

## OTOÑO CALIENTE PARA LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

**T**erminó el verano. Atrás han quedado los días de asueto y relax con familiares y amigos. Todas y todos hemos aprovechado estos días aún sin ser los mejores de nuestra vida. Los tiempos que nos toca vivir no son tampoco los mejores, hemos padecido, padecemos y vamos a padecer esto que todos dan en llamar crisis. Nuestro Sistema Sanitario se resiente, a pesar de las promesas políticas de que no afectarían al mismo. La verdad es que somos los grandes perjudicados y unos de los más afectados.

Este Sistema Sanitario del que presumíamos ante el mundo entero como uno de los mejores del mundo, si no el mejor, que va por delante del resto de Comunidades Autónomas, se resiente. Las prestaciones ofrecidas a usuarias y usuarios han sufrido recortes, las contrataciones para cubrir los puestos de nuestras vacaciones de verano han disminuido en un porcentaje importante. Los usuarios y como no Mujeres, bebés y familia lo han sufrido también.

En estos tiempos, pensar en la sostenibilidad del Sistema cuesta mucho, máxime cuando vemos que las medidas adoptadas no han surtido el efecto deseado ni conseguido evitar la catástrofe.

Pero además, vemos cómo este sistema tan potente que tenemos, a pesar de no ofertar contratos y poder seguir ofreciendo la mejor calidad asistencial, si continua sacando matronas en las convocatorias EIR, cada año cerca de 100 profesionales se someten al examen EIR para

conseguir su sueño, sueño que dura dos años, ya que luego o tienen que marcharse de nuestra comunidad o se ven abocados al paro, o los más afortunados a trabajar de enfermeros mientras vemos como otros profesionales sanitarios bastante menos preparados se encargan de atender a las mujeres, no solo en un momento crucial como el embarazo sino a lo largo de toda su vida. No hay nadie en quien la Mujer confíe más que en la matrona y eso está demostrado a lo largo de los siglos.

La AAM no es un sindicato, ya lo sabéis, pero creo que ha llegado el momento de solicitar a la Administración la reubicación de las matronas en sus puestos, esos puestos que un día por penalización de la CEE perdimos. Es cierto que hubo un período de 10 años en que no hubo especialidad en España, ¿pero saben las generaciones jóvenes el motivo? ¿Saben que España fue penalizada por no aceptar la normativa europea? ¿Sabéis que faltaron las matronas y se sustituyeron estas por otros profesionales? Pero ahora ya hay profesionales preparados para dar respuesta a las demandas de la Ciudadanía.

Creo que es hora ya de que las Matronas nos unamos y reivindicemos esos puestos para los que nos han preparado y que a las generaciones más jóvenes les ha costado 5 años y a partir de ahora 6 conseguir. Es necesario que la Administración se entere de que está utilizando un presupuesto en formar profesionales de calidad para luego ocupar sus puestos con profesionales menos cualificados.

Por eso la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ha elaborado un documento de posicionamiento para que todas las Asociaciones de Matronas puedan demandar esos puestos. Esta carta se encuentra publicada en la web de la Asociación para que todos podamos verla, y para con ella acudir a la Administración reivindicando lo que a todas luces es nuestro.

Al mismo efecto la AAM ha facilitado la formación de un grupo de matronas noveles con las que trabajamos conjuntamente en estos y otros temas importantes para nosotras y nosotros.

En esta línea vamos a iniciar nuestra andadura en este otoño. Retomaremos las reuniones con la Consejería de Salud para estos y otros temas como la prescripción. Retomaremos las reuniones con el Servicio Andaluz de Salud para recordarle que el 23 de abril firmamos un acuerdo de colaboración entre la AAM y el SAS a petición de ellos. Iniciaremos reuniones con los sindicatos que realmente son los que tienen potestad para negociar en las mesas, y como eso llevamos haciéndolo mucho tiempo, empezaremos a solicitar la ayuda de las mujeres y dirigimos a las Asociaciones de Mujeres será punto prioritario. Para ello pensamos que el diálogo es la forma de empezar a entendernos todos. Sentémonos y hablemos

El poner a las Matronas en los puestos para los que se cualifican implica la demostración por parte de la Consejería y del SAS de que asume las responsabilidades adquiridas y prometidas. Las usuarias recibirían una atención de calidad y los profesionales podrán demostrar que el dinero invertido en su formación no ha sido tirado a la basura. Todo esto sin gasto adicional para la Administración.

