

[INS., 1557] 614

Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria

ENFERMERIA

SALUD

Introducción al
trabajo de
la matrona
en atención
primaria

Serie:

ENFERMERIA

Coordinación:

Rosario Muñoz González

1.ª Edición 1987

1.ª Reimpresión 1990

Edita: Instituto Nacional de la Salud
Secretaría General
Servicio de Documentación y Publicaciones
C/. Alcalá, 56
28014 Madrid

I.S.B.N.: 84-351-0062-6
Depósito legal: M. 43.053-1989
NIPO: 352-89-029-4

Publicación N.º 1.559

Imprenta FARESO, S. A.
Paseo de la Dirección, 5
28039 Madrid

[INS, 1559] 614

Ministerio de Sanidad y Consumo
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCION GENERAL DE GESTION
DE LA ATENCION PRIMARIA



Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SECRETARIA GENERAL
Madrid, 1990

REGISTRADO
AL NUMERO

79.008

PRESENTACION

Durante los últimos años, en que comenzaron a funcionar Equipos de Atención Primaria, en numerosos foros de reflexión y exposición sobre resultados obtenidos por estos Equipos y los pasos y modificaciones que habría que implantar para conseguir dar una correcta atención sanitaria, aceptable y eficaz para los ciudadanos, se ha debatido el papel, las funciones y la indicación en esta nueva organización de esta especialización de enfermería que tan importante función había jugado en épocas anteriores y que en la actualidad se había visto prácticamente restringida a los paritorios de los Hospitales Generales y Materno-Infantiles.

Este libro pretende esclarecer y difundir las actividades y metodologías que las matronas deben llevar a cabo en la Atención Primaria de Salud, ya que tenemos la seguridad de que su trabajo puede repercutir favorablemente en los programas de atención a la mujer que se han ido implantando en distintos Equipos de Atención Primaria, y de que es más importante incidir en actividades que les son propias y que de forma eficaz pueden aportar soluciones y cuidados en Programas con tanta repercusión sociosanitaria como el control del embarazo, la orientación familiar, el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico, etc.

Los próximos años van a permitir que estos profesionales se incorporen paulatinamente a la nueva organización de la Atención Primaria en nuestro país. Esperamos que este libro sirva como una pequeña aportación al buen éxito de esta empresa, ya que en ello va seguramente buena parte de la calidad que se debe prestar desde los Equipos de Atención Primaria a los problemas de salud de la mujer y también al futuro de esta profesión en el sistema sanitario.

INTRODUCCION

El diccionario de la Lengua Española, define a la matrona como la persona que asiste a la mujer. La palabra inglesa Midwife, viene de las voces anglosajonas «mede» (con) y «wif» (mujer) con la mujer. Su etimología da una definición de la misión fundamental de la matrona, que a nuestro entender, es perfecta y ha permanecido invariable en el transcurso del tiempo. En Francia la llaman «sage-Femme» (mujer sabia), quizá porque sus conocimientos sobre los misterios de la creación y del nacimiento sean más hondos que los de las otras mujeres.

La matrona no es ya la empírica que aprendía su arte a base de tanteos y equivocaciones, sino una profesional competente y bien preparada que debe prestar la asistencia debida a la mujer y al recién nacido, antes del embarazo, en el embarazo, parto y puerperio.

Su formación y la legislación aplicable al ejercicio de la profesión varía según los países, pero sus funciones son fundamentalmente las mismas; en la inmensa mayoría de los casos, sus funciones consisten en asistir a la mujer normal y sana en el curso de un proceso fisiológico normal, por regla general, no interviene en las enfermedades de la mujer y del recién nacido, pero tiene ocasión de prevenirlas.

Se ha dicho que la matrona tiene tres recursos: «el tiempo, la competencia y el carácter», de inmenso valor para la comunidad a la que atiende, por tanto debe hacer uso de estos tres recursos para proteger lo mejor posible la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

La sociedad cambia, las ideas y las motivaciones de la gente también, esto no es nuevo, lo que sí representa una novedad para enfermeras y matronas es que hoy día la prestación de servicios sanitarios ya no sigue las directrices de tiempos pasados.

En la actualidad la comunidad desea recibir más información y conocer cómo funciona su organismo, exige que las instituciones sanitarias respondan mejor a sus necesidades. Como es natural esto ha ido condicionando las actividades de los profesionales de la salud, que se han ido centrando más en la comunidad.

Los cuidados relativos a la atención a la mujer y al recién nacido, prestados por las matronas, necesitaban una reorganización y para ello la Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral, elaboró la circular de matronas 10/1984 (8-11), que tiene como objetivos:

- Ofrecer una atención integral a la mujer gestante o no y al recién nacido.

- La integración de la matrona permanentemente en los equipos de atención Tocoginecológicos.
- Facilitar el que la matrona pueda realizar las actividades inherentes a su profesión.

Por tanto, la matrona es un miembro importante en los equipos de atención toco-ginecológicos y debe estar integrada en forma activa, creadora e independiente, no sólo desarrollando actividades delegadas de los médicos, sino también asumiendo la responsabilidad de desarrollar y aplicar todas las funciones independientes de su profesión tendentes a asegurar la correcta y oportuna atención integral a la mujer y al recién nacido.

La profesión de matrona es la forma de ayudar científica y humanamente a la mujer durante el proceso normal de la gestación o antes de ella y durante el parto y el puerperio sin descuidar las implicaciones familiares.

Las actividades de la matrona llevan implícito el concepto de que toda mujer tiene derecho a una asistencia y educación sanitaria individual y familiar.

La matrona de Atención Primaria representa un eslabón entre el primer nivel y el hospitalario, mediante este adecuado sistema de coordinación entre niveles de asistencia, los cuidados materno-infantiles deben traspasar las puertas de los centros sanitarios y proyectarse en la comunidad.

Las enfermeras y las matronas se encuentran hoy en condiciones de promover una excelente salud materno-infantil. Pueden fomentar en las embarazadas la observancia de cuidados prenatales, aconsejar en algunos casos cómo evitar los embarazos y facilitar a las familias los cuidados que puedan necesitar.

Así pues, las enfermeras y las matronas tienen hoy muchas oportunidades de desarrollo profesional a través de los cambios que se suceden en nuestra sociedad y que se reflejan en las nuevas tendencias de atención a los usuarios así como la ocasión de participar en la estructuración de la futura sanidad.

Pretendemos que esta publicación sirva como documento de trabajo y punto de partida para ir mejorando el ejercicio profesional. Este es un instrumento que ha de servir como guía a las matronas que trabajan en la Atención Primaria, que se ha de aplicar y adaptar a las realidades locales, y es por ello por lo que esta publicación es general y eminentemente práctica.

Este documento tiene dos partes, en la primera se describen todos los aspectos teóricos del ejercicio profesional de las matronas, la segunda parte recoge todos los aspectos de la práctica profesional. A estas dos partes se anexan documentos que ayudarán a comprender mejor el desarrollo de la profesión de matrona.

Asimismo no pretendíamos crear teorías nuevas sino recoger someramente algunos documentos y estudios de diversos autores que han trabajado en estos temas.

Recomendamos una lectura en profundidad de las fuentes consultadas y citadas.

Agradecemos al Subdirector General de Gestión de la Atención Primaria el apoyo que nos ha brindado por la elaboración de este documento y expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la edición de este documento, especialmente a aquéllas que prestaron su valiosa colaboración.

INDICE

	<u>Págs.</u>
CAPITULO 1	
INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD. ALMA-ATA, U.R.S.S., 6-12 DE SEPTIEMBRE DE 1978.....	17
CAPITULO 2	
«LAS ENFERMERAS MARCAN LA PAUTA», DR. HALFDAN MAHLER, DIRECTOR GENERAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (Salud Mundial, Revista de la O.M.S., julio 1985)	23
CAPITULO 3	
«SALUD PARA TODOS. CONSECUENCIAS PARA LAS ENFERMERAS Y MATRONAS». O.M.S. EUROPA - UNIDAD DE ENFERMERIA, 1986.....	29
CAPITULO 4	
INFORME DE UN COMITE DE EXPERTOS, PARA LA ACTUALIZACION DE LAS FUNCIONES DE LAS MATRONAS (Catalunya, 1983)	53
LA MATRONA EN CATALUÑA.....	57
1. Introducción	57
2. Definición de la Matrona	57
3. Consideraciones generales	58
4. Funciones de la Matrona	62
5. Ambitos donde la Matrona ejerce su profesión	67
6. Dinámica que sigue la mujer en el ámbito asistencial	70

	<u>Págs.</u>
7. Propuesta de los niveles de gestión para las Matronas	71
8. Formación de la Matrona	73
9. Actividades a destacar en la Asistencia Primaria	75
10. Recomendaciones finales	78

CAPITULO 5

SALUD PUBLICA	81
5.1. Introducción	83
5.2. Fenómeno Salud-Enfermedad	85
5.3. Definición de Salud Pública	92
5.4. Funciones y acciones	92
5.4.1. Funciones y acciones propias	92
5.4.2. Acciones de la Comunidad organizada en relación con la Salud	93
5.5. Concepto de Salud Comunitaria	94
5.5.1. Comparación entre Medicina Clásica, Salud Pública y Salud Comunitaria	95
5.5.2. Conceptos principales que diferencian la Salud Comunitaria de la Medicina Clásica	96
5.6. Sistema de Salud: Perspectiva Sociológica	97

CAPITULO 6

DEMOGRAFIA	101
6.1. Concepto de Demografía	103
6.2. La Natalidad	103
6.3. La Mortalidad	104
6.4. Las Migraciones	106
6.5. La estructura por edad y sexo de la población	106
6.6. Resumen de tasas más utilizadas en demografía sanitaria	109

CAPITULO 7

BIOESTADISTICA	111
7.1. Concepto de Estadística y Bioestadística	113
7.2. Distribuciones de frecuencias. Representaciones gráficas	114
7.3. Promedios	116
7.4. Medidas de dispersión	118

CAPITULO 8

ADMINISTRACION	121
8.1. Introducción.....	123
8.2. Síntesis esquemática de las funciones de la Administración	124
8.2.1. Planificación	124
8.2.2. Organización	128
8.2.3. Dirección	131
8.2.4. Control	132
8.2.5. Evaluación	132

CAPITULO 9

INSTRUMENTOS PARA LA ATENCION DIRECTA	135
9.1. Introducción.....	137
9.2. Consulta de enfermería	137
9.3. Visita domiciliaria	143
9.4. Educación para la Salud a grupos	149

CAPITULO 10

EDUCACION MATERNAL	157
10.1. Introducción	159
10.2. Evaluación de los Métodos Preparatorios. De la preparación física a la educación parental.....	159
10.3. Actividades de la Matrona dentro del programa	162
10.4. Desarrollo del Programa	163
10.5. Evaluación. Resultados del programa.....	166
10.6. Anexos	167

CAPITULO 11

CUIDADOS ORIENTADOS HACIA LA LACTANCIA MATERNA .	193
11.1. Alimentación.....	195
11.2. Medicamentos	196
11.3. Tabaco	197
11.4. Cuidado de los pezones durante el embarazo	197
11.5. Pezones doloridos.....	198
11.6. Ingurgitación y obstrucción del canal lactífero.....	199
11.7. Infección de la mama o mastitis	200

CAPITULO 12

CUIDADOS PRENATALES	203
12.1. Introducción	205
12.2. Objetivos del control prenatal	206
12.3. Actividades	207
12.4. Procedimientos de consulta de control de embarazo	210
12.5. Actitud ante los hallazgos de la anamnesis	222
12.6. Actitud ante los hallazgos del embarazo que no conllevan aumento del riesgo	223
12.7. Actitud ante los signos de alarma	225
12.8. Actitud ante los hallazgos de la exploración y analíticas	226

CAPITULO 13

ATENCION AL PARTO	229
13.1. Introducción	231
13.2. Actividades de la Matrona durante el parto	233
13.2.1. Fase preliminar del parto	233
13.2.2. Fase precoz	233
13.2.3. Fase activa	246
13.2.3.1. Fase activa avanzada (1.ª fase)	247
13.2.3.2. Fase activa avanzada (2.ª fase)	249
13.2.4. Tercer periodo o alumbramiento	250

CAPITULO 14

CUIDADOS DEL PUERPERIO	253
14.1. Introducción	255
14.2. Objetivos	256
14.3. Actividades	256
14.4. Hallazgos en la visita puerperal	258

CAPITULO 15

EMBARAZO Y SALUD MENTAL	267
15.1. El embarazo	269
15.2. El puerperio	270
15.3. El post-aborto	272

CAPITULO 16

CUIDADOS NEONATALES.....	275
16.1. Introducción	277
16.2. Objetivos.....	278
16.3. Actividades.....	278
16.4. Recién nacido	279
16.5. Exploración del Recién nacido (características físicas).....	280
16.6. Cuidados generales.....	286
16.7. Alimentación.....	293
16.8. Psicología del lactante	295

CAPITULO 17

METODOS ANTICONCEPTIVOS	301
17.1. Introducción	303
17.2. Métodos anticonceptivos.....	303

CAPITULO 18

METODOS EXPLORATORIOS Y DE DIAGNOSTICO DE MAMA Y CERVIX.....	317
18.1. Exploración de la mama	319
18.2. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico	321

CAPITULO 19

INFORME CRONOLOGICO DE LA LEGISLACION REFERENTE A MATRONAS.....	323
---	-----

CAPITULO 20

EVOLUCION HISTORICA DE LA PROFESION DE MATRONA ...	333
--	-----

Capítulo 1

INFORME DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Alma-Ata, U.R.S.S., 6-12 de septiembre de 1978

DECLARACION

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos,

de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organiza-

ción, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, matronas, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

* * *

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los

organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Capítulo 2

«LAS ENFERMERAS MARCAN LA PAUTA»

Dr. Halfdan Mahler. Director General de la Organización Mundial de la Salud. En: «Salud Mundial», 1985, julio

A medida que los Estados Miembros de la O.M.S. iban empezando a aplicar sus políticas y estrategias encaminadas a alcanzar la meta de la salud para todos por medio de la atención primaria, se hizo cada vez más evidente que su aplicación eficaz dependería en gran medida de la existencia de un número suficiente de personas abnegadas, ya que para llevar a la práctica la atención primaria lo que hace verdaderamente falta es amar al prójimo. Pues bien, considero que las enfermeras, por su misma vocación, deben sentir justamente esa clase de amor.

El cambio radical de orientación hacia unos sistemas de salud basados en la atención primaria significa que actualmente se hace hincapié en la promoción de la salud y la atención de las personas donde éstas viven, trabajan y juegan. Millones de enfermeras, en todo el mundo, tienen en sus manos la llave de la aceptación y la expansión de la atención primaria de salud, ya que trabajan en estrecho contacto con la población, sean enfermeras de salud de la comunidad que operan en las selvas de la zona lluviosa amazónica, sean enfermeras de cuidados intensivos en un servicio de trasplantes cardíacos.

EN FINLANDIA, LAS ENFERMERAS PARTICIPARON EN EL PROYECTO «CORAZONES-SANOS», EJERCIENDO FUNCIONES DE VIGILANCIA Y OFRECIENDO ASESORAMIENTO SOBRE DIETA Y EJERCICIO FISICO A LOS GRUPOS DIRECTAMENTE INTERSADOS Y MAS SUSCEPTIBLES.

RESULTADO: UNA REDUCCION DE LOS ATAQUES CARDIACOS.

Durante la reunión que celebró el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 1985, tuvo lugar un animado debate sobre el informe de un comité de expertos acerca de la formación teórica y práctica del personal encargado de la formación de las enfermeras y de los administradores de enfermería.

Si los millones de enfermeras que desempeñan sus funciones en un sinnúmero de lugares diferentes parten de las mismas ideas y convicciones acerca de la atención primaria de salud y aúnan sus fuerzas, pueden actuar como una auténtica central de energía en favor del cambio. Estoy persuadido de que este cambio se está acercando, y de que las enfermeras del mundo entero, cuya labor nos afecta a todos y cada uno de nosotros en nuestra intimidad, contribuirán en gran medida al advenimiento de ese cambio. Ni que decirse tiene que la OMS apoyará a las enfermeras en sus esfuerzos por convertirse en las agentes del cambio en la marcha hacia la salud para todos.

Para poder explotar al máximo las posibilidades de esa central de producción de energía, las enfermeras deberán organizarse y equiparse con miras a

vencer la resistencia al cambio, a mantener el esfuerzo inicial y a desarrollar luego estrategias y planes de acción. Lo que está muy claro es que la profesión de enfermería está más que dispuesta a responder a este desafío.

Después de unos años de vacilaciones, la OMS ha acabado por captar plenamente la importancia de ese potencial. De hecho, la organización se da perfecta cuenta de que las enfermeras ya han empezado a marcar la pauta, abriendo la marcha, y de que pueden mostrar ya un excelente historial de éxitos. Habida cuenta del potencial de las enfermeras para ocupar el lugar que les corresponde al frente del movimiento en pro de la salud para todos, preveo, lo mismo que los miembros del Consejo Ejecutivo, que la situación evolucionará de la forma siguiente:

- La función de las enfermeras cambiará; aumentará el número de las que pasarán del hospital a la vida cotidiana de la comunidad, donde se las necesita imperiosamente.
- Las enfermeras se convertirán en recursos para la población más que recursos para los médicos; y participarán más activamente en la educación de la población en materia de salud.
- El personal directivo de enfermería participará cada vez más, de manera original e innovadora, en la planificación y evaluación de los programas.
- Las enfermeras participarán más activamente en los equipos interprofesionales e intersectoriales de desarrollo de la salud.
- Cada vez serán más las enfermeras que ocuparán puestos de dirección y gestión en los grupos de atención primaria de salud; entre sus funciones figurarán las de guiar y supervisar a los agentes de salud de la comunidad no profesionales.
- Así pues, las enfermeras asumirán una mayor responsabilidad en la adopción de decisiones en el seno de los grupos de atención a la salud.

EN UNA COMUNIDAD DE KENYA, LAS ENFERMERAS ORGANIZARON UNA SERIE DE CONFERENCIAS Y TALLERES SOBRE EDUCACION SEXUAL.

RESULTADO: UNA REDUCCION DE LA TASA DE EMBARAZOS ENTRE ADOLESCENTES.

Esta evolución no será fácil. El Comité de Expertos cuyo informe debatimos reconocía la importancia de cuatro factores en apoyo de la evolución de la misión y las funciones de la enfermera: nuevas actitudes y nuevos valores; reorientación de los programas de enseñanza; mejoramiento de la asignación de recursos; y políticas y planes bien definidos para el desarrollo del personal de enfermería. A la luz de todo ello, el Consejo Ejecutivo se manifestó persuadido de la necesidad de que los Estados Miembros adoptaron con carácter de urgencia las medidas necesarias para llevar a la práctica las recomendaciones del Comité de Expertos, y de que la OMS difundiera ampliamente el informe y respondiera favorablemente a las peticiones de los países en sus esfuerzos por reorientar las enseñanzas de perfeccionamiento de las enfermeras en materia de atención primaria de salud.

Resumiendo mi argumentación, séame permitido declarar formalmente que la OMS está resuelta a apoyar a la profesión de enfermería en su acción encaminada a organizar y facilitar los cambios necesarios.

Debemos reconocer la función capital de las enfermeras en la tarea de suscitar el interés general por los beneficios de un estado de salud satisfactorio y de identificar lo que debe hacerse para alcanzar ese estado.

EN TAILANDIA, LAS ENFERMERAS PRESTARON APOYO A VARIAS CAMPAÑAS, PATROCINADAS POR LA MISMA COMUNIDAD, SOBRE PLANIFICACION DE LA FAMILIA, Y PARTICIPARON EN SU EJECUCION.

RESULTADO: UNA MAYOR ACEPTACION DE LA PLANIFICACION DE LA FAMILIA.

Dado que la mayoría de los programas de formación para enfermeras no responden suficientemente a las principales necesidades sociales y sanitarias de la sociedad, debemos aumentar el apoyo a las escuelas que reorienten sus planes de estudios, y seguir de cerca la evolución de sus experiencias, a fin de difundirlas en la medida de lo necesario.

