

la Junta Directiva  
os desea unas  
felices fiestas y  
un año lleno de  
aventuras

Asociación  
Andaluza  
de  
Matronas



Mª Ángeles Fernández  
Presidenta



Mª Ángeles Álvarez  
Vicepresidenta



Blanca Álvarez  
Secretaría



Carmen Rodríguez  
Tesorera



Isabel Pavón  
Sevilla



Adoración Pulido  
Jaén



Manolo Prieto  
Huelva



Mercedes Garrido  
Córdoba



Teresa Sánchez  
Almería



Maribel Cabezón  
Cádiz



Blanca Herrera  
Granada



Juan Carlos Higuero  
Málaga



# ¡Llega La Navidad!

---

Un año más, al llegar estas fechas, sinónimo de ilusión y felicidad, el mundo entero celebra la Navidad. Reunión con los amigos, compañeros y familia, regalos, comidas y un sinfín de bondades y buenas disposiciones. Podría estar escribiendo mucho tiempo sobre la Navidad, pero sería más de lo mismo, solo os diré una cosa: deseo que todas las horas de vuestra vida tengan por lo menos unos minutos del espíritu de la Navidad.

No queremos cerrar el año sin hacer un resumen sobre lo acontecido durante el año:

- Para no perder la costumbre, los problemas de cobertura, aumento en las cargas de trabajo y la falta de personal ha sido la tónica habitual de este año en los centros. Situación que parece que poco a poco se va a normalizar ya que cada vez hay un número mayor de matronas en bolsa. Además, para la próxima convocatoria de residentes 2009-2010 el número de Unidades Docentes se ha incrementado, y casi todas las provincias contara con una Unidad Docente, sólo Huelva queda pendiente de tener la suya. Este incremento de Unidad Docente hace que el número de plazas de residentes haya aumentado de 36 a 62, por lo que presumiblemente nuestros problemas vayan disminuyendo progresivamente y en un tiempo no lejano podamos estar en los sitios para los que nuestra formación nos prepara.

Pero todo esto tiene que ir acompañado de una política de personal donde el consenso y las buenas disposiciones por parte de todos, gestores y matronas, se dirijan a una atención de calidad donde se respeten los derechos de todos, sin riesgos evitables y cumpliendo todos los requisitos necesarios para que el personal en general, los gestores y los usuarios en particular, vean cumplidas todas sus expectativas.

- Este año se han producido dos entregas de certificaciones de competencias

profesionales por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía a los profesionales sanitarios. En estos actos las matronas han estado muy presentes. Erararo que en los grupos de profesionales que subían al estrado a recoger su certificado no hubiera una matrona y eso que somos una profesión minoritaria. No me queda otra cosa que felicitar a todas/os las que lo han conseguido y animar al resto para que comiencen o continúen con la acreditación, ya que es un orgullo para toda la profesión lo destacado de las matronas en este proceso de mejora.

- Estamos inmersos en unos cambios muy importantes en lo que se refiere al proceso de nacer. No solo en su aspecto profesional sino también en el político y social. Un buen ejemplo es el Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, que se desarrolla en el marco del convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la Estrategia para la Atención al Parto Normal. En ella se plantea un nuevo modelo de atención al proceso de nacer, configurado desde una perspectiva de género.

Este nuevo modelo asistencial requiere del conjunto de profesionales que trabajamos en el Servicio Andaluz de Salud, una atención integral y continuada, que no puede darse más que a través de una coordinación eficaz de Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Esta coordinación, basada en el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio, es uno de los mayores retos que nos enfrentamos las matronas de cara al futuro.

- ¿Funcionará algún día la Bolsa Única de matronas del SAS? Algunas bolsas de otros profesionales ya han comenzado a funcionar y espero que la nuestra empiece pronto. En su implantación se han producido un sinfín de dificultades, ya que la aplicación informática, normativas, fechas y otros problemas han generado

cantidad de situaciones no deseadas por las partes implicadas en dicho proceso. Esperamos que estos problemas se vayan solucionando en beneficio de todos y que algún día la apertura de la Bolsa Única permita una mayor fluidez y equidad en las contrataciones del personal del SAS.

