

Celebración del día de la matrona

Editorial

Las matronas somos los profesionales que proporcionamos una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer. Actualmente para ser matrona es necesario realizar una especialización de dos años tras los estudios de grado de enfermería. Este esfuerzo académico y aumento de responsabilidad, no se han visto acompañados de un justo reconocimiento económico y profesional.

de la mujer, deberían incluir en su perfil de acceso, la necesidad de la titulación en enfermería obstétrico ginecológica.

En el ámbito de la atención primaria nos lamentamos del crónico déficit de matronas existente, en especial en las provincias de Jaén, Córdoba y Almería que ocasionan que existan entre las mujeres andaluzas desigualdades territoriales de accesibilidad a estos servicios. Por eso solicitamos la creación de plazas de matronas en atención primaria que garanticen el acceso a nuestros cuidados especializados al 100% de las mujeres andaluzas.

Andalucía puede presumir de contar con unas matronas en continua actualización de conocimientos y prueba de esto es las más de 300 que se dieron cita en Antequera, donde este año la Asociación Andaluza de Matronas ha querido conmemorar el día internacional de la matrona.

Ha sido algo diferente y con un poco de adelanto, 17 de abril, debido a los eventos del mes de mayo que coincidían con el Congreso de la Asociación de Comares de Valencia. Matronas venidas de toda Andalucía se dieron cita en Antequera para asistir a una jornada de formación sobre terapias para el alivio al dolor de parto.

Con todo lo allí expuesto y contando con la inestimable colaboración de los ponentes hemos elaborado este boletín que recoge sus ponencias, y también, para que quienes no pudieron estar, lo conozcan.



Fiel al lema del día internacional de la matrona "El mundo necesita más matronas, ahora más que nunca," la Asociación Andaluza de Matronas quiere potenciar el papel de las matronas tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria.

En el ámbito hospitalario reivindicamos una política activa para fomentar nuestras competencias profesionales en la asistencia al parto, algo esencial para el desarrollo del proyecto de humanización a la atención perinatal de Andalucía; el poder prestar sus cuidados especializados en todas los servicios del área maternal (plantas de maternidad, ginecología...) y una mayor participación en los órganos de decisión: los cargos directivos (supervisión, jefaturas de bloque...) de los servicios de enfermería relacionados con los cuidados de la salud



Para todo ello el Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta, prácticamente con el doble de matronas en formación que hace unos años, algo en lo que ha trabajado activamente la Asociación Andaluza de Matronas.

Recordar también que las presentaciones se encuentran colgadas en nuestra página web. www.aamatronas.org

La junta Directiva

Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis

RESUMEN

El dolor de tipo lumbar ocurre en un tercio de los partos y las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis van a contribuir a eliminar o disminuir este dolor. Se hizo una revisión para conocer más a fondo la técnica, indicaciones y mecanismos de acción. Nos encontramos con un alto grado de evidencia en su efectividad, muy útil sobre todo en estadios iniciales, y que cuenta con el aval de la FAME y SEGO. La administración subcutánea va a encontrar mayores ventajas que la administración intradérmica.

PALABRAS CLAVE: inyección, agua, parto, (water, injection, labor)

INTRODUCCIÓN

El dolor de tipo lumbar ocurre aproximadamente en un 30% de los partos. Es descrito por las mujeres como muy molesto, horrible, que se intensifica mucho con la contracción y que tras la misma, frecuentemente, el dolor no llega a cesar del todo ⁽¹⁾.

Se ha relacionado con las presentaciones en occipito-posterior, pudiendo ser considerado el dolor de tipo lumbar como un signo indirecto para el diagnóstico de tal presentación: El occipucio y dorso fetal apoyan directamente sobre la cara posterior del segmento uterino inferior, de modo que es más probable que el dolor sea irradiado hacia la zona lumbar.

Para aliviar este tipo de dolor, contamos con la sorprendente efectividad de las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis. El agua ha sido utilizada como método anestésico en cirugía menor (Halsed 1885 y Anon 1904) y para el tratamiento de dolor de rodilla y cólicos renales. Se piensa que se empezó a usar en obstetricia sobre los años 20, aunque su mayor desarrollo fue a partir de los 80 en los países nórdicos, extendiéndose rápidamente al mundo anglosajón ⁽²⁾.