Creemos que ha llegado el momento de retirar los parches que tenemos y poner un injerto de piel que nos devuelva a nuestro sitio. Estos parches no garantizan ni la calidad en la asistencia ni la satisfacción de los profesionales, todos juntos tenemos que poner los cimientos para que nuestro Sistema Sanitario sea la envidia del resto de Comunidades.

Para conseguir esto os necesitamos, necesitamos la unión de los profesionales, hemos de demostrar que tanto en la gestión como en la docencia, investigación y la asistencia LAS MATRONAS NO SOMOS PROFESIONALES SUSTITUIBLES.

La Junta Directiva



# CUIDADOS Y RECOMENDACIONES EN EL EMBARAZO

## Justificación

La concepción del embarazo como un proceso fisiológico normal, permite que tanto la gestante como los profesionales llevemos a cabo intervenciones desde una visión salutogénica que no van a implicar más que ciertos cambios en los cuidados de la mujer.

Con las siguientes recomendaciones, basadas en la evidencia científica, pretendemos que sean accesibles a las gestantes, al estar muy resumidas garantizamos no olvidar ningún cuidado que deberían llevar a cabo durante su proceso de embarazo.

Del mismo modo, unificamos los criterios con el resto de profesionales, lo que va a evitar la posibilidad de crear confusiones a las gestantes.



## Objetivos

- Disminuir la variabilidad entre profesionales
- Aunar las recomendaciones para transmitir a las gestantes información precisa y clara.
- Hacer promoción de salud introduciendo hábitos salutogénicos.
- Que la gestante posea información veraz al inicio del embarazo
- Disminuir el número de visitas no programadas
- Dotar a las gestantes de un documento de fácil comprensión
- Realizar un documento con las recomendaciones más actuales impulsadas por la comunidad científica
- Ampliar conocimientos en dietética y nutrición

## Grupos de alimentos

Proteínas	Grasas	Hidratos de carbono	Vitaminas	Productos lácteos
(Carnes pescados y huevos). Se recomienda su consumo de 4 a 5 veces en semana.	Es recomendable el aceite de oliva y los pescados azules. Evitar las grasas de origen animal, así como los fritos y la bollería industrial.	(Pan, pasta, arroz, cereales...) Consumirlos diariamente.	(Verduras y frutas). Las verduras deben ser una ración al día cocidas y otra ración cruda, a ser posible variada. En cuanto a la fruta se aconsejan 2-3 piezas al día, más un zumo de fruta natural en el desayuno, evitándola de postre.	Es recomendable 1 litro diario de leche o derivados (yogures, queso blanco, etc.), preferiblemente semidesnatada.

## Alimentación

- Repartir las comidas en 5 ó 6 tomas al día, evitando un ayuno nocturno superior a 8 horas.
- Disminuir el consumo de:
  - Grasas, fritos y dulces.
  - Bebidas gaseosas o excitantes.
  - Conservas y precocinados.
- Realizar una buena masticación.
- Aumentar la ingesta de agua.
- Lavar bien los alimentos crudos.
- Utilizar aceite de oliva virgen extra y sal yodada.
- Aumentar la ingesta de leche, preferiblemente semidesnatada.
- Consumir alimentos integrales y ricos en fibra.

## Medidas preventivas higiénico sanitarias para evitar la toxoplasmosis y listeriosis.

## Carnes y pescados:

- Consumir únicamente carnes y pescados muy hechos o congelados.
- No consumir productos elaborados con carne cruda (chacinas).
- Puede comer jamón o caña de lomo previamente congelado.

## Lácteos y derivados.

- Para evitar toxoinfecciones alimentarias que pueden tener repercusiones negativas en su embarazo debe consumir exclusivamente lácteos y derivados (queso, cuajada, yogurt, ...) elaborados a partir de leches pasteurizadas. Evite los elaborados con leche fresca, sobre todo si son de elaboración artesanal no controlada por las instituciones.

## Animales domésticos o mascotas.

- Evitar tocar los excrementos si no es posible, usar guantes.