- Manifestamos nuestras felicitaciones para las compañeras que ha superado la fase de oposición y deseamos suerte en los nuevos destinos a las que han obtenido el traslado.

- La Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas sigue con su trabajo continuado todo el año: reuniones, representación, cursos, jornadas, eventos, plan estratégico, celebración del Día de la Internacional de la Matrona en todas las provincias, etc. Nuestro fin es estar presentes en todas las situaciones socio-sanitarias que nos competan como matronas.

- Desde esta Junta Directiva venimos hace ya un tiempo trabajando en el próximo Congreso de la Asociación que se celebrará en Huelva en el Otoño de 2009, concretamente los días 22, 23 y 24 de octubre. La sede de dicho evento será el hotel Puerto Antilla Grand Hotel, en Islantilla. Este Congreso es de ámbito nacional y en él se está poniendo mucha ilusión para que, como otros anteriores, sea un éxito para nuestra profesión y para la AAM.

Navidad es una palabra que viene del término Natividad, del latín nativitas, que quiere decir nacimiento. Como nuestra profesión se desarrolla sobre todo en el proceso de nacer y estamos en Navidad, que mejor despedida que deseamos unos felices nacimientos y que el año que viene estos nacimientos os ofrezcan unos muy agradables momentos de felicidad.

**Manuel Prieto Santana. Matrona.  
Vocal de la AAM en Huelva**

## Valle Rioja Romero.

**N**o quiere fotos, prefiere que la imaginemos, no me mencionó su edad ni yo tampoco quise preguntar.

Durante la entrevista vestía pantalón y jersey marrón, con una chaqueta tres cuartos de color marrón oscuro y un pañuelo de color morado al cuello. Su pelo era corto, de color gris y tenía unos ojos grandes, castaños y profundos. Por su aspecto parecía una mujer de temperamento, pero al hablar con ella descubrí a una mujer muy agradable, amable y una gran conversadora.

Esta es mi entrevista a Valle Rioja Romero, matrona, a la que no tuve oportunidad de conocer trabajando, ya que estaba jubilada cuando yo empecé a trabajar, pero a la que todo el mundo recuerda.

### **Valle, ¿Eres matrona por vocación o de profesión?**

*La verdad es que al principio por profesión. Hice ATS en la escuela de la Cruz Roja en Sevilla, y al terminar quería especializarme. Por aquel entonces, en los años 50, la especialidad de anestesia estaba en manos de los antiguos practicantes y a mí me gustaba, pero cuando terminé ATS, al principio de los 60, anestesia pasó a ser especialidad médica y quedaba como especialidad de ATS obstetricia y fisioterapia, y escogí obstetricia. Y la verdad es que me enamoró.*

### **¿Dónde te formaste como matrona?**

*En la escuela oficial de Santa Cristina en Madrid. La formación era durante 1 año, estábamos internas y hacíamos prácticas en el área de pre-parto, en paritorio y en el área de post-parto. El trabajo estaba muy jerarquizado y compartíamos las prácticas con los residentes de medicina de obstetricia.*

*Había muy buen ambiente y era un sitio muy familiar. Fue una época bonita, de hecho después de terminar me quedé allí 4 años, pero al final la tierra te llama y me volví a Huelva, "la gran ciudad no es para mí".*

### **¿En que ámbito desarrollaste tu profesión una vez que llegaste a Huelva?**

*Empecé a trabajar en atención hospitalaria en el Manuel Lois. La verdad es que el cambio fue bastante importante, porque aquí la matrona era mucho más independiente. Por ejemplo, yo no hice un parto de nalgas o de gemelos hasta que no llegué aquí, ya que en Santa Cristina lo hacían los médicos. A partir de los 70 y de la llegada de los monitores, la asistencia se jerarquizó más.*

