

La humanización entre la Costa del Sol y la Axarquía

El recorrido de costa a costa y su interior hacen de los profesionales sanitarios los principales pilares del desarrollo de las funciones asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de educación e información sanitaria.

A las matronas, atendiendo a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y como componentes del equipo multidisciplinar del que formamos parte, dedicándonos al cuidado de la mujer y su familia, nos corresponde participar activamente en proyectos que puedan beneficiar su salud y su bienestar en situaciones de salud y de alto riesgo, especialmente en el campo de la prevención de anomalías, de educación sanitaria, de investigación y de la continuidad en los cuidados entre los distintos niveles asistenciales en todos los ámbitos de los cuidados integrados en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Nuestra guía de actuación tiene que ser el servicio a la sociedad, el interés y salud de las mujeres, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por nuestra profesión conforme a la legislación vigente, y de los criterios de norma praxis o los usos generales de la profesión.

Nuestro ejercicio profesional debe llevarse a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la citada Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico. Para ello, es preciso la unificación de criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deben ser usados de forma orientativa, como guía de decisión para todas y todos los profesionales de un equipo, y deben ser actualizados con la participación de las personas que lo aplican.

De todo el colectivo de matronas es sabido la importancia de lo descrito anteriormente (extraído de artículos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las

Profesionales Sanitarias y del objetivo de la Subcomisión Provincial de Cuidados en el Área de Embarazo, Parto y Puerperio –SCPCAEPP- de la Provincia de Málaga). Pero, ¿hasta dónde deseamos llegar?; ¿nos creemos que el potencial que poseemos nos puede hacer ejercer nuestra profesión autónomamente?; ¿sabemos que el equilibrio está en trabajar diariamente conjuntamente con los obstetras en paralelo?.

Las respuestas a estas preguntas debe ser motivo de reflexión, para así crecer aún más como profesionales que trabajan en pro de la sociedad y del desarrollo de la profesión.

La unidad y el objetivo común tienen que consolidarse con el aspirar a más, con no tener miedo a aceptar hoy nuevas responsabilidades que antaño eran parte de la labor diaria de la matrona; hay que recuperar el espíritu de aquella matrona que con menos medios tenía más capacidad de decisión. Ahora gozamos, y estoy convencido que seguiremos gozando, de una muy buena formación académica y clínica; además, legalmente estamos facultados para, dentro de nuestras funciones, realizar cualquier actuación que estén contenidas en protocolos, guías y vías clínicas. Si, como escribe Casilda Velasco en la memoria 1997-2007, hace más de 10 años se despegó gracias al trabajo de tres amigas y al papel tan importante del apoyo de las mujeres para el cambio y la mejora de nuestra profesión, si se ha cobrado altura y si estamos bien reconocidas, ¿por qué ahora no nos proponemos un salto mayor?: Autonomía profesional.

En Andalucía se han conseguido grandes logros en la Humanización de la Atención Perinatal gracias al trabajo de muchos profesionales: Úbeda y Huerca-Overa abrieron brecha. Tras ellos, cada vez somos más los hospitales que trabajamos para establecer estrategias que mejoren dicha Atención.

Actualmente en Málaga, desde Ronda a Marbella, de Antequera a la Axarquía, pasando por el Clínico y el Materno-Infantil y junto a todos sus Distritos Sanitarios se está trabajando en esta línea a través de la Subcomisión de Cuidados de Área de Embarazo, Parto y Puerperio.

Esta Subcomisión tiene como principales funciones:

- 1.-Establecer canales de comunicación necesarios para garantizar la continuidad de cuidados entre atención primaria y especializada.
- 2.-Coordinar la normalización de la práctica clínica a nivel provincial para disminuir su variabilidad.
- 3.-Constituirse como instrumento de análisis de calidad y mejora permanente.
- 4.-Lograr la participación activa de los profesionales en la gestión clínica.
- 5.-Facilitar la implantación y el funcionamiento del proceso asistencial.
- 6.-Establecer canales de comunicación necesarios entre profesionales con el fin de facilitar medidas encaminadas a la Humanización de la Atención Perinatal.

Paralelamente, se han facultado a las matronas de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol y se está trabajando para facultar a las del Hospital Comarcal de la Axarquía, para que puedan, autónomamente, ingresar o permitir la salida del Centro a aquellas gestantes a término de bajo riesgo que estén o no de parto, respectivamente. Esto puede hacerse extensible a cualquier Maternidad siempre que exista unificación de criterios entre todas las categorías profesionales y además, todas las mujeres podrían beneficiarse de permanecer, independientemente del hospital que las atienda, el tiempo imprescindible para la evolución del nacimiento de su futuro bebé.

Por todo ello, debemos concienciarnos de que nuestro futuro profesional tiene que proyectarse en la mejora continua de la calidad de los cuidados ofrecidos a las mujeres y sus familias; debemos, a su vez, no poner límites a nuestras aspiraciones y debemos conseguir que todas las mujeres y sus familias sean atendidas de la misma forma.

Estamos ante una ocasión histórica inmejorable para superar las anteriores deficiencias organizativas, integrando a todos los profesionales, servicios y directivos en una directriz única.

Juan Carlos Higuero Macías
Vocal de Málaga de la AAM

Procedimiento de matronas para ingresos y egresos de gestantes de bajo riesgo.

El ingreso por pródomos de parto en gestantes a término, es el que más se repite en Obstetricia. Tras estos ingresos, existe un porcentaje considerable de altas por falso trabajo de parto/falsos pródomos de parto. Estos términos sirven como estrategias para liberar al médico o la matrona del peso de una decisión.

Los ingresos sistemáticos e innecesarios, aumentan el estrés de la mujer y aumenta progresivamente el deterioro del estado de ánimo.

