

**Dedicamos nuestra portada a la presentación  
de la plantilla oficial  
de la Asociación Andaluza de Matronas.**



*Junta Directiva.*

# Coordinación inter-niveles

Potenciar la presencia y desarrollo de las actividades propias de las matronas en todos los niveles asistenciales, es uno de los objetivos de la Asociación Andaluza de Matronas. Por tanto, fomentar la coordinación inter-niveles me parece un tema de gran relevancia y de total actualidad, ya que garantizar la continuidad de los cuidados es de vital importancia, no sólo para las matronas, sino para las administraciones públicas que vemos cómo quieren impulsarlos cada día más, aunque las estrategias no siempre sean las adecuadas.

La iniciativa del Hospital de Valme de Sevilla de organizar un curso entre Atención Primaria y Atención Especializada, denominado "La Coordinación Inter-niveles" para fomentar el desarrollo del Proceso embarazo, parto y puerperio, así como conocer las necesidades y dificultades que encuentran los profesionales para atender de forma plena la demanda de las mujeres, es una iniciativa pionera, que se debería realizar de forma rutinaria en el resto de hospitales, ya que la única forma de establecer lazos de unión entre ambos niveles es acercando el área al hospital y viceversa.

Una forma de facilitar este acercamiento es organizar cursos, jornadas, encuentros etc., donde los profesionales puedan poner de manifiesto la realidad que tienen y proponer mejoras para que la calidad de los cuidados prestados sea acorde con las demandas y necesidades de las mujeres de cada lugar.

Éste curso ha dado respuesta a la inquietud de las matronas de poder restablecer el contacto que, desde los inicios del hospital, se venía teniendo de forma anual y que, por diferentes motivos, se había espaciado en el tiempo.

La necesidad de establecer canales de comunicación y acercamiento con el hospital ha despertado gran expectación y una respuesta general por parte de los profesionales de ambos niveles, que no sólo han participado como oyentes sino también como docentes.

Ha sido un buen punto de encuentro y reflexión, teniendo como trabajo de futuro la elaboración de Protocolos de interés común, así como la elaboración de una Guía de Práctica clínica para algunos temas concretos.

Para conseguir que esta iniciativa sea una realidad y un proyecto de futuro para mantener las relaciones y los canales de comunicación abiertos es imprescindible contar con el apoyo y la implicación, no sólo de los profesionales, sino de las Direcciones de Enfermería de los Hospitales, Directores de Área y Coordinadores.

Con el esfuerzo de todos se podrán encontrar las estrategias a seguir para garantizar la calidad y continuidad de los cuidados, que en materia de salud sexual reproductiva somos las matronas las que tendremos que dar respuesta a las demandas de las mujeres y adaptarnos a la realidad que se construye cada día.

Teniendo en cuenta que estamos en un momento de cambio, donde desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo se está trabajando en el Proyecto para la Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, con el objetivo de impulsar la estrategia para la Atención al Parto Normal, tendremos que buscar el apoyo de las Instituciones, desde un marco legal, para fomentar dicha estrategia de cambio y poderla poner en marcha en aquellos lugares donde la resistencia al cambio es más patente y donde los profesionales con iniciativas e inquietudes puedan seguir impulsando la atención integral a la mujer, mejorando la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

Desde La Junta Directiva quiero seguir animando a todos los profesionales que integramos esta asociación a seguir trabajando para conseguir todos esos objetivos y proyectos de futuro que con esfuerzo y participación espero que vean su fruto.

**Isabel Pavón Rojas**  
Vocal de la A.A.M. de Sevilla



# José Manuel Ruiz Plaza.

Hemos querido traer en éste boletín a Pepe “el matrón”, como a él le llama la gente que lo conoce. En la actualidad es el Coordinador de las matronas del Distrito Sur de Sevilla.

Resumir en unas líneas toda su trayectoria es imposible y quizás no es el sitio donde citarlo, pero sí es importante destacar que es una persona con muchas inquietudes y que ha participado en muchos frentes, tanto en la asistencia como en la docencia.