*Durante un tiempo fui supervisora del área de paritorio (2 ó 3 años) no me gustó mucho la verdad. El hecho de ser la intermediaria entre tus compañeros y la dirección o de recibir quejas de unos y de otros, organizar las planillas..., etc era muy duro. Prefiero mucho más la labor asistencial, es más gratificante. Aunque también conseguí algunas cosas para mejorar el paritorio y la labor asistencial, algo que me llena de satisfacción.*

*También me dediqué a dar educación maternal (tenía un centro para ello) y la verdad es que era una de las cosas que más me gustaba, yo diría que hasta más que los partos. Les explicaba técnicas de sofronización para el alivio del dolor en el parto y trabajaba mucho con ellas lo importante que era la relajación. Era una gran satisfacción que después del parto te vinieran a buscar para comentar cómo había ido el parto y qué habían hecho para controlar el dolor. Luché mucho para que en los paritorios, o al menos en la sala de dilatación, se dejara entrar a los maridos porque son "el mejor sedante" para la mujer.*

**Actualmente, se está promoviendo la humanización del parto, que lleva consigo toda una serie de medidas como la elaboración por parte de la mujer de un plan de parto, la creación de áreas de baja intervención para los partos de bajo riesgo, la inversión en recursos como pelotas, bañeras, etc. además de formación de las matronas en la asistencia de partos de baja intervención. ¿Qué te parece?**

*No creo que haga falta que la mujer tenga tantos conocimientos acerca del parto para poder elaborar un plan de parto. Creo que se debe dejar aconsejar por su matrona, que es el profesional que por su formación y sensibilidad siempre buscará lo mejor en cada situación durante el parto.*

*Por otra parte me parece que la creación de las áreas de baja intervención, con distintos materiales como pelotas, bañeras, etc. puede estar bien, en mi época sería impensable y no me lo imagino. Pero creo que sería necesario aumentar el número de matronas por turno para que estas áreas funcionen y las cosas se hagan bien.*

*Para mí, la humanización del parto consiste en transmitir por parte de los profesionales sensibilidad, cercanía y empatía a la mujer, porque se encuentra en un momento en que es muy vulnerable.*

Tras terminar la entrevista nos despedimos cordialmente, agradeciéndole su colaboración y prometiéndole un ejemplar de la revista

**Celia Pedrero Palacios.  
Matrona  
Hospital J.R. Jiménez de Huelva**



## ¿AUMENTA LA POSIBILIDAD DE CESÁREA CUANDO SE PONE LA EPIDURAL EN FASE LATENTE DE PARTO?

### Resumen

En la práctica diaria, a la hora de decidir cuál es el momento adecuado para administrar la analgesia epidural, existe controversia debido a que hay profesionales que deciden dicha administración una vez alcanzada la fase activa de parto (cuello uterino dilatado 4-9 cm., tasa de dilatación 1 cm/h, comienzo del descenso de la cabeza fetal) (1), ya que en caso contrario aumentaría el riesgo de cesárea. En cambio, otros profesionales opinan que no interviene el hecho de poner la epidural en fase latente de parto (cuello uterino dilatado menos de 4 cm) (1), que ello no aumentará el riesgo de cesárea.

Esta revisión bibliográfica intenta exponer si aumenta la posibilidad de cesárea cuando se pone la epidural en fase latente de parto.

Palabras clave: cesárea, epidural, fase latente, parto, dilatación.

### Introducción

La analgesia epidural es una técnica de bloqueo nervioso central que consiste en la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten el dolor y es ampliamente utilizada como forma de alivio del dolor en el trabajo de parto (TP) (2).

La analgesia epidural se utilizó por primera vez en la práctica obstétrica en 1946 y su uso en el TP ha aumentado a un ritmo constante (2). Actualmente es una técnica muy empleada durante el parto.

