todo el programa de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer y su familia sea llevado por médicos de familia y enfermería.

Para que se entienda lo de la amortización encubierta de plazas con un ejemplo: en el distrito metropolitano de Granada y distrito de Granada, en tres años, de las doce matronas que había, se han jubilado seis. De esas seis matronas, no sale ninguna plaza para la próxima convocatoria de concurso de traslados. Una de las plazas

correspondía a los pueblos de Padul, Durcal y Alhama, pueblos con una dispersión geográfica de unos 30 km. Otra plaza correspondía a La Zubia, Cajar y Monachil, con una población superior a 30.000 habitantes. Si estas dos plazas de matronas jubiladas que atendían a 6 pueblos no se cubren, la administración deja al descubierto la atención por matronas del 100% de la población de 6 municipios. Pero para el distrito sanitario es que no podían acogerse a la reposición del 10% porque solo eran dos matronas. La solución: la atención de las gestantes por médicos de familia que hasta ese momento no llevaban el control del embarazo.

Desde la asociación andaluza de matronas (AAM) se han presentado escritos de protesta ante esta situación y tenido reuniones con los responsables del distrito sanitario, con el delegado provincial de salud y con los directivos del SAS a nivel de Sevilla y, por otro lado, algunas gestantes de forma individual, han presentado escritos. De forma conjunta, matronas y gestantes hemos recogido firmas para la

reposición de la matrona de La Zubia, Cájar y Monachil. Todo ello, ha conllevado a que después de más de dos años y medio, nuevamente la población de La Zubia tenga matrona desde mayo de este año. Habrá que estar pendiente de la renovación de dicho contrato cuando éste se extinga el próximo mes de enero.

La administración sanitaria andaluza, quiere recluir a las matronas a los paritorios. Sin embargo las matronas somos las profesionales sanitarias más adecuadas y mejor calificadas para atender a la mujer en relación a su salud reproductiva

y sexual en atención primaria. Dicha cualificación está reconocida por organismos tan importantes como la OMS, el ministerio de sanidad español. No dejemos que los intereses ocultos de unos pocos vayan en contra de una profesión sanitaria y, especialmente, en contra de la atención de calidad de las mujeres andaluzas. Nuestro mayor aliado son las mujeres y es a ellas a las que debemos dar a conocer todos los beneficios que nuestra atención sanitaria les reporta a ellas y sus familias, deben conocer nuestras competencias, más allá de

la atención al parto o del control de embarazo y son ellas las que junto a nosotras, deben reclamar a la administración una atención de calidad dada por matronas en los centros de salud.

Ningún centro de salud sin matrona.

Ninguna mujer sin matrona.

Cristina Yolanda Molina Reyes.

Vicepresidenta de la AAM

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@aatronas.org
www.aatronas.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.aatronas.org - secretaria@aatronas.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.

A sociación
A ndaluza
de
*M*atronas®