En cuanto a los administradores y profesores propiamente dichos, prestaremos apoyo a la ejecución de programas de formación acelerada a fin de imbuirles los principios de la salud para todos por medio de la atención primaria, y de estimularles a planear sus programas de enseñanza sobre la base de esta meta.

Es necesario sensibilizar a los estudiantes de enfermería de ambos sexos a la atención primaria de salud, a la importancia de conseguir que la comunidad participe en la asistencia sanitaria y a la necesidad de fortalecer los vínculos entre las escuelas de enfermería y los servicios de salud. Los profesores y maestros nunca deben olvidar que los alumnos de hoy serán mañana los actores del cambio.

Es imperativo que se adiestre a un número suficiente de enfermeras para que puedan asumir una mayor función administrativa y participar en la elaboración de las políticas con seguridad y confianza en sí mismas. Debemos aumentar nuestro apoyo para facilitarles la adquisición de los necesarios conocimientos en materia de gestión.

Sin embargo, todo cambio será imposible si no se procede al mismo tiempo a un nuevo examen y evaluación de las políticas sobre recursos de personal de salud. Durante largo tiempo hemos vivido aislados en nuestros distintos sectores de actividad, sin auténtico diálogo entre la enfermera y las autoridades y los planificadores de los recursos de personal. Ha llegado el momento de que planificadores y administradores unan sus fuerzas con las de las enfermeras.

Detrás de todo movimiento vigoroso hay siempre unos líderes eficaces. Es necesario estimular la aparición de dirigentes eficaces entre las enfermeras, ya que éste es un factor capital para motivar a las personas, acelerar el cambio y mantener la moral. Las enfermeras pueden hacer de portavoces de la población a la que atienden y prestarle credibilidad y apoyo racional.

La atención primaria de salud es uno de los fenómenos sociales de nuestros tiempos. Representa un poderoso instrumento para mejorar la calidad de la vida humana. Ese objetivo ha sido siempre lo que ha impulsado fundamentalmente a las enfermeras y a la enfermería en general. Conseguir que las enfermeras aporten su experiencia, su energía, su capacidad y su voluntad será la mejor manera de dar mayor impulso al desarrollo de la atención primaria de salud y, por consiguiente, al logro de la meta de la salud para todos.

Capítulo 3

«SALUD PARA TODOS. Consecuencias para las Enfermeras y Matronas». OMS - Europa. Unidad de Enfermería, 1986

INTRODUCCION

¿Por qué debes preocuparte del programa de la OMS «Salud para todos en el año 2000»? ¿Qué pueden significar para las Enfermeras y las Matronas los 38 objetivos (*) regionales de «Salud para todos»?

Los objetivos son una oportunidad para que Enfermeras y Matronas alcancen sus aspiraciones de siempre a través de nuevas y más independientes vías, en cooperación estrecha y recíproca con los otros profesionales de la Salud y grupos involucrados en la misma, para que conformen su propio futuro a través del trabajo en pro de la consecución de la meta «Salud para todos». Así cambiarán todos y cada uno de los aspectos de su vida profesional, comenzando por la definición de lo que es salud.

«Salud», según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), es un «estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia». Y es «uno de los derechos fundamentales de todo ser humano».

La OMS marcó una meta: «que todos los ciudadanos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva». La Atención Primaria de salud, con la participación de los individuos, es la clave para lograr alcanzar esta meta final.

En las reuniones del Comité Regional Europeo, los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS adoptaron «Salud para todos en el año 2000» como su principal política común, y aprobaron los 38 objetivos Regionales que describen el mínimo de progreso que deben realizar para mejorar la salud y resolver los problemas relacionados con ella. Los Estados Miembros han acordado también hacer un seguimiento continuo de los avances, e informar de ellos al Comité Regional.

Son necesarios varios requisitos previos para lograr la meta de «Salud para todos». Sin paz, sin justicia social, sin suficiente comida y agua potable, sin educación adecuada, sin una vivienda decente, sin desempeñar un papel útil en la sociedad y sin ingresos económicos suficientes, no puede haber salud ni crecimiento real, ni desarrollo social. Los objetivos abarcan casi todas estas necesidades y se adoptaron porque, a pesar de todo el dinero gastado y del progreso alcanzado en el nivel de salud, la gente en Europa no está tan sana como cabría esperar. Además, a pesar del alto nivel general de desarrollo de la Región, aún

(*) El término inglés es «target», que puede traducirse como «meta», «objetivo». La OMS, en alguna de sus publicaciones utiliza el término castellano «meta». El Ministerio de Sanidad y Consumo en las suyas ha utilizado el término «meta» aplicado a la consecución final del programa «Salud para todos», y el de «objetivos» aplicado a cada programa o meta parcial. En esta traducción se adoptan los términos utilizados por el Ministerio.

existen desigualdades graves respecto a la salud. Por ejemplo, en la expectativa de vida hay una diferencia de hasta 20 años entre países de la misma Región, y los índices de mortalidad infantil oscilan entre menos de 7 y más de 100 por cada mil nacidos vivos.

Los objetivos expresan las mejoras que podrían esperarse si se unieran en busca de una aspiración común toda la voluntad, los conocimientos, recursos y tecnología ya disponibles, y deberían ayudar a los Estados Miembros a fijar sus propias prioridades y objetivos.

En los objetivos, seis temas básicos

Hay seis temas principales en los objetivos. Primero, Salud para todos implica *equidad*, de forma que las actuales desigualdades de salud entre los países y dentro de ellos deberían reducirse todo lo posible.

Cuando la gente está sana, es capaz de movilizar sus capacidades físicas, mentales y emocionales, y en este sentido, es capaz de promover su propia salud. El énfasis en la atención de Salud debe estar en la *promoción de la salud* y la *prevención* de la enfermedad.

La gente logrará por sí misma, «Salud para Todos». Una comunidad bien informada, motivada y *activamente participativa* es esencial para el logro de este objetivo común.

Puesto que las autoridades de salud pueden ocuparse sólo de parte de los problemas que hay que resolver, *la cooperación multisectorial*, que abarca a todos los sectores del Gobierno y sociedad implicados, es la única manera para garantizar los pre-requisitos para la salud, promover políticas de salud y reducir los riesgos en los ambientes físicos, económicos y sociales.

El foco del sistema de salud debería estar en la *Atención Primaria de Salud*: satisfaciendo las necesidades básicas de cada comunidad mediante los servicios prestados, tan cerca como fuere posible de los sitios donde las personas viven y trabajan; fácilmente accesibles y aceptables para todo el mundo, y a un precio razonable.

Por último, algunos problemas de salud trascienden las fronteras nacionales; la polución y el comercio de productos nocivos para la salud son ejemplos obvios de problemas cuya solución requiere *cooperación internacional*.

¿Quién contribuye a «Salud para Todos»?

El éxito del movimiento de «Salud para Todos» depende del fuerte apoyo de 5 grupos de personas, diferentes pero superpuestos, cada uno de ellos con sus responsabilidades especiales.

Primero: las personas tienen derechos y responsabilidades para con «Salud para Todos». El movimiento existe para su provecho, pero solamente será un éxito si cuenta con su ayuda y participación. *Segundo: los Ministerios de Salud y las autoridades sanitarias*, a todos los niveles, en los Estados Miembros, tienen la más pesada carga de responsabilidad en la acción requerida para lograr «Salud para Todos». *Los sectores no sanitarios*, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales, deben darse cuenta de los efectos que sus actividades causan sobre la salud, y deben intentar alcanzar sus objetivos de forma que beneficien a la salud. Más aún, las agencias de las Naciones Unidas (la OMS

especialmente) y otras *organizaciones internacionales* tienen la responsabilidad de asegurar la cooperación entre países en los problemas que traspasen los límites nacionales. Los *profesionales de salud*, con su conocimiento experto y su influencia sobre los políticos y sobre el público en general, pueden ser una fuerza importante para movilizar el apoyo e iniciar el cambio. Las Enfermeras y las Matronas tendrán el mayor interés en las responsabilidades de este último grupo.

Colectivamente, los profesionales de la salud deberían ampliar el marco tradicional de los problemas de salud para incluir los factores determinantes de salud de tipo psicológico, social, económico y ambiental. Deberían trabajar estrechamente con los profesionales de los campos implicados, y resaltar la importancia de actuar sobre los factores señalados, si se quiere mejorar la salud. Deberían también darles publicidad entre la gente, los políticos y las autoridades de salud. Individualmente, todo el personal de salud debería priorizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y la rehabilitación. Deberían intentar obtener una visión más integral de los problemas de salud, buscando posibles recursos y soluciones para los muchos problemas de salud individual, familiares y comunitarios.

La calidad de la atención de salud también depende de los profesionales de la salud. Todos ellos deberían planificar y realizar investigaciones para generar una comprensión más profunda de los problemas de salud y hallar formas más efectivas de solucionarlos. Esta contribución es vital para «Salud para Todos».

Organización de los objetivos

Los 38 objetivos se distribuyen en tres grupos interconectados según sus temas y fechas de cumplimiento. Estas fechas reflejan el orden lógico de los acontecimientos que deben producirse para alcanzar Salud para Todos en el año 2000. Al igual que los bloques de piedra de una pirámide, cada objetivo se ajusta con precisión a los otros que le rodean, y el más elevado es el último que se coloca.

Los objetivos no obligan legalmente a ningún Estado Miembro; más bien están diseñados para estimular a los Gobiernos, grupos profesionales y al público en general en cada país, para que se generen políticas y programas de «Salud para Todos» que les sean más convenientes.

I. SALUD PARA TODOS EN EUROPA EN EL AÑO 2000

Objetivos 1-12

Los 12 primeros objetivos describen los requisitos fundamentales para que las personas estén sanas, a cuyo logro pueden contribuir Enfermeras y Matronas. Su fecha de cumplimiento es el año 2000. Primero, debe asegurarse la *equidad en la salud* reduciendo las diferencias en los niveles de salud, entre los sexos, los grupos sociales y económicos y los países (Objetivo 1). La otra necesidad es *fortalecer la salud*; esto puede realizarse de tres maneras.

Primero, los objetivos dos y tres aspiran a *añadir vida a los años* asegurando el pleno desarrollo y uso del potencial mental y físico de cada persona, para beneficiarse y hacer frente a la vida de manera saludable. Es especialmente im-

portante que los ancianos, los menos favorecidos, los incapacitados físicos y mentales, dispongan de oportunidades que les permitan llevar una vida social y económica gratificante.

Los objetivos 4 y 5 pretenden *añadir salud a la vida* reduciendo, la enfermedad y la incapacitación, eliminando algunas enfermedades (sarampión indígena, poliomelitis, tétanos neonatal, rubéola congénita, difteria, sífilis congénita y malaria indígena).

Los últimos siete objetivos de este grupo requieren acción para *añadir años a la vida*. La expectativa de vida al nacer debe aumentar hasta 75 años (Objetivo 6). El índice de mortalidad infantil en la Región debe ser inferior a 20 muertes por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad maternal debe ser inferior a 15 por cada 100.000 nacidos vivos (Objetivo 7 y 8). El número de muertes por enfermedades circulatorias, cáncer y accidentes, los tres principales asesinos en la Región debería reducirse (Objetivos 9-11), y debería invertirse el actual aumento de suicidio y de intentos de suicidio (Objetivo 12).

II. CAMBIOS NECESARIOS PARA LA SALUD PARA TODOS

Objetivos 13-31

Estos objetivos cubren los cambios en los estilos de vida, la atención al medio ambiente y a la salud, necesarios para alcanzar requisitos fundamentales para la salud. Las fechas de logro de casi todos estos objetivos son: 1.990 ó 1.995. Aunque las Enfermeras y las Matronas continuarán estrechamente implicadas en los objetivos sobre la atención adecuada, deberían también ayudar a promover estilos de vida que conduzcan a la salud y a un ambiente sano, ampliando así su papel en los cuidados.

Estilos de vida que conduzcan a la salud (Objetivos 13-17)

Puesto que el estilo de vida está estrechamente ligado a la salud, para lograr «Salud para Todos» es esencial la promoción de estilos de vida saludables. El punto de partida es reconocer que la salud de las personas depende en gran medida del medio político, económico, social y físico, el cual puede limitar su capacidad para escoger formas de vida saludables. La política pública y corporativa también influye considerablemente en los estilos de vida. Así, estos 5 objetivos se refieren a partes esenciales de una estrategia para promover estilos de vida saludables y sugerir políticas que faciliten su alcance a todo el mundo.

Los tres primeros objetivos de este grupo aspiran a dar oportunidades a las personas y reforzar su capacidad para llevar estilos de vida saludables, por medio de las políticas nacionales (Objetivo 13), programas de apoyo para familias y grupos sociales (Objetivo 14) y programas de educación para la salud (Objetivo 15). Las Enfermeras y las Matronas pueden desempeñar un importante trabajo en ambos tipos de programas y pueden influir en apoyo del objetivo 13.

Más aún: las personas pueden mantener su salud activamente y los Estados Miembros deberían promover conductas positivas para la salud (Objetivo 16) y desalentar los comportamientos que perjudiquen a la salud (Objetivo 17). Dada la influencia social y ambiental sobre el estilo de vida, los objetivos 16 y 17 requieren acción de los cinco grupos responsables de «Salud para Todos». Estos

objetivos aspiran a cambiar el comportamiento pero éste sólo cambiará cuando las personas empiecen a cambiar su mentalidad y adquieran un concepto positivo de salud, como algo que pueden construir y mantener. Ni las Enfermeras ni las Matronas pueden ordenar a las personas que cambien, pero pueden ayudar a que la gente elija la salud por sí misma explicando temas y dándoles información.

Ambiente saludable (Objetivos 13-23)

El ambiente afecta poderosamente a la salud, y el grupo siguiente de Objetivos se refiere a la protección de las personas de los riesgos ambientales (Objetivos 18-23) y a la mejora de los lugares donde la gente vive y trabaja (Objetivos 24 y 25), no sólo para salvaguardarlos de los riesgos sino también para mejorar su salud promoviendo la calidad de vida.

Las Enfermeras y las Matronas pueden prestar una contribución vital a la comunidad para lograr un ambiente favorable, mediante el logro de los objetivos 24 y 25. Las Enfermeras de Salud Pública, de Salud Laboral y algunas Matronas trabajan ya en la comunidad y lo mismo harán más profesionales de Enfermería, en calidad de suministradores de atención primaria de salud. Aunque la mayor parte de la acción para lograr un ambiente favorable vendrá de otros sectores las Enfermeras y las Matronas junto con otros profesionales de la salud, tendrán un rol importante.

Los profesionales de salud deben desarrollar habilidades para poder valorar e informar de los riesgos ambientales. Las Enfermeras y las Matronas hablando con la gente, conociendo sus problemas y asesorándoles sobre los peligros ambientales para la salud y que pueden hacer para resolverlos, pueden y deben ser importantes canales de comunicación. Su contribución debe incluir educación sobre los riesgos en el hogar y en el lugar de trabajo, y sobre formas de mejorar estos lugares para promover la salud.

Con la información que procede de la gente y por su propia valoración, estos profesionales podrían indicar al sector gubernamental o social que pudiera resolverlos, cuáles son los problemas de salud ambientales promoviendo al mismo tiempo la cooperación multisectorial. El sector de salud en su conjunto debería también estar más implicado en la planificación comunitaria. Las Enfermeras y las Matronas junto con otros profesionales de la salud, deberían aprender más sobre los efectos del ambiente en la salud. Deberían ayudar a fijar criterios sobre la calidad del aire en ambientes cerrados y sobre estándares en los aspectos sanitarios de la vivienda, tales como higiene, seguridad, superficie, iluminación y aislamiento. También deberían abogar ante los diseñadores por las necesidades especiales de los ancianos y de los impedidos, así como por la necesidad de hogares que fomenten la interacción social y la vida familiar armoniosa.

Atención adecuada (Objetivos 26-31)

A pesar del progreso impresionante de las décadas recientes, la salud de la población de Europa no ha mejorado tan rápidamente como cabía esperar, probablemente a causa de la relativa velocidad del desarrollo de las diferentes partes del sistema de Atención de Salud y del desequilibrio resultante, en favor del

hospital, entre los diferentes tipos de atención prestada. Además, el éxito del sistema de atención de salud ha producido un aumento de la demanda de instalaciones de apoyo para los impedidos, para la rehabilitación y la atención continuada, en los hogares y en la comunidad, y para los cuidados terminales.

¿Qué debe hacerse respecto a los nuevos problemas de salud, las expectativas cambiantes, el desarrollo de posibilidades dentro y fuera del sector sanitario y los recursos limitados? Una buena respuesta es la atención primaria de salud.

La filosofía de «Salud para Todos» requiere una organización del sistema de Atención de Salud. Esto significa un sistema basado en la Atención Primaria de Salud, con mayor énfasis en la integración y la coordinación en todos los niveles, en el trabajo multisectorial para la promoción de salud, para la prevención, la rehabilitación y la asistencia y el reconocimiento formal del más importante papel que los individuos, las familias y las comunidades pueden y deberían ser capaces de desempeñar respecto a la salud. Para las Enfermeras y las Matronas esto significa grandes cambios y grandes oportunidades. Los sistemas de atención primaria de salud ampliarán el contenido y los lugares de trabajo de estos profesionales, su relación con los pacientes y con los otros profesionales de la salud, y sus ideas y definiciones de ellos mismos.

Los seis Objetivos sobre la atención adecuada describen las políticas, los recursos y las partes esenciales del sistema de A.P.S., junto con la necesidad de garantizar la calidad de esta atención. Todo esto debería cumplirse el año 1990.

Políticas y recursos para la atención primaria de salud

Primero, todos los Estados Miembros deberían desarrollar sistemas de atención de salud basados en la atención primaria, apoyados por la atención secundaria y la terciaria cuando fuera necesario (Objetivo 26). Cada país debe tener un plan nacional, con la ayuda de la comunidad y de los profesionales de la salud, para hacer de la atención primaria de salud una realidad en cada comunidad. Así, la atención primaria reemplazaría a la atención secundaria u hospitalaria como foco del sistema de atención de salud. Al elaborar estos planes los Estados Miembros deberían contar con la comprensión, el apoyo y el consejo de todos los profesionales de la salud. El punto de partida debería ser un fuerte apoyo de las autoridades a todos los niveles y una reorientación de la formación de los profesionales de la salud para adaptarles al trabajo en atención primaria de salud.

Para que la atención primaria de salud sea algo más que una política los recursos de la atención de salud deben ser cuidadosamente redistribuidos, trasladándolos gradualmente desde el hospital a la atención primaria. Las necesidades se han de distribuir de acuerdo con los recursos de todo tipo (equipamiento, dinero y personal) para proporcionar servicios accesibles y aceptables para todos (Objetivo 27). Los recursos existentes deberían utilizarse de una forma más nueva y eficaz, para proporcionar servicios primarios, secundarios y terciarios en un sistema regionalizado, en el cual las unidades independientes con roles claramente definidos, sirvan a poblaciones bien definidas. Por lo tanto también deberían invertirse las tendencias recientes para las Enfermeras y las Matronas; deberían salir de los hospitales para trabajar en los Centros de Salud comunitarios o en los hogares, escuelas y centros de trabajo. También deberían revisarse sus papeles y funciones tanto si trabajan en equipo de atención primaria de salud como si trabajan en solitario.

Contenido de la atención primaria de salud

Los tres objetivos siguientes se ocupan de las características esenciales de un sistema de atención primaria de salud. Fuera de los hospitales pueden ofrecerse la mayoría de los servicios preventivos y muchos de los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de apoyo. Todos los sistemas de atención primaria de salud deben proporcionar una amplia gama de servicios promotores de salud, curativos, rehabilitadores y de apoyo, para satisfacer las necesidades de la población y poder prestar especial atención a las necesidades de personas y grupos de alto riesgo, vulnerables y mal atendidos (Objetivo 28). Para poder proporcionar todos estos tipos de cuidados se necesita un número adecuado de Enfermeras y de Matronas; así, también cambiará el tipo de trabajo que realizan las Enfermeras serán especialmente valiosas para proporcionar atención domiciliaria y de rehabilitación que permitirá a las personas (particularmente a los ancianos y a los impedidos) poder permanecer o recuperarse en sus propios hogares. Las Matronas deberían ampliar su papel mucho más allá de sus tradicionalmente reconocidos límites, para incluir salud de la familia, consejo y salud sexual. Las Enfermeras y las Matronas deberían también tomar parte en los debates sobre la calidad de los servicios y sobre el uso adecuado de la tecnología (Objetivo 31 y 38).