Esta técnica tiene una serie de repercusiones sobre la evolución del TP (duración del mismo, posibles distocias...), las cuales deben ser conocidas por el profesional e intentar ponerles remedio. Además se consiguen otros aspectos positivos como es la ausencia de dolor, la relajación y disminución de la ansiedad de la mujer...

A la hora de decidir el momento adecuado de poner la analgesia epidural y teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes, existen diferentes criterios:

- Cuando se ha llegado a una fase activa de parto (cuello uterino dilatado 4-9 cm, tasa de dilatación 1 cm/h, comienzo del descenso de la cabeza fetal) (1), y se tiene una dinámica uterina establecida.
- Cuando la gestante la solicite, cuando "le duela".

Una matrona de atención especializada, ante su práctica diaria en el hospital, se plantea la siguiente pregunta (3): ¿Cuál es la dilatación mínima o en momento adecuado durante el trabajo de parto para aconsejar el uso de analgesia epidural en gestantes nulíparas? La pregunta le surge a raíz de que en su partorio ingresan a veces embarazadas que

no toleran el dolor del parto aunque no estén en TP activo. A éstas se aconseja el retraso de la administración de la analgesia epidural hasta que esté en fase activa (habla de nulíparas), con el fin de evitar la prolongación del tiempo de dilatación así como evitar el riesgo de distocias del parto. Esto va en contra de lo que ocurre en otros centros, sobre todo clínicas privadas, donde los profesionales que atienden el parto a embarazadas nulíparas no tienen en cuenta la etapa del parto en la que se encuentra para tratar el dolor con la epidural. Debido a esto se plantea una serie de cuestiones: ¿cuándo está recomendado el uso de analgesia epidural en nulíparas?, ¿cuál es la dilatación mínima o en momento adecuado durante el trabajo de parto para aconsejar su uso?, ¿tiene algún efecto sobre el trabajo de parto la administración temprana de analgesia epidural?, ¿ofrece alguna ventaja?

El problema está en que existe una gran variabilidad en la práctica clínica, de forma que gestantes con las mismas condiciones son tratadas de forma diferente dependiendo del profesional que la atiende y del criterio de éste.

Por todo esto sería importante y necesario unificar criterios y conocer realmente cuáles son las ventajas e inconvenientes de administrar la analgesia epidural ya en fase activa y cuáles si se administra en fase más temprana. Ello es importante para que toda gestante en TP sea tratada según el mismo criterio (teniendo siempre en cuenta la atención personalizada e individualizada) por parte del personal que le atiende (matronas, obstetras, anestelistas).

Se podrían plantear pues, una serie de cuestiones: la epidural en fase latente ¿perjudica el proceso de parto?, ¿es más beneficioso para la gestante o por el contrario le traerá mayores inconvenientes?, ¿aumenta la probabilidad de cesárea?...

### Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de la Cochrane, Medline y Cuiden Plus usando los siguientes descriptores: cesárea, dilatación, epidural, fase latente, parto. Además se han consultado fuentes científicas de interés nacional. Los estudios encontrados han sido publicados entre 1993 y 2008.

### Resultados

Desde que se empezó a emplear la analgesia epidural para aliviar el dolor en el TP, se han visto que ésta tiene repercusiones sobre el curso del mismo, sobre todo debido a la variación de los tiempos de cada etapa del parto y las distocias en general.

Diferentes estudios prospectivos, en los que

se comparan la evolución del TP en mujeres con epidural y sin epidural, concluyen que el periodo de dilatación no se ve afectado por el uso de la epidural (4) o incluso se acorta (5-7). Referente a esto, una revisión Cochrane (2) concluye afirmando que no hubo pruebas de una diferencia significativa entre grupos con epidural y sin epidural. En estos casos estamos hablando de la epidural en general, sin diferenciar la etapa ni las condiciones del cérvix en el momento de colocar el catéter.

Si es cierto, que estos estudios concluyen que el tiempo total del parto se ve aumentado debido a que el período expulsivo se alarga (2, 4-7).

