

DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA



**II JORNADA
FORMATIVA,
CONMEMORATIVA
DEL DIA
INTERNACIONAL DE
LA MATRONA**

5 Mayo 2012

Hotel Antequera Golf

Talleres programados:

- Conoce la pelvis femenina
- Aplicación de la reflexología en el trabajo de parto
- Taller de Fisioterapia en la Rehabilitación abdómino-pélvica
- Utilización del método Pilates en el embarazo y parto
- La Eutonía: contacto consciente

Plazas limitadas a 40 en cada taller
Los talleres se impartirán 2 veces

El día 5 mayo como cada año, se celebra el Día internacional de la Matrona, y la Asociación Andaluza de Matronas se dispone a celebrarlo. Este año, como viene haciendo desde hace tres, lo haremos todas las matronas de Andalucía juntas. Creemos que unidas y unidos sacaremos un mayor beneficio para la profesión.

Nos reuniremos en el hotel Antequera Golf y realizaremos talleres en los que profesionales expertos en diferentes temas nos ayudaran a adquirir nuevos conocimientos y habilidades para el desarrollo de nuestra profesión.

Podrás encontrar más información en la página web de la AAM, www.aamatronas.org

SITUACIÓN DE LA CORRIENTE DE HUMANIZACIÓN POR PROVINCIAS. CÁDIZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Comenzamos en el proyecto de humanización a la atención perinatal hace 6 años. Los comienzos fueron difíciles, ya que se partía de una infraestructura muy antigua; dilataciones compartidas, habitaciones hasta con tres camas, los recién nacidos se separaban de sus madres a nidos y un largo etc. Fue un gran reto para los profesionales el “desaprender” y aprender a trabajar desde la evidencia científica, cambiando maneras de trabajar y rutinas implantadas a lo largo del tiempo. Los comienzos fueron lentos, muy poco a poco y despacio, pero mirando hoy hacia atrás, hemos conseguido muchos desafíos.

Cambios en la infraestructura

Se adaptaron las estancias de paritorio en 8 dilataciones individuales con su ducha. Posteriormente una de ellas se convirtió dilatación-paritorio, favoreciendo la intimidad de la mujer, así como acompañamiento continuo y poder ofrecer la continuidad de cuidados a las mujeres que nos vienen con planes de parto natural.

En la sala de maternidad contamos con 5 habitaciones individuales y doce dobles, además de unas estancias muy confortables, agradables y cálidas.

En la unidad de neonatología, se instauró las puertas abiertas, pudiendo los padres visitar a sus hij@s a cualquier hora del día y se creó una sala para amamantamiento. Se creó el “Hotel de Madres” para facilitar el acompañamiento continuo de la madre y su hij@ ingresados en neonatología, facilitando el vínculo y la lactancia materna, así como la tranquilidad de la madre en ese duro trance.

Cambios en la atención al parto

Durante estos años las recomendaciones de la OMS, la participación de la mujer, y los derechos del recién nacido hizo que fuéramos madurando y trabajando, consiguiendo cambios en nuestro hacer profesional



Hospital Universitario de Puerto Real

Las alternativas al dolor, se han ido introduciendo conforme se ha puesto en marcha el proyecto de humanización, siendo muy utilizadas la pelota, la deambulacion, distintas posturas, calor local, masajes, duchas de agua caliente... Aunque en nuestro hospital ya utilizábamos técnicas tan eficaces como la sofronización, la presencia constante de su matrona de referencia...

Se realiza analgesia epidural a todas las mujeres que la solicitan.

Se da ingesta de líquidos durante la dilatación.

Participación de la pareja en el proceso del parto, involucrándolo en los cuidados, dándole un papel protagonista para acompañar, dando masajes, sosteniendo a su mujer, clampando el cordón de si hij@ si lo desea...

El clampaje tardío, es práctica generalizada en las matronas.

Hemos disminuido nuestra tasa de episiotomía.

La posición habitual es la litotomía en la sala de partos, aunque cada día son más los partos en la cama, de lado o en otras posiciones, aumentando porque cada día son más las mujeres que lo reclaman y nos lo piden en los planes de parto.