## Labores de jardinería.

- Debe usar guantes.





### Autoras y Autores:

Ana M<sup>o</sup> Lara Montero  
Matrona del C.S. Gonzalo de Bilbao y  
M<sup>o</sup>Auxiliadora.

Antonio Partida Márquez  
Matrona del C.S. La Campana.

Encarna Martín Mochales  
Matrona del C.S. Mallen y El Greco.

Carmen Rodríguez Soto  
Matrona del C.S. Alcosa.

Arancha Oscoz Muñoa  
Matrona del C.S. Polígono Sur.

Marina Moriche Roldán  
Residente Matrona

Julieta Mansilla Cordero  
Residente Matrona

Juan José Martín Anguas  
Residente Matrona



### Recomendaciones generales.

**Es imprescindible el consumo de ácido fólico con Yodo durante las primeras 12 semanas y recomendable durante todo el embarazo.**

- Aplicar crema solar para proteger la piel por el aumento de la sensibilidad.
- Usar ropa adecuada: tejidos naturales, sujetadores sin aros, ropa poco ajustada o que dificulte la circulación sanguínea (calcetines, ligas...).
- No utilice tacones muy altos ni tampoco zapatos totalmente planos. Mientras no haya contraindicación por su tocólogo, puede: Mantener relaciones sexuales.
- Realizar ejercicio físico moderado, no violentos (andar, nadar).
- Viajar (coche, avión, barco...). Si es en coche debe realizar los descansos oportunos.
- Mantener la piel limpia e hidratada
- Realizar una buena higiene bucal después de cada comida.
- No consumir o suprimir: tabaco, alcohol, otros tóxicos, etc.
- El estreñimiento se evitará con alimentos ricos en fibra, aumentar el consumo de agua y paseos.
- Si sufre vómitos consumir alimento sólidos en ayunas, en poca cantidad aumentando la frecuencia.
- Cuando ingiera líquidos, evite los movimientos bruscos tras la ingesta.

**No olvide llevar siempre el Documento de Salud de la Embarazada.**

### BIBLIOGRAFÍA

- Usandizaga J. A. , de la Fuente P. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. 1
- *Obstetricia*, McGraw-Hill. Interamericana, segunda edición 2004.
- Cunningham F. Gary, Gant Norman f., Leveno Kenneth J. Otros, *Obstetricia Williams*, Panamericana, vigésima primera edición, 2003.
- Burroughs A., Leifer G. *Enfermería materno infantil*, McGraw-Hill octava edición 2002.
- Didona N.A., Marks M.G., Kumm R., *Enfermería maternal*, McGraw-Hill. Interamericana 1997.
- Ación, P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Ediciones Molloy. segunda Edición 2001.
- Smulders, B., Croon, M. *Embarazo seguro*. Editorial Medici 2008.
- Scott James, R. Gibb Ronald, S. Karlai, Beth Y. Haney Arthur, F. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, McGraw-Hill Novena edición 2006.
- Torrens Sigalés, R M. Martínez Bueno, C. *Enfermería de la mujer*. Editorial DAE. 2001.
- Mcleman Charles, E. Sandberg Eugene, C. *Compendio de Obstetricia*. Interamericana.
- Varios autores. *Actualización en Enfermería*, Fuden Tomo 2, 2005.
- Kitzinger, S. *El nuevo gran libro del embarazo y del parto*. Editorial Medici. 2004.
- Landewig Patricia W, London Marcia L., Moberly Susan, Olds Sally B., *Enfermería maternal y del recién nacido*, McGraw-Hill Interamericana, Quinta edición. 2006.
- Lowdermilk P.C., *Maternidad y salud de la mujer*, Mosby, 2008.
- Macías Seda J., Gómez Salgado J., *Enfermería maternal y del recién nacido*. Colección de líneas de especialización de Enfermería, Vol.2, 2007.
- Francés-Ribera, L. Náuseas y vómitos en el embarazo Nausea and vomiting in pregnancy. *Matronas Prof.* 2010; 11(1): 26-28
- Protocolos Asistenciales en Obstetricia, ProSego. Control prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado en julio de 2010.
- Uceira-Rey, S. Paulí Cabezas, A. León Ortega, C. Grandío Ferreiro, M.C. Aracil Rico, P. Bueno López, V. Rueda Núñez, F. Sánchez Casado, M. T. Castrillo Pérez, I. Estudio sobre el inicio de la suplementación con ácido fólico en gestantes Study on the start of folic acid supplementation in pregnancy. *Matronas Prof.* 2010; 11(1): 5-10
- Calderay Domínguez, M. Sánchez Méndez, JI. Sánchez Martínez, MC. López Rodríguez, MJ. Suplementos en embarazadas: controversia, evidencias y recomendaciones. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010; 34: 117-128.
- Yodo y salud perinatal. Informe técnico y recomendaciones. Generalitat Valenciana. Sèrie E. Programes Sanitaris nº 55.

## REANIMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN UN PARTO DE ACTUACIÓN DE LA MATRONA

La pérdida de bienestar fetal perinatal es la situación que con mayor frecuencia condiciona la necesidad de reanimación cardiopulmonar del recién nacido en el momento del parto. Se estima que un 6% de los recién nacidos van a requerir algún tipo de reanimación al nacimiento, siendo este porcentaje mucho más elevado en los recién nacidos más inmaduros. La mayoría iniciarán la respiración tras sencillas maniobras de aspiración de la vía aérea, secado y estimulación táctil y sólo unos pocos precisarán ventilación con bolsa y mascarilla, intubación endotraqueal o administración de fármacos. La frecuencia de intubación puede variar de unos centros a otros en función de sus propias normas. La necesidad de masaje cardíaco y/o adrenalina es menos frecuente, estimándose en un 0,12% y necesitando la presencia del pediatra, por lo que no nos referiremos a estos casos en este artículo.

No siempre es posible predecir si un recién nacido necesitará o no reanimación, por eso las matronas deben estar entrenadas en las maniobras de reanimación cardiopulmonar neonatal. En este trabajo quiero reflejar la actuación de la matrona en las ocasiones en que en un parto de bajo riesgo es necesario acudir a una reanimación neonatal en espera de la llegada del pediatra, es decir, cuando la presencia de este no se requiere en partos de este tipo y se necesita algo más que ayudar al RN en su adaptación al medio.

### LA REANIMACIÓN EN EL PARITORIO

#### RECURSOS HUMANOS

En todo parto debe estar presente, al menos, una persona entrenada en las maniobras básicas de reanimación neonatal. En los partos con bajo riesgo debe estar fácilmente localizable una persona entrenada en maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Cuando un neonato nace deprimido precisa la actuación rápida de al menos dos personas, una para iniciar las maniobras y la otra para solicitar ayuda.

#### MATERIAL

El material debe ser revisado y repuesto después de cada reanimación. Además, antes de cada parto, el equipo que va a intervenir en la reanimación debe comprobar el correcto equipamiento y funcionamiento del mismo, y debe mantener el paritorio a temperatura adecuada (25°C) con las puertas y ventanas cerradas. Antes de que nazca el niño se debe

encender la fuente de calor y precalentar unas toallas o paños.

#### PASOS DE LA REANIMACIÓN NEONATAL TIPO I

Si el recién nacido es a término, tiene llanto energético y respiración efectiva, buen tono muscular y el líquido amniótico ha sido claro puede permanecer con la madre tras el parto y posteriormente recibir los cuidados de rutina (secar, evitar pérdida de calor, limpiar la vía aérea con gasas y aspirar si es necesario). Si alguno de los supuestos anteriores es negativo se procederá a la estabilización inicial.

#### 1º Estabilización Inicial

Colocar al niño bajo una fuente de calor radiante, secándolo suavemente con toallas calientes que serán posteriormente sustituidas por otras secas, cubriendo la mayor parte de la superficie corporal incluida la cabeza. El recién nacido debe estar en decúbito supino con la cabeza en posición neutra o con el cuello ligeramente extendido. Se evitará la hiperextensión y la flexión del cuello, ya que ambas provocan obstrucción de la vía aérea del recién nacido impidiéndole que respire adecuadamente. Para mantener la cabeza en la posición correcta puede ser útil colocar una toalla bajo los hombros, de altura no superior a 2 cm. Si el niño tiene actividad respiratoria pero la ventilación no es adecuada es probable que la vía aérea esté obstruida por secreciones. Para limpiar la vía aérea, aspirar suavemente, a intervalos no superiores a 5 segundos, primero la boca y después la nariz utilizando una sonda de 10F (8 F en prematuros) sin exceder los 100mmHg de presión negativa. En la boca la sonda de succión no debe introducirse más allá de 5 cm desde el labio.