Debido a este aumento de la duración en el período expulsivo, aumenta la incidencia de partos instrumentados y disminuyen los eutócicos en aquellas mujeres que usan la analgesia epidural como método de alivio del dolor (2,5-8). Si bien, en otros estudios no indican este aumento de partos instrumentados, apuntan que las diferencias no son significativas (4). Las diferencias entre las conclusiones de unos y otros pueden ser debidas a las diferentes actitudes obstétricas seguidas en cada caso, es decir, si el tiempo del expulsivo se alarga debido al empleo de la epidural, pero la madre y el feto están en buenas condiciones, la actitud debería ser expectante y dar la oportunidad de una evolución espontánea (9); de modo contrario, si se toman como referencia los mismos tiempos que en mujeres que no tienen epidural, lógicamente, al aumentar la evolución del expulsivo, debido principalmente a que la mujer no tiene la misma sensación de pujo que sin la epidural, aumentarían los partos instrumentados para "abreviar expulsivo" (6).

Referente al aumento de probabilidad de cesárea en mujeres que se han puesto la epidural, nos encontramos ante la misma situación, dependiendo del estudio concluye una u otra cosa. La OMS (1996) (10) basándose en un estudio americano (11) afirma que hay un incremento en el número de cesáreas (7). Pero por el contrario, otros documentos basados en estudios más recientes, como son un estudio prospectivo (4), una revisión Cochrane (2) y la SEGO (12) en sus protocolos de 2006, basándose en cinco revisiones sistemáticas sobre los efectos colaterales de la analgesia epidural (13-17), afirman que no hay suficiente evidencia para respaldar que la analgesia epidural aumente la tasa de cesáreas.

Todo lo expuesto es referido a la epidural en general, es decir, sin tener en cuenta el momento en que se pone. Pues bien, este apartado también es un tema a debatir. Por ejemplo la OMS (10) basándose en un estudio americano (11) afirma que existe un aumento

del número de cesárea mayor si se pone la epidural antes de los 5 cm de dilatación. Por su parte, el proceso de embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía (8) dice que la epidural no debe comenzar hasta que se consiga un trabajo activo de parto (lo establece en 2 cm de dilatación, con contracciones uterinas regulares y dolorosas).

Ahora bien, son los protocolos de la SEGO (sociedad española de ginecología y obstetricia) en los que podemos encontrar unas indicaciones diferentes. En 1993 la SEGO (9), referente al inicio de la analgesia epidural, dice: "La analgesia debe ser administrada lo más precozmente posible en el curso TP, en cuanto comiencen los dolores, incluso en la fase latente (independientemente de las condiciones del cérvix) para obtener los mejores resultados. La analgesia epidural, correctamente administrada, tiene efectos insignificantes sobre la actividad uterina y la progresión del TP. Una política de bloqueo epidural "tardío" somete a la madre a un dolor innecesario sin ninguna ventaja".

Más tarde, en 2006, la SEGO (12) respalda sus conclusiones con 4 ensayos clínicos randomizados y controlados específicamente diseñados para comparar la instauración de la epidural con distintos centímetros de dilatación (18-21); éstos no han encontrado diferencia en la tasa de cesáreas ni de partos vaginales operatorios. Así pues, concluye que no existe justificación para retrasar el inicio de la analgesia epidural hasta alcanzar cierta dilatación cervical (22). Los 4 ensayos clínicos (18-21) a los que hace referencia la SEGO, son estudios en los que comparan a gestantes nulíparas, unas con la epidural puesta en fase temprana (antes de 4-5 cm dependiendo del estudio), y otras en fase más avanzada. Todos concluyen diciendo que no hay diferencias significativas en cuando a número de partos instrumentales y cesáreas entre ambos grupos.

### Discusión

Si en algo coinciden la mayoría de los estudios concernientes a los efectos de la epidural es que aumenta el tiempo del TP y es este aumento de tiempo el que hace que aumenten los partos instrumentados o cesáreas.