Las Enfermeras deberían trabajar también en la investigación multidisciplinaria para evaluar la prestación de la atención de salud. Una atención adecuada significa unos servicios integrados, y las Enfermeras y las Matronas deberían ayudar a conectar todos los niveles de la atención y todas las personas implicadas. Una vez más, serían los canales de comunicación transmitiendo la información procedente de los usuarios de los servicios de salud junto con los resultados de su propia experiencia y ayudando a planificar servicios y a detectar problemas en el sistema.

Es esencial la participación activa de las personas en su propia atención. Las Enfermeras y las Matronas pueden hacer un trabajo vital para promover la auto responsabilidad de la gente. No deberían meramente trabajar para la gente sino que deberían trabajar con la gente ayudándoles a que se ayuden a sí mismos.

Proveedores de la atención primaria de salud

¿Quién proporcionará la atención primaria de salud y cómo trabajarán juntos los que la proporcionan? Los sistemas de atención primaria de salud deberían basarse en la cooperación y en el trabajo en equipo de los profesionales de la salud, los individuos, las familias y los grupos de la comunidad (Objetivo 29).

La gente debería ayudar a proporcionar la atención primaria de salud; ya lo hacen en muchas pequeñas dolencias y en algunas de mayor importancia. Todos los profesionales de la salud deberían reconocer el valor de tales cuidados y deberían escuchar los puntos de vista del paciente sobre sus necesidades. Las Enfermeras y las Matronas deberían investigar sobre la validez de estas formas de cuidado no profesionales. El objetivo es atacar los problemas de salud con la potente combinación de los conocimientos profesionales y los esfuerzos de auto ayuda de los individuos, familias y grupos de la comunidad.

Al igual que el trabajo en equipo con las personas es esencial la cooperación entre los profesionales de la salud. Todos los profesionales de la salud deberían estar abiertos y preparados para cambiar sus actitudes, sus métodos de trabajo y

por tanto su formación. La educación básica y la formación continuada de las Enfermeras y las Matronas, deberían formarlas para que fueran asociados y no subordinados en el equipo de salud. También la educación de los Médicos planificada con ayuda de personal con experiencia de disciplinas como Enfermería y Sociología deberían incluir enseñanzas prácticas de las técnicas de trabajo en equipo y de la Atención Primaria.

Especialmente importante para la ampliación del papel de la Enfermera en su trabajo en equipo con la población es la investigación y la formación (Objetivos 32 y 36), para determinar qué profesionales sanitarios y qué servicios deben trabajar con la población. Los profesionales de la salud deberían ampliar su punto de vista desde un enfoque de los problemas de salud del individuo hasta ver a la persona en su totalidad dentro de un entorno social económico y físico que promueve o amenaza su salud.

Recursos comunitarios para la atención primaria de salud

Los recursos comunitarios de otros sectores no sanitarios deberían organizarse para que trabajen en pro de Salud para Todos. Puesto que la salud es un asunto de todos en cada comunidad deberían establecerse programas bien integrados, basados en la comunidad, que combinaran todos los aspectos de la atención primaria de salud (Objetivo 30). Todos los sectores, al planificar, deberían incluir su preocupación por la salud, y los profesionales de la salud podrían hacer un trabajo valioso valorando problemas económicos y ambientales con repercusiones sanitarias, abogando ante quien planifica y toma decisiones por las necesidades de la población y la de sus miembros más vulnerables.

Calidad de la Atención

La parte final de una atención adecuada es el control de calidad. Todos los Estados Miembros deberían establecer vías para garantizar la calidad de la atención al paciente (Objetivo 31). Las Enfermeras y las Matronas deberían participar en la evaluación de la atención, y todos los profesionales de salud deberían hacer de esto una parte de su trabajo habitual. Una vez más se requiere una visión más amplia. La eficacia, seguridad, eficiencia y la adecuación de la atención, junto con la aceptación de éstos por parte de los enfermos y la comunidad, tiene que ser, por lo menos, tan importante como la cantidad y sofisticación del equipo de fármacos usados.

Las Enfermeras y las Matronas tienen que implicar a los pacientes en las decisiones relativas a su cuidado y deben ayudarles a adoptar una decisión informada, dándoles la información necesaria; esto es una forma de proporcionar un cuidado de más calidad y más humanizado. Los criterios para un cuidado de alta calidad no se han desarrollado completamente. ¿Esperan las Enfermeras y las Matronas que se les entreguen unos estándares de actuación procedentes de otras disciplinas, o bien desarrollarán y aplicarán los suyos?

III. APOYO PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD

Objetivos 32-38

Los últimos siete objetivos se ocupan de los tipos de apoyo que se necesitan para alcanzar estilos de vida sanos, un ambiente saludable y una atención adecuada. Todo esto debería lograrse antes de 1990.

El objetivo 32 se ocupa de la necesidad de la *investigación* como apoyo a la «Salud para Todos». Las Enfermeras y las Matronas deben investigar para proporcionar este apoyo y beneficiar a sus profesiones. La investigación se ha mencionado ya como una parte importante de los objetivos 24 y 25 (hogares y lugares de trabajo saludable) y del objetivo 28 (el contenido de la atención primaria de salud). Se necesitan conocimientos para apoyar la «Salud para Todos» en seis áreas:

- descripciones de la salud de la población,
- factores biológicos que determinan la salud,
- efectos de los estilos de vida sobre la salud,
- efectos del ambiente (y de los pre-requisitos para la salud), sobre la salud,
- cómo prestar una atención adecuada; y
- mejoras en la formulación de políticas, en la planificación y en la gestión de «Salud para Todos».

A causa de su trabajo en la comunidad las Enfermeras y las Matronas están bien situadas para guiar buena parte de esta investigación, y poseen también una riqueza de conocimientos profesionales y experiencia para contribuir. La investigación no es sólo aconsejable, sino esencial si las Enfermeras y las Matronas han de desarrollar su identidad profesional y sus contribuciones específicas para el logro de «Salud para Todos» para proporcionarles la necesaria capacitación investigadora. Enfermeras y Matronas necesitan formación superior. Respecto a esto, deberá tenerse en cuenta, los desafíos del tiempo, de dinero y los sesgos.

El objetivo 33 trata de la necesidad de que existan políticas nacionales de Salud para Todos en cada Estado Miembro, respaldadas con leyes y normas. Cada país debería tener también procesos de gestión relativos a Salud para Todos, implicando a las comunidades y a otros sectores, destinando recursos suficientes para el desarrollo de la salud (Objetivo 34). Son necesarios también sistemas de información de salud que apoyen las estrategias nacionales para Salud para Todos (Objetivo 35). Las Enfermeras y las Matronas deberían hacer algo más que llevar a la práctica las estrategias de salud; deberían trabajar también en planificarlas. Esto se ha hecho ya en algunos países por medio de programas de colaboración con la Unidad de Enfermería de la Oficina Regional para Europa de la OMS.

El papel cada vez más importante del personal de Enfermería dentro de Salud para Todos requiere nuevas perspectivas y capacitaciones junto con el uso de las tradicionales en nuevos escenarios. La educación es la clave para una atención adecuada y para el futuro de las Enfermeras y de las Matronas. El objetivo 36 se ocupa de la planificación de la formación y del uso del personal, de acuerdo con las políticas de Salud para Todos, poniendo énfasis en la atención primaria de salud. Todos los profesionales de la salud deberían estar adiestrados en el trabajo en equipo en comunicación y en las técnicas de atención primaria de salud, pero las Enfermeras y las Matronas deberían desarro-

llar también nuevas habilidades en valoración, planificación, toma de decisiones, investigación y epidemiología.

Las Enfermeras y las Matronas deberían adoptar una definición más amplia de la salud y reconocer las ventajas y oportunidades de la «Salud para Todos» y de la atención primaria de salud. Después, deberían tener la formación que necesitan como participantes en el movimiento de Salud para Todos. La elección debe de estar al alcance para aquellas Enfermeras que deseen obtener educación superior en *Enfermería* a nivel universitario. Cada disciplina debe crear su cuadro de líderes, de investigadores, de administradores y de asistenciales. Esto es cierto también para la Enfermería y la partería. Las Enfermeras y las Matronas que están luchando para mantener su tradicional autonomía, deberían tener una formación que promueva la independencia que necesitarán en el futuro. Esta formación debería apoyarse en una legislación adecuada para así poder ejercer lo aprendido.

El objetivo 37 trata de la formación de las personas que trabajan en sectores relevantes para la salud, para captar su apoyo y su trabajo para «Salud para Todos». Igual que éstos debería fomentarse el trabajo en equipo entre los profesionales de salud, implicándose en la planificación de la formación de los Médicos, los profesionales de la Enfermería deberían promover la cooperación multisectorial implicándose en la educación de personas de otros sectores.

El último de los objetivos regionales de Salud para Todos se ocupa del uso adecuado de la tecnología (Objetivo 38). Los Estados Miembros deberían establecer métodos sistemáticos para valorar la tecnología sanitaria, debería valorarse la eficacia, la seguridad, la eficiencia y la aceptación y deberían tenerse en cuenta la política nacional y las restricciones económicas. Este objetivo está estrechamente ligado al 31 (la calidad de la atención) ya que proporcionar la mejor atención no significa necesariamente utilizar máquinas complicadas. Algunos miembros del personal de Enfermería están ya implicados en las pruebas y en la evaluación de la tecnología en los hospitales, pero deberían ayudar a determinar también el uso adecuado de tecnología en la atención primaria de la salud. Las Enfermeras y las Matronas deberían ayudar a valorar las necesidades de equipamiento en el hogar a fin de evitar el mero traslado del hospital al domicilio.

CONCLUSION

La política regional de Salud para Todos y los Objetivos claros para lograrla pueden constituir un legado valioso para el futuro. La Región Europea tiene las personas, los conocimientos y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos que se han fijado: ahora la principal necesidad es la voluntad de usar estos valores más eficazmente para solucionar los problemas de salud.

Hoy día es incierto el futuro de la Enfermería y de la Partería. No obstante, la estrategia Regional y los Objetivos de Salud para Todos ofrecen a las Enfermeras y a las Matronas una oportunidad para que ellas mismas configuren un destino apasionante, trabajando en Salud para Todos.

¿Qué elegirán hacer?

ANEXO I

OBJETIVOS REGIONALES

Salud para Todos en Europa en el año 2000

Objetivo 1 DE AQUÍ AL AÑO 2000, SE DEBERÍA CONSEGUIR UNA REDUCCIÓN EFECTIVA DEL 25 POR 100 EN LAS DIFERENCIAS EN EL ESTADO SANITARIO ENTRE LOS PAÍSES Y ENTRE LOS GRUPOS. EN EL INTERIOR DE CADA PAÍS DEBERÍAN SER REDUCIDAS AL MENOS UN 25 POR 100, GRACIAS A UNA MEJORA DE LA SALUD DE LAS NACIONES Y DE LOS GRUPOS MENOS FAVORECIDOS.

Este objetivo es realizable con cuatro condiciones: asegurar a todos las condiciones previas fundamentales para la salud; reducir los riesgos asociados al estilo de vida; mejorar los aspectos sanitarios de las condiciones de vida y de trabajo; proporcionar acceso a toda la población a la Atención Primaria de Salud.

Objetivo 2 DE AQUÍ AL AÑO 2000, TODOS DEBERÍAN TENER LA POSIBILIDAD FUNDAMENTAL DE DESARROLLAR Y UTILIZAR SU POTENCIAL DE SALUD PARA LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE SATISFACTORIA.

Este objetivo podría alcanzarse si las políticas de salud de los Estados Miembros proporcionaran un cuadro de realización, ejecución y vigilancia continua de programas que aseguraran las condiciones medio ambientales, el apoyo social y los servicios requeridos para desarrollar y usar el potencial sanitario de cada persona.

Objetivo 3 DE AQUÍ AL AÑO 2000, LAS PERSONAS QUE PADECEN INCAPACIDAD DEBERÍAN TENER LOS MEDIOS FÍSICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE LES PERMITAN, AL MENOS, LLEVAR UNA VIDA SOCIAL Y ECONOMICAMENTE CREADORA.

Este fin podrá acometerse si las sociedades adoptan actitudes positivas hacia las personas inválidas y realizan acciones destinadas a ofrecerles las posibilidades físicas, sociales y económicas deseadas a fin de que puedan desarrollar sus aptitudes y llevar una vida sana.

Objetivo 4 DE AQUÍ AL AÑO 2000, LA DURACIÓN MEDIA DE VIDA, EN LA CUAL LAS PERSONAS VIVAN EXENTAS DE ENFERMEDADES O GRANDES INCAPACIDADES DEBERÁ SER AUMENTADA AL MENOS EN UN 10 POR 100.

Este objetivo podría ser alcanzado: si, por ejemplo, se instaurasen programas globales de prevención primaria de accidentes y actos de violencia, de enfermedades cardiovasculares, de cánceres relacionados con el estilo de vida, de enfermedades profesionales, de trastornos psiquiátricos, de alcoholismo y de toxico-

manías y se ofrezcan a todos, los servicios adecuados para tratamientos curativos y de readaptación; si se explotasen sistemáticamente los conocimientos actuales en materia de prevención de las enfermedades infecciosas, si se ampliasen las facilidades a los servicios de consejo genético, si se intensificasen las investigaciones sobre los trastornos neurológicos, las alteraciones del sistema óseo articular y las enfermedades del aparato muscular que tengan efectos incapacitadores, si se pusiesen en marcha medidas preventivas en salud buco-dental.

Objetivo 5 DE AQUI AL AÑO 2000, NO DEBERIAN EXISTIR EN LA REGION CASOS DE SARAMPION, POLIOMELITIS, TETANOS DEL RECIEN NACIDO, RUBEOLA CONGENITA, DIFTERIA, SIFILIS AUTOCTONA O PALUDISMO.

Sería posible alcanzar este objetivo por medio de un sistema bien organizado de Atención Primaria de Salud que aseguren una vigilancia epidemiológica eficaz, una cobertura suficiente de vacunaciones, una lucha enérgica contra el Paludismo, la educación de las personas contra el riesgo de la Sífilis y el examen médico, y, en caso de necesidad, el tratamiento de las mujeres embarazadas.

Objetivo 6 DE AQUI AL AÑO 2000, LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER DEBERIA LLEGAR AL MENOS A 75 AÑOS EN EL CONJUNTO DE LA REGION

Este objetivo podría alcanzarse si, de aquí al año 2000, la esperanza de vida no es inferior a 65 años en ningún país de la Región, ni en ningún grupo socio-económico del interior de un mismo país; si la esperanza de vida ha sobrepasado los 75 años de aquí al año 2000 en los países en donde el nivel de 65 había sido alcanzado en 1980; si de aquí al año 2000, todos los países han logrado reducir al menos el 25 por 100 de las diferencias existentes en la esperanza de vida entre zonas geográficas, grupos socio-económicos y sexos.

Objetivo 7 DE AQUI AL AÑO 2000, LA MORTALIDAD INFANTIL DEBERIA SER REDUCIDA A MENOS DE 20 POR 1.000 NACIDOS VIVOS EN LA REGION.

Este objetivo podría ser alcanzado si, de aquí al año 2000, la mortalidad infantil no es superior al 40 por 1.000 de los nacidos vivos en ningún país de la Región, ni en ningún grupo socio-económico en el interior de un mismo país; si la tasa desciende por debajo del 15 por 1.000 en los países en donde se fijaba ya por debajo del nivel considerado en 1980; si todos los países se esfuerzan en reducir notablemente las disparidades entre regiones geográficas y grupos socio-económicos.

Objetivo 8 DE AQUI AL AÑO 2000, LA MORTALIDAD MATERNA EN LA REGION DEBERIA SER REDUCIDA A MENOS DE 15 POR 100.000 NACIDOS VIVOS.

Este objetivo podría ser alcanzado: si de aquí al año 2000 la mortalidad materna no sobrepasa el 25 por 100.000 nacidos vivos en ningún país de la Región, ni en ningún grupo socio-económico en el interior de un mismo país; si

de aquí al año 2000 la tasa desciende por debajo de 10 en los países que habían llegado a 25 en 1980; si todos los países logran reducir las disparidades más sangrantes entre las zonas geográficas y grupos socio-económicos.

Objetivo 9 DE AQUI AL AÑO 2000, LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO EN LOS INDIVIDUOS DE MENOS DE 65 AÑOS DEBERIA SER REDUCIDA AL MENOS EN UN 15 POR 100 EN LA REGION.

Sería posible alcanzar este objetivo asociando métodos preventivos y curativos destinados a modificar la tendencia en los países en los que la mortalidad por cardiopatía isquémica es estacionaria o en aumentar y acelerarla en los países en los que está en disminución, con el fin de favorecer la regresión de la mortalidad por accidentes vasculares cerebrales que se producen actualmente en todos los países.

Objetivo 10 DE AQUI AL AÑO 2000, LA MORTALIDAD POR CANCER EN INDIVIDUOS DE MENOS DE 65 AÑOS DEBERIA SER REDUCIDA AL MENOS EN UN 15 POR 100 EN LA REGION.

Este objetivo es realizable si se llegan a reducir los cánceres relacionados con el tabaco, haciendo retroceder considerablemente el uso del cigarrillo y el cáncer de cuello uterino, poniendo en marcha programas de detección apropiados; si se aplican correctamente a todos los individuos afectados de cáncer métodos actuales de diagnóstico precoz, de tratamiento y readaptación.

Objetivo 11 DE AQUI AL AÑO 2000, LA FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES DEBERIA SER REDUCIDA AL MENOS EN UN 25 POR 100 EN LA REGION, GRACIAS A UN GRAN ESFUERZO DE LUCHA CONTRA LOS ACCIDENTES DE CIRCULACION EN CARRETERA, LOS ACCIDENTES DOMESTICOS Y LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.

La realización de este objetivo está subordinado a ciertas condiciones: que, de aquí al año 2000, la mortalidad por accidentes de carretera no sea superior a 20 por 100.000 en ningún país de la Región; que esta tasa se lleve por debajo de 15 en los países en donde ya es inferior a 20 por 100.000; que todos los países hayan reducido las disparidades entre sexos, edades y grupos socioeconómicos; que la mortalidad por accidentes sea reducida al menos en un 50 por 100; sería necesario, finalmente, que la mortalidad por accidentes domésticos haya sido notablemente reducida.

Objetivo 12 DE AQUI AL AÑO 2000, LA TENDENCIA ACTUAL CRECIENTE DE SUICIDIOS Y DE TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA REGION DEBERIA SER INVERTIDA

La realización de este objetivo está subordinada a tres condiciones: reducir suficientemente los factores sociales que agobian al individuo, tales como el paro y el aislamiento social; reforzar mediante acciones educativas y apoyo social la capacidad del individuo para afrontar los problemas existenciales; actuar

de tal manera que se preparase mejor al personal de servicios de salud y de los servicios sociales para proteger a las personas de alto riesgo.

Objetivo 13 DE AQUI A 1990, LA POLITICA NACIONAL DE TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERA SER TAL QUE LOS MECANISMOS LEGISLATIVOS, ADMINISTRATIVOS Y ECONOMICOS ASEGUREN UN AMPLIO APOYO DE TODOS LOS SECTORES IMPLICADOS Y LOS RECURSOS SUFICIENTES PARA LA PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SANOS Y QUE TENGA, A TODOS LOS NIVELES, UNA PARTICIPACION EFICAZ POR PARTE DE LA POBLACION EN LA ELABORACION DE ESTA POLITICA SOBRE LA SALUD.