La no separación de la madre y el hij@ es algo de lo que nos sentimos orgullos@s y nos produce una gran satisfacción en nuestro trabajo. Se realiza el piel con piel a todas la mujeres de parto que lo deseen, favoreciendo el vínculo con su madre y la promoción de la lactancia, facilitando así el primer agarre de manera fisiológica y proporcionando el amamantamiento desde el momento del nacimiento.

Formación

Se ha participado en los cursos de buenas prácticas en la asistencia al parto y recién nacido impartido por la Escuela Andaluza de Salud Pública, así como diversos cursos realizados en el hospital, seminarios, jornadas, sesiones clínicas trabajando desde la lactancia materna, el duelo, las buenas prácticas de la atención al parto, el piel con piel y un largo etcétera.

Protocolos

Se han realizado distintos protocolos, basados en la mejor evidencia científica, queriendo disminuir las prácticas innecesarias y disminuir la variabilidad entre profesionales. Protocolo de parto normal, Atención al recién nacido sano y piel con piel, Alternativas al dolor, Ingesta de líquidos en epidural, Atención al duelo, Protocolo de acogida...

Nuevos proyectos

Dentro de nuestra atención quedan pendientes poner en marcha proyectos que ya están trabajados como el protocolo de padres piel con piel en cesáreas, registro del partograma informático...

Sabemos que nos queda mucho por hacer, seguir trabajando en mejorar la salud de la madre y el niñ@, dando confianza, calidad y responsabilidad; cada día aprendiendo de las mujeres.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA LÍNEA

El acompañamiento de los familiares

Durante el ingreso y la posterior monitorización para valor el CBF, no hay presencia de familiares. Los monitores para CBF, de forma programada, semana 38 a 42, se realizan en las mismas instalaciones que las usadas para la dilatación de la gestante.

Métodos de alivio del dolor

Con el tema de la analgesia epidural, no existen problemas en realizar dicha técnica por parte de los anestesistas. Existe un volumen medio alto de gestantes que no la solicitan, ni tampoco quieren ningún tipo de medicación al respecto en base al desconocimiento popular: “si me ponen algo, es para parármelo”. Se suele utilizar la ducha ante estimulaciones o partos en curso, al existir una próxima a la dilatación.

Así mismo se le da la opción a la gestante (2-3 cm) por si desea pasar parte de la dilatación en su habitación, siempre y cuando no tenga la bolsa rota y el RCTG presente un patrón normal, sin ansiedad ni dolor intenso, siempre bajo conocimiento del médico.

Individualidad de las habitaciones

Las habitaciones son de tres camas. En cuanto a los paritorios son individuales, sin existir habitaciones dilatación-paritorio.

¿Se permite la deambulacion durante la dilatación?

Depende de las circunstancias del proceso.

- Bajo inducción se le permite deambular, ir al wc, colocarse en la pelota de partos, sentarse en la silla de partos, con el único condicionante de que está bajo control de RCTG y junto a la bomba de oxitocina.
- En inicio fase activa, volver a su habitación, deambular, ducha, etc.
- Bajo analgesia epidural, salvo que la misma no cause falta de fuerza de los miembros inferiores, permanecer de pie o sentada en la pelota.

Tipo de dieta durante la dilatación

Depende de la situación, en dilatación la dieta será líquida o blanda; en planta, sin prohibición y Bajo analgesia epidural, por lo general, absoluta.

El contacto piel con piel

Se realiza generalmente en partos y durante el primer puerperio (2 primeras horas) tras el parto.

Promoción de la lactancia materna

Se informa a la gestante de todo lo que necesita conocer y debiera saber, informándole de los beneficios frente a los escasos inconvenientes. A veces se les informa durante la semana 38 mientras se realiza la actualización de la historia de obstetricia y se realiza el RCTG de control y otras veces a la hora del ingreso.

No existe protocolos al respecto, por lo que muchas veces es el profesional el que considera la actitud mejor que se debe escoger tanto para la gestante y su futuro bebe. No todo los profesionales actuamos de la misma forma, así como depende del trabajo que tengas en el servicio no puedes darle la atención personalizada que necesita la gestante en ese momento.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ

¿El acompañamiento de los familiares es continuo durante el proceso?

Si, durante todo el proceso de parto la señora está acompañada, sólo sale el acompañante en los partos instrumentados y en las cesáreas, pero entra cuando sale el bebé.

Métodos de alivio del dolor.

Epidural, óxido nitroso (cuando está disponible), ducha...