En cuanto a poner la epidural antes o después (según las modificaciones del cuello uterino), es la SEGO, la que nos afirma que es indiferente el momento en que se ponga; pero teniendo en cuenta esa prolongación del progreso (normalmente el expulsivo), propone un cambio de actitud, la cual se basa en que dicha prolongación por sí misma, no pone en peligro el bienestar fetal, por lo que modificando la actitud obstétrica tradicional en la conducción de la segunda etapa del TP en mujeres con analgesia epidural se logra una mayor tasa de partos eutócicos. Este cambio

consistiría principalmente en conceder más tiempo para intentar un parto espontáneo y no obligando a las mujeres a pujar en cuanto alcance la dilatación completa, sino cuando tengan sensación de pujo y la presentación fetal esté en un plano más avanzado (9,12). Esto se entiende que se puede llevar a cabo siempre que las condiciones de la gestante y el feto lo permitan.

Lo que hay que tener claro es que los tiempos no son los mismos para gestantes con epidural que sin ella, que en el primer grupo normalmente son mayores por lo que la oportunidad de evolución de forma eutócica también debe ser mayor.

Sería interesante investigar todos los aspectos sobre la influencia de la epidural en el trabajo de parto, dada la alta utilización de la misma en nuestro medio.

### Conclusión

A la luz de la evidencia disponible, la epidural en fase temprana de parto no aumenta el riesgo de cesárea ni de partos instrumentados, respecto a la administración en fase más tardía.

Lo que sí aumenta es el tiempo del TP, por lo que quizás haya que cambiar la actitud obstétrica y, mientras las circunstancias lo permitan, dejar evolucionar el parto de manera natural y de este modo no aumentarán las cesáreas y partos instrumentados.

Virginia Rodríguez López  
Residente de Matrona de 2º  
Hospital de Valme Sevilla

### Bibliografía

- (1) FAME. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de asociaciones de matronas de España; 2007.
- (2) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (3) Herrera Herrera JD. ¿Cuál es la dilatación mínima o en momento adecuado durante el trabajo de parto para aconsejar el uso de analgesia epidural en gestantes nulíparas? Evidentia. 2008 may-jun; 5(21)
- (4) Soncini E, Grignaffini A, Anfuoso S, Cavicchioni O. Epidural analgesia during labour: maternal, fetal and neonatal aspects. Minerva Ginecol. 2003 Jun; 55(3):263-9.
- (5) Cabrera Sanz, M Teresa; Burgos Peña, Hilda; Herrera, Marcela y Rodríguez Bravo, Prudencia. Anestesia epidural: repercusiones sobre el parto. Rev ROL Enferm. 1998 may; SSI(237):73-78
- (6) Ruiz, FJ; Lacal, JF; Prado, M de; Gomáriz, MJ; Rodríguez, MI y Castellano, FD. Analgesia epidural y parto. Resultados obstétricos y perinatales. Matronas Prof. 2001 jun; 4:27-30

(7) Domínguez Rojas, AM y Fernández Soriano, MA. Analgesia epidural y finalización del parto. Enferm Cientif. 2002 nov-dic; 248-249:28-32

(8) Dueñas Díez JL, Bailón Muñoz E, Dotor Gracia MI, Granados García C, Rodríguez Gómez RM, Rufo Romero A. Proceso Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.

(9) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Analgesia del parto. Protocolos asistenciales en obstetricia. Madrid: SEGO (1993)

(10) Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.

(11) Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, Yeast JD. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am J Obstet Gynecol. 1993 Oct; 169(4):851-8

(12) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Analgesia del parto. Madrid: SEGO. Protocolo actualizado (2006)

(13) Bricker L, Lavander T. Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186:S94-109.

(14) Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barret JF, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor. A meta-analysis. JAMA 1998; 280:2105-10.

(15) Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.

(16) Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186: S69-77.

(17) Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186:S31-68.

(18) Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, Penning DH, Choi WW, Bates JN, McFarlane C. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nuliparous women who are in spontaneous labor?. Anesthesiology 1994; 80:1201-8.