Ha trabajado tanto en atención primaria como en especializada y conoce muy bien los dos niveles asistenciales, su labor de gestión en este distrito Sur, es una ventaja tanto para las matronas como para las mujeres, ya que ha sido aquí donde ha ejercido su profesión de matrona en los últimos años, aportando la experiencia y el conocimiento imprescindible para mejorar día a día la calidad en la atención a las mujeres, que es nuestro fin último.

### Pepe, ¿Dónde Te mueves mejor en A. Primaria o A. Especializada?

He tenido la suerte de trabajar en los dos niveles asistenciales y además he trabajado en los tres Hospitales de Sevilla capital, lo que me hace tener una visión bastante amplia de lo que ocurre a nivel de la atención al embarazo y parto en nuestra ciudad. En ambos niveles me he sentido muy satisfecho, creo que la profesión va ligada a la persona, y para mí es la profesión más bonita que se puede tener, porque te permite estar presente en momentos diferentes. En primaria eres el referente para las mujeres y te premian con el reconocimiento a tu trabajo, en el Centro de Salud de Montequinto, donde estuve muchos años, me sentía como en mi casa. Las mujeres cuando me ven por la calle, me tratan con cariño y respeto. En el hospital compartes un momento trascendental de la vida de las personas, no sólo de las mujeres, sino de toda la familia en general.

### En la actualidad eres uno de los dos coordinadores de matronas que realizan estas funciones en Sevilla. ¿Qué hace el Coordinador además de las funciones propias asistenciales?

Eres un punto de unión para todas las matronas del área, un elemento o eslabón que pretende recoger todas las inquietudes, vehicular las demandas, ser accesible y transmitir las a la dirección correspondiente.

Acoger a las matronas de nueva incorporación, bien por sustitución, traslado, etc. Eres el referente y la guía hasta que se ponen en marcha, en todo lo que necesitan, desde explicar la ubicación del centro, como mostrarles los Registros, Objetivos a cumplir, etc.

Eres el portavoz en la relación con las Direcciones, tanto del Distrito, Gerencia como Direcciones de Cuidados. Tienes que transmitir las inquietudes, problemas que se puedan plantear en los centros de salud. Lo mismo tienes que gestionar una agenda que tienes que meter las colchonetas de Educación Maternal en tu coche para utilizarlas en otro centro. Pero sobre todo “escuchar”, saber captar qué hay detrás de cada situación para poder poner el remedio adecuado.

Aunque la figura del Coordinador no está reconocida oficialmente, tengo que agradecer a los responsables de los distritos que hayan reconocido la importancia de que una matrona desempeñe esta labor de gestión.

### En estos momentos en los que se está tratando de impulsar y fomentar la coordinación entre los dos niveles asistenciales, ¿qué aspectos crees tú que se tendrían que fomentar para facilitar las relaciones entre ambos niveles?

Principalmente hay que trabajar para fomentar la comunicación, es imprescindible conseguir una comunicación fluida. Sería interesante que las matronas no fueran de Primaria y Especializada, sino un equipo conjunto y que no existiera esta separación que, dependiendo de los distritos, es mayor ó menor. Las matronas hoy en día tienen una actitud muy positiva, valoran la labor y el reconocimiento al trabajo realizado por sus compañeras, tanto las de primaria como las de especializada, teniendo en cuenta que ambas tienen el mismo objetivo: la atención integral a la mujer.

Otro aspecto importante a fomentar serían los encuentros, procurar establecer un calendario de reuniones donde poder debatir y analizar las demandas no sólo de las mujeres sino de las matronas.



### Se ha organizado un curso entre primaria y especializada en el que has colaborado en la organización. ¿Crees que este tipo de encuentros se deberían de realizar con mayor frecuencia?