La realización de este objetivo podrá verse considerablemente favorecida por una planificación sanitaria adecuada que cubra, a nivel ministerial, el vasto campo de problemas intersectoriales que afectan al estilo de vida y a la salud, por la valoración periódica de la política en vigor relativa a la salud y por la creación de un mecanismo eficaz que implique al pueblo en la elaboración y el desarrollo de la política.

Objetivo 14 DE AQUI A 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN HABER PUESTO EN PRACTICA PROGRAMAS QUE VALORICEN LOS COMETIDOS PRINCIPALES DE LA FAMILIA Y DE OTROS GRUPOS SOCIALES EN EL DESARROLLO Y EN EL FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SANA.

La realización de este objetivo podría ser notablemente facilitado por la creación de estrechas articulaciones intersectoriales entre programas de salud y programas de protección social, ante todo a nivel local, y por la movilización de fondos en beneficio de proyectos que favorezcan acciones conjuntas, a nivel de la colectividad.

Objetivo 15 DE AQUI A 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN CONTAR CON PROGRAMAS EDUCATIVOS QUE PROPORCIONEN A LA POBLACION LOS CONOCIMIENTOS, LAS POSIBILIDADES Y LAS MOTIVACIONES NECESARIAS PARA ADQUIRIR Y MANTENER LA SALUD.

La realización de este propósito se favorecería con la puesta en marcha de una infraestructura adecuada y eficaz y la movilización de fondos suficientes para realizar programas educativos de salud a todos los niveles.

Objetivo 16 DE AQUI A 1995, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN HABER REALIZADO PROGRESOS NOTABLES EN TEMAS RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS FAVORABLES A LA SALUD: ALIMENTACION EQUILIBRADA, NO FUMAR, EJERCICIO FISICO SUFICIENTE Y DOMINIO DEL «STRESS».

Este objetivo puede conseguirse si cada estado, por su parte, se fija una finalidad clara en estos aspectos. Por ejemplo, elevar al 80 por 100 la parte de la población que no fuma y reducir en un 50 por 100 el consumo nacional de tabaco. Por otro lado, la OMS y otros organismos internacionales pueden favorecer la promoción de la salud, acentuando con mayor intensidad los valores sanitarios fundamentales.

Objetivo 17 DE AQUI A 1995, DEBERA PRODUCIRSE EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS UN RETROCESO SENSIBLE EN LAS ACTITUDES PERJUDICIALES PARA LA SALUD: ABUSO DEL ALCOHOL Y DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, CONSUMO DE DROGAS ILICITAS Y DE SUSTANCIAS QUIMICAS PELIGROSAS, CONDUCCION PELIGROSA DE VEHICULOS A MOTOR Y COMPORTAMIENTO SOCIAL VIOLENTO.

La realización de este objetivo se facilitará notablemente mediante la realización de planes integrados que tiendan a reducir, al menos en un 25 por 100, de aquí al año 2000, el consumo de alcohol y de otras sustancias nocivas.

Objetivo 18 DE AQUI A 1990, LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN CONTAR CON UNA POLITICA MULTISECTORIAL QUE PROTEJA EFICAZMENTE EL MEDIO AMBIENTE HUMANO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD, QUE SENSIBILICE A LA COLECTIVIDAD Y GARANTICE SU PARTICIPACION, Y APOYE EFICAZMENTE LOS ESFUERZOS INTERNACIONALES PARA COMBATIR ESTOS RIESGOS CUANDO AFECTEN A VARIOS PAISES.

La realización de este objetivo necesita fundamentarse en los puntos siguientes: la aceptación por todos los gobiernos de la necesidad de esfuerzos multisectoriales bien coordinados en los niveles central, regional y local, para hacer que los aspectos de salud humana sean considerados como condiciones fundamentales en el desarrollo socioeconómico, comprendida la introducción de nuevas formas de tecnología; el establecimiento de mecanismos destinados a sensibilizar a la colectividad y a hacer partícipes a aquéllos más activamente implicados en las cuestiones ambientales que tengan posibles vinculaciones para la salud humana; y la elaboración de acuerdos internacionales para una limitación eficaz de los peligros ambientales más allá de las fronteras.

Objetivo 19 DE AQUI A 1990, LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN TENER UN MECANISMO EFICAZ PARA LA VIGILANCIA, EVALUACION Y REDUCCION DE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE QUE CONSTITUYEN UNA AMENAZA PARA LA SALUD HUMANA, EN LOS QUE ESTAN COMPRENDIDAS LAS SUSTANCIAS QUIMICAS POTENCIALMENTE TOXICAS, LAS RADIACIONES, LOS PRODUCTOS DE CONSUMO PELIGROSO Y LOS AGENTES BIOLOGICOS.

La realización de este objetivo exige la creación de programas de vigilancia bien coordinados que comprendan fines claramente definidos, la elaboración de

metodologías y de criterios de salud para la evaluación de datos en el cuadro de los procedimientos de control, la concesión de créditos suficientes para las medidas de control su introducción y aplicación y, en fin, la formación y empleo de efectivos suficientes de personal competente en todos los aspectos relativos a la conservación del medio ambiente.

Objetivo 20 DE AQUI A 1990, TODAS LAS POBLACIONES DE LA REGION DEBERAN DISPONER DE CANTIDADES SUFICIENTES DE AGUA POTABLE Y, DE AQUI A 1995, LA CONTAMINACION DE LOS RIOS, DE LAGOS Y DE MARES NO DEBERAN CONSTITUIR UNA AMENAZA PARA LA SALUD HUMANA.

Para conseguir estos objetivos será necesario que, en los países menos desarrollados de la Región, se efectúe un aumento de las inversiones dedicadas a la construcción y el mantenimiento de redes de agua potable para la alimentación, que exista una movilización de la asistencia internacional y bilateral para fortalecer los recursos nacionales, y una formación y utilización de efectivos suficientes en personal adecuado. En todos los países de la Región se deberán adoptar las medidas legislativas, administrativas y técnicas para vigilancia y control de la contaminación de las aguas superficiales y de las subterráneas, a fin de cumplimentar los criterios de protección de la salud pública.

Objetivo 21 DE AQUI A 1990, TODAS LAS POBLACIONES DE LA REGION DEBERAN SER PROTEGIDAS EFICAZMENTE DE LOS RIESGOS CONTRA LA SALUD RELACIONADOS CON LA CONTAMINACION DEL AIRE.

Para conseguir este objetivo, habrá que adoptar medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para la vigilancia y reducción de la contaminación del aire exterior e interior que respondan a los criterios de protección de la salud humana.

Objetivo 22 DE AQUI A 1990, LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN REDUCIR SENSIBLEMENTE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA CONTAMINACION DE LOS ALIMENTOS Y PONER EN ACCION MEDIDAS PARA PROTEGER A LOS CONSUMIDORES DE LOS ADITIVOS NOCIVOS.

La realización de este objetivo exigirá: adopción de medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para la vigilancia y la disminución de la contaminación alimentaria en todas las fases de la producción, distribución, almacenamiento, renta y uso; y el establecimiento de medidas para controlar el uso de aditivos alimentarios nocivos.

Objetivo 23 DE AQUI A 1995, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN SUPRIMIR LOS RIESGOS PRINCIPALES PARA LA SALUD RELACIONADOS CON LA ELIMINACION DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS.

Para realizar este objetivo, será necesario: la adopción de medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para el control y la vigilancia de los residuos peligrosos; adopción de medidas eficaces para eliminar los riesgos para la salud debidos a los residuos ya descargados.

Objetivo 24 DE AQUI AL AÑO 2000 TODAS LAS POBLACIONES DE LA REGION DEBERAN DISPONER DE MEJORES CONDICIONES DE VIDA DENTRO DE UN HABITAT INDIVIDUAL Y COLECTIVO QUE LES OFREZCA UN MEDIO AMBIENTE SANO Y SEGURO.

La realización de este objetivo precisará de las siguientes medidas: aceleración de los programas de construcción y mejora de las viviendas que permita reemplazar a las que estén por debajo de la normativa vigente y reducir el hacinamiento; elaboración, aunque no existan aún, de criterios sanitarios internacionales que sean aplicables a los aspectos públicos del hábitat, tales como espacio, calefacción, iluminación, eliminación de desechos, lucha contra el ruido y seguridad; por otra parte, habrá que tener en cuenta las necesidades particulares de grupos como familias jóvenes, personas mayores e inválidos y se deberán adoptar medidas administrativas, legislativas y técnicas para hacer posible estos criterios; mejora de los planes urbanísticos con el fin de favorecer la salud y el bienestar humano; garantizar la seguridad de la circulación, conservación de los espacios libres y de las zonas recreativas, facilitar contactos y relaciones entre personas; instalación en todas las viviendas de servicios sanitarios apropiados y, en las agrupaciones humanas de importancia, de una red de alcantarillado y de un sistema eficaz de limpieza y eliminación de desechos.

Objetivo 25 DE AQUI A 1995, LAS POBLACIONES DE LA REGION DEBERIAN ESTAR EFICAZMENTE PROTEGIDAS CONTRA LOS PELIGROS QUE ACECHAN A LA SALUD EN SU RELACION CON EL TRABAJO.

La puesta en práctica de este objetivo se basaría en los siguientes puntos: creación de servicios de higiene en el trabajo que respondieran a las necesidades de todos los trabajadores; elaboración de criterios sanitarios de protección de los trabajadores de los riesgos biológicos, químicos y físicos; puesta en práctica de medidas técnicas y educativas para reducir los efectos de los factores de riesgo relacionados con el trabajo; protección de los trabajadores que sean especialmente vulnerables.

Objetivo 26 DE AQUI A 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN TENER ESTABLECIDO, GRACIAS A UNA COLABORACION EFECTIVA DE LA COLECTIVIDAD, SISTEMAS BASADOS EN ATENCION PRIMARIA, APOYADOS POR OTRAS ATENCIONES SECUNDARIAS Y TERCARIAS, DE CONFORMIDAD CON LOS PRINCIPIOS ESTABLECIDOS EN LA CONFERENCIA DE ALMA-ATA.

Podría alcanzarse este objetivo con las siguientes acciones: toma de posición sin ambigüedades de las autoridades nacionales, al más alto nivel, y de los dirigentes a todos los niveles dentro del sector sanitario, apoyados en una legisla-

ción, unos reglamentos y unos planes eficaces que hagan de la atención primaria la base del sistema; los niveles secundarios y terciarios cumplirían un papel de apoyo y se limitarían a las funciones de diagnóstico o terapéuticas demasiado especializadas para ser ejecutadas a nivel de asistencia primaria; establecimiento de medios eficaces, de tal suerte que las necesidades y los intereses de los usuarios sean tenidos en cuenta para la planificación y prestación de servicios primarios; libre discusión de todos los grupos de personal sanitario, respaldando las modificaciones apropiadas de carácter político a los dirigentes para conseguir que suscriban estas decisiones. Estas medidas deberán estar de acuerdo con las disposiciones constitucionales de cada Estado miembro.

Objetivo 27 DE AQUI A 1990, EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS, LAS INFRAESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS DE PRESTACION DE SERVICIOS SANITARIOS DEBERAN ORGANIZARSE DE MANERA QUE LOS RECURSOS SEAN DISTRIBUIDOS SEGUN LAS NECESIDADES Y QUE LOS SERVICIOS SEAN FISICA Y ECONOMICAMENTE ACCESIBLES Y CULTURALMENTE ACEPTABLES PARA TODAS LAS PERSONAS.

Será posible atender a este objetivo asociando, por una parte, las más variadas medidas de incitación y planificación, concebidas de manera que tengan por efecto dirigir los recursos de cuidados necesarios hacia los servicios de atención primaria de salud de manera que aseguren que el reparto de las atenciones corresponda a las necesidades de la población y, por otra parte integrar progresivamente los recursos hospitalarios en un sistema que asegure una distribución regionalizada de los cuidados secundarios y terciarios de acuerdo con las necesidades de la población.

Objetivo 28 DE AQUI A 1990, EL SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERIA GARANTIZAR UNA EXTENSA GAMA DE SERVICIOS DE PROMOCION DE LA SALUD; DE CUIDADOS CURATIVOS, DE REHABILITACION Y DE APOYO CON EL FIN DE RESPONDER A LAS NECESIDADES SANITARIAS ESENCIALES DE LAS POBLACIONES, REFERIDAS ESPECIALMENTE A LOS INDIVIDUOS Y A LOS GRUPOS CON UN ALTO RIESGO, VULNERABLES Y CON MALOS SERVICIOS.

Para realizar este objetivo, será preciso: formular planes y programas bien definidos en todos los Estados Miembros, que detallen todas las posibilidades que el sistema de atención primaria debe ofrecer, partiendo de la base de que la mayoría de los servicios preventivos de diagnóstico, de tratamientos curativos y de prestaciones deben de ser prestados fuera de los hospitales y en otros marcos institucionales; modificar los programas de educación de base y de formación continua del personal de sanidad para comprometerles a apoyar activamente una política determinada; revisar los sistemas de planificación, de orientación de recursos y de incitación, a fin de que apoyen estos programas.

Objetivo 29 DE AQUI A 1990, EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS LOS SISTEMAS DE ATENCION PRIMARIA DEBERAN FUNDAMENTARSE EN LA COOPERACION Y EL TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL DE ATENCION PRIMARIA, INDIVIDUOS, FAMILIA Y GRUPOS DE LA COLECTIVIDAD.

Se podría alcanzar este objetivo gracias a: Diseñar programas claros que definan el cometido que corresponde a las diferentes categorías de personal socio-sanitario en los servicios de salud; programas de formación de base especializada y permanente con la suficiente concienciación para hacer un trabajo de equipo interprofesional y que esté dispuesto a cooperar con las familias, los grupos y las comunidades; programas de educación sanitaria que proporcionen un marco realista de los servicios que pueden ser atendidos por los profesionales de la sanidad y que, al mismo tiempo, ayuden a promocionar la actividad de los no profesionales en este sector.

Objetivo 30 DE AQUI A 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN ESTAR DOTADOS DE MECANISMOS QUE COORDINEN LOS SERVICIOS DE TODOS LOS SECTORES RELACIONADOS CON LA SALUD, A NIVEL DE LA COLECTIVIDAD Y DENTRO DE UN SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Será posible alcanzar este objetivo: reconociendo al sector primario la responsabilidad de determinar qué cuestiones requieren una atención especial, las modificaciones y reestructuraciones necesarias y coordinar todos los esfuerzos en favor de estas direcciones; establecer en cada colectividad una estructura permanente como, por ejemplo, un consejo de salud, en el que los representantes de la colectividad, los sectores sanitarios y otros varios, puedan analizar, conjuntamente, los planes de salud locales y determinar las contribuciones que cada sector deberá aportar al mejoramiento de la salud en la colectividad. Dentro de estas medidas, deberán tenerse en cuenta las disposiciones constitucionales de cada Estado Miembro.

Objetivo 31 DE AQUI A 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN HABER CREADO MECANISMOS EFICACES QUE ASEGUREN LA CALIDAD DE LAS ATENCIONES A LOS ENFERMOS EN EL MARCO DE SUS SISTEMAS DE PRESTACIONES SANITARIAS.

Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios y, finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos.

Objetivo 32 ANTES DE 1992, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN FORMULAR UNA ESTRATEGIA DE INVESTIGACION QUE TIENDA A FOMENTAR LOS ESTUDIOS QUE

PERMITAN DESARROLLAR Y UTILIZAR LOS CONOCIMIENTOS QUE NECESITAN EN SU LUCHA EN FAVOR DE LA SALUD PARA TODOS.

Se podría alcanzar este objetivo si los Estados Miembros se dotaran de los mecanismos necesarios para: asegurar la aplicación efectiva de nuevos conocimientos en la elaboración de políticas y programas de salud; eliminar los vacíos que puedan existir en los conocimientos que sean necesarios en apoyo de la estrategia de la Salud para todos y fijar las prioridades de investigación; asegurar la representación equilibrada de todas las disciplinas universitarias que tengan relación con la salud, de los profesionales sanitarios y de los beneficiarios de los servicios de salud, así como de los responsables de la elaboración de políticas de planificación y de la coordinación de la investigación, al objeto de conseguir el objetivo de Salud para todos y actuar de forma que los investigadores contribuyan activamente al desarrollo de las acciones en ejecución; estimular la investigación multidisciplinaria pertinente y proporcionar los recursos necesarios para su desarrollo. Finalmente, se deberá dar apoyo a aquellas materias que no hayan recibido la ayuda que merecen.

Objetivo 33 ANTES DE 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN ACTUAR DE MANERA QUE SUS ESTRATEGIAS Y PLANES SANITARIOS ESTEN DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS DE LA SALUD PARA TODOS Y QUE SUS TEXTOS LEGISLATIVOS Y REGLAMENTARIOS SE APLIQUEN EN TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD.

Se podrá realizar este objetivo, si todos los países proceden a examinar sistemáticamente sus programas sanitarios y la legislación dentro de la óptica de la estrategia y de los objetivos regionales de Salud para todos, modificando o reforzando su legislación sanitaria. Se deberán tener en cuenta las condiciones políticas, legales y estructuras de cada Estado Miembro.

Objetivo 34 ANTES DE 1990, LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN ESTAR DOTADOS DE PROCESOS DE GESTION PARA EL DESARROLLO SANITARIO, BASADOS EN LA REALIZACION DE LA SALUD PARA TODOS; QUE IMPLIQUEN EL COMPROMISO ACTIVO DE LAS COLECTIVIDADES Y DE TODOS LOS SECTORES INTERESADOS EN LA SANIDAD Y, A ESTE FIN, PROMOVRIENDO UNA AFECTACION PREFERENCIAL DE LOS RECURSOS A AQUELLOS ASPECTOS PRIORITARIOS DEL DESARROLLO SANITARIO.

Este proceso deberá cubrir la planificación, la vigilancia y evaluación sistemática de las acciones de la Salud para todos, teniendo en cuenta las condiciones legales, políticas y estructurales de cada Estado Miembro.

Objetivo 35 ANTES DE 1990, LOS ESTADOS MIEMBROS DEBERAN SER DOTADOS DE SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA CAPACES DE APOYAR SUS ESTRATEGIAS NACIONALES DE SALUD PARA TODOS.

Estos sistemas de información tendrán por objeto apoyar la planificación, la vigilancia continua y la evaluación de las acciones y los servicios de desarrollo sanitario, la evaluación de los progresos realizados a nivel regional, nacional y mundial relativos a la Salud para todos y difundir los informes técnicos pertinentes; tendrán, por otra parte, la obligación de facilitar información sanitaria que sea fácilmente accesible al público.

Objetivo 36 ANTES DE 1990, EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS, LA PLANIFICACION, LA FORMACION Y LA UTILIZACION DEL PERSONAL SANITARIO DEBERA ESTAR EN ARMONIA CON LOS PLANES DE LA SALUD PARA TODOS Y DESTACAR LA APROXIMACION HACIA LOS CUIDADOS PRIMARIOS DE SALUD.

Este objetivo se podrá alcanzar si todos los países tienen conciencia de cuáles son sus necesidades en las diferentes categorías de personal sanitario, para poner en práctica los planes de Salud para todos, adoptar la política apropiada de personal y definir los efectivos y los niveles de formación que son necesarios.

Objetivo 37 ANTES DE 1990, EN TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS, LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DEBERAN FACILITAR AL PERSONAL DE LOS SECTORES INTERESADOS EN LA SANIDAD UNA INFORMACION ADECUADA DE LOS PLANES Y PROGRAMAS DEL PAIS, EN RELACION CON EL OBJETIVO DE LA SALUD PARA TODOS, ASI COMO DE SU APLICACION PRACTICA.

Este objetivo será realizable si se llega al convencimiento de que la protección de la salud debe ser también una preocupación para otros sectores distintos al de la salud y si los programas de formación de personal dirigidos a estos sectores ponen claramente de manifiesto las razones que existen para apoyar las acciones de la Salud para todos.