Actualmente, el ingreso de cualquier gestante de bajo riesgo es una función delegada que realiza la matrona, pero la salida no está recogida en ningún procedimiento, por lo que dicho egreso depende exclusivamente del obstetra.

Para optimizar los ingresos y salidas de gestantes de bajo riesgo, es necesario un procedimiento dinámico y específico para matronas que defina procesos, cometidos y acciones para reducir la ansiedad materna por ingresos innecesarios y/o prolongados.

Objetivos generales:

- Evitar ingresos innecesarios/precoces de gestantes de bajo riesgo por falsos pródomos de parto y sospechas de bolsas rotas.
- Potenciar la presencia, autonomía y desarrollo de las actividades propias de las matronas en la asistencia hospitalaria.

Objetivos específicos:

- Evitar la ansiedad materna derivada de hospitalizaciones prolongadas.
- Implicar a las matronas para la elaboración de procedimientos y buenas guías de práctica clínica.
- Motivar a las matronas para que utilicen en su práctica diaria la evidencia científica.
- Instaurar esta estrategia como desarrollo para la implicación y motivación de las matronas.

Sujetos:

Mujeres embarazadas entre 37-41 + 4 semanas de amenorrea de curso normal y bajo riesgo.

Metodología:

Revisión bibliográfica, elaboración según normas de la Comisión de Procedimientos de Enfermería del Hospital Costa del Sol; informe jurídico del procedimiento en base a la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias realizado por Fco. Subirón, abogado del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga; creación de soporte informático; pilotaje y puesta en marcha.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Independientemente del motivo de consulta, la valoración y evaluación inicial de las gestantes será común en todos los casos.

Atendiendo al motivo de consulta de la embarazada, el procedimiento marcará las pautas a seguir en cuanto al ingreso o egreso de la misma, pero previamente definiremos unos conceptos que se prestan a la ambigüedad.

Inicio del trabajo activo de parto: La gestante en fase activa de parto quedará ingresada por la matrona en el área de partos y su cuidado será a cargo de la misma y, atendiendo si la gestante desea un parto de baja intervención (parto normal) o dirigido por epidural, se establecerán las pautas al resto de categorías profesionales, según marcan la Vía Clínica de Atención al Parto del Hospital Costa del Sol.

Inicio del trabajo latente de parto (PRÓDOMOS DE PARTO): Este grupo de gestantes serán ingresadas y podrán controlarse en la unidad planta de hospitalización, hasta la fase activa del parto. Si la gestante desea irse se le puede autorizar a marchar pero se le aconsejará que vuelva en un plazo no superior a dos horas, para así realizar una nueva valoración.

Falso trabajo de parto/ falsos pródomos de parto: Estas mujeres podrán regresar a casa para esperar el comienzo de parto.

Actuación de la matrona ante el ingreso/ egreso según motivos de consulta:

1. Manchado:

Si no se aprecia ni sangrado activo ni leucorrea, la matrona podrá encontrarse con las siguientes posibilidades:

- Expulsión del tapón mucoso de Hoffmeier:* Motivo de egreso de la gestante.
- Sangrado no fluido, escaso, espeso de color rosado o trazas rojas mezclado con moco o tapón mucoso:* La matrona realizará RCTG y tacto vaginal y decidirá el ingreso en el área de dilatación/parto o en la planta de Obstetricia, si está en trabajo activo o latente de parto, respectivamente. Si este sangrado escaso se acompaña de una valoración global por parte de la matrona que cumple los criterios de normalidad y no hay signos de pródomos o trabajo activo de parto, la gestante podrá ser beneficiaria del egreso (ver expulsión tapón mucoso).
- Secreción vaginal:* La gestante podría salir del Hospital.
- Moco cervical:* La gestante podrá abandonar el Hospital.
- Pérdida de líquido:* Si la matrona al examinar a la mujer observa pérdida franca de líquido confirmará bolsa rota e ingresará a la mujer en la planta de maternidad si es una rotura prematura de membranas (RPM), o la ingresará en el box de dilatación/parto si está en fase activa de parto.



2. Contracciones dolorosas:

La presencia de contracciones dolorosas o no es un dilema para decidir si una embarazada ingresa o no en una maternidad. Nosotros actuaremos según la interpretación que la mujer haga de su dolor, para ello se medirá éste mediante la "escala visual analógica del dolor" (EVA), basado en la política del dolor vigente en la actualidad en todo el Hospital Costa del Sol.

Ni el dolor, ni las modificaciones cervicales, ni la frecuencia de la dinámica uterina por sí solas podrían ser suficientes como para decidir si una mujer ingresa o no. La matrona deberá explicar qué ocurre y si cumple criterios de egreso la mujer podrá regresar a casa. No es fácil disipar el antiguo temor a los dolores del parto en cualquier gestante, pero la matrona realizará un esfuerzo para que la madre comprenda que el parto es un proceso fisiológico normal. Para eliminar la perjudicial influencia del temor durante el parto, la matrona destacará las ventajas del "parto normal", "parto de baja intervención" o "parto natural", pero advertirá, para no crear falsas expectativas, que no se pretenderá que el parto pueda llevarse a término libre de dolor o que deba carecer de ayudas anestésicas, si así lo desea la mujer. A la madre se le indicará que experimentará dolor en alguna medida aunque sea soportable, y que si es necesario se emplearán otros medios analgésicos.

Si el cuadro de miedo-ansiedad-tensión no se resuelve, la madre podrá quedar ingresada hasta el día siguiente.

A modo de guía, sirva la siguiente tabla como referencia para la matrona para decidir si una gestante puede esperar en casa hasta que el parto se inicie.

Las variables de esta tabla son número de contracciones cada 10 minutos, EVA y test de Bishop.