En primer lugar, tengo que decir que M<sup>ª</sup> Ángeles Fernández ha sido la coordinadora del curso. Ella me pidió la colaboración para que entre los dos organizáramos un temario que diera respuesta a las demandas de las matronas, de actualizar conocimientos y poner una puesta en común para unificar criterios y mensajes que damos a las mujeres. Ella hizo la propuesta sobre los temas que deberíamos tratar y prácticamente ha llevado todo el grueso de la organización. Yo he colaborado en todo lo que se me ha pedido y la verdad es que ha resultado todo un éxito. Lo más interesante son las expectativas de futuro que se han creado con los talleres de trabajo que se han organizado para elaborar unos protocolos y guías de actuación comunes que faciliten el acercamiento. Desde luego sería muy importante que este tipo de encuentros se realizaran con más frecuencia. Aunque es una tarea difícil y requiere un gran esfuerzo organizarlo, al final cuando ves el resultado obtenido y la buena aceptación, te das cuenta de la relevancia que tiene.

### ¿Qué satisfacción te produce la coordinación?

El poder trabajar y conocer a mis compañeros desde un punto de vista diferente. Apremiar la calidad humana y profesional que tienen, he descubierto facetas de ellos que desconocía, he aprendido y sigo aprendiendo día a día. Para mí es un reto que todo el grupo de matronas que trabajan en el área cuenten con el apoyo de un compañero al que le pueden transmitir sus dudas ó problemas, que intentará canalizar las demandas y dar soluciones en la medida de lo posible.

Isabel Pavón Rojas  
Vocal de Sevilla de la A.A.M.

## NUTRICIÓN EN EL PROCESO DE PARTO

**E**n la actualidad, cuando todos los esfuerzos van dirigidos hacia la humanización del parto, llama la atención cómo se siguen manteniendo prácticas de forma rutinaria como el no permitir la ingesta de líquidos ni sólidos durante el proceso de parto. Esta pauta se sigue manteniendo, basándose únicamente en motivos de seguridad en caso de tener que someter a la gestante a una anestesia general.

### Introducción:

La política de ayuno introducida en la mayoría de los hospitales, se remonta a la década de los años 40, basándose en un estudio realizado por Mendelson quien describió 66 casos de aspiración en pacientes obstétricas sometidas a anestesia general. Como consecuencia de esto, se generalizó la idea de prohibir la alimentación e hidratación vía oral a las mujeres en trabajo de parto, por riesgo de sufrir una aspiración del contenido gástrico, conocido como "Síndrome de Mendelson".

Se estableció en las maternidades el lema de "nada por boca".

Nadie duda que pueda producirse una aspiración del contenido gástrico en una mujer que vomita, aunque este riesgo quedo asociado al uso de anestesia general.

La mortalidad de este síndrome va asociada a la cantidad y/o al pH del contenido gástrico aspirado, por lo tanto, sustancias con un pH < 2.5 o volúmenes mayores de 25ml aumentan el riesgo de aspiración y como medidas preventivas el propio Mendelson proponía el uso de anestesia regional, además el ayuno. Sin embargo, no hay evidencia científica que demuestre que con el ayuno durante el tiempo que dura el trabajo de parto garantice un menor volumen de contenido debido a que en las embarazadas existe un enlentecimiento del vaciado gástrico, enlentecimiento que aumenta en la dilatación.

En una revisión realizada por Olsson en 1986 sobre el estudio de Mendelson, en 185.358 casos de anestesia generales, obtuvo una aspiración por cada 2.131 anestesia, o sea un 0.05% de probabilidad de bronco aspiración durante una anestesia general.

La mortalidad materna del síndrome varía según distintos autores, pero en general oscila alrededor de un 30%. Según Sleutel y Golden la cifra estaba entorno a 1/7.000.000 millones de nacimientos.

A pesar de estas evidencias, la vía venosa fue la elegida para la hidratación de toda mujer en fase activa del parto, aumentando así el riesgo de infección por medio del catéter y restringiendo la movilidad.

Por otro lado, mantener a la mujer en ayunas y con gasto energético y agotador como es el parto, el cual es comparable al ejercicio que hace un atleta en fase de competición, puede producir una deshidratación y un aumento de los cuerpos cetónicos derivados del aumento de las grasas, al perderse las reservas de hidratos de carbono. Estos cuerpos cetónicos en exceso disminuyen la actividad uterina y como consecuencia producen alteraciones en el trabajo de parto, ocasionando más partos instrumentales, junto con el riesgo que conlleva para el feto y recién nacido.