No obstante el auge de la anestesia epidural en la década de los 90, hizo que su uso decayera. Un estudio de 2008 calculó que de forma habitual tan sólo eran utilizadas por el 32% de las matronas norteamericanas. Las razones para no emplear la técnica pueden

ser fácilmente extrapolables a España: "La mayoría de las mujeres quiere epidural", "No existe demanda por tratamientos alternativos", "No me gusta el dolor que produce su administración", "No se me permite su uso", "No tengo experiencia o práctica en su uso" ⁽³⁾.

El caso de Suecia es curioso. Allí no fue la epidural la que hizo que su uso cayera, sino un fuerte programa formativo en acupuntura por lo que las matronas preferían como alternativa al alivio del dolor esta técnica en detrimento a las inyecciones de agua estéril ⁽⁴⁾.

No obstante en los últimos años estamos asistiendo a una vuelta a un parto menos medicalizado y esto se traduce en un auge del interés en la comunidad científica por las inyecciones de agua estéril.

El presente estudio pretende hacer una revisión de los estudios más recientes con el objetivo de:

- Conocer la técnica
- Conocer sus efectos y aplicabilidad clínica
- Conocer su mecanismo de acción

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en varias bases de datos bibliográficas en la Biblioteca Virtual del SSPA, usando como palabras clave: wáter, injection, labor". Se consultaron 4 revisiones y 11 estudios experimentales. Entre estos, codeándose con estudios suecos, daneses y americanos encontramos el artículo de un compañero de nuestra comunidad autónoma ⁽⁵⁾.

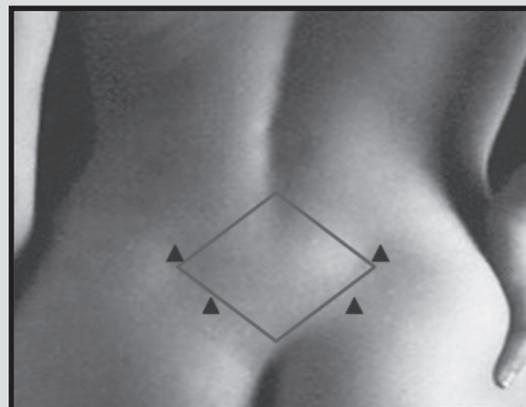
Se han consultado guías y protocolos y experiencias de otros compañeros sobre la técnica.

RESULTADOS

1.- Lugar y número de punciones.

El rombo de Michaelis está formado por la apófisis espinosa de L5, el surco interglúteo y las espinas ilíacas póstero-superiores. Su localización es bastante sencilla. Los artículos hablan en general de 4 punciones: Dos sobre los vértices laterales del rombo

de Michaelis, y otras dos unos 2 cm más abajo y un cm más medial (Ver imagen).

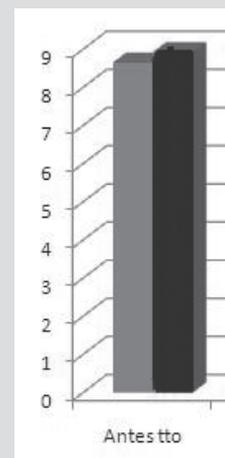


En España parece que está más extendido el uso de tan solo dos puntos de inyección, reportando la misma eficacia. Un recientemente estudio además ha descrito que es suficiente una punción, justo en el sitio donde la mujer indique con su dedo ⁽⁶⁾.

2.- ¿Agua estéril o suero salino?

Los estudios experimentales que comprueban la eficacia de las inyecciones de agua estéril son sencillos de realizar y fácilmente reproducibles por cualquier matrona: Un grupo de intervención que instila inyecciones de agua estéril y un grupo control donde por regla general se usa el suero salino. A ambos grupos se pasa una escala EVA antes de la intervención, unos minutos después y a los 30, 60, 90 o 120 minutos. Comparando los resultados de ambos grupos se observan que el agua estéril es más eficaz para el alivio del dolor mostrando una mayor disminución en los valores de la escala EVA ⁽⁷⁾. (ver gráfico).

La explicación que dan los autores es que el agua estéril produce una mayor estimulación al tener una osmolaridad distinta a la del cuerpo humano.



Otro estudio mostró que daba igual administrar agua estéril que lidocaína, lo cual nos indica que el mecanismo de acción no está relacionado con el de la anestesia local⁽⁸⁾.