EVA			
	0 - 4	5 - 6	7 - 10
Menos de 2 contracc. / 10 min	Egreso	Egreso Si Bishop < 7	Ingreso
2 contracc. cada 10 min.	Egreso Si Bishop < 7	Egreso Si Bishop < 4	Ingreso
Más de 2 contracc. / 10 min.	Egreso Si Bishop < 4	Ingreso	Ingreso

3. Sangrado:

La matrona ante una gestante que acuda refiriendo sangrado, salvo que sea evidente y venga con la ropa y/o piernas manchadas, deberá actuar de la siguiente manera:

- Obtener información (anamnesis) sobre el episodio agudo.
- NO REALIZAR NUNCA TACTO VAGINAL NI RECTAL, hasta que se haya descartado PP/DPPNI y hasta que no esté preparada la eventual intervención, con los medios necesarios para atender una hemorragia severa y las complicaciones maternas y perinatales.
- Breve historia clínica.
- Constantes
- Exploración abdominal (valorar contracciones, tono, irritabilidad a la palpación, etc.)
- Maniobras de Leopold.
- Medir altura uterina y hacer señal sobre el fondo, no sólo para valorar la edad gestacional, sino también para determinar si el útero crece rápidamente ante la hemorragia oculta de un DPPNI.
- Auscultar FCF iniciando la monitorización apropiada si late entre 120 y 160 lat./min.
- Hacer exploración vaginal con espéculo:
 - Si se aprecia sangrado activo: Avisar al obstetra y actuar como una "hemorragia severa". INGRESO HOSPITALARIO.
 - Si se aprecia sangrado en fondo de saco vaginal: Avisar al obstetra y pasar a realizar RCTG, cursar hemograma, coagulación, grupo, Rh y reservar tubos de sangre por si el obstetra decide reservar sangre total o concentrado de hematies. Canalizar vía periférica (catéter venoso de 18G como mínimo) y mantener salinizada. El ingreso de la gestante será decidido por el obstetra.
 - Si se aprecia sangrado no fluido, escaso, espeso de color rosado o trazas rojas mezclado con moco o tapón mucoso: Ingreso o egreso de la gestante según consta en el apartado "Motivos de consulta: 1-Manchado, apartado b)", descrito anteriormente.
- Registrarlo todo por escrito.

4. Ausencia de movimientos fetales:

La matrona realizará los ocho pasos de la valoración y evaluación inicial pero, independientemente que todo salga normal, no permitirá el egreso hasta valoración por el obstetra de guardia o por el de Hospital de Día Obstétrico.

Es frecuente asociar ausencia o disminución de movimientos fetales en determinadas patologías, tales como por ejemplo oligoamnios.

Si el obstetra no está disponible en ese momento y el RCTG es normal, la matrona ingresará a la gestante, informando al obstetra y registrando todo lo realizado en la historia.

Si la gestante estuviera de parto se dejará evolucionar, según marca las vías clínicas del parto y, por lo tanto, quedará ingresada en el box de dilatación/ parto/puerperio.

5. Sospecha de bolsa rota:

En posición ginecológica, se introduce el especulo hasta que aparezca completamente el cervix. Expuesto el cuello, se observa la salida espontánea de líquido. Si es líquido, resbala por el labio posterior hasta la vagina. Si es moco no "se mueve del cuello" a pesar de estar brillante.

Si no vemos salir líquido, pedimos a la mujer que tosa y si no sale líquido movilizamos con la mano la presentación a modo de maniobra de Leopold pero en posición ginecológica. Y puede ocurrir que tampoco veamos fluir y ni gotear líquido alguno.

Es entonces cuando continuamos con las siguientes pruebas:

- Determinación del pH en fondo vaginal posterior
El pH de la secreción vaginal en el embarazo debe ser ácido, por encima de 6. El del líquido amniótico es de 7. En general se considera que si el pH de la secreción vaginal es superior a 6.5 estará contaminado por líquido amniótico.(11).
- Amnisures (12).
Si el pH no vira a alcalino se realizará esta prueba cualitativa rápida que no requiere instrumental y permite detectar líquido amniótico in vitro en la secreción vaginal de gestantes. Será utilizada por obstetras y matronas que deseen detectar rotura de membranas fetales en mujeres con sospecha de dicha rotura. Cubre casos difíciles en los que no resulta evidente una salida visible de líquido amniótico (las llamadas roturas subclínicas o fisuras de bolsa).Es una prueba rápida con tira reactiva que puede detectar una rotura de membranas y proporciona un diagnóstico preciso de la RPM. Ante un amnisure con resultado negativo, la gestante no tendrá por qué ingresar.

CONCLUSIONES:

- La condición de una mujer en cualquiera de las fases del parto en la que se encuentre debe evaluarse desde un punto de vista emocional y físico, relacionándose ambas con el número de horas/días que permanezca en el Hospital.
- Este procedimiento implica el reconocimiento de las funciones de las matronas, legal y académicamente autónomas en procesos como el embarazo, parto y puerperio.
- Se trata de un protocolo hospitalario aceptado por la Dirección Médica, que faculta a las matronas dentro de sus funciones a realizar las actuaciones contenidas en él, conforme a los artículos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias."
- Es una herramienta que refuerza a las matronas como gestoras sanitarias más idóneas en el campo de salud de la mujer.

-Este procedimiento es una herramienta más, que permite a las matronas evaluar a la mujer desde un punto de vista integral.