Sabemos que la dieta disminuye los cuerpos cetónicos y aumentan los hidratos de carbono, que son la principal fuente de energía para el recién nacido.

Otro de los motivos por los cuales algunos profesionales se niegan alimentar e hidratar por vía oral es por el riesgo de vómitos que a su vez pueden aumentar los cuerpos cetónicos. Pero se ha comprobado que estos aumentan más por el ayuno que por los vómitos, y éstos a su vez no son siempre causa directa de la alimentación, porque dichos vómitos forman parte del proceso de parto en muchas mujeres.

### Estudios revisados:

Tras la revisión de varios estudios he querido destacar uno del Hospital San Cecilio de Granada:

### Método:

Se realizó un estudio prospectivo en la sala de dilatación-partorio del servicio de Obstetricia y Ginecología de dicho Hospital, mediante la selección de gestantes a término de bajo riesgo y en fase activa de parto, a las que se ofertó, bajo consentimiento informado, la ingesta de alimentos sólidos o líquidos, durante todo el proceso de dilatación, y en el puerperio inmediato (en la primera hora posparto), o hasta la aparición de factores de riesgo (líquido teñido, metrorragia, hipotensión grave, alteraciones fetales...), situaciones donde se suspendería ésta y se instauraría una hidratación venosa.

Participaron 20 matronas, escogiendo un total de 249 casos.

Las variables del estudio fueron la ingesta de líquidos-sólidos, náuseas o vómitos, tipos

de parto, complicaciones en el puerperio inmediato y valoración de la experiencia por la mujer.

### Objetivos:

La finalidad del presente estudio fue comprobar en nuestro medio si entre las gestantes de bajo riesgo la ingesta de alimentos sólidos o líquidos durante todo el proceso del parto era una práctica bien acogida por la mujer, conocer el grado de incidencias de náuseas y vómitos, así como observar el grado de complicaciones que precisaron de una intervención médica urgente, donde la ingesta de líquidos o sólidos durante la dilatación y en puerperio inmediato supuso una práctica de riesgo para la mujer, y se justifica, por tanto, esta política restrictiva o, por el contrario, se evidencia como una costumbre basada en antiguos cuidados.

### Resultados:

Durante el proceso de dilatación, la oferta de ingesta de líquidos fue aceptada por 178 mujeres (71.5%), y sólo una de ellas (0.4 %) también tomó algún sólido. El resto 71 (28.5%), rechazaron todo tipo de alimento. La aparición de náuseas en éste período fue de 58 casos (23.2%), de los cuales 17 (23.9%) habían rechazado la ingesta y 41 (23.6%) sí la aceptaron, pero no todas acabaron vomitando, sólo 40 (16%) sí lo hicieron, perteneciendo 27 (15.1%) al grupo de la ingesta y 13 (18.3%) a las que optaron por el ayuno. La única mujer que además tomó sólidos no refirió náuseas o vómitos, ni durante la dilatación ni en el puerperio inmediato.

De un total de 165 partos espontáneos (66.3%), 44 tocúrgicos (17.7%) y 40 cesáreas (16.1%), las gestantes que optaron por la ingesta, tuvieron un parto espontáneo 118 (66.2%), 31 fueron tocúrgicos (17.4%) 29 cesáreas (16.2%), que se realizaron siempre bajo analgesia epidural. Sin embargo, en el postparto inmediato hubo un aumento de mujeres que demandaron además de líquidos, alimentos sólidos. A las gestantes que acabaron por cesárea se les mantuvo en el ayuno habitual, por lo tanto, la oferta de ingesta en este período fue de 209 mujeres. De estas 188 (89.9%) la aceptaron, inclinándose exclusivamente por líquidos 141 (67.4%); hubo 47 (22.4%) que también ingirieron alimentos sólidos. En 21 casos (10%) se rechazó cualquier ofrecimiento, alegando cansancio o inapetencia.