3.- Vías de administración.

a) **Vía intradérmica** (5,7-10): La técnica es similar a la prueba del Mantoux. Podemos utilizar una jeringa de insulina o una aguja subcutánea. Con el bisel hacia arriba, pinchamos justo debajo de la epidermis, de modo que podemos ver la aguja a través de la piel. La mayoría de los estudios indican que se inyecta 0,1 ml (10 UI), con el objetivo de crear una pápula similar al tamaño de una lenteja. Esta técnica es muy dolorosa, dolor que podría mitigarse pinchando conjuntamente con la contracción, pinchar de forma simultánea con dos profesionales, o usando el óxido nítrico.

b) **Vía Subcutánea** (4,11): La técnica es similar a las inyecciones de heparina en el abdomen. Pellizcamos la piel y según la cantidad de tejido subcutáneo, se pincha la aguja con la inclinación adecuada y se instila 0,5ml (50 UI). Esta técnica tiene la ventaja de que es menos dolorosa e igual de efectiva que la intradérmica.⁽¹²⁾

4.- Efectos y aplicabilidad clínica.

Tras la inyección la mujer va a notar una sensación de calor en la zona lumbar y en

la siguiente contracción el dolor disminuye, pudiendo ser más localizado en la zona supra púlica. La máxima acción está descrita a los 30 - 40 minutos y con una duración de 90 a 120 minutos. Va ser más eficaz sobretodo en los estadios iniciales (pródromos) permitiendo a que las mujeres soporten mejor los dolores en esta fase y eviten así el uso de medidas farmacológicas o una epidural demasiado precoz. En la fase de dilatación también pueden usarse y no hay inconveniente para repetir la técnica.

Son útiles también para cólicos renales, dolor de rodilla, cuello, hombro, cervicales y dolor músculo esquelético crónico.

También se han demostrado que son más eficaces que los TENS⁽¹³⁾ y que la Acupuntura⁽⁴⁾.

Un estudio ha comprobado que las mujeres que usaron este método de alivio de dolor tuvieron menos incidencia de cesárea (4,6% vs 9,9%), explicando los autores que pudiere ser por la menos necesidad de intervención o por la relajación de los músculos de la pelvis, que favorece la rotación de OP a OA.⁽¹⁴⁾

5.- Mecanismo de Acción.

Las inyecciones de agua estéril, puede ser que tengan mecanismos de acción parecidos a los del Shiatsu o la Acupuntura. Intentar explicar aspectos de la medicina tradicional china (meridianos, puntos energéticos etc....) desde el prisma occidental, es bastante complicado. No obstante existen teorías que intentan hacerlo que paso a exponer:

-Mecanismo de acción desconocido

-Teoría de la contra-irritación. La creación de un dolor va a contrarrestar el otro.

-Acción local de endorfinas en el sitio de punción.

-Teoría del control de la puerta de entrada o teoría del umbral del dolor "Gate control Theory of Pain" de Melzack y Wall⁽¹⁵⁾. Según esta teoría, los estímulos de presión viajarán por fibras nerviosas de transmisión rápida

mielinizadas (Fibras A) que a nivel del hasta posterior de la medula espinal, va a interrumpir el paso por el haz espino-talámico de los estímulos dolorosos que proceden de fibras de transmisión lenta no mielinizadas (fibras C). Es una buena teoría para explicar el fenómeno, si no llega a ser porque el mismo autor, 30 años después, en su teoría de la neuromatriz⁽¹⁶⁾ dijo que esto es mucho más complejo y que cada persona va a tener una respuesta individual al dolor dependiendo de factores sensoriales, afectivos o cognitivos.

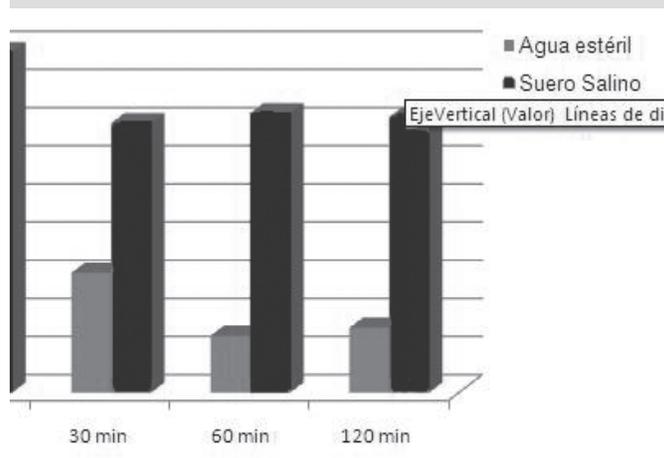
CONCLUSIONES

Las inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis son un:

- Método analgésico rápido, fácil, eficaz sin efectos secundarios.
- Tiene el máximo nivel de evidencia IA, y grado recomendación A.
- Cuenta el aval de las organizaciones científicas: Recomendado en la IPN⁽¹⁷⁾ y por la SEGO
- Se recomienda la Inyección Subcutánea al ser menos dolorosa su aplicación y al tener los mismos efectos terapéuticos..

Animo a todas las matronas andaluzas a incorporar la técnica en su práctica diaria.

Antonio Luis Muñoz Martínez
Matrona. H. San Juan de la Cruz. Úbeda
E-mail: matronasubeda@gmail.com



Nota: Debido a la falta de espacio y la extensión de las bibliografías, estas han sido suprimidas de este boletín y podrán ser consultadas en la página web de la Asociación.

La libertad de posición como alivio del dolor en el proceso de parto

En la actualidad, la atención al parto está en proceso de cambio. Las recomendaciones sobre asistencia al parto de las principales organizaciones y entidades científicas abogan por una asistencia centrada en el entendimiento del mismo como algo fisiológico, procurando una atención más humanizada huyendo del intervencionismo sin necesidad y justificación.

Dentro de este entendimiento del parto, es competencia de las matronas procurar las medidas necesarias para aliviar el dolor, informando a la mujer adecuadamente de todos los medios que existen y ayudándole a decidir el que más se ajuste a sus necesidades.

El dolor, como ocurre en todos los eventos que cursan con él, no es el mismo para todas las mujeres. Muchos son los factores que juegan un papel determinante en el dolor de parto: las ideas preconcebidas, el propio umbral del dolor de cada persona y las medidas para afrontarlo, el contexto sociocultural...; todo ello hace que la mujer perciba y exprese el dolor de un modo u otro. Algunos autores señalan el miedo como componente principal del dolor de parto. Teniendo esto en cuenta y empatizando con cada mujer, la matrona puede ayudar a elaborar estrategias para contrarrestar ese miedo. Esas estrategias en condiciones ideales se empiezan a poner en marcha desde que la pareja decide tener un bebé.

Un constructo sólido de estrategias de afrontamiento al parto tiene su inicio desde muy temprano, en la planificación familiar y en la consulta preconcepcional, pasando por la educación maternal, hasta vivir el propio parto. Favoreciendo el apoyo y el acompañamiento desde el principio, disipando dudas y explicando adecuadamente todos los pasos por los que la mujer ha de pasar, se puede llegar a una expectativa de parto realista. Los conocimientos ayudan a poner en marcha estrategias de afrontamiento y a adoptar medidas que ayuden a atenuar el dolor.

La libertad de posición en el parto es una de las medidas de alivio de dolor que más al alcance tenemos. No necesitamos nada, ningún tipo de recurso, simplemente predisposición y sentido común.

Es importante que las matronas nos formemos, que entendamos más y mejor cómo los movimientos nos ayudan a que el parto progrese, cómo esos movimientos proporcionan esas vías de escape que muchas veces obstaculizamos.

Existe una premisa fundamental en todo esto: LA MUJER SABE SIEMPRE EN QUÉ POSICIÓN PONERSE, en qué posición le duele menos, qué posición le ayuda a que su parto avance. Simplemente, observando a la mujer y

respetando las posiciones que adopta, estamos actuando de un modo beneficioso para ella.

¿Y por qué ayuda la libertad de posición a aliviar el dolor en el parto? Son muchos los factores que hacen que la experiencia del parto se vea favorecida simplemente por la libertad de posición y movimiento. Si nos centramos en la perspectiva biomecánica, la gravedad y el movimiento hacen que las contracciones sean más eficaces, pueden ayudar a corregir la posición y la actitud fetal y modificar los diámetros pélvicos. A nivel físico el movimiento disminuye la tensión muscular y favorece la circulación sanguínea. Asimismo, a nivel psicológico, la mujer se distrae más, se descentra del dolor y se siente más libre.