En la mayoría de los niños la estimulación que se realiza secándolo es suficiente para inducir la respiración, no obstante, existen métodos adicionales de estimulación táctil como dar palmadas suaves en la planta de los pies o frotar la espalda del niño con una compresa templada en sentido caudo-craneal, que pueden ser efectivos. No se deben utilizar métodos más agresivos de estimulación.

#### 2º Valoración

La estabilización inicial no debe consumir más que unos pocos segundos. El paso siguiente es la valoración del recién nacido, que debe hacerse lo antes posible y junto con los primeros pasos de estabilización sobre la base

de tres parámetros: respiración, frecuencia cardíaca y color. No se debe retrasar el inicio de estas maniobras en espera de obtener el test de Apgar al minuto de vida.

- Respiración:** el llanto del niño es la confirmación del inicio de una adecuada ventilación. Si no está presente, la respiración debe ser evaluada observando la frecuencia, la profundidad y simetría de los movimientos respiratorios o la existencia de patrones respiratorios anómalos como respiración en boqueadas (gasping) o quejido.
- Frecuencia cardíaca:** puede ser evaluada auscultando el latido cardíaco con estetoscopio (que es la maniobra más fiable), tomando el pulso en la base del cordón umbilical o en las arterias braquial o femoral.
- Color:** debe observarse si el niño tiene color sonrosado, está cianótico o pálido. La cianosis periférica es habitual y no significa en sí misma hipoxemia.

#### 3º Administración de Oxígeno

Si tras la estabilización inicial existe cianosis central en un recién nacido que está respirando y cuya frecuencia cardíaca es  $> 100$  lpm se debe considerar la administración de oxígeno.

En la actualidad la controversia de reanimación con aire u oxígeno 100% no está resuelta, y en las recomendaciones internacionales se mantiene el uso de O<sub>2</sub> al 100%. Sin embargo, el oxígeno a altas concentraciones produce la liberación de radicales libres de oxígeno con acción citotóxica sobre diferentes órganos. Por otra parte, diversos estudios en humanos y en experimentación animal han encontrado que el aire es tan efectivo como el oxígeno en la reanimación neonatal, aunque existen resultados discordantes y problemas metodológicos en algunos estudios, lo que impide que en el momento actual exista un consenso universalmente aceptado. Por ello, aunque la recomendación internacional es administrar oxígeno al 100%, también es razonable empezar por concentraciones mínimas de oxígeno e ir aumentando la concentración de oxígeno si la respuesta no es adecuada, siempre que se tenga un medio fiable de monitorizar la



# E BAJO RIESGO.

saturación. Siempre se debe tener en cuenta que en la reanimación neonatal lo prioritario es la ventilación.

## 4º Ventilación con Presión Positiva

El objetivo primario en el manejo del recién nacido apneico o bradicárdico en sala de partos es establecer una ventilación efectiva. Con las primeras respiraciones tanto espontáneas como asistidas se crea la capacidad residual funcional. En el momento actual no se conocen los parámetros óptimos de ventilación (pico de presión, tiempo inspiratorio y frecuencia) que permiten establecer una adecuada capacidad residual funcional. Lo habitual es ventilar a un ritmo entre 30 y 60 insuflaciones/minuto (más alto en prematuros).

### Mascarilla y bolsa autoinchable

#### Indicaciones:

Se iniciará la ventilación en presencia de apnea o respiración en boqueadas (gaspings) o si la frecuencia cardíaca es inferior a 100 lpm a pesar de que se haya iniciado la respiración. El RN estará colocado en decúbito supino con la cabeza en posición neutra