La aparición de náuseas en este momento,



entre las que optaron por los líquidos tuvo una incidencia de 5 casos (3.5%), frente a uno (2.1%) entre las que ingirieron algún sólido. No hubo ningún caso de vómitos entre estas mujeres. Tampoco hubo ningún caso donde alguna complicación en el puerperio inmediato requiriese de alguna actuación de urgencia.

En cuanto al grado de satisfacción valorado por aquellas que participaron de la ingesta, fue altamente positivo (98%), solo en dos casos se valoró como no positiva al relacionar éstas la aparición de las náuseas con la ingesta.

#### Conclusión:

Este estudio se concluyó como una experiencia satisfactoria y se planteó la elaboración de un protocolo específico consensuado con los servicios de Obstetricia y Ginecología, Anestesia y Reanimación, que hasta entonces había sido de restricción de líquidos y sólidos durante todo el proceso de dilatación, parto y puerperio.

#### Realidad actual sobre el tema:

**Holanda:** Son los más avanzados y no hay política restrictiva desde 1998.

**EE.UU.,Gales...** en 61 de los centros consultados no había protocolo al respecto y en los restantes era restrictiva.

En el Hospital St.Thomas de Londres, el Departamento de Anestesia admitió que la aspiración pulmonar era una complicación rara, y por tanto mantener el ayuno severo durante el parto ya no era una actitud apropiada, pudiéndose ofertar una dieta ligera, agua o trocitos de hielo, aunque sugieren que los alimentos sólidos o semisólidos debería ser restringidos en la fase activa del parto o si es instaurada una analgesia.

**Australia:** En investigaciones realizadas por matronas, apuntan a la falta de evidencia que apoye el mantener una política de restricción total de ingesta durante cualquier fase del parto. En 81.7% de los hospitales no había protocolo definido sobre el tema, dejando libre elección a la gestante y la responsabilidad de la matrona para decidir qué era lo más adecuado en cada momento.

#### España:

- En el SNS (Sistema Nacional de Salud), en la Estrategia de Atención al Parto Normal: En las recomendaciones permite la ingestión de alimentos principalmente líquidos según las necesidades de la gestante.
- SEGO: basándose en OMS, establece no restringir la ingesta en procesos prolongados, evitando lácteos y alimentos

sólidos. En aquellas que progresen normalmente, permite la ingesta de comidas livianas (sin especificar qué tipo de comidas).

- En la Guía Práctica de cuidados en el Parto Normal: Establece 4 categorías:
  - *Categoría A.-* Prácticas claramente útiles y que deben ser promovidas, entre ellas ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
  - *Categoría B.-* Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas. Como la infusión intravenosa de rutina.
  - *Categoría C.-* Prácticas de las que no existe una clara evidencia, para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema (no hay referencia a la cuestión).
  - *Categoría D.-* Prácticas que a menudo se utilizan como inadecuadas. Sería la restricción de alimentos y líquidos durante el parto.
- En el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía: En el período de dilatación se permite la toma de pequeños sorbos de agua. En caso de que la gestante opte por la analgesia epidural, se canalizará vía venosa y mantendrá en dieta absoluta a partir de ese momento. En el período de parto y puerperio no hace mención alguna.

#### Conclusiones:

Teniendo en cuenta que existe una regulación natural de las madres a medida que avanza el trabajo de parto con una disminución progresiva y espontánea del consumo de comida, y además a la hora de consumir alimentos, prefieren líquidos más que sólidos, éste consumo de líquidos se presenta incluso después de episodios de náuseas y vómitos. La apetencia por los sólidos o líquidos aparece en el período de dilatación y puerperio inmediato, con más apetencia de líquidos que de sólidos. Hay un aumento de preferencia por los sólidos en el postparto y registrándose un elevado grado de satisfacción.

Parece estar claro que dando libertad a las mujeres, la mayoría prefieren sólo líquidos, 1 de cada 4 tomaría sólidos y el ayuno estricto sería muy raro.