Habitaciones individuales.

Dos dilataciones de uso exclusivo individual y cuatro habitaciones dobles. Estas cuatro sólo se usan dobles cuando tenemos el resto de las habitaciones ocupadas.

¿Se permite la deambulación durante la dilatación?

Si, sin excepción

¿Qué tipo de dieta se permite durante la dilatación?

Mientras no tiene epidural líquidos y algo blando, una vez se pone la epidural y dependiendo del anestesista se da algo de líquido.

¿Los paritorios son independientes o hay habitaciones dilatación-paritorio?

Los paritorios son independientes, pero si la señora lo desea y el parto va bien permitimos realizar el parto en la habitación.



Consulta en el Hospital Universitario de Jerez

¿Se realiza el contacto piel con piel en partos y/o cesáreas?

Partos: Se realiza el contacto piel con piel, sean instrumentados o no.

Cesáreas: El piel con piel con la madre no es posible, pero el bebé una vez reanimado pasa con su padre.

¿Se fomenta la lactancia materna iniciándose dentro del paritorio?

Si, siempre. En las cesáreas una vez que la señora sale del quirófano y siempre que la reanimación no esté ocupada por otras señoras a las que se le haya practicado un legrado, fomentamos la lactancia materna.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

¿El acompañamiento de los familiares es continuo durante el proceso?

Si, durante todo el proceso del parto, salvo en los partos instrumentados y las cesáreas.

Métodos de alivio del dolor

Epidural y walking-epidural, masajes (involucrando al acompañante), ducha, posición libre...

Habitaciones individuales.

Cuatro dilataciones dobles, pero se intenta que estén solos la señora y su acompañante.

¿Se permite la deambulación durante la dilatación?

Si, sin excepción.

¿Qué tipo de dieta se permite durante la dilatación?

Se permite la ingesta de líquidos claros, evitando lácteos. (Incluso con la epidural puesta)

¿Los paritorios son independientes o hay habitaciones dilatación-paritorio?

Los paritorios son independientes. Existen cuatro habitaciones para la dilatación.

¿Se realiza el contacto piel con piel en partos y/o cesáreas?

Partos: Si. Se administran las vacunas sobre la madre.

Cesáreas: el piel con piel con la madre no es posible, pero el bebé una vez reanimado pasa con su padre.

¿Se fomenta la lactancia materna iniciándose dentro del paritorio?

Si. Se estimula la lactancia materna en el paritorio.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA EUROPA

¿El acompañamiento de los familiares es continuo durante el proceso?

La gestante puede estar acompañada en todo momento por la persona que ella decida

Métodos de alivio del dolor

En las habitaciones de maternidad hay duchas y posibilidad de tener las conocidas como pelotas de parto para usarlas en las fases prodromicas

Habitaciones individuales.

No hay habitaciones individuales aunque recientemente se ha desarrollado el protocolo para el uso individual cuando las circunstancias lo permiten o se dan situaciones especiales

¿Se permite la deambulación durante la dilatación?

En el pasillo de maternidad pueden deambular libremente, el espacio en las dilataciones es bastante limitado como para deambular

¿Qué tipo de dieta se permite durante la dilatación?

Pueden beber y comer lo que deseen

¿Los paritorios son independientes o hay habitaciones dilatación-paritorio?

Hay dos paritorios independientes, si la gestante lo desea se realiza el parto en la cama de dilatación

¿Se realiza el contacto piel con piel en partos y/o cesáreas?

Siempre se realiza el contacto piel con piel de forma precoz y continuada, si las circunstancias de trabajo lo permiten se realiza piel con piel en las cesareas con cierta frecuencia

¿Se fomenta la lactancia materna iniciándose dentro del paritorio?

A la vez que se realiza el contacto precoz piel con piel, se recomienda la inización de la lactancia, y en todo caso en el puerperio inmediato que se realiza en la misma dilatación tras el parto.

INNOVACIONES EN EL SEGUIMIENTO DE LA GESTANTE A TÉRMINO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTRODUCCIÓN

La atención continuada del embarazo y parto llevada a cabo por un equipo de matronas supone mayores beneficios para las mujeres que recibir esa misma atención por parte de otros modelos de atención¹.