- Elegir la mascarilla facial: ésta debe ser del tamaño adecuado al recién nacido, no debe apoyarse sobre los ojos ni sobrepasar el mentón y debe permitir ejercer un sellado efectivo de la boca y la nariz. Las mascarillas pueden ser redondas o triangulares.
- Elegir el dispositivo para administrar presión positiva: puede usarse tanto la bolsa autoinflable (con válvula de seguridad, opcional válvula de PEEP), de manejo fácil, como la bolsa de anestesia o un dispositivo mecánico con tubo en T. Este último permite fijar la PEEP y el pico de presión. Es de manejo fácil, si bien el uso de tiempos de insuflación y frecuencias adecuados requiere entrenamiento.
- Técnica: en ocasiones las primeras insuflaciones deben hacerse con una presión más alta (30-40 cm de H<sub>2</sub>O o más) prolongando unos segundos el tiempo de insuflación. Después continuar a un ritmo de 30 a 60 rpm (30 rpm si se realizan masaje y ventilación simultáneamente). Debe valorarse la eficacia de la ventilación comprobando el aumento de la FC que es el mejor indicador de que la ventilación es adecuada, el desplazamiento de la pared torácica y auscultando la entrada de aire al pulmón. Si la ventilación con bolsa y mascarilla se prolonga

más de 2 minutos, puede ser necesaria la colocación de una sonda orogástrica para evitar la distensión gástrica.

A veces nos veremos obligadas a iniciar maniobras más específicas como simultanear la ventilación con el masaje hasta la llegada del pediatra, por lo que es necesario que las matronas realicemos periódicamente cursos de RCP Neonatal para estar atentas a los cambios que se producen en estos temas.

### MASAJE CARDÍACO

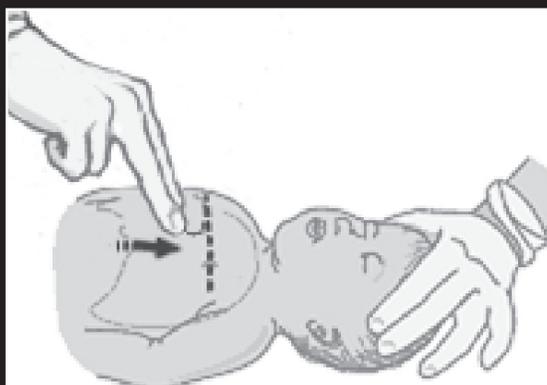
La asfixia produce hipoxia tisular, vasoconstricción periférica, acidosis, disminución de la contractibilidad del miocardio, bradicardia y parada cardíaca. La adecuada ventilación y oxigenación previene en la mayor parte de los casos esas situaciones.

Iniciar masaje cardíaco si después de 30 segundos de ventilar al niño con presión positiva:

- La frecuencia cardíaca es <60 lpm.
- La frecuencia cardíaca está entre 60 y 80 lpm y no mejora a pesar de la adecuada ventilación, aunque en esta situación lo fundamental es asegurar una ventilación adecuada.

#### Técnica:

- La mejor técnica consiste en colocar los pulgares en el tercio inferior del esternón, justo por debajo de la línea media intermamilar, y el resto de los dedos abrazando el tórax. El masaje cardíaco también se puede efectuar comprimiendo el tercio inferior del esternón con los dedos medio y anular.
- Cada compresión debe alcanzar una profundidad de 1/3 del tórax. Debe ser suave y durar al menos la mitad del ciclo compresión/relajación. Los dedos no deben



separarse del esternón durante la fase de relajación pero deben permitir que la pared costal vuelva a su posición inicial.

- El ritmo de compresión/ventilación debe ser 3/1. Tres compresiones seguidas de una ventilación. Para obtener el ritmo de 90 compresiones y 30 respiraciones en un minuto se deben de realizar las 3 compresiones en 1,5 segundos. Dejando 0,5 segundos para la ventilación.
- El pulso debe ser comprobado cada 30 segundos mientras dure la reanimación. El masaje debe mantenerse hasta que la frecuencia cardíaca del recién nacido sea mayor de 60 lpm.

El uso de la mascarilla endotraqueal, la intubación y la administración de fármacos es necesario en muy pocas ocasiones en la sala de partos y se requiere la presencia de un pediatra, por lo que aunque las matronas deben conocer su uso y necesidad, difícilmente tendrán que hacerlo en una sala de parto de un hospital.