Objetivo 38 ANTES DE 1990, TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS, DEBERAN ESTABLECER UN MECANISMO OFICIAL DE VALORACION SISTEMATICA DEL ADECUADO USO DE LAS TECNOLOGIAS SANITARIAS, DE SU EFICACIA PRACTICA Y ECONOMICA, DE SU SEGURIDAD Y ACEPTABILIDAD, ASI COMO DE LA MEDIDA EN QUE RESPONDEN A LOS PROGRAMAS SANITARIOS Y A LAS RESTRICCIONES ECONOMICAS NACIONALES.

Este objetivo se podría alcanzar si los Gobiernos adoptan una política nítida en la evaluación sistemática y exhaustiva de los nuevos dispositivos técnicos del sector sanitario destinados a ser aplicados, una vez adaptadas a las características de los países y si se ha puesto en marcha un sistema internacional de intercambio de información sobre este tema.

Capítulo 4

**INFORME DE UN COMITE DE EXPERTOS PARA LA
ACTUALIZACION DE LAS FUNCIONES DE LAS
MATRONAS
(Catalunya, 1983)**

MIEMBROS DEL COMITE DE EXPERTOS

- MARIA GASULL VILELLA.
Presidenta del Comit . Comadrona. Profesora de la E.U.E. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- ROSA M. TORRENS SIGALES.
Secretaria del Comit . Comadrona. CAP Vall s Oriental.
- PEPA ACCENSI ESPUNY.
Comadrona del Hospital de la Vall d'Hebron.
- MARIA CORTES RAMIS.
Comadrona del Hospital Nostra Senyora de l'Esperança.
- CONXITA FENES SERRANO.
Comadroa APD. (Vila-Seca Salou) (Tarragona).
- DOLORS GUARDIOLA SOLE.
Comadrona APD. Martorell (Barcelona).
- ANTONIA GUILLEMI MARI.
Comadrona en CAP.
Hospital de la Mutua de Terrassa (Barcelona).
- ANNA SANES ASPERT.
Comadrona APD. Torroella de Montgrí (Girona).
- GLORIA SEGURANYES GUILLOT.
Comadrona. Profesora agregada E.U.E. Universidad de Barcelona.
- ROSA SOLSONA MANUBENS.
Comadrona APD. Almenar (Lérida).
- ASSUMPTA BOHIGAS SANTASUSAGNA.
Secció d'Infermeria. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanit ria.

Datos de Referencia: Actualización de las funciones de la matrona, según las necesidades que en materia de salud maternal presenta Catalunya, teniendo en cuenta los cambios sociales y sanitarios.

Traducción: Margarida Gracia. Enfermera. INSTITUT CATALA DE LA SALUT.

Revisión: Angels Elias. Enfermera. Cap de la Secci  d'Infermeria. Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanit ria.

PRESENTACION

En el mes de marzo de 1983, por iniciativa de la Secció d'Infermeria de la Direcció General d'Assistència Sanitària, se crea el Comitè de Experts de Matrones de la Generalitat de Catalunya con el objetivo de estudiar su situación actual y valorar las posibles alternativas existentes en este grupo profesional. En las primeras reuniones de dicho Comitè, se vio que era una labor muy extensa y se tomó la decisión de orientarles hacia la definición de sus funciones.

El Comitè compuesto por representantes con diferentes criterios profesionales y distintos ámbitos de trabajo: Rural, Centro de Salud, Hospital, Docencia que se ha ido reuniendo periódicamente desde marzo hasta diciembre de 1983.

En una primera etapa, el Comitè se repartió la labor a realizar. Cada representante estudió y analizó una parte, que presentó al pleno del Comitè, ofreciendo varias alternativas que fueron discutidas por todos sus miembros.

En una segunda etapa, un grupo reducido estudió y elaboró un documento que finalmente fue aprobado por todos los miembros.

Desde su inicio, el Comitè ha manifestado una gran preocupación por la asistencia materno-infantil en Cataluña. Dadas la estructura deficiente y la falta de programas adecuados que, conjuntamente con la falta de planificación de los niveles asistenciales en nuestro país, han hecho difícil definir las funciones de las matrones, las cuales han estado elaboradas por este Comitè siguiendo las directrices de la OMS y los programas de asistencia materno-infantil que ya se han iniciado en otros países, así como también experiencias aisladas de nuestro país.

La labor ha sido difícil por la diversidad de criterios de los miembros del Comitè aunque, lejos de dificultar la labor, esto ha sido un elemento enriquecedor.

La presencia en España de la Sra. Fiona Heines, matrona, Directora del Hospital Queen Charlotte de Londres, para un estudio de la situación actual de las matrones hacia su integración a la Comunidad Europea, permitió poder invitarla a una de las sesiones del Comitè, ocasión que posibilitó el intercambio de información sobre la formación y el lugar que ocupa la matrona en los respectivos países. La Sra. Heines nos orientó sobre los cambios que habíamos de tener en cuenta, con vistas a la futura integración en el Mercado común.

Queremos agradecer a Carmen Gubau, enfermera de la Biblioteca de la E.U.E. de la Universidad de Barcelona, su colaboración.

Queremos agradecer también a los miembros del Comitè asesor de matrones del Gobierno Vasco su visita a Barcelona, que permitió contrastar experiencias y que influyó positivamente en nuestro trabajo.

María Gasull Vilella
Presidenta del Comitè

LA MATRONA EN CATALUÑA

1. INTRODUCCION

En nuestro país, así como en todo el mundo, en los últimos años se han producido cambios socio-económicos que, conjuntamente con el gran avance científico, han obligado a gobiernos y a profesionales a replantearse las políticas sanitarias y las distintas funciones profesionales a fin de conseguir una mejor calidad de vida.

Cada día la maternidad y todos los fenómenos que la envuelven van teniendo más importancia, dentro del concepto de Salud. La Salud de la madre es esencial: es el punto de partida del ciclo vital del ser humano. Si queremos conseguir una población con un alto grado de salud, es necesario potenciar y considerar como prioritario, dentro de los programas de salud, que las madres y las familias reciban la asistencia adecuada.

El Comité considera que la matrona catalana, miembro del equipo de salud y profesional que desde hace siglos se dedica a proporcionar cuidados a las mujeres, no puede mantenerse al margen de los cambios antes reseñados ni de la rápida evolución de la profesión. Como ya ha hecho en otras ocasiones, debe analizar profundamente su labor profesional y los programas de salud, para poder redefinir sus funciones. Somos conscientes que puede ser una labor difícil: efectuar cambios representa romper con unas funciones, ampliar otras e iniciar otras nuevas. Eso exige de la matrona un gran esfuerzo que siempre tiene que ir acompañado de una gran motivación y creatividad. El Comité considera que la matrona no puede eludir la responsabilidad del cambio, que ha de asumir el reto, si quiere dar respuesta a las necesidades de salud de la madre y del recién nacido y proporcionar una asistencia integrada y continua a la sociedad.

Mediante el presente trabajo tenemos el propósito de definir las funciones de la matrona con el objeto de utilizar al máximo sus capacidades profesionales, para contribuir a la mejora de la Salud Materno-Infantil catalana. Las actividades que se describen en este documento son las que creemos más preponderantes y generales en el momento actual de las matronas.

Para poder realizarlo hemos tenido en cuenta la definición de la matrona de la CIM y en los distintos medios en que la matrona desempeña su función: Rural, CAP (comarcal y urbana) y hospital; eso hará que, según su lugar de trabajo, sea necesario potenciar más unas funciones que otras.

2. DEFINICION DE LA MATRONA

«La matrona es una persona que, habiendo sido admitida a seguir un programa reconocido por el Estado, ha finalizado con éxito el ciclo de estudios prescritos y ha obtenido el título necesario que le permite inscribirse en los centros oficiales, para poder ejercer legalmente la profesión de matrona».

Profesionalmente

«Ha de estar capacitada para proporcionar los cuidados, atenciones y consejos necesarios a la mujer embarazada, en el parto y en el puerperio, y asumir la

responsabilidad del parto, atendiendo los cuidados del recién nacido. Su labor comprende: medidas preventivas e identificación de las anomalías materno-fetales. Ha de poder realizar una asistencia médica y cualquier medida de urgencia en ausencia del médico.

Ha de realizar un papel de consejera y educadora en el campo de la salud, no solamente delante de sus parteras, sino también en el seno de las familias y sus comunidades. Su labor consistirá en la educación pre-natal y en la preparación de los familiares en su papel, llegando en ciertos aspectos al dominio de la Ginecología, la Planificación Familiar y de la Pediatría.

Ha de estar capacitada para ejercer su profesión en hospitales, clínicas, centros médicos, asistencia domiciliaria y en cualquier otro ámbito de la salud».

1. Definición aceptada por la CIM (Conferencia Internacional de Matronas, Londres) y la FIGO (Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras).

3. CONSIDERACIONES GENERALES

El Comité cree necesario exponer los diferentes puntos que han servido de marco teórico, a la hora de la identificación de las funciones.

3.1. Atenciones maternas en el ciclo de la vida reproductiva

Cuando consideramos la actividad de la matrona, lo hacemos teniendo en cuenta su campo de actuación en el sector materno-infantil, entendiéndolo éste como todo lo que hace referencia a las fases del ciclo de la vida reproductiva, donde quedan expresadas las etapas propias de la salud materna, en las que la matrona hace incidencia con el ejercicio de su profesión.

Las atenciones maternas han de iniciarse en la pubertad y llegar hasta el final de la vida reproductiva de la mujer.

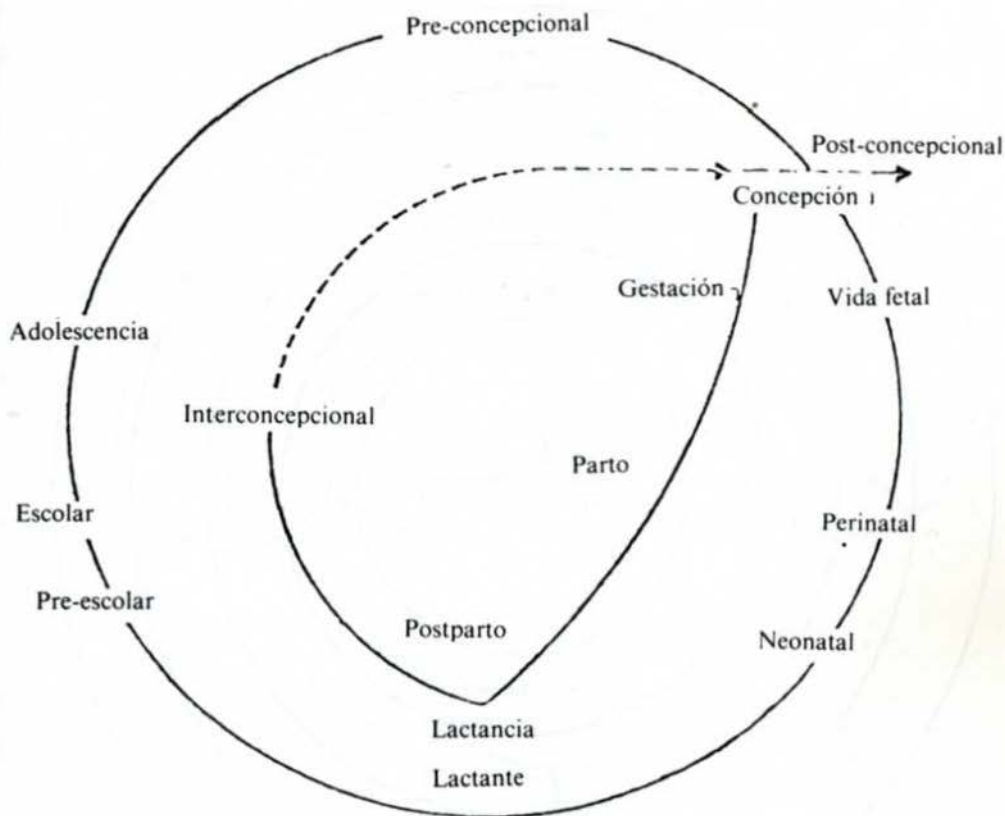
3.2. Factores que inciden en la salud materna

La salud de la reproducción puede verse afectada por diferentes factores y fuerzas que se interrelacionan y se condicionan permanentemente. Estas fuerzas se pueden concretar en: factores socio-económicos, culturales y psicobiológicos, que influyen permanentemente en la calidad de la salud de las generaciones.

Estos factores inciden tanto a la hora de elaborar un programa de salud materno-infantil, como de determinar el papel de la matrona como miembro del equipo de salud.

FIGURA 1

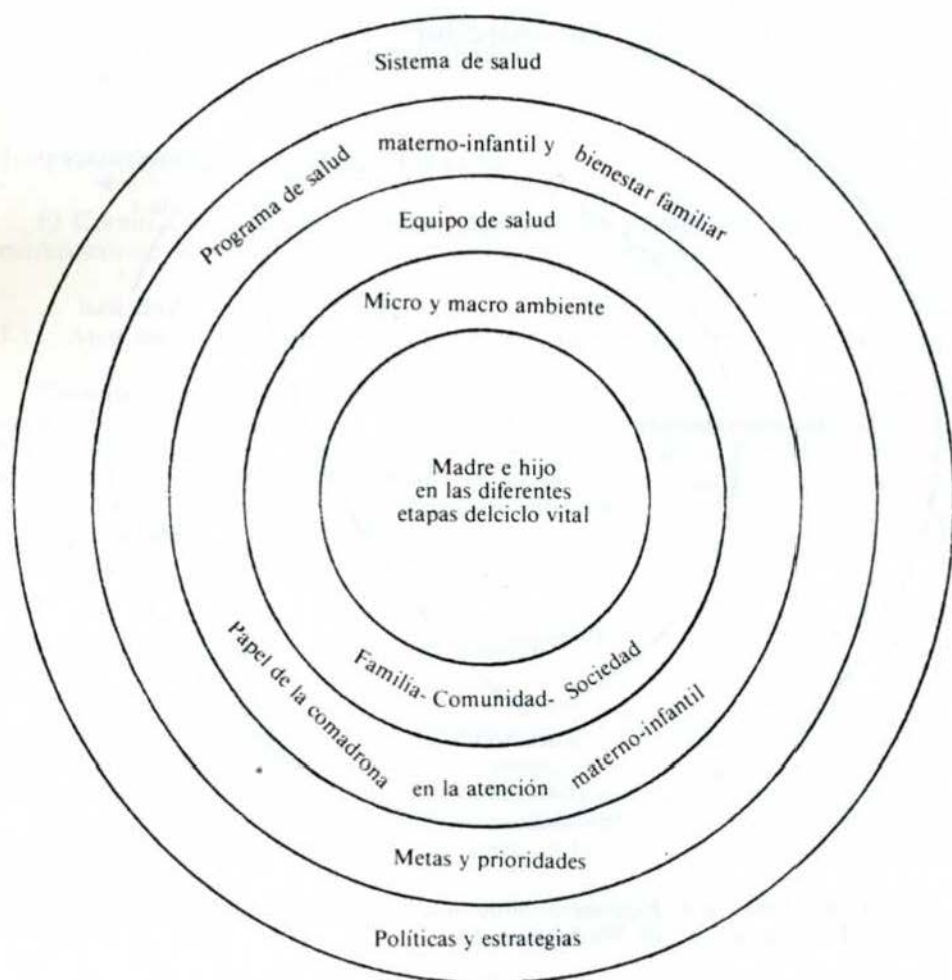
Fases del ciclo de la vida humana reproductiva



OPS-OMS: *Papel de la Enfermera-Obstetricia en la Atención Materno-Infantil*, «In-formes de Enfermería», n.º 19, Washington, 1977.

FIGURA 2

Elementos que se interrelacionan en la prestación de la atención de salud madre e hijo y el papel de la matrona

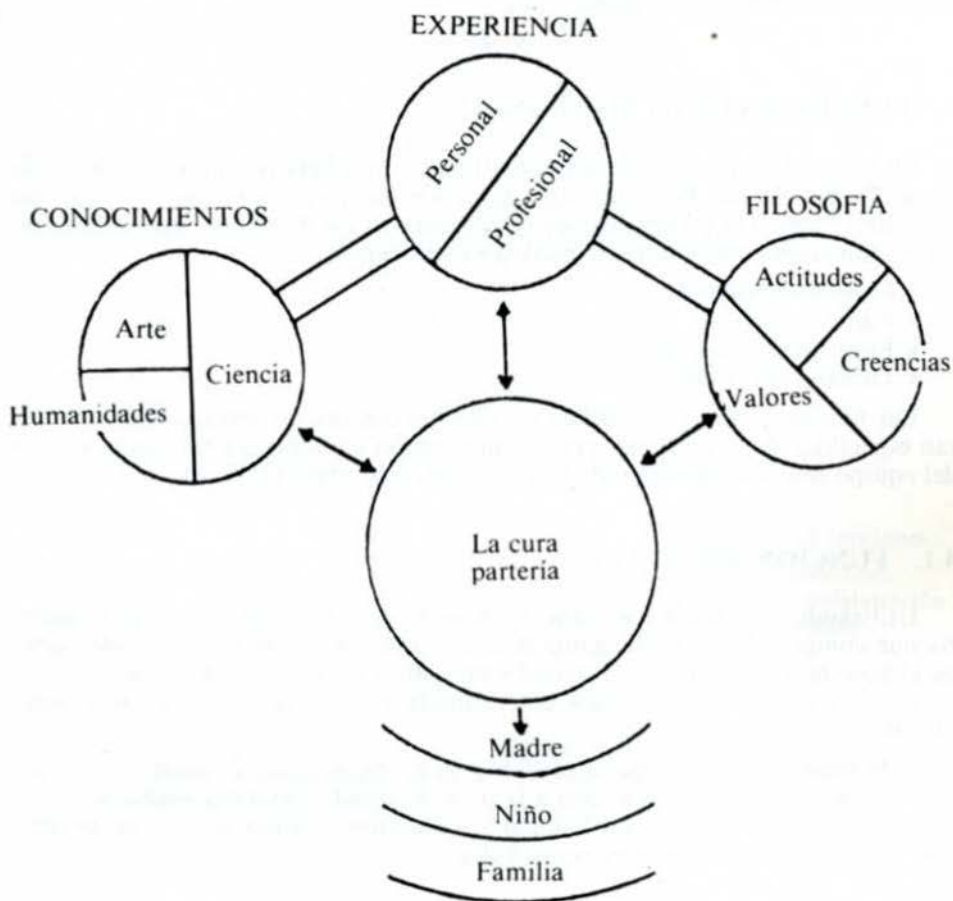


OPS-OMS: *Papel de la Enfermera-Obstetricia en la Atención Materno-Infantil*, «In-formes de Enfermería», n.º 19, Washington, 1977.

3.3. Partería

Nos atrevemos a definir la partería como el cuidado que ofrece la matrona, para dar respuesta a las necesidades de salud planteadas en la reproducción humana o que tengan relación utilizando el arte y la ciencia de la enfermería, de la obstetricia y de las ciencias sociales y humanísticas. El «parteratge» conlleva una relación de ayuda dinámica hacia la mujer y la familia.

Para poder ofrecer su ayuda, la matrona utiliza sus conocimientos, sus experiencias y su filosofía, teniendo en cuenta las necesidades humanas y utilizando el método científico y un modelo conceptual propio de la profesión.



3.4. Trabajo en equipo

Los problemas de salud materno infantil tienen unos orígenes diferentes; por tanto, se llegará más fácilmente a su resolución si son estudiados conjuntamente por un equipo de salud multidisciplinario. Para poder ofrecer un alto nivel asistencial es imprescindible que este equipo esté perfectamente coordinado.

3.5. Auto-cuidado de la mujer

Consideramos importante que la matrona ayude a la mujer a conseguir su autonomía no creándola dependencias respecto al equilibrio, orientándola para que ella misma sepa valorar su grado de salud y para que sea capaz de tomar decisiones satisfactorias respecto a ésta.