Las gestantes atendidas por matronas asisten con mayor frecuencia a los programas de atención prenatal, se encuentran más preparadas y apoyadas, sienten que pueden resolver sus dudas con más facilidad por la cercanía que les inspira dicho colectivo, con lo que se disminuye la admisión antenatal a los servicios de urgencias del hospital, así como durante el parto decrece el intervencionismo y la utilización de la monitorización fetal continua y la analgesia farmacológica².

“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud³. La matrona es un profesional autónomo, con conocimientos precisos que le capacitan para prestar la atención necesaria a las gestantes y el más adecuado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo. Asimismo ejerce un efecto positivo en las mujeres pues es el profesional ante el que

las gestantes expresan sus problemas, dudas y miedos con la menor dificultad.

La continuidad en el proceso de embarazo, parto y postparto es indispensable para lograr un seguimiento adecuado y de calidad, hecho que obliga a mantener coordinados a los niveles asistenciales (Primaria y Especializada)⁷.

La consulta de matrona de la 40 semana del Hospital de Jerez es claro ejemplo de ello, pues constituye el primer contacto de la gestante con el medio hospitalario, de manera que conseguimos enlazar el seguimiento llevado a cabo desde Primaria con el que posteriormente se realizará el día del parto y sucesivos en el hospital, conservando una continuidad en los cuidados durante todo el proceso. Además, al encontrar como única figura de esa consulta de unión a la matrona, logramos ejercer en la gestante un efecto tranquilizador en el que puedan expresar sus dudas y miedos abiertamente, encontrando respuesta a los mismos y viendo cubiertas satisfactoriamente las necesidades de atención propias de esta fase⁴.

OBJETIVOS

- Establecer el primer contacto de la gestante a término con el medio hospitalario.
- Actuar de enlace entre la Atención Primaria y la Especializada favoreciendo la continuidad en los cuidados.
- Controlar el estado materno-fetal.
- Comprobar la realización y correcta cronología de todas las pruebas requeridas para el parto.
- Completar posibles lagunas de seguimiento.
- Disminuir miedos y temores de las gestantes aportando recomendaciones e información del proceso a seguir en la última etapa del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos efectuado una búsqueda bibliográfica de algunas bases de datos, en español (Revisiones Cochrane, Cuiden Plus, Scielo) y en inglés (Pubmed y Cinhal) con las palabras “monitorización”, “matrona” y “consulta” y revisado protocolos (SEGO) y guías (Iniciativa Parto Normal, Proceso Integrado Asistencia al Embarazo, Parto y Puerperio).

DESARROLLO DE LA CONSULTA

1.- Captación de las mujeres: Las embarazadas que acuden a nuestra consulta pueden venir derivadas de diferentes formas. Cuando el

control del embarazo ha sido llevado en los centros de salud cuyo tocólogo de referencia está en el hospital, son ellos mismos, después de la eco de la semana 38 quienes derivan a la señora a nuestra consulta, dándoles cita para la semana 40. Si en la eco 38 se ve alguna anomalía, se les cita un poco antes, sobre la semana 39.

Si las embarazadas han sido controladas en otras poblaciones, como Sanlúcar de Barrameda, Chipiona ó Villamartín, las cuales tienen el tocólogo de referencia en hospitales concertados, la derivación viene directamente por la matrona del centro de salud al que pertenecen y esto suele ser un poco antes de la 39 semana de gestación (SG).

En tercer lugar, las gestantes que acuden a la consulta materno-fetal (situaciones especiales) del hospital, se derivan hacia las 38SG para su control en esta consulta.

2.- Visita inicial: Constituye el primer contacto con la embarazada. Tratamos de crear un clima de confianza donde la señora se sienta cómoda y relajada.

Se realiza la apertura de la Historia Clínica del hospital, daremos comienzo al partograma de nuestro hospital, dejando registrado los datos importantes de la historia de la embarazada. Una toma de constantes y posterior anotación en la historia nos es de utilidad para la valoración del estado materno. Es importante hacer una buena datación del embarazo, debemos calcular las semanas de gestación de las embarazadas de una forma común a todas, ya que el control, las citas y la posible inducción dependerán de esto. Utilizamos un programa informático que se denomina “calculadora gestacional”, utiliza diversos parámetros para recalculan la SG; la FUR, y la medida craneocaudal del feto en la ecografía de la semana 12. Comprobaremos si están realizadas todas las pruebas, (SBA, AgHbs y analítica reciente necesaria para la epidural). Si alguna de estas pruebas no están realizadas ó hay algún problema con ellas, tenemos todo lo necesario en la consulta para poderlas realizar y cursar al laboratorio, para que estén preparadas a la fecha del parto. Después de esto, se realiza el RCTG de control, el cual es valorado por nosotros mismos. Hemos optado por desechar las camas de hospital y acomodar a las gestantes en sillones reclinables que resultan más confortables. Para comprobar