Irina Alonso Escalante  
Residente de Matronas  
De la U. D. H. Valme Sevilla

### BIBLIOGRAFÍA

- » Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de Reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica y Neonatal. 5ª Edición. Madrid, 2009.
- » Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Manual de Reanimación Neonatal. 3ª edición. Ergón 2008.
- » International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Neonatal resuscitation. Resuscitation 2005;67:293-303.
- » European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation. Leo Bsssaert. Ed Elsevier, 1998.

# EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECO E)

**E**n el número anterior os informábamos de un acuerdo realizado por la AAM y la Fundación IAVANTE para la elaboración de un ECOE.

En este boletín procederemos a dar las normas para la inscripción en esta forma de evaluar nuestra formación.

Las inscripciones serán a través de la Secretaría Técnica de la AAM mediante el envío electrónicamente del boletín adjunto que se publicará en la web de la Asociación desde el 15 de septiembre hasta el 15 de octubre, fecha en que la lista se cerrará y será enviada a IAVANTE.

La Secretaría adjudicará un número de orden a la llegada del boletín de inscripción, número que será comunicado al residente, considerándose admitido si está entre los 36 primeros. La adjudicación del número será por riguroso orden de llegada.

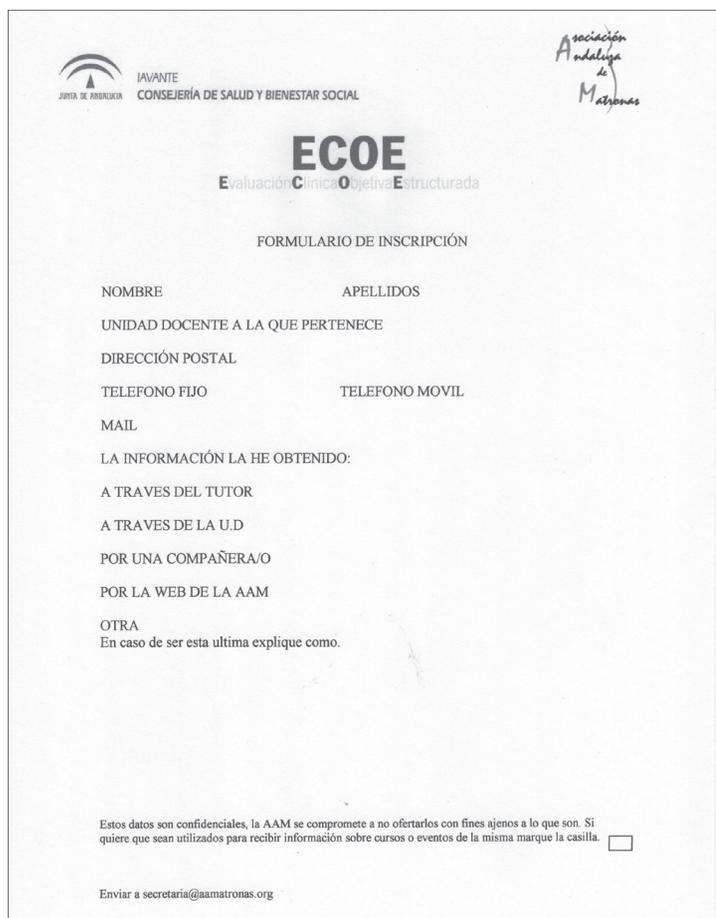
Las personas aspirantes con un número de asignación superior quedarán en lista de espera en las mismas condiciones.

Las personas que deseen realizar la ECOE deberán ser miembros de una Unidad Docente de nuestra Comunidad Autónoma. Serán residentes que cursen 2º año.

Al finalizar la fecha de inscripción será la Fundación IAVANTE quien se pondrá en contacto con los aspirantes.

La ECOE tendrá lugar en las instalaciones IAVANTE (Granada) el 21 de noviembre.

A primeros de septiembre se ha enviado una carta con la información a los coordinadores de todas las unidades docentes de Andalucía para dar conocimiento de la realización de la prueba y que todos los residentes de nuestra Comunidad tengan la oportunidad de realizar la evaluación. Esta nos va a referir como realizan el aprendizaje nuestros residentes, si este se realiza de forma adecuada y las mejoras que podemos realizar en nuestras unidades docentes para aumentar la calidad en la formación y conseguir profesionales cada vez mejor cualificados.