**Juan Carlos Higuero Macías. Matrona.
Supervisor asistencial área obstétrica,
Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).**

Bibliografía

- 1.-Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2ª ed. 2005. (Sevilla).
- 2.-Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia. Monitorización fetal intraparto. S.E.G.O. (2004).
- 3.-Manual del residente de Obstetricia y Ginecología. Tomo I. L.Cabero Roura. Comité editorial. (1997).
- 4.-Obstetricia. J.González Merlo; J.R. del Sol. 4ª edición. Masson-Salvat Medicina. (1992).
- 5.-Enfermería: Enfermería Maternal. Serie manuales de Enfermería. Masson-Salvat Enfermería. Gloria Seguranyes Guillot. (1993).
- 6.-Asistencia activa en el parto. K.Driscoll; D. Meagher; P. Boylan. 3ª edición. Mosby. (1996).
- 7.-Protocolo de Medicina Materno-Fetal (Perinatología). L. Cabero Roura; M.J.Cerqueira. 2ª edición. Ergon. (2000).
- 8.-Tratado de Obstetricia y Ginecología: Obstetricia. Pedro Ación. 2ª edición. Ediciones Molloy. (2001).
- 9.-Protocolo de trabajo de parto. Hospital Costa del Sol. Marbella. (1994).
- 10.-Seminario de matronas 10 de Marzo de 2003: Actuación de la matrona en el área de partos. Hospital Costa del Sol.
- 11.-Rotura prematura de membranas. Pruebas diagnósticas. Un enfoque práctico. A.Nogales Pérez. Médico en Obstetricia y Ginecología. (1999).
- 12.-Amnisure: Análisis de la rotura de membranas fetales. Instrucciones de uso para diagnóstico in vitro. (2006).
- 13.-Monografías médicas. Fundamentos y técnicas de monitorización fetal. Manual de iniciación al uso e interpretación de la monitorización fetal preparto e intraparto. Enrique Gálvez Hernández. Editorial científica-médica. (1982).
- 14.-Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ginebra. 1999. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- 15.- Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud.Punto 5. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Pleno 79. Madrid, 10 de Octubre 2007.
- 16.- Nueva legislación Sanitaria Española. Presente y futuro de los profesionales de la salud. Colegio Oficial de Enfermería de Málaga. Editorial MAD. Primera edición, diciembre 2004.
- 17.- Informe jurídico solicitado por el Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga (D. Juan Antonio Astorga) al letrado D. Francisco Souvirón. Málaga 4 de julio de 2007.
- 18.- Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto. Guía para Obstetras y Médicos. Departamento Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. O.M.S. 2000. Traducción en español en 2002 por la Organización Panamericana de la Salud.
- 19.- Protocolo sobre la Política del dolor del Hospital Costa del Sol de Marbella.
- 20.-Objetivos de la Asociación Andaluza de Matronas. Estatutos.



Mª Ángeles Álvarez Soriano. Trabajando por y para la Sociedad

Nace en Sabadell, provincia de Barcelona. Recibe su formación como Matrona en el Clinic de Barcelona. Enamorada de Málaga. Hoy día, matrona supervisora del área de partos del hospital comarcal de la Axarquía. Su trayectoria es la de una profesional incansable, luchadora e incombustible que trabaja por y para la sociedad. Una mujer afortunada e inteligente, que como ella dice: "cree en lo que hace, sabe lo que quiere, vive lo que siente y cuando trabaja lo hace actuando con evidencia y buenas prácticas". Con una intensa vida laboral, formativa e investigadora y, hallándose, en la plenitud de su carrera, sigue aportando con su esfuerzo líneas de mejora social y profesional. Con rigor, constancia y carácter busca la excelencia en la calidad sanitaria.

Gran amiga, consejera, maestra y reconocida profesionalmente, Mª Ángeles Álvarez Soriano, fiel a sus principios, nos transmite en esta entrevista cuáles son sus inquietudes y proyectos para la sociedad y la matrona.

¿Cuándo y dónde comenzaste a trabajar como matrona?

En el año 1980, en un pueblecito de Tarragona (Montblanc).

¿De qué etapa de tu vida profesional contarías más historias?

La verdad es que cada día podría contarte algo, no se cómo lo hago, siempre parece que debe sucederme alguna cosa, aún hoy.

Aunque la etapa en la que te podría contar más anécdotas fue en los años que trabajé en Montblanc, tal vez porque fueron diferentes. Aún me acuerdo cuando el señor Emilio me venía a buscar a altas horas de la madrugada, cuando una mujer tenía contracciones y yo iba con una motocicleta. Y las charlas que dábamos a las mujeres y familias de todos los pueblos de la Conca del Barberà detrás de la iglesia, ya que había una sala que siempre nos la prestaba el cura.

¿Cómo crees que ha evolucionado la "matronería" desde tus inicios como profesional a día de hoy?

Es curioso cómo, a veces, dejando pasar el tiempo parece que vuelve a aparecer. Cuando finalicé mis estudios en Barcelona me marché a un pueblecito, como te comentaba al principio, allí empecé a realizar partos a domicilio. Cosa impensable en los años 90, y hoy vuelve a ser solicitado por la mujer.

¿Por qué?

Debe quedarnos claro que se puede realizar una labor perfecta, porque hemos de creer firmemente que: "para tener éxito, no hay que hacer cosas extraordinarias, hay que hacer cosas sencillas extraordinariamente bien, basándonos siempre en la evidencia científica y en el respeto". Y la evolución la va marcando el tiempo.

¿Qué nos queda a las matronas por alcanzar?

Creo que más que alcanzar sería empatizar, con nosotras mismas, con la sociedad y sobre todo con las mujeres. Deberíamos saber aliarnos con ellas y realizar una gran revolución, donde pudiésemos aprender a darles su protagonismo, su autonomía, su deseo, en definitiva: "SU PARTO".

Es muy importante también que sepamos ayudar a esas parejas a que su sueño lo vean realizado con profesionales implicados en ayudarles a compartir las mejores decisiones tomadas. Se deben realizar prácticas beneficiosas de manera selectiva, debiendo tener un compromiso, tanto ginecólogos como matronas, para llevar todo el proceso con evidencia científica, sin olvidar también la implicación que conlleva a todos los profesionales de manera multidisciplinar: la monitorización individualizada, evaluada e interpretada para el diagnóstico; la inducción al parto, sopesando la relación entre riesgo-beneficio; la estandarización de las prácticas clínicas en cuanto a información y nuevas técnicas; la eficacia del diagnóstico adecuado, y todo ello siempre consensuado. Debemos aprender a trabajar inter-niveles, ese es el motor de avance más importante. Hemos de dar a nuestras ciudadanas la misma información y realizarle las mismas intervenciones.