(19) Chestnut DH, Vincent RD Jr, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nuliparous women who are receiving intravenous oxitocyn? Anesthesiology 1994; 80: 1193-200.

(20) Luxman D, Wohlman I, Groutz A, Cohen JR, Lottan M, Pauzner D, David MP. The effect of early epidural block administration on the progression and outcome of labour. Int J Obstet Anesth. 1998;7:161-4.

(21) Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, Yaghmour E, Marcus RJ, Sherwani SS, Sproviero MT, Yilmaz M, Patel R, Robles C, Grouper S. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med. 2005; 352:655-65.

(22) Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. N Engl J Med. 2004; 348:319-32.

# Parto y perspectiva de género

El hecho de que hombres y mujeres somos distintos es algo evidente, al menos biológicamente, pero estas diferencias van mucho más allá cuando hablamos de pertenencia a géneros distintos.

Cuando hablamos de género nos referimos a las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres.

Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un "género" o de un sexo", sino de ambos a la vez.

En el año 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el informe "Salud y género". Este informe, elaborado por el Observatorio de la Salud de la Mujer, tiene como objetivo contribuir a la reducción de las desigualdades entre mujeres y hombres para mejorar tanto la equidad como la calidad de la atención sanitaria que se ofrece tanto a las mujeres como a los hombres. Esta incorporación de las cuestiones de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones con el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación de estos.

En esta línea se han impulsado recientemente distintas iniciativas orientadas a promover el

conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas y en la formación continuada del personal sanitario. Entre ellas, figura la Estrategia de Atención al Parto Normal.

La comunidad Autónoma Andaluza ya dispone de un Convenio con el Ministerio de Sanidad, al igual que otras comunidades para impulsar esta iniciativa, y que se implante de manera progresiva en todas las maternidades de la comunidad.

El Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía se desarrolla en el marco del Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar la humanización de la atención perinatal desde una perspectiva de género.

Al pensar en todo esto no podemos menos que abrumarnos entre tanta ley, pero como profesionales, ¿que nos va a suponer todo esto?, ¿qué actividades podemos y debemos llevar a cabo?

Desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios se plantea la realización de las siguientes actividades:

1. Dar información a la gestante y su pareja, tanto en consultas prenatales, como en preparación al parto y sobre la atención natural al parto normal, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las distintas capacidades y culturas.
2. De sensibilización y formación del personal

sanitario en la atención al parto normal. Desarrollo de un programa formativo dirigido a obstetras y prioritariamente a matronas.

3. De abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, suprimiendo las innecesarias o perjudiciales, disminuyendo la variabilidad no justificada y potenciando las de eficacia probada.
4. De coordinación de las actuaciones, estableciendo un protocolo de atención al parto que incluya las recomendaciones de la Estrategia y que regule las condiciones básicas y la coordinación que deben reunir los dispositivos asistenciales y las prácticas profesionales de la Comunidad Autónoma.
5. De evaluación de la atención prestada en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma, mediante, entre otros indicadores, los propuestos en la Estrategia.

Todas estas actividades necesitan un cambio de actitud con respecto a la atención del parto, en la que de nuevo se le entrega el papel de protagonista a la mujer, porque en definitiva el parto es una experiencia única y uno de los momentos más emotivos en la vida de una mujer, es el beneficio más grande del género femenino y estoy orgullosa de que mi profesión me permita darme cuenta de ello todos los días.

**Celia Pedrero Palacios.**  
Matrona

## Noticias y proyectos

El paso de las estaciones hace ese conjunto mezclado en el tiempo y da esas soluciones que a veces casi sin movimientos aparecen. Los proyectos llevados a cabo por la Asociación Andaluza de Matronas han ido transcurriendo paso a paso, con la tenacidad, perseverancia y buen hacer que cada una y cada uno de los y las Matronas saben hacer.