Por supuesto que no estamos inventando nada nuevo, estamos simplemente ante un resurgir de las medidas que se habían erradicado en pro de la medicalización y la técnica, cuando sin duda una cosa no debe excluir a la otra. Desde la prehistoria la mujer de parto se mueve, y expulsa a su criatura como su cuerpo le pide. Autores como Lamaze, Leboyer u Odent, se plantean en su obra que la asistencia al nacimiento de nuestros hijos no se realiza con el respeto que requiere desde el punto de vista ecológico, biológico, antropológico y evolutivo y conciernen importancia en todo momento a la libertad de movimiento y la libre posición de parto. Huir de la posición de litotomía y respetar a la mujer la postura que fisiológicamente adquiera empieza a ser un requerimiento indispensable en la asistencia al parto en nuestro país.

Una revisión reciente (Cochrane 2010 Número 1 ISSN 1745-9990) compara los efectos de la posición vertical y el decúbito en el periodo de dilatación, y concluye con mejores resultados en tiempo de la 1ª fase (aproximadamente una hora menos), menor tasa de cesáreas, menor uso de oxitocina sintética y menor tasa de episiotomías para la posición vertical. Aunque los estudios no arrojan datos directos sobre la percepción del dolor, sí afirma en sus conclusiones que es un factor favorable para la distracción materna y para aumentar la libertad de las mujeres en su parto.

Sabemos que la condición fundamental para las matronas con respecto a las posiciones es el sentido común, que cada mujer adopte su postura idónea; no olvidar que el cuerpo de la mujer es sabio.

Además de respetar la intuición de la fisiología de la parturienta está bien que tengamos claro algunos conceptos que nos van a ser útiles, para poder orientar a la mujer correctamente.

Existen 3 posiciones, con sus infinitas variantes, consideradas "posiciones estrella"

(Calais-Germain, B y Vives, N, 2009). De pie, cuadrupedia y sentada en la pelota de partos, aportan en conjunto numerosos beneficios.

A grandes rasgos las razones por las



que estas tres posiciones son tan completas quedan resumidas en que confieren a la pelvis mayor movilidad, ya que se puede orientar sus tres espacios internos, los tres estrechos, de forma multidireccional.

Estas tres posiciones permiten también apoyarse en algo e incluso suspenderse, haciendo que el útero y la pelvis se encuentren más libres y relajados. Proporcionan relajación muscular a nivel lumbar y abdominal. Las tres posiciones tienen la ventaja de dejar el sacro libre y disponible; nos permite masajearlo, aplicar calor, etc. La mujer también tiene sus manos libres hecho que le da libertad y seguridad. Todas ellas facilitan también el contacto físico con los demás favoreciendo por tanto el apoyo de la pareja o de la persona que ella elija.

Uso del óxido nitroso en el parto

Hay que destacar también algunas de las particularidades más importantes de cada una de las tres posiciones mencionadas. El dinamismo de la deambulación de la posición de pié ayuda al encajamiento y a la dilatación y no se debe olvidar que la mayoría de las mujeres refieren sentirse cómodas cuando caminan. La posición en cuadrupedia aporta dentro de sus ventajas particulares disminuir el dolor lumbar en posiciones occipito-posteriores, así como favorecer la rotación del feto en su paso por la excavación pélvica. El uso de la pelota es efectivo por el simple hecho de sumar la inestabilidad pélvica que se busca con la posición y el movimiento, a la inestabilidad que aporta la esfera. Además relaja el suelo pélvico por aumentar la base de sustentación del mismo. Comienzan a lanzarse resultados positivos sobre la percepción del dolor de las mujeres que usan la pelota en la dilatación.

En la actualidad, que las matronas asumamos la tríada parto- libre posición- libre movimiento empieza a ser una realidad, pero desafortunadamente aún no es una generalidad. Instituciones, sociedades científicas, mujeres y madres aún tienen perspectivas y criterios de rigor para guiarnos correctamente en este sentido. Las matronas, como responsables del parto normal, somos una pieza clave en este proceso de cambio y así hemos de sentirlo: la piedra angular de la asistencia al parto en nuestro país, la Estrategia del Ministerio, así como documentos de conceso, protocolos y guías asistenciales, nos avalan.

Por fin comenzamos, estamos pasando de la estática al movimiento. Pero queda mucho camino por recorrer. Juntos podemos hacer que esta realidad de hoy, que comenzó siendo la lucha de unos pocos, se convierta en la generalidad de la práctica. Es nuestra responsabilidad continuar cambiando las cosas.