La gestión,...¿la gran olvidada?

Si me pongo a pensar, siempre me ha gustado la gestión, aún más cuando sabes que es desde ahí, desde donde se puede impulsar el cambio. Las matronas deben estar gestionadas por matronas, nadie mejor que ellas y ellos saben lo que la mujer, el recién nacido/a y la propia familia necesitan. La matrona gestiona desde su formación y una vez obtenida su titulación, gestiona diariamente tal vez sin darse cuenta. Gestiona el tiempo, recursos humanos y materiales, ¿te parece poco?. Debe ser consciente de ello. Hemos de reconocer que los profesionales que nos dedicamos a la gestión, tenemos que ser líderes, ya que la función que tenemos dentro de nuestro Sistema Sanitario Público Andaluz y en el marco de la Gestión por Procesos requiere, en este sentido, un gran esfuerzo e implicación.

"Desde la Gestión hemos de ser capaces de conseguir que sea la matrona quien realice los ingresos y egresos de las gestantes de bajo riesgo, en todos hospitales de Andalucía".

¿Qué papel ha tenido, tiene y tendrá el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales en el Sistema Sanitario de Andalucía?

Es muy importante el logro del reconocimiento que hemos tenido a través de la Agencia de Calidad. Las matronas por primera vez están dentro de las Sociedades Científicas. Somos el colectivo que más se está acreditando en estos momentos. Hemos de ser conscientes de que somos profesionales

serios trabajando, y que además tenemos mucha responsabilidad. Traer un hijo, hija al mundo debe ser y es un hecho feliz. La matrona sabe, ella/ él debe creérselo, cuando eso suceda, entonces comprenderá lo que es el empoderamiento, y esa fase la inició el programa de acreditación.

¿Alguno de tus proyectos?

Como matrona y supervisora del área de partos del H.C. de la Axarquía consolidar el proyecto de humanización perinatal, establecer las bases para que la asistencia correcta al parto de baja intervención sea una realidad en nuestro medio.

Desde la Vicepresidencia de la Asociación Andaluza de Matronas trato de implicarme al máximo con ella; son de suma importancia las líneas de trabajo que nos marcamos. Como bien sabes, es para mí, importante estar con y al lado de las Políticas Sanitarias y la Sociedad. La Matrona debe hacerse Ver.

Llevar a la práctica el Decálogo de la Asociación Andaluza de Matronas.

Trabajar en consenso para definir las Competencias, que deben otorgar a la Matrona la autonomía necesaria para crecer, avanzar y dar la respuesta oportuna a las necesidades que surgen tanto en Atención Primaria como en Especializada.

Desde la Presidencia de la Subcomisión Provincial de Cuidados en el Área Embarazo, Parto y Puerperio. (SCPCAEPP) garantizar y coordinar la continuidad de cuidados intra e inter-niveles integrados en el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio para la normalización de la práctica clínica y la disminución de su variabilidad.

Como antropóloga acercarme a las personas y detectar sus necesidades.

Por último, ¿qué te llevarías a una isla desierta y qué dejarías en casa?

Libros, sobre todo papel y lápiz, sabes que me encanta escribir. Y dejaría los recuerdos.

Deseo dar las gracias a todas y cada una de las personas que han formado y forman parte de mi vida personal, sentimental y laboral por ayudarme a estar donde estoy hoy y ser lo que soy.

Entrevista realizada por:
Juan Carlos Higuero Macías
Vocal de Málaga de la AAM

Nosotras y nosotros avanzamos, tú también

El nacimiento de un hijo es o debe ser una de las experiencias más gratificantes de la vida. "Hagámoslo posible, todas y todos juntos".

Si las/os matronas incorporan su "empoderamiento" llevado a cabo con buenas prácticas y evidencias científicas, las/os ginecólogas/os podrán también avanzar realizando otras intervenciones que estarán encaminadas a la mejora de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida.

Este artículo va inmerso en un proyecto que no es más que la justificación del porqué y para qué realizamos una serie de intervenciones. Me gustaría que sirviese para "reflexionar" sobre cómo matronas y ginecólogos hemos de caminar en la misma dirección y con el mismo sentir, junto con todo el equipo multidisciplinar que forma parte del proceso embarazo, parto y puerperio. Y también, poder trabajar en beneficio de la salud de las familias.

Somos conscientes de que toda sociedad avanza cada día más. Hemos de avanzar nosotras y nosotros también incorporando medidas que se ajusten a las necesidades de las demandas de esta población que acude a nuestros centros sanitarios, en concreto, a las áreas de partos. Debemos garantizar unos cuidados personalizados con una "calidez y calidad" adecuada.

En la actualidad cuando la mujer llega al hospital, con motivo de un cambio en su proceso gestacional (contracciones, molestias, pérdida de líquido, sangrado, manchado o expulsión de tapón mucoso...) puede experimentar miedo acerca del estado de salud en el que se encuentra tanto ella como su bebé, y así como incertidumbre ligada a si estará o no de parto.

El momento de acudir al hospital es decidido por la gestante, aunque a veces esta decisión no esta determinada de forma libre por ella debido a que la opinión de la pareja, de familiares o de personas próximas a su entorno influye de manera significativa en el proceso motivacional de la mujer.