Teniendo en cuenta que nuestra dispersión geográfica es importante en Andalucía, que tenemos situaciones diferentes; dependiendo del centro en el que nos encontremos, dependiendo del número de matronas, de la autonomía, del equipo multidisciplinar en el que estamos inmersas..., a pesar de todas las

circunstancias mencionadas, esta claro que todas y todos vamos encaminados al mismo fin, el bienestar de la mujer en todas las etapas de su vida, el recién nacido y nacida, el varón incorporándolo a la crianza y dándole su protagonismo como padre, además de todas estas intervenciones, tenemos un papel importante que debemos asumir como son las actividades que podemos realizar en nuestra comunidad.

Todo ello hace que cuando llegan estas fechas, queriendo o sin querer, se repiten esas frases ya establecidas: "añoramos lo que no hicimos", "añoramos lo que no dijimos", "lo que perdimos"... Pensamos que ¡¡¡¡¡Tenemos Suerte!!!! eso no

sucede en nuestra Asociación Andaluza de Matronas ya que trabajamos marcando un paso más para avanzar. Si hacemos mención de algunas de las acciones hechas por la Asociación Andaluza de Matronas vemos claramente como avanzamos:

- El Plan Estratégico que nos ocupó del 2005 al 2008, tendrá su cierre en Enero del 2009, extrayendo conclusiones importantes que han dado a la Asociación Andaluza de Matronas una madurez.
- En ningún momento debemos obviar el esfuerzo que ha hecho la AAM, para conseguir el aumento de matronas en formación. Hemos trabajado muy

seriamente debiendo realizar múltiples reuniones llevadas a cabo con todos los organismos tanto a nivel de Andalucía como a nivel Central. Ha sido un camino largo de recorrer, los atrevimientos han valido la pena, hemos conseguido que de 36 matronas en formación que había, se aumente a 62 en la actualidad, gracias al carácter y energía que posee nuestra Asociación.

- Hemos realizado la memoria de la AAM, en su décimo aniversario.
- Reuniones con el antiguo y nuevo gabinete de la Consejería. Siempre con la constancia de nuestra Profesión, dándole el reconocimiento a nuestras intervenciones.
- Participado en congresos de ámbito Nacional. Ganando el Premio a la mejor Comunicación.
- Seguimos apoyando todas y cada una de la actividades que hacen las matronas,

llevadas a cabo con buenas prácticas y evidencia científica.

- Estamos inmersas en los Proyectos de Humanización Perinatal que se esta llevando en Andalucía.
- Participamos en los grupos de trabajo: violencia de genero
- Formamos parte activa de los comités de Calidad y Acreditación.
- Somos formador de formadores.
- Tenemos Presidencia en Subcomisiones de Cuidados Embarazo, Parto y Puerperio.
- Montamos talleres para formación.
- Estamos trabajando con asociaciones, ayuntamientos, institutos....

Los proyectos de la Asociación Andaluza de Matronas están siempre al lado de las Matronas y de la Sociedad. Como proyecto y noticia es nuestro próximo Congreso en el

que nos queremos **A**danzar a cualquier acontecimiento teniendo claro cual es la **V**isión en la que nuestra **A**sociación debe caminar sabiendo y teniendo en cuenta cuales son las **N**ecesidades de las Matronas para **Z**anjar las **A**ctividades que **R**ealizamos.

Incorporar **N**uevas etapas **N**uevas forma de gestionar en una **O**rganización como la nuestra que esta **V**iva y es dinámica es por ello, que queremos seguir **A**ndando y creciendo a vuestro lado.

La Junta Directiva os desea una felices **N**avidades y que **D**isfrutéis de todo corazón con vuestros seres queridos no **O**biando ni un segundo de felicidad para el año próximo.

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@aatronas.org  
www.aatronas.org

### Edición, producción y suscripciones:

IBER **C**ONGRESS

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.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/ 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 <sup>07</sup>/<sub>09</sub>

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 Vallés  
Barcelona

**F A M E**

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