Siguiendo en la línea de asistencia hacia un menor intervencionismo, hacia la humanización del parto, sería el momento de reflexionar sobre las políticas de alimentación e hidratación que se llevan a cabo en los hospitales.

Hoy día no hay una evidencia clara que apoye el ayuno estricto durante el trabajo de

parto normal. Lo más recomendable sería permitir el consumo de bebidas isotónicas, desterrándose la perfusión endovenosa sistemática de líquidos, que además restringen la libertad de movimientos.

La atención integral de la gestante es llevada a cabo por distintos profesionales (matronas, obstetras, anestesiistas), aunque la balanza de no restricción parece inclinarse más sobre las matronas que sobre los obstetras.

La matrona como profesional responsable del bienestar de la gestante, es una excelente fuente de observación, fomento, control y evaluación hacia la promoción del cambio de una política restrictiva, pero siempre desde el respeto a la libertad de la mujer, porque interferir en las decisiones de la gestante es de alguna manera otra forma de intervencionismo. Debemos darle a las mujeres una adecuada información sobre la alimentación, sobre el nivel de riesgos en situaciones especiales, dejando que ella decida, pero bajo nuestra supervisión.

Por lo tanto esta política de restricción basada en hechos ocurridos en los años 40 no tiene ningún sustento en la actualidad, debido a los cambios producidos en la práctica obstétrica. Por lo tanto surge la necesidad de reflexionar entorno a la importancia de considerar el trabajo de parto como un proceso normal y dar a las embarazadas cuidados basados en evidencias científicas e investigaciones y no sólo en tradiciones.

**Alicia Peña López,  
Residente de Matrona  
H.U. Valme de Sevilla.**

#### Bibliografía

- Mendelson C. The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. Am J Obstetrical Gynecological, 1946; 52: 191-205.
- Olsson GI Hallen B, Hambroens- Jonzonh. Aspiration during anesthesia: A computer aided study of 185.358 anesthetics. Acta anesthesiologica scandinavica 1988; 30:84-92
- Rev. Chill Obstetrical Gynecological 2005; 70 (5): 296-302
- Scielo España Index Enfermería V. 17 nº2 Granada abril-junio 2008.
- OMS: Cuidados en el parto normal. Guía Práctica.
- Proceso Asistido Integrado. Embarazo, Parto y Puerperio. Junta de Andalucía
- Iniciativa al parto normal. Fame.

# Importancia de los registros escritos para las matronas

La tarea de registrar es una de las más arduas de nuestra profesión, y no siempre los documentos de apoyo de que disponemos son los más adecuados. La mayoría de los hospitales trabajan con documentos, gráficas y registros en general que no han sido elaborados para registrar todas las actividades específicas que realizan las matronas. Más bien nos hemos tenido que adaptar a las necesidades de otros profesionales implicados en la atención a las pacientes. Es por eso que nos hacemos las siguientes preguntas.

- ¿Los registros de los que disponemos responden a la realidad de la asistencia actual?
- ¿Tendríamos que elaborar registros adecuados a nuestras propias características y de las intervenciones que realizamos?
- ¿Elaborar los registros en soporte informático facilitaría nuestra actividad y dispondríamos de más tiempo real?

Es de gran importancia que quede registrada toda y cada una de las actividades realizadas diariamente. Para ello, disponer de registros adecuados es fundamental, no sólo para dejar constancia escrita, sino para evaluar lo que aportamos específicamente en la asistencia, así como medir y evaluar la calidad de nuestras intervenciones. El papel que se le reconoce a los registros es el de servir como:

- Instrumento de apoyo a la gestión, pues permite calcular cargas de trabajo, número de personal requerido, hacer control de calidad del cuidado y conocer resultados de la atención.
- Instrumento jurídico, utilizado como evidencia entre usuario y prestador de servicio de salud,

se constituyen en testimonio documental de los actos del profesional a requerimientos de los tribunales (responsabilidad legal).