la estática fetal, se realizan maniobras de Leopold. Tenemos la posibilidad de hacer una exploración vaginal, dependiendo de la semana de gestación y de la detección de dinámica uterina en el monitor. También podremos realizar una amnioscopia si lo viésemos conveniente.

La consulta tiene un tocólogo de referencia en el hospital, por si aparece algún problema con respecto al RCTG, o a la exploración, o si hace falta una ecografía de control. Si no es necesario, todos los parámetros junto con el estado materno-fetal son valorados por la matrona, ya que es un profesional con competencias para hacerlo. Si todo está dentro de lo normal y no hay ningún problema, la señora será citada de nuevo para la semana 41. Se le dará información sobre riesgos a tener en cuenta y recomendaciones hasta la siguiente visita y resolveremos dudas sobre la donación de cordón y epidural.

3.- Visitas sucesivas: Se inician en la semana 41 de la gestación. Procedemos nuevamente a la toma de constantes y a informarnos de cómo se siente la señora, si ha notado algo especial, si tiene alguna duda, etc. Hacemos un RCTG de control que nos indicará el bienestar fetal y si hay o no dinámica uterina. Revisaremos la historia clínica para comprobar que no falte nada. En esta visita, hacemos siempre exploración vaginal, para ver si existe modificación del cérvix uterino. Si todo está bien, las siguientes citas serán en la semana 41 + 3 y en la 41+5, si no se ha puesto antes de parto. En la semana 41+5 el tocólogo de referencia le dará a la señora los consentimientos para la inducción y otras autorizaciones. Por nuestra parte, informaremos sobre los cuidados necesarios para que ingrese el día siguiente, que será el mismo día que comenzaremos con la inducción. Circunstancias especiales tales como cesáreas programadas, hallazgos que conducen a una inducción temprana (CIR; oligoamnios, placenta grado III-IV, etc.), son contempladas y se programan ingresos cuando lo estime el tocólogo de referencia.

Existe también la consulta a demanda, ya que nos podemos encontrar muchas embarazadas que acuden derivadas directamente del centro de salud o de la consulta de los tocólogos, sin cita previa, para ser iniciadas en el circuito expuesto anteriormente.

CONCLUSIONES

Haciendo balance del tiempo que lleva funcionando la consulta (un año), y tras recoger opiniones tanto de las señoras que acudieron a nuestra consulta, como de los profesionales del hospital, matronas y tocólogos, creemos que el resultado es muy positivo. Esta consulta existía antes, pero llevada por un tocólogo de presencia física; cuando nos hicimos Unidad de Gestión Clínica, coincidiendo con el nuevo jefe de servicio, se remodeló dicha consulta, dándonos la responsabilidad y la autonomía que tenemos para llevar nosotros la consulta de manera independiente.

En general, una de las principales ventajas de la consulta es su funcionalidad, consecuencia del trabajo autónomo de la matrona. La historia clínica que llega al equipo de matronas del paritorio está completa, con todas las pruebas necesarias realizadas y con el partograma empezado, hecho que disminuye la carga de trabajo que nos encontramos en las urgencias tocológicas y por tanto en el paritorio.

Las mujeres se sienten más y mejor informadas y atendidas, lo cual hace disminuir su ansiedad y mejorar su satisfacción. Refieren mayor comodidad y un entorno más familiar y acogedor gracias, también, al nuevo mobiliario utilizado (sillones reclinables).

Por otro lado, se favorece el inicio espontáneo del parto disminuyendo el intervencionismo y dando a la mujer más margen de espera, hecho que además provoca en las gestantes un mayor sentimiento de confianza.

Como punto a mejorar, tenemos que conseguir un mejor espacio físico para la consulta, ya que del que disponemos ahora, es pequeño y un poco oscuro. Está en proyecto el cambio de la consulta a un espacio más grande y más luminoso, por lo que será más relajante para las mujeres, y permitirá más intimidad a la hora de las exploraciones y realización de la historia clínica.