Carmen Rivero Gutiérrez
Matrona

Nota: Debido a la falta de espacio y la extensión de las bibliografías, estas han sido suprimidas de este boletín y podrán ser consultadas en la página web de la Asociación.

El uso del óxido nitroso en nuestro hospital es relativamente reciente, aproximadamente 3 años, siendo uno de los primeros centros en España que utiliza este analgésico. Con un número creciente de mujeres que optan por este método, en el 2009 el 20.8%.

Sin embargo en muchos países de nuestro entorno el uso de este gas es mucho más común siendo un aliado habitual de la mujer durante su parto. Por ejemplo en Reino Unido el uso es del 62% y en Suecia del 60%. Cabe reseñar que en estos dos países el uso de óxido nitroso y de epidural están siempre disponibles.

Normalmente el óxido nitroso comienza a utilizarse durante la fase activa de parto, aunque no es incompatible su uso en otros momentos como por ejemplo durante una inducción dolorosa.

De la misma manera también se puede utilizar durante la fase de pujos aunque esto no suele ser habitual ya que los pujos impiden la inhalación adecuada del gas.

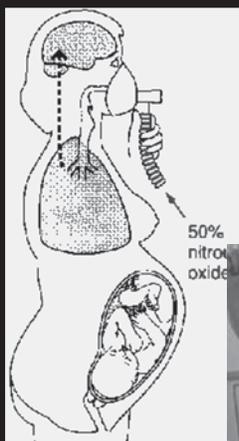
También se puede utilizar como analgésico en cualquier procedimiento que pueda conllevar dolor para la mujer, algunos ejemplos comunes podrían ser, Tactos vaginales, dolor en la coronación de la cabeza fetal (sobre todo suplementando a la epidural de baja dosis) con lo que se previenen desgarros perineales al controlar la mujer sus pujos, partos instrumentales, alumbramiento y sutura (junto con anestesia local).

El óxido nitroso se puede utilizar con la mayoría de métodos de alivio del dolor en el parto como por ejemplo, acupuntura y reflexología, movilidad, musicoterapia y aromaterapia, calor local, agua (bañera de partos), TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), ETC...

Debería ser entendido como un método más dentro de una filosofía de atención a la mujer donde el respeto a la fisiología del parto y a las decisiones de la mujer sean lo principal.

Solo se desaconseja el uso conjunto con la utilización de opiáceos ya que podría aumentar la acción de estos últimos y se debe esperar 4 horas desde la utilización de opiáceos hasta el uso del gas.

El óxido nitroso es de uso fácil y de bajo coste, las matronas pueden administrarlo sin prescripción médica y a demanda. El comienzo de su acción es rápido sin afectar la dinámica uterina ni al bebé. De igual manera no afecta a la propia producción de endorfinas y permite a la gestante adoptar cualquier posición durante las fases de



dilatación y expulsivo.

El uso del óxido nitroso reduce considerablemente la necesidad de otras formas de analgesia. Sin tener contraindicaciones importantes.

Es una analgesia accesible y rápida, además de controlable por la usuaria. Las madres manifiestan elevada satisfacción con este método obteniendo el resultado de un parto natural y normal en la mayoría de los casos.

Por todo ello su uso debería ser accesible para toda mujer en España como método analgésico durante el parto. El uso de este gas proporciona a la mayoría de las mujeres un arma eficaz para sentirse en control de su parto consiguiendo de esta forma un parto más humanizado, y siendo realmente ella el centro de su parto y la matrona la principal asistente.

Eduardo Ramón de la Fuente Pedrosa
Matrona del Hospital de la Inmaculada

Cuadro III.- Efectos centrales del óxido nitroso (según Parbrook) [10].

Concentración	Efectos psíquicos	Amnesia	Analgesia	Contacto
5-25 %	Ligera sedación	0	Moderada	Presente
26-45 %	Ebriedad	Ligera	Marcada	Presente
46-65 %	Somnolencia	Completa	Completa	Presente
68-85 %	Paciente totalmente inconsciente			

Nota: Debido a la falta de espacio y la extensión de las bibliografías, estas han sido suprimidas de este boletín y podrán ser consultadas en la página web de la Asociación.