4. FUNCIONES DE LA MATRONA

En toda definición es necesario identificar lo que será real en el momento de llevarla a la práctica. Por esta razón queremos dar forma a lo que es y a lo que debe ser el ejercicio profesional de la matrona en los diferentes niveles asistenciales, tomando como punto de partida los conceptos de:

- Función asistencial.
- Función docente.
- Función administrativa.
- Función de investigación.

Las funciones que se describen en este documento en algunas ocasiones serán específicas de la matrona, pero en otras serán comunes a otros profesionales del equipo multidisciplinario de la salud materno-infantil (Fig. 3).

4.1. FUNCION ASISTENCIAL

Utilizando el concepto asistencial como la práctica profesional de la partería que comprende la amplia gama de actividades profesionales aceptadas tanto en el hospital como en la comunidad y en todos los niveles de asistencia.

La función asistencial estará determinada por los factores que impliquen una asistencia integral:

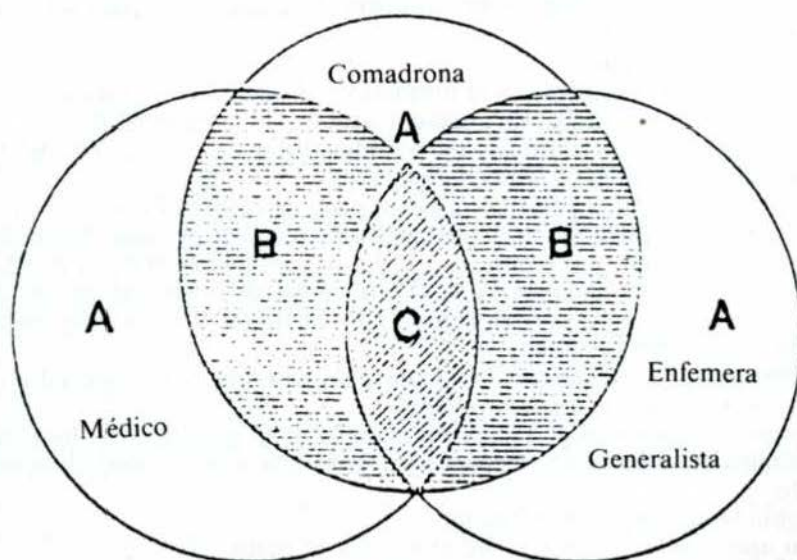
- Necesidades de la mujer a nivel biológico, psicológico y social.
- Lugar que ocupa la matrona a la hora de atender estas necesidades.
- Factores ambientales profesionales, culturales y sanitarios que permitan a la matrona atender estas necesidades.

4.1.1. Actividades

- Seguimiento y control del embarazo normal.
- Valoración de los aspectos susceptibles de riesgo materno-fetales.
- Derivación al Tocólogo de las gestantes de riesgo elevado.

FIGURA 3

Superposición de funciones de los miembros seleccionados en el equipo de salud en atención materno-infantil



Zonas de funciones

- A. Específicas
- B. De colaboración
- C. Comunes

GRANCH, Gene: Seminario sobre aspectos de enfermería-obstetricia en los servicios materno-infantiles y la planificación de la familia, publicación científica OPS291 Washington, diciembre 1974, págs. 33-38.

- Colaboración y participación en la confección de la historia obstétrica, ginecológica y de planificación familiar.
- Detección de las necesidades en materia de prevención de enfermedades genéticas, así como el inicio de los protocolos necesarios para el estudio genético.
- Toma de muestras para el estudio citológico.
- Orientación a las parejas en casos de infertilidad y participación en el inicio de los protocolos y los exámenes necesarios.
- Colaboración con la visita médica de Planificación familiar.
- Medir, probar y enseñar la colocación del diafragma.
- Confección del informe, de la evolución de la gestación, para ser remitida al centro hospitalario.
- Diagnóstico del parto.
- Recepción de la gestante en el hospital y valoración de su estado.
- Proporcionar a la mujer los cuidados propios de su especialidad.
- Identificar signos y síntomas de posibles distocias en el curso del parto, para comunicarlo al equipo médico.
- Colaboración en los cuidados del embarazo de riesgo elevado.
- Participar activamente en la aplicación de técnicas de diagnóstico de bienestar fetal como son: amnioscopia, monitorización fetal antes del parto y durante el parto, microtoma fetal, así como en la incorporación de las nuevas técnicas que puedan aparecer en el futuro y la posible modificación de las antes reseñadas.
- Proporcionar asesoramiento y ayuda a las gestantes y en especial a las de alto riesgo así como a sus familiares.
- Aplicar tratamientos de indicación médica en la gestación, en los distintos periodos del parto y en el puerperio, tanto a la madre como al recién nacido.
- Seguimiento y control del parto.
- Dar apoyo psicológico a la mujer durante el parto.
- Asistencia al parto normal y al alumbramiento.
Cuando en la asistencia del parto eutócico sea necesaria la práctica de la episiotomía, se efectuará, así como su sutura.
- Control de la evolución del post-parto de acuerdo con la evolución del curso del parto, tanto en el hospital como a domicilio.
- Atención inmediata al recién nacido.
- Aplicación de los cuidados de partería a la puerpera.
- Desarrollar con la mujer un plan de cuidados y atenciones que tenga en cuenta las necesidades.
- Registrar la valoración del estado de la mujer en sus actividades asistenciales.
- Colaboración activa en la confección del alta hospitalaria y la revisión obstétrica, remitiéndola al equipo de atención primaria.
- Asegurar las condiciones de higiene y asepsia, con el fin de proteger la madre y el niño.
- Potenciar la revisión ginecológica del postparto.
- Potenciar los controles y revisiones periódicas con vistas a la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino.

4.2. Función docente

Hacer docencia es comunicar a alguien los conocimientos teórico-prácticos de una ciencia o un arte que implican una motivación y un cambio de actitudes.

La matrona ejercerá docencia cuando:

- Participe con el equipo de salud, impartiendo programas educativos en materia de salud reproductiva a los diferentes grupos de la comunidad.
- Imparta programas de salud maternal en el área materno-infantil al personal de enfermería en los estudios de pre-grado, post-grado y formación continuada.

4.2.1. Actividades

- Orientar a las jóvenes con el fin de llegar a la gestación en unas condiciones óptimas de salud.
- Informar a las gestantes sobre las medidas encaminadas a una buena evolución de la gestación.
- Orientar a las mujeres sobre su autocuidado y autocontrol, tanto durante la gestación como en su estancia en el hospital.
- Impartir un programa de educación maternal en la escuela de madres.
- Impartir clases en un programa de educación sanitaria a la población en materia reproductiva.
- Informar sobre métodos anticonceptivos.
- Enseñar la autoexploración mamaria a las usuarias de Planificación Familiar y de Ginecología.
- Orientar e informar a la madre para que pueda conseguir una buena evolución del puerperio.
- Fomentar y orientar a la madre sobre las ventajas de la lactancia materna.
- Enseñar a las madres todos los cuidados del recién nacido.
- Orientar psicológicamente y físicamente hacia la recuperación, para conseguir las condiciones necesarias, hasta su total incorporación a la vida social.
- Informar a la familia de los cuidados necesarios de la madre y del recién nacido colaborando con ella con el fin de que acepte la nueva situación.
- Enseñar a las pacientes ginecológicas los cuidados en materia de salud reproductiva.
- Formar en materia de salud reproductiva al personal de enfermería de las unidades de ginecología y obstetricia.
- Identificar las propias necesidades en materia de formación.
- Colaborar con el equipo docente según los programas y los objetivos de estudio en la formación de los diferentes niveles de enfermería y matronas.
- Participar en la formación de otros profesionales de los equipos de salud.

4.3. Función administrativa

Entendemos como administración el conjunto de prácticas encaminadas a planificar, dirigir, organizar, interpretar, coordinar, evaluar e innovar.

Estas actividades aplicadas en el campo específico donde correspondan y a cualquier nivel de gestión, ya que la función administrativa es obligada en todos los lugares de la organización y la dirección del trabajo de otras personas.

En lo referente a la matrona, consideramos que debé fomentar sus estudios y la práctica profesional en el cuidado de las madres y de la pareja en relación a la función reproductiva. Por esta razón, y dentro de una organización que tenga por objetivo ofrecer servicios de salud a la familia en el aspecto reproductivo, es necesario que los cargos a nivel de enfermería estén compuestos por matronas preparadas específicamente en administración, a fin de conseguir que se cumplan los objetivos destinados a un mejor bienestar de las mujeres que están a su cuidado, utilizando los recursos humanos y materiales a su alcance, dentro del subsistema de enfermería en el marco del sistema sanitario.

4.3.1. *Actividades*

- Promover la puesta en marcha de programas de protección maternal, tanto a nivel institucional como local.
- Colaborar en la determinación de necesidades y recursos en el momento de llevar a término los programas de salud maternal.
- Colaborar en la confección de programas de salud maternal con el equipo multidisciplinario.
- Participar en la evaluación de los programas de salud maternal que se lleven a cabo, haciendo las innovaciones necesarias.
- Colaborar en la elaboración de protocolos asistenciales y de registro de datos.
- Responsabilizarse de la confección de protocolos de cuidados de enfermería y de partería.
- Establecer relaciones positivas con las matronas de los diferentes niveles asistenciales que tendrán incidencia en el curso del embarazo, el parto, y el puerperio de una misma gestante.
- Estudiar los recursos, su organización y su distribución a cualquier nivel asistencial en el área maternal.
- Colaborar en la elaboración de normas de procedimientos.
- Colaborar en la selección del personal de enfermería y de matronas.
- Participar en las reuniones periódicas conjuntamente con el personal de enfermería.
- Responsabilizarse de mantener el orden y la limpieza de la unidad.
- Delegar funciones al personal auxiliar.
- Realizar cambios de guardia en su unidad.
- Confeccionar hojas de registro de nacimientos.
- Colaborar en el control de calidad según los criterios establecidos.

4.4. **Función de investigación**

Cuando nos referimos a la investigación, queremos decir la utilización de la metodología científica a fin de encontrar o descubrir aquellas cuestiones que pueden ser útiles para el progreso de una materia determinada y para el desarrollo de una profesión.

En este sentido, es necesario que la matrona asuma una actitud de investigación en la práctica de su profesión para poder mejorar la calidad de sus servicios y participar en el progreso de las ciencias de la salud.

La matrona asumirá funciones de investigación:

- Proponiendo áreas propias de investigación.
- Determinando problemas a resolver aplicando una metodología científica a la solución de los problemas.
- Realizando estudios que nos lleven a mejorar los cuidados maternos y la asistencia materna.
- Colaborando con el equipo multidisciplinario en la realización de estudios y de investigación en el área materno-infantil.

4.4.1. *Actividades*

- Participar en la recogida de datos, en su interpretación y en objetivos de investigación, tanto en la propia profesión como en los del equipo multidisciplinario aplicado a los diferentes programas de salud materna.
- Confeccionar y realizar las estadísticas propias.
- Colaborar con otros profesionales en el estudio de la salud materna.
- Colaborar con otros profesionales en los programas de investigación de la institución.
- Promover y aplicar nuevos métodos con finalidades de investigación.
- Elaborar un modelo de cuidados maternos a seguir en la institución.
- Revisar y promover la práctica profesional de acuerdo con las tendencias actuales.

5. **AMBITOS DONDE LA MATRONA EJERCE SU PROFESION**

El comité, una vez descritas las funciones de la matrona, considera necesario hacer referencia a los diferentes lugares, con sus problemas, sus características y sus necesidades, donde la matrona ejerza su profesión. Entendemos que las funciones son siempre las mismas pero que cada lugar condicionará las que son prioritarias.

5.1. **Ambito rural**

El medio rural presenta unas marcadas diferencias, ya que cada pueblo tiene sus características: los hay grandes con una cierta industrialización al lado del puramente agrícola, otros pequeños y completamente agrícolas; núcleos compactos y núcleos dispersos; pueblos turísticos donde la población tiene épocas muy diferenciadas de actividad... También las condiciones climatológicas y geográficas, la red de comunicaciones y la distancia hasta el hospital son factores muy diferenciados e influyentes que afectan al ejercicio de la profesión de las matronas, que habrán de adaptarse a las características, las necesidades y los recursos propios del lugar y la comunidad en la que habitan. Ellas son miembros de la misma y participan en todos sus acontecimientos, y elemento importante en el seno de las familias, ya que en sus manos se encuentra una gran parte de la responsabilidad de la calidad de vida de la comunidad.

La matrona tendrá que hacer un estudio previo de las necesidades de la comunidad, una planificación adecuada y una evaluación continua de la efectividad de su trabajo. Para conseguir unos resultados satisfactorios, la matrona rural ha de contar con la colaboración de la población. Por esta razón, en el proceso de adaptación a la comunidad, la matrona valorará las costumbres y la cultura en todo lo relacionado con la reproducción, a fin de respetar al máximo las tradiciones, que pueden ser orientadas hacia actitudes más saludables, o bien conservarlas, siempre y cuando no atenten contra la salud.

5.2. La matrona en los CAP I Consultas Externas Hospitalarias

El concepto de salud en todas sus variantes converge en una transformación profunda de lo que hasta ahora se ha realizado, tanto a nivel del sistema de asistencia y la actitud del personal sanitario, como de la demanda de la misma población.

Los Centros de Atención Primaria y las Consultas Externas Hospitalarias han sido normalmente, a nivel público, el primer punto de contacto entre la población y la estructura sanitaria. A menudo, este primer contacto sólo se establece en el momento de aparecer un proceso de enfermedad o accidente o en el caso de un embarazo.

Se ha cambiado la denominación tradicional de ambulatorio por el de CAP. Creemos que el cambio de nombre puede dar lugar a unas mejoras y unas diferencias, tanto en las prestaciones como en las actitudes, ampliando las acciones estrictamente curativas con acciones de fomento y prevención.

En el nuevo marco que ofrece el primer nivel de la estructura sanitaria, las acciones encaminadas a promover la salud materno-infantil son una pieza fundamental. Es necesario que la matrona que desarrolla su ejercicio profesional en las consultas no limite su actividad a colaborar con el tocólogo en los controles de la gestación: tiene que asumir las funciones propias de su profesión, ya que por sus conocimientos, su experiencia y su capacidad de conectar con la mujer es un elemento indispensable a la hora de llevar a término los programas de protección materna (actividades que en el momento presente no están asumidas en la mayoría de los casos y que son básicas, para el éxito de las generaciones futuras).

5.3. Ambito hospitalario

El hospital representa para la mayoría de las personas un lugar desconocido y extraño, más asociado con situaciones de enfermedad, dolor y muerte, que no de bienestar y gozo.

Cuando la mujer ingresa en el hospital para el nacimiento de su hijo, en la mayoría de los casos en que lo hace por vez primera, tiene un concepto y desconocimiento del personal y de las costumbres que hacen que sufra desorientación y angustia. En la gran mayoría de los mujeres se añaden otros factores, tales como el miedo ante el parto y la situación en que queda la familia, asistida por parientes, amigos o por nadie, hecho de una importancia vital sobre todo para las gestantes con riesgo de una hospitalización larga. Es preciso evitar que el medio resulte frío. La matrona, cuando planifique los cuidados maternos, tendrá presente facilitar a la mujer la adaptación al medio hospitalario y ayu-

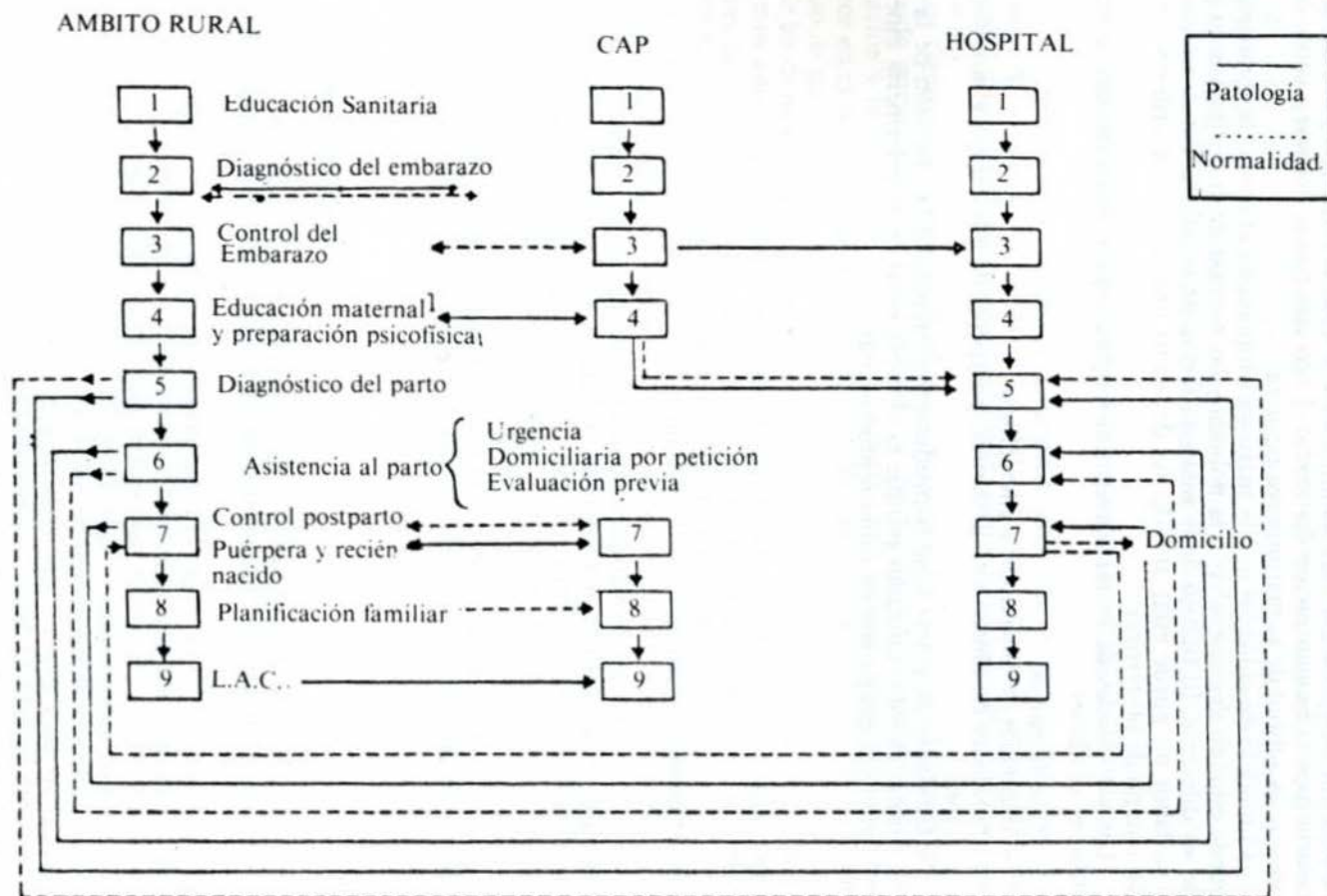
darla, aprovechando la estancia, dándole la instrucción necesaria para que sea capaz de llevar a término el cuidado de ella misma y del recién nacido. Es necesario que la tecnología vaya acompañada de toda la asistencia psicológica necesaria para la humanización del medio. Todo esto puede llevarse a cabo, siempre que la actitud de la matrona sea positiva.

El modelo de cuidados que la matrona adoptará en el medio hospitalario no puede estar en desacuerdo con la política y las normas de la institución ni puede ser diferente. El trabajo de la matrona forma parte del trabajo de un equipo y su labor no puede estar aislada: ha de seguir una unidad de criterios dentro del equipo de obstetricia.

Las actividades de la matrona en el hospital deben desarrollarse en las siguientes unidades:

- Sala de partos.
- Urgencias de obstetricia y ginecología.
- Unidades de obstetricia, gestantes, puérperas de alto riesgo y monitorización.
- Unidades de ginecología (consideramos interesante la inserción de la matrona en estas unidades porque es el profesional de la enfermería específicamente preparado en salud reproductora).