M^a Carmen Álvarez Dodero
Ana M^a Cutilla Muñoz
Encarnación Barroso Fernández
Francisca Ubierna Angulo

BIBLIOGRAFIA

1.- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct. 8;(4):CD004667.

2.- FAME (federación de asociaciones de Matronas de España). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007

3.-Definición de matrona del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio 2005, Brisbane, Australia.

4.- Cazenave H, Stanley W, Hernández AM, Perucca E, Aguirre R. Gestation of 42 weeks or longer, Management protocol. Rev Chil Obstet Ginecol. 1989; 54 (6):357-62; discussion 362-3.

5.-Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Jan-Feb;37(1):94-104; quiz 104-5.

6.-Santos de Vega N, Montero García C, Lajas Sunsaño JA, Ramos Delgado E, Gómez Merino MT. Control de gestación en la provincia de Salamanca. Rev Aten Primaria. 1992 Ene. 9(1):36-40.

7.- Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. 2ª Ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.

REUNIÓN EN LA CONSEJERÍA

A veces, como sabéis, en la Consejería de Salud se cita a personas de la Junta para reuniones por diferentes motivos. El pasado 12 de enero, a petición de Dña. Concepción Padilla Marín, Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía (DECA) se nos volvió a citar para tratar un tema de importancia para nuestra profesión. El Orden del día era el siguiente:

- Actuación de las Matronas en Atención Primaria.
- Liderazgo en líneas estratégicas
- Actuación de las Matronas en la prescripción Colaborativa

Después de ser recibidos y presentados a la representante de la Subdirección de Farmacia SSPA, la Sra. Padilla nos describió los escenarios en los que estaban trabajando, referidos a la prescripción enfermera y más concretamente, a la de matrona.

Ya durante la introducción, la Presidenta de la AAM, M^a Ángeles Fernández, recordó que se habían realizado unas alegaciones en su día, poniendo de manifiesto que las matronas estamos capacitadas para abordar un número de medicamentos mayor que los que finalmente se reflejaron en el Decreto y que dichas alegaciones ni siquiera fueron contestadas. La Directora de estrategia de cuidados aludió que no tenía noticias de esas alegaciones por lo que se volvió a dar el escrito con las mismas para ver si había posibilidad de tenerlas en cuenta. Como sabéis el ámbito de actuación de la matrona, no solo es Primaria y especializada pública sino también privada y además autónoma, pudiendo realizar su labor asistencial atendiendo embarazos y partos a domicilio. Por esto, el abordaje de la situación había que hacerlo teniendo en cuenta estos matices, teniendo que hacer una distinción entre la actuación de la matrona de Atención Hospitalaria y de Atención Primaria, en función de que en los hospitales siempre hay un médico para poder autorizar o prescribir el uso de un medicamento.

Pero no sólo tenemos que ver esos matices, hay que contemplar también la actuación en la atención Privada.

Este tema se pospuso hasta el final de la reunión ya que parecía que esto no estaba en el orden del día. La Sra. Padilla tuvo que atender otros asuntos y la reunión continuó con Marina Gómez y la representante de Farmacia de la Consejería.

Se centró la reunión en la Atención Primaria, que es donde se tiene el interés de desarrollar la prescripción, y según la ley del uso racional del medicamento, con los que no estén sujetos a prescripción médica.

Se vuelve a sacar el tema hospitalario y se nos dice que en el Hospital siempre hay un médico y existen protocolos por los que la matrona no debe tener ningún tipo de problema legal.

Por parte de la AAM volvemos a preguntar a la representante de la DECA, que cómo vería el caso concreto de asistencia en parto de bajo riesgo en domicilio, ya que cabe la posibilidad de que este se complique y sea necesaria la administración de una ampolla de oxitocina por prevención de hemorragia postparto. Ante esto la respuesta nos dejó atónitos a todos, ya que nos dijeron que no se podría administrar si no era prescrita por un médico, que aunque la matrona está perfectamente capacitada para dicha asistencia al citado parto, no está autorizada a prevenir hemorragia postparto. Volvemos a indicar que no a prevenir, ya que al ser un parto normal casi con seguridad la mujer tiene capacidad de generar la oxitocina necesaria para evitar esto, pero si por casualidad tuviera una metrorragia postparto y no se administra la