El diagnóstico pródromos de parto es sin duda el principal motivo de ingreso en gestantes a término de curso normal. Aunque también es frecuente encontrar, en este grupo de gestantes ingresadas por dicho motivo, un porcentaje considerable de mujeres que permanecen varios días hasta el nacimiento con un diagnóstico pródromos de parto. Deberíamos concentrar nuestros esfuerzos en la actualización de estos diagnósticos para detectar a tiempo cambios en la situación inicial que motivó el ingreso y restringir de esta manera las estancias hospitalarias prolongadas e innecesarias.

Actualmente, el ingreso de cualquier gestante de bajo riesgo es una actividad que realiza la matrona de forma consuetudinaria pero que no dispone de soporte legal alguno al no estar validado ni acreditado en ningún protocolo asistencial del área de partos. La gestante en trabajo de parto permanece en esta

área pero, tanto las que se encuentran en fase de pródromos, como en fase de falsos pródromos, determinado de forma retrospectiva, quedan ingresadas en la unidad de hospitalización del área de maternidad, donde las primeras permanecen hasta que se trasladan al área de partos al entrar en fase activa y las segundas permanecen en el hospital durante un tiempo indeterminado de forma innecesaria, hasta que se van de alta, médica o voluntaria, o se desencadena la fase activa de parto, bien de forma espontánea o inducida.

De este último grupo de mujeres que se ingresan sin estar en fase de parto o en pródromos de parto, habría alguna de ellas que, para su tranquilidad, agradecerían estar ingresadas hasta que el bebé naciera, sin importarles que transcurrieran días y, en casos extremos, semanas. Otro grupo mayoritario desea pasar los últimos días de su proceso gestacional en su entorno habitual.

La condición de una mujer en cualquiera de las fases del parto en la que se encuentre debe analizarse desde unas perspectivas biopsicosocial y un enfoque que tenga en cuenta la efectividad y la eficiencia de cada actuación.

Siguiendo el principio de justicia, dentro de la clasificación de los principios de la Bioética, debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las usuarias a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos.

Así, los ingresos reiterados durante el final del embarazo de mujeres preocupadas por la posibilidad de llegar tarde o que se les pase el momento de administración de la epidural, son frecuentes e innecesarios debido a que llegan al hospital con gran anticipación. Situación que a muchas mujeres les puede resultar incluso incomoda. La educación sanitaria en general y la educación para el nacimiento en concreto serían herramientas oportunas para paliar dicha situación. Se evitarían sobrecargas de trabajo para los profesionales, colapso del área de Obstetricia (partorio y maternidad), falta de camas para mujeres, malestar de las usuarias, impotencia y frustración del personal, inadecuada asignación de recursos, etc.

Los egresos y altas de la gestante de bajo riesgo no están recogidos en ningún procedimiento consensuado ni avalado científicamente, por lo que dicho egreso depende en la actualidad del obstetra.

Para agilizar los ingresos y egresos de las gestantes de curso normal y de bajo riesgo, en esta situación, hoy más que nunca, es necesario un **procedimiento** que defina procesos, objetivos y actividades de cada profesional.

Ingresando lo estrictamente necesario conseguiremos ventajas no sólo para la mujer y su bebé, sino también para los profesionales sanitarios, administradores, gestores y para el buen funcionamiento del Área Materno-Infantil y Partorio. Entre estas ventajas se incluye la promoción del

bienestar de las mujeres, procurando que ellas realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible, como refleja el principio de beneficencia de la Bioética. Para ello, se pretende realizar este procedimiento flexible y dinámico, que favorece el respeto de los deseos y necesidades de la mujer.

El grado de impacto es elevado, dado que afecta a la calidad de la atención y satisfacción percibida de los servicios de salud en uno de los acontecimientos vitales más importantes. Esta propuesta pretende la recuperación del protagonismo de la mujer y la incorporación del varón como protagonista activo.

Con este documento se intenta planificar la atención que vamos a ofrecer a las mujeres, sus hijos e hijas, pareja y familia, analizando la mejor evidencia y decidiendo la coordinación, comunicación y registro más adecuado, impregnando nuestro trabajo de una idea clave: **mejorar la calidad en la atención.**

Con la protocolización de las intervenciones conseguiremos unificar criterios de actuación que no dejen paso a la variabilidad de la práctica clínica, sino a una actuación analizada, conocida y planificada.

El procedimiento permite:

- 1.-**Eficiencia y Efectividad:** Utilizar de la mejor manera los recursos y en el momento y situación adecuada, obteniendo de ellos el máximo rendimiento.
- 2.-**Continuidad en el cuidado:** Establecer una coordinación fluida entre profesionales, garantizando una continuidad de la información basándonos en una guía de trabajo única y común.
- 3.-**Oportunidad y adecuación:** Adecuar los recursos a las necesidades de nuestra población, con las características propias de la misma (barrera idiomática, cultural, étnica, etc.).
- 4.-**Autonomía:** Tener en cuenta la opinión de la mujer, sus preferencias después de una información adecuada ofrecida por obstetras y matronas que se encargan de su cuidado para diseñar las estrategias de mejora.
- 5.-**Accesibilidad.** Establecer circuitos planificados de derivación facilitando el acceso al medio.
- 6.-**Coordinación intra e inter-niveles:** Este mismo proyecto debe agrupar a los profesionales dentro de su propio medio, al igual que en Atención Primaria y Especializada.
- 7.-**Competencia profesional.** Integrar componentes y disciplinas en el desarrollo de este trabajo, a través del deseo de querer hacer las cosas bien. Y otorgar la autonomía y reforzar a las matronas como gestoras sanitarias de la salud de la ciudadanía.