- Instrumento para dejar constancia escrita del acto de cuidado que refleja el ejercicio profesional, por respeto a los derechos de los pacientes y prueba de los alineamientos humanos y éticos (responsabilidad ética).
- Instrumento para facilitar evaluar, reorientar y aprender de la propia práctica como también para el desarrollo de un lenguaje común entre las enfermeras a fin de disminuir la variabilidad en la práctica, asegurar continuidad cuidados como base una asistencia de calidad (responsabilidad profesional).
- En la actualidad también necesitamos registros que sirvan para medir nuestras competencias:
- Instrumento que sirva para medir y evaluar nuestras propias competencias exigidas para la acreditación de las mismas y el desarrollo de la carrera profesional.

Las matronas del servicio de paritorio llevamos un tiempo planteándonos la necesidad de actualizar los registros existentes en nuestra unidad. Nuestra Hoja de Valoración Inicial (HOVI) fue pionera en su momento contemplando aspectos muy novedosos, pero ya llegó el momento de su revisión. En esta actualización de nuestros registros pretendemos que no sólo esté implicada Atención Especializada sino también Atención Primaria, para que no sólo sea un documento de recogida de datos sino nexo de unión entre ambos niveles. Por eso dentro del curso realizado en nuestro hospital, se ha incluido una mesa de trabajo con matronas de ambos niveles asistenciales para trabajar sobre este tema en particular y elaborar

un documento nuevo, que sustituya a la HOVI ya existente. Posteriormente, sería consensuado por varios profesionales para procurar que esté adaptado a la realidad de nuestra práctica actual, teniendo en cuenta los muchos cambios sociales y asistenciales acontecidos en éste tiempo en nuestros paritorios: inclusión de analgesia epidural, atención a población inmigrante, prácticas para favorecer la lactancia materna y su inicio precoz, el alojamiento conjunto en contacto piel a piel y, últimamente, las iniciativas para favorecer el parto normal, incluyendo la petición individualizada de cuidados con los emergentes planes de parto.

Aunque nuestra labor se desarrolla más en función de guías clínicas, hemos intentado elaborar un documento que aunara la actividad de la matrona con los registros ya existentes y normalizados, ya que en la actualidad es la nomenclatura común de la que disponemos y en cuyo contexto profesional y científico nos hayamos incluidos. Teniendo en cuenta que la mayoría de las veces dichos diagnósticos no se adecuan a nuestro trabajo, sería interesante que en un futuro, este mismo grupo pudiera encargarse de intentar elaborar esas guías por las que toda matrona pueda valorar, diagnosticar, planificar y evaluar su propio trabajo.

Nuestras fuentes documentales han sido registros de hospitales ya en marcha. Revisando documentos de los hospitales donde ya se trabaja con ellos, como el H. Infanta Elena o San Cecilio entre otros, así como los registros de plantas de hospitalización de nuestro hospital con amplia experiencia en ésta área.

**Manuel Jorge Romero Martínez.**  
Matrón del H.U.Valme.

## Noticias y proyectos

Con el inicio del año la Asociación Andaluza de Matronas ha vuelto a poner en marcha el reloj, el que no para, para continuar otro año más con su avance.

El Plan Estratégico de la AAM se celebró los días 9 y 10 de enero de 2009 en la provincia de Huelva. Esta ciudad, que da paso este año al Congreso, dio el cierre al Plan Estratégico que llevaba ya casi cuatro años en su trayectoria. A él acudieron 45 matronas de toda Andalucía. Algunas estaban en el Plan de inicio, otras se han incorporado después, como bien sabéis nuestra AAM desea que cada día la formen y estén más matronas en ella.

Las 45 matronas se dividieron en grupos y cada uno de estos grupos expuso los puntos positivos y negativos de esta trayectoria en la que estábamos inmersas siempre pensando en el bien y buen hacer de las Matronas y la Sociedad. En el día de trabajo se hizo una técnica para dar una valoración al Plan anterior y dar paso al que se inicia en este nuevo año el II Plan Estratégico de la AAM. Los proyectos llevados a cabo por los grupos anteriores se publicarán en los boletines sucesivos, para informarnos de todo lo que se ha hecho y se hace.