La Noesiterapia aplicada en los cuidados de la embarazada y parto

La Noesiterapia es una escuela humanística dentro de la medicina y significa **curación por el pensamiento**. También se llama psicoanalgesia volitiva, ya que es la voluntad del propio paciente quien la provoca. Su creador, el Dr. Ángel Escudero Juan, es cirujano angiólogo.

La palabra Noesiterapia viene de **noesis** : acción de pensar y **terapia**: curación.

En esta técnica los pacientes aprenden a anestesiar su cuerpo sin necesitar de anestesia química. Esto les permite estar conscientes, lúcidos y libres mientras dura el proceso.

El cerebro es una computadora biológica que gobierna todo el cuerpo y su fisiologismo, y podemos programarlo para que ocurra en nuestras vidas aquello que necesitamos y quienes dominan la técnica preparan a los pacientes para poner en marcha sus propios mecanismos. Esto se puede conseguir en una sola sesión, pudiendo ser la respuesta positiva o negativa (RBP o RBN)

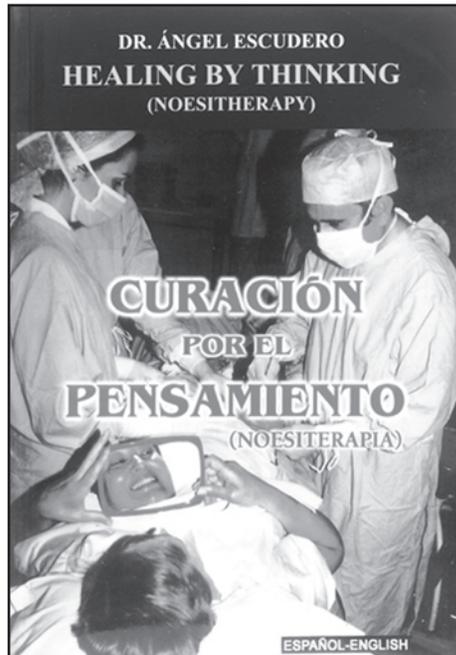
Cuando cambiamos conceptos negativos como "No quiero que me duela" por positivos: "necesito que mi cuerpo esté tranquilo, relajado, descansado"...O por "Si quiero curarme", "Si puedo sentirme cada día mejor"... La palabra **si** abre tu mente y tu corazón a nuevas posibilidades.

En estos casos el cerebro pone en marcha los mecanismos naturales de curación activando la llamada R B P con sus cambios positivos correspondientes.

Aplicación de la Psicoanalgesia en la preparación al parto y nacimiento

Cuando a una embarazada le aplicamos esta técnica, le estamos ofreciendo un papel activo en su proceso que la hace sentirse segura, poderosa y protagonista del mismo. Enseñándole que los pensamientos de **temor**, el miedo al dolor, la preocupación de que algo no funcione, generan en su organismo una R.B.N. En cambio los pensamientos de

amor, confianza, seguridad, serenidad, alegría... están activando una R.B.P. que es la responsable de poner en marcha sus capacidades naturales de analgesia y relajación.



Esta técnica consta de tres partes, una teórica y una práctica tras la cual iniciamos una Relajación y una visualización creativa para programar en su cerebro con todo detalle, la experiencia que va a vivir en relación a su proceso. Esta parte complementa y refuerza a la noesiterapia y a la que yo denomino **Preparación Psicoinmunológica**.

La preparación con este tipo de analgesia se puede dar en cualquier momento del embarazo, siendo igual de efectiva al principio como al final. Incluso si la embarazada nos llega sin la preparación de la psicoanalgesia, la podemos ayudar en el momento que ingrese y cuando la situación lo permita. También, si fuera necesaria una episiotomía selectiva o la sutura de un pequeño

desgarro, la noesiterapia anula el dolor y la herida cicatriza rápidamente.

La psicoanalgesia materno-fetal además de proteger a la madre durante el embarazo y parto, produce posteriormente en los niños nacidos con este método un desarrollo psicomotor más rápido y son más inteligentes en la forma de gestionar sus vidas, porque se adaptan mejor a los cambios de situación al nacer sin traumas y con el recuerdo de un bienestar y seguridad generados a través la madre. Teniendo en cuenta que el dolor es el resultado de un programa inadecuado archivado en el cerebro a través de la evolución de la especie.

Este programa se puede cambiar con el poder creador del pensamiento y del espíritu, que son los que ponen en marcha los mecanismos internos naturales de sanación.