6. DINAMICA QUE SIGUE LA MUJER EN EL AMBITO ASISTENCIAL



7. PROPUESTAS DE LOS NIVELES DE GESTION PARA LAS MATRONAS

7.1. Organismo Asesor de las Matronas de la Sección de Enfermería de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria

Teniendo en cuenta que las matronas forman un cuerpo tradicionalmente importante en el contexto de enfermería con unas características laborales determinadas y con objetivos de desarrollo profesional específico, consideramos que es necesario que exista el mencionado Organismo Asesor a fin de orientar y supervisar las funciones de las matronas en el campo de la salud materno-infantil.

7.2. Atención primaria de salud

En cada CAP rural o urbano consideramos que es necesario que exista una matrona en calidad de coordinadora a fin de asumir la responsabilidad de llevar a término, por parte de las matronas y las enfermeras, las actividades propias en un programa de salud materna en el mismo CAPo en los municipios sanitariamente dependientes de cada CAP.

La matrona coordinadora debe ser quien esté en contacto con el centro hospitalario, a fin de que las matronas de atención primaria puedan atender el seguimiento y los cuidados maternos en el domicilio de las madres.



7.3. Atención hospitalaria

Matrona Jefe en el área materna

Siendo la matrona quien está más preparada en lo referente a los procesos reproductivos, entendemos que debe ser una matrona preparada en la función administrativa quien dirija a todo el personal de matronas y enfermeras en el ámbito del área materna, donde el contacto con los problemas de salud relacionados con su competencia es directo.

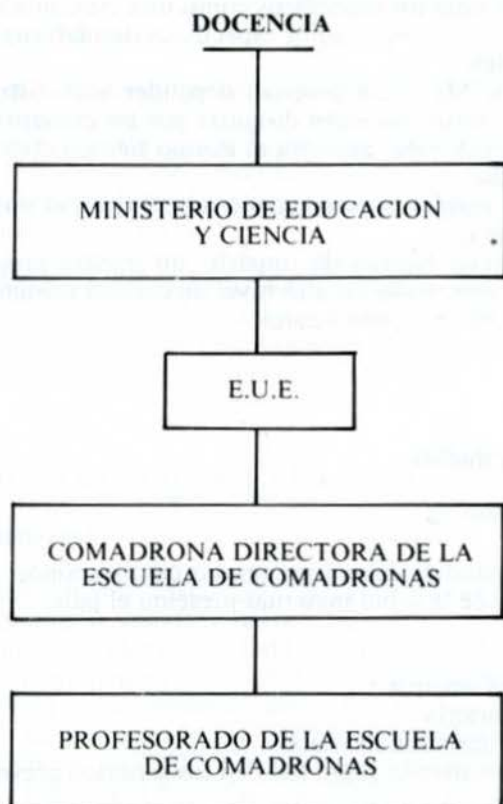
Matronas supervisoras en las diferentes unidades del área materna

Por las razones antes mencionadas, entendemos que las jerarquías en el ámbito hospitalario y en el área materna tienen que estar formadas por matronas.



7.4. Docencia

Consideramos que la matrona debe participar activamente en su propia formación. Así pues, una matrona cualificada dirigirá la escuela de matronas y el equipo docente multidisciplinar.



Consideramos que no es necesario detallar las actividades de las matronas en los órganos de gestión, dado que éstas son equivalentes a las de enfermería.

8. FORMACION DE LA MATRONA

El Comité ha considerado oportuno incluir en el presente trabajo una serie de recomendaciones referentes a la formación de la matrona.

Las funciones mencionadas en los capítulos anteriores no se pueden llevar a término si no se efectúan en el actual programa de estudios, algunas modificaciones que permitan al futuro profesional ejercer su profesión de una manera satisfactoria y con un alto nivel de calidad asistencial.

8.1. Consideraciones generales

Educación básica

- Dadas las características de la profesión de matrona, consideramos necesario que la matrona curse previamente el Diplomado de Enfermería, y posteriormente los estudios específicos como una especialidad de enfermería.
- Recomendamos que los estudios específicos de matrona tengan una duración de 18 meses.
- Las Escuelas de Matronas deberían depender administrativamente de las EUE. Será necesario que estén dirigidas por un consejo de Dirección presidido por una matrona, que será al mismo tiempo directora de la escuela de la especialidad.
- Será necesario regular la acreditación académica del profesorado de la escuela de matronas.
- Todas las escuelas habrán de impartir un mismo programa de estudios asegurando de este modo un alto nivel de calidad asistencial a todo el país y unificar los criterios asistenciales.

8.2. Programa de estudios

8.2.1. *Enseñanza teórica*

El programa de estudios deberá ser amplio para responder así a las necesidades que en el campo de la salud maternal presenta el país.

Asignaturas:

- Obstetricia.
- Embriología y Genética.
- Cuidados de partería.
- Cuidados de enfermería neonatal.
- Ginecología, incidiendo sobre todo en los aspectos preventivos.
- Antropología.
- Ciencias de la conducta (incluyendo técnicas de conducción de grupo).
- Métodos de preparación al parto.
- Métodos de educación sanitaria.
- Salud comunitaria en referencia a la salud materno-infantil.
- Legislación y ética.
- Administración.
- Sexología.

8.2.2. *Enseñanza práctica*

Las prácticas que realiza la alumna habrán de estar totalmente coordinadas con la teoría. Corresponde a la experiencia práctica un 70% del total.

La alumna realizará prácticas en todos los medios en que después tendrá que desempeñar su profesión.

8.3. Educación post-básica

La matrona cursará la licenciatura de enfermería (cuando ésta se lleve a cabo en nuestro país), en la especialidad Docente o Administrativa, siempre que desee ocupar cargos docentes o administrativos.

8.4. Educación continuada

Consideramos muy necesario potenciarla a fin de mantener un alto nivel de calidad en los cuidados de partería.

- Recomendamos la instauración de cursos regulados por el Gobierno Autónomo o el Colegio Profesional cada cinco años, tal y como ya existen en otros países (Inglaterra EUA. etc.) con la finalidad de mantener un alto grado de calidad asistencial.
- Recomendamos impartir un curso con carácter de urgencia que permita la actualización de todas las matronas vistas las nuevas necesidades.
- Recomendamos que a los diez años de inactividad profesional y antes de reincorporarse al trabajo, la matrona siga un curso de tres meses de duración para poder actualizar sus conocimientos.

9. ACTIVIDADES A DESTACAR EN LA ASISTENCIA PRIMARIA

9.1. Educación maternal

En este documento hemos destacado como principio el hecho de que la calidad de vida de las futuras generaciones y su grado de salud empiezan mucho antes del nacimiento es evidente que todo el período de la maternidad (concepción, nacimiento, crecimiento y desarrollo del niño) es crucial para poder conseguir una autonomía como personas sanas. Por eso las madres y las familias tienen la necesidad de una preparación correcta con vistas al nacimiento.

Cuando surgieron las diferentes escuelas que son las bases de lo que ahora nosotros llamamos Educación Maternal, sus objetivos primordiales eran el parto en sí y, sobre todo, conseguir la eliminación del dolor mediante la información, la relajación, la sofrología y la preparación física.

En el momento presente es necesario pensar que el objetivo de la Educación Maternal no es sólo el parto y que suprimir el dolor no es lo único importante. Es necesario potenciar todos los aspectos que proporcionen a la madre, a la familia y al recién nacido un ambiente de paz, seguridad y responsabilidad ante la misión de ser padres desde el momento de la concepción hasta la autonomía de su hijo...

La función educadora de la matrona encuadrada dentro de la asistencia primaria incluye un primer nivel destinado a la escuela de madres y un segundo nivel más específico destinado a la psico-profilaxis Obstétrica que ofrece a la mujer distintas alternativas. En este sentido queremos destacar la importancia de la colaboración de todos los que dan asistencia a las mujeres en los distintos períodos de su maternidad. La gestante, desde el inicio de su embarazo debe recibir toda la información sobre la existencia y el funcionamiento de la Educación Maternal.

Es necesario que la pareja de la gestante participe en el proceso educativo a fin de asumir la paternidad y que ofrezca su colaboración, ya que él es el elemento humano de ayuda tanto en la gestación como en el parto.

Las matronas estarán formadas y preparadas para poder desarrollar las actividades educadoras, científicas y pedagógicas y actuarán siempre dentro de los límites de la normalidad.

El Equipo Hospitalario y el de Atención Primaria deben estar coordinados con la Escuela de Madres, a fin de llevar a cabo el seguimiento, reforzar los conocimientos y la preparación recibida y hacer que la madre se sienta feliz en el parto y preparada para su maternidad.

La Educación Maternal se desarrollará en el medio rural, en el CAP y en los hospitales dotados de consulta obstétrica ambulatoria y se impartirá dentro de un equipo multidisciplinario donde la matrona tendrá su función.

9.1.1. Programa de educación maternal

Dada la importancia de la preparación a la maternidad, presentamos un programa tipo que podrá ser modificado según las necesidades.

Metodología

En el campo de la educación maternal la matrona ha de asumir los siguientes puntos fundamentales:

- Planificación del curso, adaptando el programa a las necesidades del grupo mediante la valoración individual de cada gestante.
- Evaluación del curso de forma global, mediante encuestas a las mujeres y al personal del área hospitalaria.
- Autovaloración por parte de la matrona.
- Clases en pequeños grupos y con una participación activa.
- Número de participantes: 8/10.
- Duración: El primer nivel tendrá aproximadamente 6 horas de clase. Para el segundo nivel, aconsejamos 10 horas de teoría y 10 de práctica (en estas 20 horas están incluidas las 6 horas del primer nivel).

Consta de un primer nivel dedicado a la Escuela de Madres y de un segundo más específico que engloba la psicoprofilaxis obstétrica.

PRIMER NIVEL: ESCUELA DE MADRES

Contenido teórico:

- Dar la bienvenida a las gestantes en la Escuela de Madres. Objetivos de la Educación Materna y de la psicoprofilaxis Obstétrica.
- Fisiología de la reproducción. Organos femeninos y masculinos.
- Cambios biofísicos y psíquicos durante la gestación.
- Nutrición y alimentación de la embarazada y del lactante. Higiene del embarazo.

- Pre-parto. Parto (tipos y periodos). Contracción uterina. Concepto hospitalario. Monitorización biofísica. «Tocurgia».
- Puerperio (puerperio inmediato y tardío. Atenciones).
- Puericultura. Características e higiene del recién nacido. Pruebas de subnormalidad. Lactancia (Ropa del recién nacido). Desarrollo psicofísico. Dentición. Vacunas.
- Planificación familiar. Nociones y orientación.

SEGUNDO NIVEL: PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

Contenido teórico de la Escuela de Madres

- Planificación para la asistencia al parto. Concepto del dolor. Modificación de la percepción y de la sensación dolorosa. Autocontrol.
- Respiración.
- Relajación muscular. Técnicas y entrenamiento.

Entrenamiento físico para el parto

Ejercicios a realizar destinados a:

- Movimientos respiratorios y respiraciones especiales.
- Activar la circulación de retorno.
- Tonificar las paredes abdominales y el equilibrio vertebral.
- Reforzar la musculatura pelviana y los ligamentos vertebrales. Charnela lumbosacra.
- Prensa abdominal.

Entrenamiento físico post-parto

- Ejercicios destinados a la recuperación de la tonalidad muscular.
- Ejercicios para evitar problemas circulatorios.

Estos ejercicios se realizarán durante el puerperio en el lugar donde se encuentre la mujer.

9.2. La Planificación Familiar

La Planificación Familiar conlleva la integración de diferentes profesionales que formen un equipo orientado a conseguir:

- Que no se produzca ninguna gestación no deseada.
- Que las personas y especialmente las mujeres disfruten de un alto nivel de salud, utilizando medidas preventivas para este fin.
- Que las mujeres y las parejas vivan la sexualidad de una manera satisfactoria.
- Que las mujeres y las parejas se responsabilicen de sus decisiones sobre el control de la natalidad.

Dado que la planificación familiar incide directamente en el campo de la reproducción humana y en su calidad, es evidente que la matrona tiene un lugar preponderante en el equipo de salud dado sus conocimientos y el ámbito de actuación profesional.

9.2.1. *Actividades*

- Reuniones periódicas informativas a mujeres y parejas referentes a la fisiología de la reproducción, la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Confeccionar la historia clínica con el objetivo de establecer una relación positiva con la mujer o la pareja, detectando necesidades en cuestiones que incidan en la salud y comprobando la información recibida.
- Iniciar los protocolos y orientar en los casos de infertilidad.
- Iniciar los protocolos y orientar en los casos que requieran un estudio genético.
- Prueba y aprendizaje de la colocación del diafragma.
- Aprendizaje práctico de la autoexploración mamaria.
- Colaborar en la visita médica llevando a cabo las actividades que se deriven según las necesidades del servicio.
- Confeccionar estadísticas y controles con fines de investigación.

9.3. **Visita domiciliaria a la puérpera**

Tenemos un especial interés en resaltar la importancia de que la antigua costumbre, según la cual la matrona visitaba a la puérpera en su domicilio, vuelva a ser realidad, para cubrir así las necesidades biopsíquicas de la madre y del recién nacido después del parto, aportando seguridad a la familia en el proceso de adaptación del nuevo ser, necesidad que actualmente no está cubierta por ningún miembro del equipo de salud, a diferencia de otros países. A causa de la estructura sanitaria actual, será preciso que la matrona de atención primaria realice esta visita, aunque lo ideal para la madre sería que durante todo el proceso de maternidad fuese asistida por la misma matrona.

9.3.1. *Actividades*

- Control de la involución uterina.
- Valoración de los loquios.
- Cuidados de la episiotomía.
- Cuidados del ombligo del recién nacido.
- Baño del recién nacido.
- Vigilancia de la lactancia.
- Cuidado del pecho.
- Potenciación de la autonomía de la madre educándola, a fin de que pueda realizar los cuidados del recién nacido.
- Ayuda a la familia ante la nueva situación y la integración del nuevo ser.
- Valoración de las necesidades socio-económicas.
- Valoración y orientación de las condiciones higiénicas del hogar.

10. **RECOMENDACIONES FINALES**

- En la atención primaria creemos necesario que todos los exámenes y las técnicas de diagnóstico se hagan siempre que sean posible en un mismo centro, para facilitar a las mujeres su control sin necesidad de hacer tantos desplazamientos.

- Recomendamos que la matrona rural, al tomar posesión de su lugar de trabajo en un municipio, disponga de un consultorio, un material mínimo y de un utillaje que vaya a cargo de la administración.
- Recomendamos que el centro hospitalario facilite la información necesaria a la matrona rural, para que pueda continuar ofreciendo la asistencia sanitaria, así como participar en la evolución del parto conjuntamente con el equipo obstétrico del centro.
- Recomendamos que la matrona dedicada a la administración, al hacer el cálculo del personal de matronas, lo haga teniendo en cuenta todo el tiempo que éstas habrán de dedicar a la función primordial de la educación sanitaria.
- Así mismo, recomendamos se potencie las funciones administrativas y de investigación, ya que actualmente se encuentran menos desarrolladas, y son de una importancia vital para el futuro de la profesión.

11. BIBLIOGRAFIA

- ADAM, Evelyn: *Hacia dónde va la Enfermería*. Interamericana, Madrid.
- Central Midwives Board: *Handbook incorporating the Rules of the Central Midwives Board*, 26a. ed., Londres, 1979.
- Central Midwives Board: *Role of Midwife*, Londres, 1983.
- Conferencia Nacional de Enfermería y Atención Primaria*. Barcelona, març de 1983 (Document no publicat).
- Generalitat de Catalunya: *Nivells assistencials*, «Informes i Dictàmens», núm. 5, Barcelona, 1982.
- GODDARD, H. A.: *Principios de Administración aplicados a los servicios de Enfermería*. OMS, sèrie monogràfica núm. 41, Ginebra, 1959.
- ICN: *Salud para todos, desafío para Enfermería*. Los Angeles, 1981.
- KRON, Thora: *Manual de Enfermería*, Interamericana, 4a. ed., Mèxic.
- MACKENZIE, Carole Ann, Maternal and Newborn Nursing: *The Nursing Clinics of North America*, març de 1982, vol. 17, núm. 1.
- Nurses in an Integrated Health Service*. Rapport of a Working group, appointed by the Scottish Home and Health Department, Edimburg, 1972.
- OMS: *Conférence sur la formation des Sages-Femmes et l'exercice de leur profession*, EURO, 265, Moscou, 1964.
- OMS: *Enfermería en apoyo del objetivo de salud para todos en el año 2000*, informe de la reunió OMS, HMD/NUR-82-2, 1981.
- OMS: *Enfermería y Salud de la Comunidad*, «Serie de Informes Técnicos», núm. 558, Ginebra, 1974.
- OMS: *Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud*, «Serie de Informes Técnicos», núm. 600, Ginebra, 1976.
- OMS: *Planificación y programación de servicios de Enfermería*, «Cuadernos de Salud Pública», núm. 44, Ginebra, 1972.
- OMS: *Rôle de la Sage-Femme dans la protection de la Maternité*, «Serie de Informes Técnicos», núm. 331, Ginebra, 1966.
- OMS-UNICEF: *Atención Primaria de Salud*, serie «Salud para todos», núm. 1, Ginebra, 1978.
- OPS: *Aspectos de Enfermería-Obstetricia en Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar*, «Publicación Científica», núm. 291, 1974.
- OPS-OMS: *El papel de la enfermera en la Atención Primaria de Salud*, «Publicación Científica», núm. 348, 1977.
- OPS-OMS: *Papel de la Enfermera-Obstetricia en la Atención Materno-Infantil*, «Informes de Enfermería», núm. 19, Washington, 1977.
- REEDER, Mastroianni: *Maternity Nursing*, Lippincott Company, Nova York, 1980 (14a. ed.).

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee. The names are listed in alphabetical order, and the addresses are given in full. The list includes the names of the members of the committee, the names of the members of the sub-committee, and the names of the members of the advisory committee. The addresses are given in full, including the street name, the city, the state, and the zip code.

2. The second part of the document is a list of the names and addresses of the members of the committee. The names are listed in alphabetical order, and the addresses are given in full. The list includes the names of the members of the committee, the names of the members of the sub-committee, and the names of the members of the advisory committee. The addresses are given in full, including the street name, the city, the state, and the zip code.

Capítulo 5
SALUD PUBLICA

Carlos Calderón. Médico Especialista de Salud Pública

M.ª Eugenia Marcos Caño. Matrona. Técnico en Salud Comunitaria

5.1. INTRODUCCION

La realidad de la Salud Pública en general y de la atención materno-infantil en particular, nos impone una dinámica de colaboración, de mutuo aprendizaje, todo ello realizado con la mayor creatividad e imaginación posibles. La finalidad no es otra que la de aportar nuestro grano de arena a que la comunidad, todos nosotros, y más concretamente la mujer, goce de una salud que le permita desarrollarse de forma plena e integral. Afortunadamente no estamos solas en esta labor, formamos parte y estamos integradas dentro de un equipo de salud ya sea éste a nivel de la comunidad o de una institución sanitaria a nivel secundario.