M^a Ángeles Álvarez Soriano. Matrona
Supervisora del Área de Partos.
Hospital Comarcal de la Axarquía.
Vicepresidenta de la AAM
Presidenta de SCPCAEPP

(Bibliografía en página 6)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- II Y III Plan Andaluz. 1999, 2003
- 2.- Artículo 4 de la directiva 80/154/CEE.
- 3.- Alexander JO, Levy Valerie, Roch Sarah. Aspectos Prácticos para Matronas. Basados en investigaciones. Traducido al castellano; Boehringer, Mannheim SA 1995
- 4.- Álvarez Soriano M^a Ángeles. Tradición e innovación en el área de partos. Ed. Ananda
- 5.- Bonache Jaime, Cabrera Ángel. Dirección estratégica de personas, evidencias y perspectivas para el siglo XXI. Financial, Times-Prentice Hall de Pearson Educación, S.A.
- 6.- Bueno-Campos, E. Elaboración e implantación del plan estratégico de un hospital: problemas principales. Cáp. 7. En: la planificación estratégica en hospitales: problemas y enfoques principales. Marzo, 1994. Ed. Papeles de gestión sanitaria. 79-96.
- 7.- Calderón C. El artículo original en la investigación cualitativa: aspectos que se deben tener en cuenta en su elaboración. Matronas profesión. 2003. (12): 17-21
- 8.- Ferrús, Lena Honrado, Gisela y Pescador, MT. Intensidad de cuidados durante las estancias hospitalarias inapropiadas: Project Research in Nursing Appropriateness Evaluation Protocol. Gac Sanitaria. 2000 may-jun. 14(3):210-217. Original, artículo.
- 9.- García Emilio Ignacio La Calidad Aplicada Al Campo De La Enfermería 1997.
- 10.- McKenna H, Hasson F. A study of skill mix issues in midwifery: a multimethod approach. J Adv Nurs. 2002 Jan;37(1):52-61.
- 11.- Rothen HU, Kung V, Ryser DH, Zurcher R, Regli B. Validation of "nine equivalents of nursing manpower use score" on an independent data sample. Intensive Care Med. 1999 Jun;25(6):606-11

Espacio del residente

COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN: Base para una buena formación.

Legamos al Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) desde la provincia de Cádiz para iniciar nuestra formación como EIR por casualidad. Ambas buscábamos el lugar más cercano sin saber nada de su filosofía de trabajo. Las primeras semanas fueron duras: no sabes hacer nada, sólo observar y escuchar para aprender rápidamente y no sentirte como un estorbo.

Nuestros residentes de segundo año (R2) fueron un apoyo muy grande al principio, siempre dispuestos a informarnos de todos los conocimientos adquiridos, tanto por la Unidad Docente, como por las matronas del Hospital que les habían guiado y enseñado durante su primer año. Ellos se convirtieron en uno de los referentes más importantes para nosotras al principio de nuestra formación. Eran con quien más confianza teníamos, porque los conocíamos de la Unidad Docente y eran quienes nos orientaban, tanto en el hospital, como en las clases. La comunicación fue nuestra mejor aliada. Nos quedamos sorprendidas de la cantidad de conocimientos que se adquieren en solo un año de formación y nuestra primera impresión era que lo sabían todo, hasta tal punto que incluso parecía que podían ejercer como una matrona más.

Ahora al ser nosotras R2 y llevar un año de formación, tenemos cierta capacidad de discriminación, y muchos conocimientos adquiridos, y ahora sabemos que a "nuestros R2" todavía les quedaba mucho por aprender por aquel entonces.

Ya somos nosotras las R2, el apoyo de los nuevos residentes. Nos sentimos extrañas al convertirnos en las que aconsejamos, informamos y apoyamos; todo ha cambiado en un mes: hemos pasado de aprender a compartir conocimientos. Solo esperamos ser de tanta ayuda para ellas como lo fueron para nosotras nuestros R2. Es curioso como las residentes de primer año recién llegadas, nos repiten las mismas palabras que nosotras le decíamos a nuestros R2; nos reímos al saber que al empezar piensan lo mismo que nosotras pensábamos entonces.

Poco a poco fuimos haciéndonos más independientes de nuestros R2, porque todas las matronas eran muy receptivas con nosotras y estaban siempre dispuestas a enseñarnos, a pesar de la sobrecarga de trabajo que actualmente existe. Aquí la residente de matrona es una más del equipo, siempre se nos repite que no estamos para sacar adelante el trabajo sucio, sino para formarnos.

Así comprobamos la suerte que tuvimos al elegir, aunque fuese fortuitamente, este hospital.

Primero el aprendizaje consistía en ir con la matrona: observar y escuchar mucho. Íbamos aprendiendo al seguir sus indicaciones. Ella te va dejando hacer cosas, poco a poco va confiando en ti, y vas haciendo cada vez más y más.

Ahora la forma de enseñarnos, y nosotras de aprender, ha cambiado, al saber más: al haber aprendido, observado y escuchado mucho, ya tenemos la capacidad de ir tomando decisiones. Ya cuidamos de las mujeres junto con la matrona, siempre con su supervisión. Ahora nos observan a nosotras, proponemos cosas, decidimos qué cosas podemos ir haciendo en cada momento; nos van corrigiendo los errores y por supuesto, la decisión final siempre es de ellas.

También resaltar la gran ayuda de las enfermeras que nos iniciaron en cuidados básicos del RN y reanimación neonatal, un pilar muy importante en nuestra formación.

Las Matronas que trabajan en este hospital se han formado en lugares muy diversos (Barcelona, Inglaterra, Irlanda, Murcia, Málaga, Canarias y Francia), por lo que el enriquecimiento compartido hace que demos a la mujer, al recién nacido/a la mejor atención. Tenemos la oportunidad de aprender diversas formas de trabajar, ya que en este hospital las matronas gozan de autonomía para poder desempeñar sus conocimientos, su trabajo y su criterio con libertad. Tanta diversidad da a nuestra formación un mayor aporte de conocimientos.