medicación ¿podría la matrona incurrir en delito por omisión? Ante esta tesis Dña. Marina Gómez contestó "se soluciona llamando al 112 y esa llamada es respondida por un médico, que autorizara a usar dicho medicamento y esa conversación telefónica queda gravada." Ante esto nos quedamos totalmente atónitos y posteriormente nos preguntamos ¿y si no hay cobertura o no hay teléfono, dejamos a la mujer que se desangre? Con estas respuestas nos dimos cuenta de que las cabezas pensantes que elaboran planes de cuidados y normativas están muy lejos de estar a pie de cama con los pacientes día a día.

Como se puede ver todavía se navega en aguas turbulentas, tanto en hospitales como en primaria, ya que en más ocasiones de las deseables nos seguimos moviendo en la ilegalidad y el riesgo por "no molestar al medico".

En resumen y como quedó varias veces expuesto en la reunión, todo medicamento de uso hospitalario tiene que ser prescrito y autorizado por un médico. En el caso de Atención Primaria, el listado de productos está muy acotado y es insuficiente para abordar en un SOLO ACTO, como pretende la Consejería, las consultas de embarazo sin que tengan que volver a pedir cita a su médico de cabecera para que le receten el antibiótico necesario en los casos de infección de orina o vulvovaginitis (más de un cuarto de consultas están referidas a la citada patología).

Ante esto y posteriormente en la asistencia a la asamblea de la Federación de Asociaciones de España nos dimos cuenta de que el avance en sanidad es un poco ficticio, ya que sólo en Andalucía tenemos esa ley del uso racional del medicamento, y aunque sean gasas y pañales, Enfermería está recetando. En el resto de España solo existe un borrador que aún no se han puesto de acuerdo en darle vía libre.

La Junta Directiva de la AAM



PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL BOLETÍN DE LA AMM

- 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

Hemos querido en este boletín, y como noticia, facilitaros la crónica de una de nuestras reuniones en la Consejería, que no todas van a buen puerto.

Durante este trimestre la AAM ha continuado con los cursos de sutura en Jaén y los de Noesiterapia en Sevilla. Ambos han sido organizados por la demanda de las matronas de esas ciudades. Esto en cuanto a formación.

Así mismo hemos tenido noticias, por medio de una socia de Granada, de la idea de la Administración de no sacar una plaza de matrona en La Zubia. La matrona de ese pueblo se jubila y la Administración intenta no sacar esa plaza. La idea de la AAM es realizar una reunión con las matronas en Granada a ver como solucionamos esto. La compañera está realizando verdaderos esfuerzo con las administraciones y sindicatos para solventar esto. Desde aquí

deciros que todo esto se complica y resulta mucho mas difícil, ya que como sabéis, en Granada la Asociación no tiene una vocal que sirva de enlace entre las matronas y la Junta, por lo que cualquier acción resulta mucho más complicado. Animaros a que deis el paso y tengamos una vocal que con el apoyo de todas, matronas y Junta, podamos denunciar y luchar por estas situaciones.

Como información que ampliaremos en el próximo boletín deciros que la Federación de Asociaciones de Matronas de España a la que la AAM pertenece, ha celebrado este fin de semana en Logroño la asamblea anual en la que se han debatido la situación que cada comunidad vive en lo tocante a la salud sexual y reproductiva y a las matronas. Se han dado cita la junta directiva junto con las doce asociaciones miembros. De esta asamblea y de los temas tratados en ella, como hemos dicho, informaremos en nuestro próximo boletín.

En cuanto a proyectos, nuestra atención para este trimestre es la organización del día de la Matrona, del que habéis tenido información en la portada de este boletín. Os esperamos a todas/os en Antequera.

También pensamos continuar con los cursos demandados por las vocalías de las ciudades andaluzas. Para esto solicitamos la colaboración de todas y todos los socios, para que a través de la web nos lleguen las demandas de nuestro colectivo.

Como también sabéis, hemos hecho una remodelación de la web para actualizarla y que sea lo mas operativa posible. Como sabéis, desde que pusimos en marcha la web no habíamos realizado cambios, por lo que creíamos necesario una actualización de la misma. Esperamos sea del agrado de todas y todos.

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
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□

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