Logo de la Junta de Andalucía y IAVANTE CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL. Logo de la Asociación Andaluza de Matronas.

## ECO E

Evaluación Clínica Objetiva Estructurada

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE APELLIDOS  
UNIDAD DOCENTE A LA QUE PERTENECE  
DIRECCIÓN POSTAL  
TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL  
MAIL

LA INFORMACIÓN LA HE OBTENIDO:  
A TRAVÉS DEL TUTOR  
A TRAVÉS DE LA U.D.  
POR UNA COMPAÑERA/O  
POR LA WEB DE LA AAM  
OTRA  
En caso de ser esta última explique como.

Estos datos son confidenciales, la AAM se compromete a no ofertarlos con fines ajenos a lo que son. Si quiere que sean utilizados para recibir información sobre cursos o eventos de la misma marque la casilla.

Enviar a [secretaria@aatmatronas.org](mailto:secretaria@aatmatronas.org)



## PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AAM

- Si tenéis alguna noticia de vuestra zona o centro de trabajo, algún artículo o proyecto que quieras compartir con el resto de compañer@s no dudéis en enviarlo a la secretaria de la AAM.

- Igualmente seguimos esperando noticias o artículos de Unidades Docentes de Matronas



# Noticias y proyectos

Desde hace tiempo la Junta de la Asociación Andaluza de Matronas, se viene planteando realizar cambios en la organización de la misma, entre ellas dotar al boletín de mayor rigor científico con mayor validez de sus publicaciones. Para esto y otras líneas, en la asamblea de este año se aprobó la incorporación de un nuevo miembro al equipo con el nombramiento de vocal de formación. A raíz de ahí se han iniciado los trámites para formar un comité científico que apoye, avale y de credibilidad a los trabajos enviados, tanto para publicarlos en el boletín indexado como para realizar la supervisión de eventos científicos.

Este Comité está formado por Matronas de distintas provincias de nuestra Comunidad conocidas en el mundo de la Investigación, la Docencia, Gestión y Asistencia, con distintas publicaciones de libros y artículos.

Algunos de los miembros tuvieron la primera toma de contacto el 25 de junio y viéndose la necesidad de incorporar más personas, se contactó posteriormente con

el resto. En la actualidad forman el comité un total de 9 personas, no obviándose la incorporación de nuevos miembros en caso de que sea necesario.

La Junta se plantea también dotar de un premio en metálico al mejor trabajo publicado de Matrona y de Residente al finalizar cada año a partir de que inicie su andadura, que será en nuestro próximo boletín de invierno. La cuantía está por determinar.

Otro proyecto que nos gustaría emprender es la acreditación por parte de la ACSA de la

Asociación como ente de formación para Matronas y así mismo iniciar los trámites para acreditar la web.

Como primera idea, el comité ha planteado la necesidad de realizar una guía de investigación para Matronas.

Todo esto se aprobará en nuestra próxima Junta Directiva a celebrar durante el mes de septiembre.

La Junta Directiva



## STAFF

**Diseño y Maquetación:**  
Carolina Sánchez

**Comité de Redacción:**  
Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas

**Dirección:**  
C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla  
Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
secretaria@amatronas.org  
www.amatronas.org

**Edición, producción y suscripciones:**

**Serintusur**

C/ Martínez de León nº2, 1º C  
41100 Coria del Río - Sevilla  
Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254  
info@serintusur.com

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



## ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

www.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/ Martínez de León nº 2, 1º C - 41100 Coria del Río. Sevilla.

Tlf.: 954 778 918 Fax: 955 290 254

CUOTA ANUAL PARA EL AÑO 2012: 60 EUROS

ORDEN DE DOMICIALIZACIÓN BANCARIA

Nombre y apellidos .....

Banco / Caja .....

Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....

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

Sr. Director: ruego atienda los recibos que enviarán para su cargo en mi cuenta la Asociación Andaluza de Matronas, en concepto de cuota de socio/a, a partir del día de la fecha.

Lugar y Fecha: .....

Firma.



# PREMIO NUK

## 9<sup>A</sup> EDICIÓN $\frac{11}{13}$

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 9ª convocatoria para la adjudicación del Premio NUK 2011-2013:

**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 **Pro**  
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