Así, hemos aprendido entre otras muchas cosas, que si no hay ningún factor de riesgo no es preciso la monitorización fetal continua, que los partos progresan sin la necesidad de administrar obligatoriamente oxitócina, ni romper la bolsa por rutina, que además de la epidural existen otras medidas analgésicas (duchas calientes, esferodinamia...), que gracias a diversas posturas se favorece la rotación del feto, que los partos se pueden hacer en decúbito lateral, en silla de parto, en cama, y no obligatoriamente en litotomía, en saber valorar un periné y ser selectivos con la episiotomía.

Las matronas son la pieza clave para nuestra formación tanto en el hospital como en atención primaria, su experiencia no viene en los libros, ni en las búsquedas bibliográficas, ni en los cursos, si en las sesiones formativas, si en las sesiones clínicas de las matronas (que se ha empezado a organizar hace poco en nuestro hospital) como que; una dilatación no son ni tres ni ocho centímetros, sino que en el parto hay una mujer que está viviendo una experiencia única e irreplicable en la que hay que cuidarla, escucharla e informarla. Tener en cuenta sus opiniones, expectativas y estado emocional, y también el de su acompañante. Una experiencia en la que nunca olvidara el olor y contacto de su bebé nada más nacer al colocarlo sobre su pecho para que haga contacto piel con piel.

A medida que vamos aprendiendo, adquiriendo conocimientos, la visión, opiniones e impresiones que teníamos al principio van cambiando. Somos conscientes de que todavía nos queda muchísimo por aprender, por ello nos alegramos de que todavía nos quede un año de formación por delante.

**María José Mata Saborido
Bianca Simone Cepero D'Amico
Residentes de Matronas de segundo año.
Hospital Costa del Sol de Marbella. (Málaga)**

Noticias y proyectos

Creemos que este boletín contiene un alto nivel de información y de compromiso con las Matronas para beneficio de la Sociedad, sobre todo de las mujeres, que a veces permanecen ingresadas por falsos pródomos durante días. Este es un reto para nuestra Asociación Andaluza de Matronas. Colaborar con los Jefes de servicio de ginecología-obstetricia y con los y las ginecólogas de todos los hospitales, conjuntamente con las Direcciones Gerentes de los mismos y nuestra Administración Autonómica para poder realizar dicho Procedimiento.

El día 22 de julio de 2008 tuvimos una reunión con José Luis Gutiérrez Pérez, el nuevo Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, de manera personal para exponerle cuáles eran, en este momento, las mayores inquietudes de las matronas. Entre ellas:

- El dimensionamiento de las plantillas.
- Las competencias.
- La formación.
- La prescripción farmacológica.

Para todo ello volveremos a ponernos en contacto con él a partir de octubre, ya que al estar recién llegado y directamente de la asistencia, nos pidió algo de tiempo.

La reunión transcurrió muy distendida y en buen clima, mostrando bastante interés en los planteamientos de nuestras necesidades.

Durante los días 7 y 8 de noviembre tendremos el encuentro con los componentes del grupo de trabajo del plan estratégico, como sabéis este plan estratégico termina este año. Se expondrán las conclusiones y todo lo que se ha realizado dentro del plan. Evaluaremos los resultados de cada grupo, y la necesidad de iniciar un nuevo Proyecto para continuar avanzando.

También queremos informaros de que formamos parte de una RED dentro de la Consejería encargada de realizar los cursos formativos sobre la prevención, detección, atención y formación de los profesionales ante la violencia de género. También de esto os iremos informando en los próximos boletines.

Compañeros de varios hospitales han elaborado unas guías informativas y nos han solicitado que avalemos su trabajo, uno de Antequera titulado "Autocuidados para el parto y la cesárea", y otro de Ceuta titulado "Tu bebé es el futuro". Nuestra Asociación Andaluza de Matronas está al lado de las matronas porque sabemos que cada día realizan sus intervenciones avaladas científicamente y con buenas prácticas.

En el próximo boletín os comunicaremos los avances realizados sobre el congreso que se realizará el año próximo.

A la vista de todo lo expuesto, pensamos que las matronas van caminando cada vez con mayor fuerza y pasos más grandes.

Feliz retorno de vacaciones.

Junta Directiva.

STAFF

Diseño y Maquetación:

Carolina Sánchez

Comité de Redacción:

Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

Dirección:

C/ Juan Sebastián Elcano 44 - 4ºD
41011 Sevilla

Tlf.: 955 722 121 Fax: 955 722 421
secretaria@aamatronas.org
www.aamatronas.org

Edición, producción y suscripciones:

IBERCONGRESS

C/ Juan Sebastián Elcano 44 - 4ºD
41011 Sevilla
Tlf.: 955 722 421 Fax: 955 722 421
ibercongress@ibercongress.net

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



ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.aamatronas.org - secretaria@aamatronas.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/ Juan Sebastián Elcano 44, 4ºD - 41011 Sevilla. Tlf.: 955 722 121 Fax: 955 722 421
CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2008: 50 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.



PREMIO NUK

7ª EDICIÓN ⁰⁷/₀₉

Se anuncia por parte de **NUK Formación** de Roche Diagnostics, S.L.,
y por parte de la **FAME** Federación de Asociaciones de Matronas de España,
la 7ª convocatoria para la adjudicación del **Premio NUK 2007-2009**:

Dotación global _____ 14.000 €

Premio NUK Matronas _____ 8.000 €
el mejor trabajo científico y/o de investigación

Premio NUK Matronas Residentes
el mejor proyecto de investigación

Autoras Proyecto _____ 3.000 €

Unidad Docente Titular _____ 3.000 €
para equipamiento docente



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

NUK Formación **Pro**
PROFESSIONAL SUPPORT

Para más información y solicitud de bases:



Roche Diagnostics, S.L.
NUK Formación
Av. Generalitat, s/n
E-08174 Sant Cugat del Vallès
Barcelona

F A M E

Federación de Asociaciones de Matronas de España
fame@federacion-matronas.org
www.federacion-matronas.org