Resumiendo: Las embarazadas no sólo son capaces de inducir una analgesia psicológica, sino que a través de la Noesiterapia han comprobado que posteriormente sus vidas funcionan mejor, que tienen más salud, que viven más apasionadas y confiadas y sobre todo una de las cosas más extraordinarias que han descubierto es la capacidad de amarse y cuidarse, poniendo en marcha su gran potencial humano e ilimitado.

Nota: "El pensamiento impregnado de amor es invencible"

Carmen Delgado Gascón

Nota: Debido a la falta de espacio y la extensión de las bibliografías, estas ha sido suprimidas de este boletín y podrán ser consultadas en la página web de la Asociación.



Noticias y proyectos

No queremos terminar este boletín sin informaros que después de la comida de celebración del Día Internacional de la Matrona, tuvo lugar la asamblea anual ordinaria de socios en la que cabe destacar que se aprobó la creación de una comisión para la reivindicación del reconocimiento profesional y económico de las matronas. Para ello se voto una comisión o plataforma que trabajara desde la Asociación en ese tema y que coordinara Antonio Muñoz, compañero de Úbeda, él será el responsable de formar dicho grupo de trabajo que trabajará bajo el ámbito de los fines de la Asociación y que así lo recogen nuestros Estatutos: "Potenciar la presencia y desarrollo de las actividades propias de las/los matronas/es en todos los niveles asistenciales"

Las matrona andaluzas han tenido una importante participación en el congreso que la Asociación de Comares de Valencia conjuntamente con la FAME ha tenido lugar los días 6 y 7 de mayo.

También tiene representación importante como organizadora de la mañana que la FAME tiene en el congreso de perinatología que se celebra en Granada los días 26 al 29. Casilda Velasco ha sido la encargada de organizar esta mañana en la que se ha hablado de la Iniciativa Parto Normal.

En estas últimas semanas la prensa se ha hecho eco de algunas noticias referentes al profesional adecuado para asistir al parto normal, estando esto último claramente expuesto por normativas de la OMS, Europeas y Nacionales. No entendemos el interés de algunos colectivos concretos en matizar estas directivas y la AAM ha emitido comunicados a la organización competente y al defensor del pueblo, para que se pronuncien al respecto ya que pensamos que la mujer como protagonista de su proceso se merece el respeto de todas las personas que intervienen en el mismo. Estamos a la espera de respuesta de estas organizaciones. A este respecto hemos tenido varias intervenciones en los

medios de comunicación sobre todo Trini Ramos a nivel de Málaga que ha sido la provincia desencadenante de la noticia.

En otro orden de cosas también os informamos de que El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud se ha reunido para tratar la aprobación de la Especialidad de Enfermería Comunitaria. Comentar al respecto que dicha aprobación no ha tenido lugar ya que se entendía que abordaba aspectos que debían ser atendidos por matronas. Sobre esto deciros que nuevamente el Consejo no ha permitido el pase del programa de formación de enfermería comunitaria y que la FAME tiene una cita pedida con el ministerio para hablar del tema.

Por último, empezamos a dar los primeros pasos para el encuentro del año que viene en Córdoba, se esta decidiendo el sitio y el programa científico.

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@amatronas.org
www.amatronas.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.amatronas.org - secretaria@amatronas.org

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

Nombre y apellidos

Domicilio

Localidad Provincia C.P. Teléfono

D.N.I. Fecha nacimiento Email

Centro de trabajo

Localidad Provincia C.P.

OBSERVACIONES

ENVIAR CUMPLIMENTADO A:

C/ Juan Sebastián Elcano 44, 4ºD - 41011 Sevilla. Tlf.: 955 722 121 Fax: 955 722 421
CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2010: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos

Banco / Caja

Localidad Provincia C.P.

Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

8^A EDICIÓN $\frac{10}{11}$

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 8^a convocatoria para la adjudicación del **Premio NUK 2010-2011**:

Dotación Global _____ **15.000 €**

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

Premio NUK Matronas Residentes:
al mejor proyecto de investigación

Autoras Proyecto _____ **3.500 €**

Unidad Docente Titular _____ **3.500 €**
para equipamiento docente



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

NUK Formación
PROFESSIONAL SUPPORT

Para más información y solicitud de bases:



Roche Diagnostics S.L.
NUK Formación
Av. Generalitat 171-173
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