Este mismo día 10 de enero de 2009 en Huelva se realizó la Asamblea anual ordinaria según la orden del día que se había enviado a quienes formamos parte de la AAM.

El día 5 de Febrero se presentó la Guía que ha resultado de todo un año de trabajo que sobre "La mutilación genital femenina: más que un problema de salud" varios profesionales del grupo de cooperación han realizado conjuntamente con Medicus Mundi. Pronto podréis tenerla en la Web de la AAM.

Con fecha de 20 y 21 de febrero se celebró la asamblea ordinaria anual de la FAME en Murcia. La AAM, acudió y estuvo representada por la presidenta y la tesorera. Sabéis que siempre se intenta invitar a otra Asociación ya que cada vez somos más las que debemos formar y estar inmersas en la FAME. Esta vez fue el País Vasco, que tuvo su representación en las personas de Begoña Ugarte y Javier Rey, presidenta y

vicepresidente de la recién creada asociación. El trabajo llevado a cabo en la misma tuvo una duración de dos días. La Junta de la FAME explicó y dio información de las actividades del 2008, presupuesto y estado de cuentas, se aprobó el presupuesto del 2009 y cada Asociación expuso actividades del 2008 y proyectos para el 2009.

La FAME cuenta ya con el 65% de matronas asociadas y cada vez adquiere mayor protagonismo dentro de la administración.

Como tema importante conseguido es que desde el día 24 tenéis a vuestra disposición en la página de la FAME todos los artículos publicados en la revista Matronas Profesión. Esto ha sido fruto del acuerdo entre Ediciones Mayo y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). La revista «Matronas Profesión» estará accesible para todas las matronas a través de la Web de la FAME.

Nuestra AAM trabaja de manera constante para llevar a buen puerto el III Congreso. Ya han sido varias las reuniones mantenidas entre la Junta y el Comité de Huelva, ultimando el programa que en

breve estará disponible en nuestra página Web. Queremos que resulte todo un éxito y podamos intercambiar experiencias a la vez que ofrecer novedades.

Proyecto importante en el que estamos trabajando es la organización del Día internacional de la Matrona: La Matrona con las Familias. Las vocales están ya trabajando en ello, ya que queremos que este año que hemos tomado como lema el innovar, sea algo diferente. Os esperamos a todas y todos y los que deseéis colaborar seréis bien recibidos.

Como innovación importante y cuando llegue a vuestras manos el boletín ya habremos puesto en marcha, es el Curso de "Parto de Baja Intervención" en su versión online. Este curso se realizó en Baeza el año pasado y prometimos realizarlo online con la finalidad de que lo puedan hacer un número importante de matronas. Ha sido un año entero de trabajo pero a partir del 1 de abril y hasta el 30 del mismo mes estará colgado para que lo realicéis previa inscripción.

Otro proyecto en el que la AAM tiene participación visible es en un proyecto de cooperación internacional. La Asociación

Andaluza de Matronas tiene entre sus objetivos la participación en programas de cooperación para el desarrollo, sobre todo en lo referido al fomento del papel de la mujer en la sociedad y la atención materno-infantil, apuesta por esa iniciativa y colaboración. El grupo formado por tres Matronas, dos de ellos del hospital "Punta de Europa" de Algeciras y el tercero del hospital INGESA de Ceuta, que se desplazarán a la localidad de Chinguetti para desarrollar un programa formativo que aborda aspectos fundamentales de detección y solución en riesgos de asistencia a partos y mejora de la salud materno-infantil en colaboración con la Organización No Gubernamental 'Enyanim'.

La Asociación Andaluza de Matronas continuará trabajando por el colectivo, la mujer y la familia.

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

Tif.: 955 722 121 Fax: 955 722 421

secretaria@aatmatronas.org

www.aamatronas.org

### Edición, producción y suscripciones:

IBERCONGRESS

C/ Juan Sebastián Elcano 44 - 4ºD  
41011 Sevilla

Tif.: 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@aatmatronas.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. Tif.: 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.





DESDE SIEMPRE CON LAS MATRONAS

**NUK** Service **Pro**  
PROFESSIONAL SUPPORT