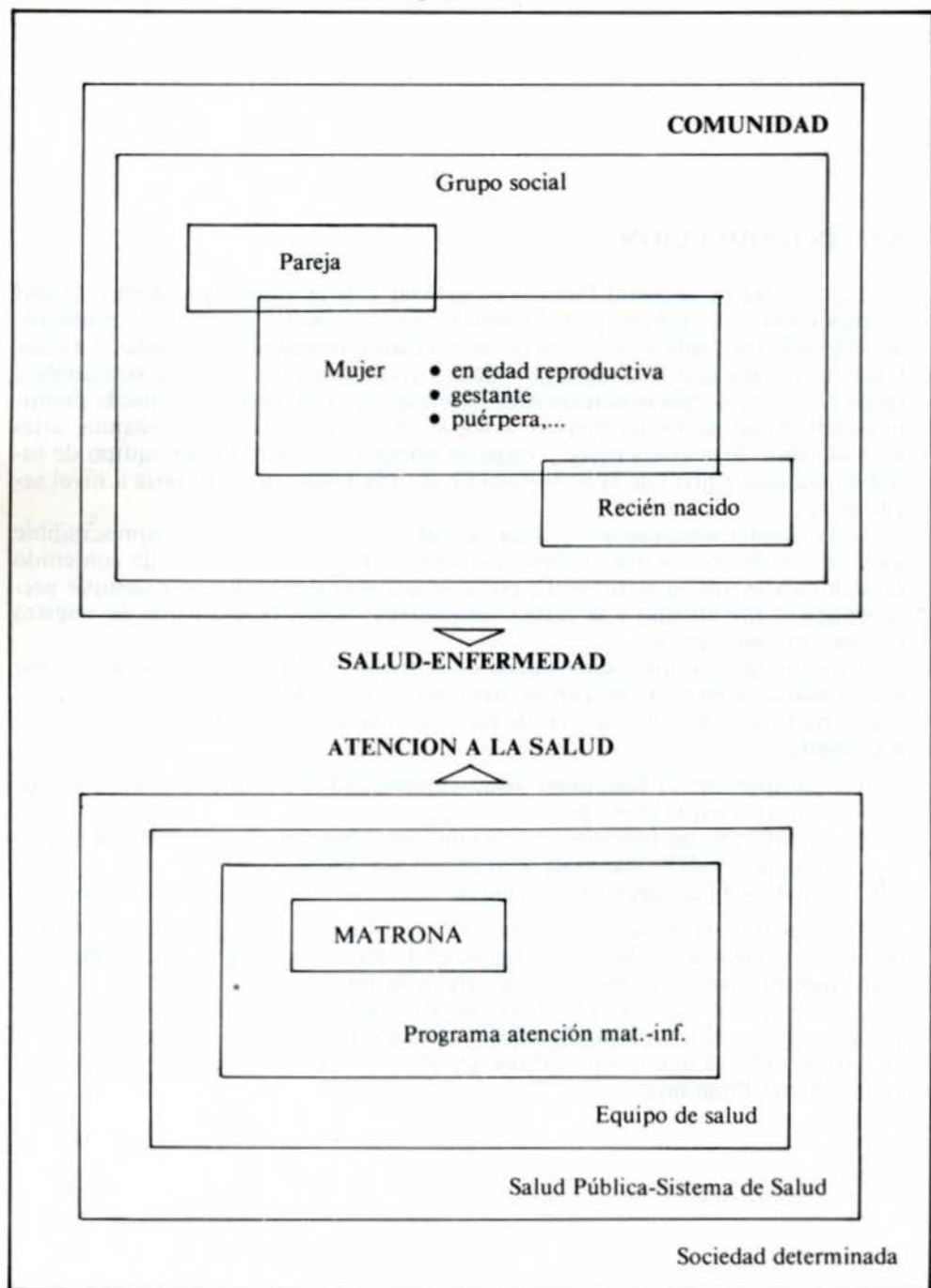
Comprender «lo general» y llegar a elaborar «teoría» resulta imprescindible para desenvolvemos correctamente en nuestro trabajo «concreto», de contenido fundamentalmente «práctico». Es por ello que deberemos de tener siempre presente que el mecanismo y la rutina constituyen riesgos permanentes en nuestro trabajo cotidiano en salud.

La salud de la mujer –en especial de la madre– y las funciones a desarrollar por la matrona en relación con la atención a dicha salud, constituyen los puntos de partida en la delimitación de los objetivos que queremos llevar a cabo en este capítulo:

1. comprender el fenómeno salud-enfermedad, mediante el análisis de sus características principales;
2. identificar las funciones y los conceptos básicos de la Salud Pública en cuanto modelo-marco de la atención a la salud;
3. analizar el concepto de sistema de salud desde la perspectiva sociológica.

La importancia de la teoría se justifica en la medida en que seamos capaces de aplicarla en nuestra labor cotidiana, en la atención integral a la comunidad y en nuestro caso en la atención integral a la mujer, pareja o familia. La concreción de las formas más adecuadas para conseguirlo va a necesitar la participación activa y abierta tanto del equipo de salud al que pertenecemos como de la comunidad a la que nos dirigimos. De esta última dependerá en gran parte el resultado del Programa.

ESQUEMA N.º I



Carlos Calderón, 1983

5.2. FENOMENO SALUD-ENFERMEDAD

De una forma sintética trataremos de exponer el fenómeno salud-enfermedad a través del análisis de sus características principales. Nos basaremos en las tres siguientes características:

- HISTORICIDAD
- COMPLEJIDAD
- DINAMISMO

a) **Historicidad**

Tanto la expresión del fenómeno salud-enfermedad, como su comprensión por parte de la sociedad, así como las medidas que se han adoptado en respuesta al mismo, han variado a lo largo de la historia en función de un conjunto de factores que estudiaremos a continuación. En consecuencia, la actitud al intentar comprender y definir dicho fenómeno, no puede ser en absoluto dogmática; sin embargo, cobra especial importancia el conocimiento por nuestra parte de los factores que en la actualidad intervienen en las manifestaciones de salud-enfermedad y en las distintas explicaciones que tanto una como otra reciben.

Basándonos principalmente en lo que F. A. Ferrera y sus colaboradores han escrito sobre este tema presentamos (esquemas II y III) un breve repaso histórico de las diferentes situaciones de salud-enfermedad, de los factores que las han condicionado y de sus diferentes interpretaciones. Cabe destacar la evolución en la teoría de la causalidad de la enfermedad: así, se llegó a considerar que la presencia de un agente causal específico era necesario para la producción de una enfermedad (teoría unicausal), hasta la concepción de que la producción de una enfermedad o de cualquier suceso que repercute en la salud de una comunidad, no es debida a una única causa, sino que es el resultado de diversas causas que actúan sobre la llamada «triada ecológica» (agente, huésped, ambiente) (teoría multicausal).

ESQUEMA N.º II

SOCIEDAD PRIMITIVA

- Satisfacción de necesidades inmediatas.
- Mínima capacidad transformadora de un medio hostil.
- Paso de la vida nómada a la sedentaria.
- Alta mortalidad. Alta natalidad. Crecimiento casi nulo.
- Alta mortalidad materna.

SOCIEDAD ESCLAVISTA

- Diferenciación de la salud según clases.
- Mortalidad y natalidad altas pero diferenciadas.
- Escaso crecimiento.
- Guerras.
- Desarrollo de la Higiene. Grecia, Roma.

SOCIEDAD FEUDAL

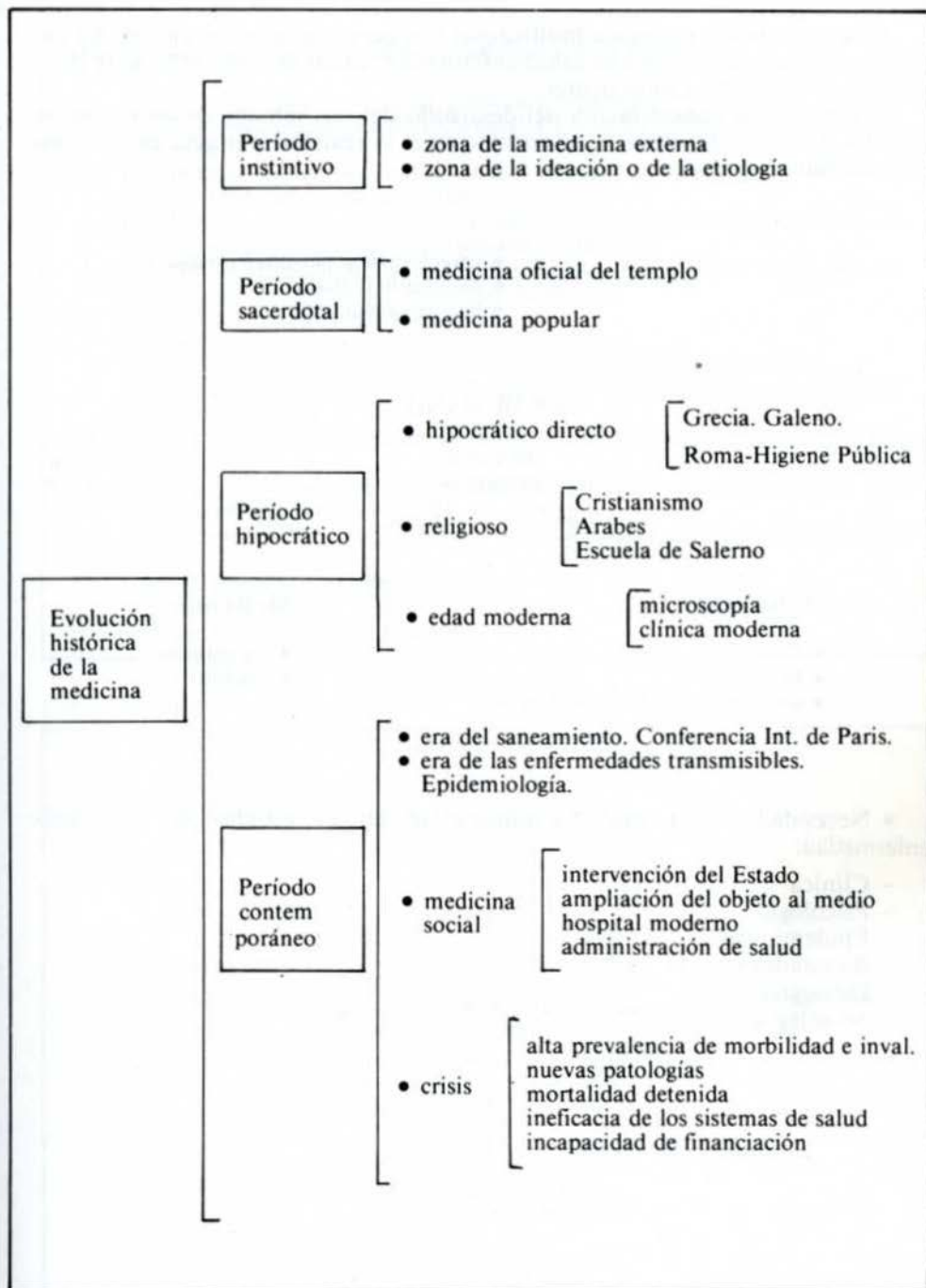
- Permanece la diferenciación.
- Alta natalidad. Alta mortalidad. Escaso crecimiento.
- Grandes epidemias.
- Guerras.

SOCIEDAD INDUSTRIAL

- Revolución industrial. Fase extensiva.
- Fenómeno urbano.
- Migración.
- Desarrollo tecnológico. Fase intensiva.
- Conocimientos en microbiología.
- Mortalidad desciende hasta un límite.
- Natalidad diferente según fases.
- Agresión desmesurada al medio natural.
- Diferenciación específica de la morbi-mortalidad.
- «Enfermedades de la civilización».

Carlos Calderón, 1983

ESQUEMA N.º III



Fuente: Ferrara y cols. Medicina de la comunidad. Modificado.

b) Complejidad

- La concepción ecológica-multicausal nos acerca a la comprensión del carácter complejo del fenómeno salud-enfermedad, como la resultante de la interacción de diferentes componentes.

- A su vez, la consideración del desarrollo del ser humano desde un punto de vista dialéctico favorece la aproximación a la realidad humana en su complejidad bio-psico-social.

- características personales (edad, sexo...)
- factores hereditarios
- factores congénitos



- Necesidad de la multidisciplinariedad en el estudio de la salud-enfermedad:

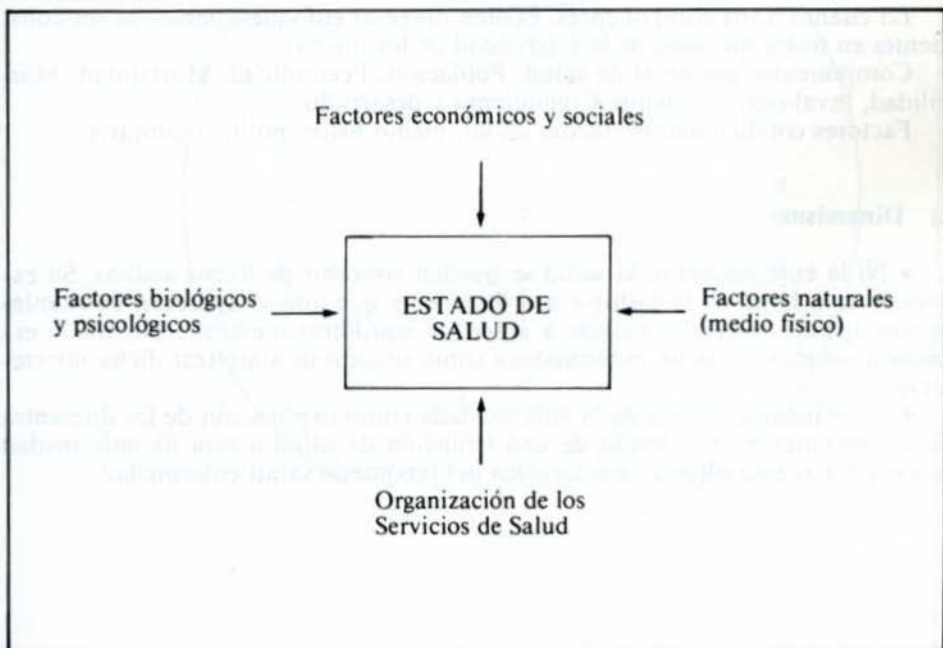
- Clínica
- Psicología.
- Epidemiología.
- Bioestadística.
- Demografía.
- Sociología.

Determinantes del estado de salud del individuo y de la población

1. Estructura biológica individual, genética y congénita.
2. Comportamientos habituales individuales y sociales frente a la salud y la enfermedad.
3. Condiciones económicas de vida de la población: costo de vida y nivel de salarios del individuo y de la familia.
4. Condiciones sociales de vida de la población: nivel de instrucción, nivel de educación sanitaria, condiciones sociales de trabajo.
5. Calidad del ambiente físico, biológico y social; condiciones de seguridad y de saneamiento del ambiente; protección ecológica.
6. Condiciones sanitarias de la vivienda.
7. Condiciones sanitarias y de seguridad en el trabajo.
8. Cantidad y calidad de la alimentación de la población y del individuo.
9. Existencia o carencia de sistemas de seguridad social contra los riesgos biológicos y económicos.
10. Existencia o carencia de sistemas de salud completos accesibles a toda la población.
11. Existencia o ausencia de desigualdades socioprofesionales y otras frente a la salud, la enfermedad y la muerte.
12. Utilización del progreso científico y de la tecnología por las disciplinas de la salud.
13. Tipo de desarrollo económico-social.

Fuente: H. San Martín. Ecología y salud.

Resumiendo:



Carlos Calderón, 1983

- En nuestra aproximación a la salud-enfermedad del individuo, de la mujer, y más concretamente de la madre, nos resulta imprescindible, por tanto, superar el nivel de lo biológico y comprender a dicha mujer en su integridad bio-psico-social, como miembro de una comunidad y como parte de una historia y una cultura determinadas.

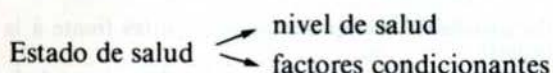
- La historicidad y la complejidad de la salud-enfermedad, nos plantean abordar el concepto de RIESGO como entidad epidemiológica. El Riesgo consiste en la probabilidad de aparición de un problema de salud en una población, en un grupo, o en un individuo.

«Factor de riesgo» sería por lo tanto, toda variable a la cual está ligado el riesgo. De la misma forma hablaremos de «población a riesgo».

- La complejidad del fenómeno salud-enfermedad se traduce en la dificultad que conlleva su medición:

- nivel de salud/servicios
- salud/ausencia de enfermedad
- indicadores de salud.

- Desde un punto de vista pragmático podemos distinguir:



Estado de salud: expresión sintética de los variados estados de equilibrio y desequilibrio en el plano físico, mental y social entre los miembros de una colectividad y su medio de vida y trabajo (Carmona).

Nivel de salud: relación existente entre dos o más momentos en el desarrollo del proceso salud-enfermedad en una comunidad. Expresa la tentativa de cuantificar el estado de salud de la misma.

En cuanto a sus componentes, existen diversos enfoques, debiendo ser conscientes en todos los casos de la relatividad de los mismos.

Componentes del nivel de salud: Población, Fecundidad, Mortalidad, Morbilidad, Invalidez, Nutrición, Crecimiento y desarrollo.

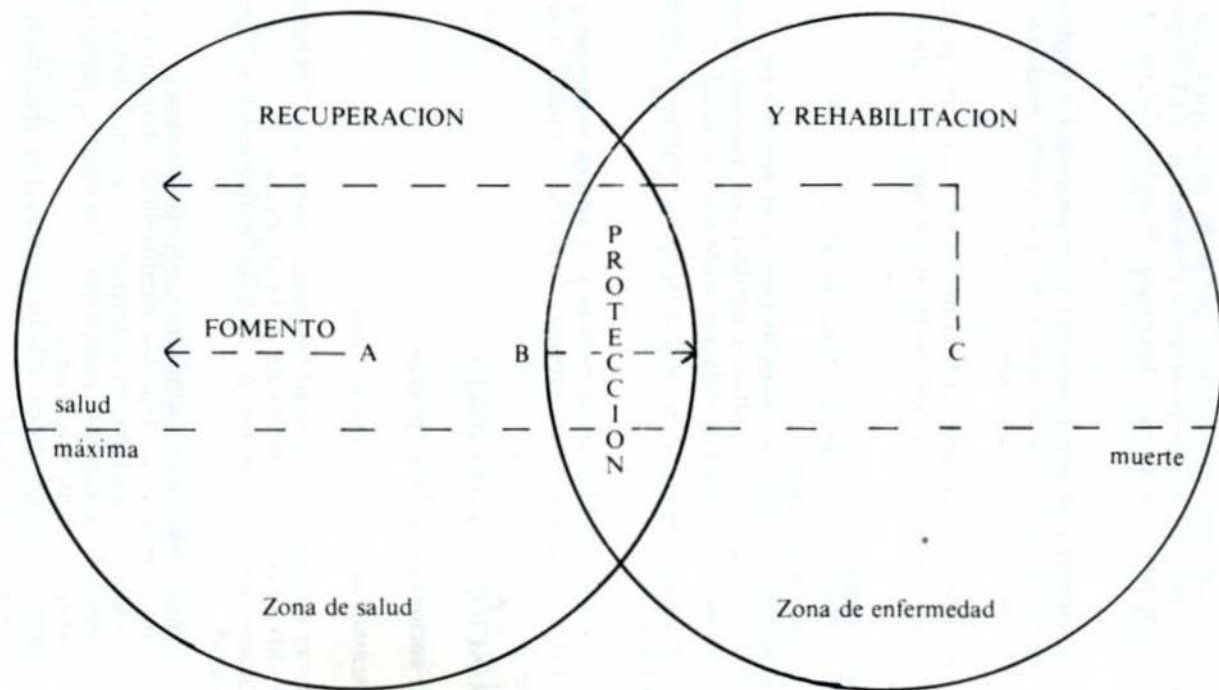
Factores condicionantes: medio social, medio físico, política sanitaria.

c) Dinamismo

- Ni la enfermedad ni la salud se pueden concebir de forma aislada. Su expresión a lo largo de la historia nos demuestra que ambas aparecen constantemente ligadas, interrelacionadas a modo de equilibrio inestable. De ahí la expresión «fenómeno salud-enfermedad» como intento de sintetizar dicha interrelación.

- La «Historia natural de la enfermedad» como explicación de las diferentes fases existentes en el tránsito de una situación de salud a otra de enfermedad nos evidencia esta última característica del fenómeno salud-enfermedad.

Grados de salud



5.3. DEFINICION DE SALUD PUBLICA

Uno de los primeros esfuerzos sistematizados y realizados racionalmente para definir la Salud Pública es el de Winslow, quien en Marzo de 1920 condensó conceptualmente una fórmula que se ha prolongado casi hasta nuestros días y que constituyó lo que podríamos denominar la ideología formadora de la concepción moderna de esta disciplina. Winslow definió la Salud Pública como:

«la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad»

Con esta idea el autor desarrollaba preferentemente una posición preventiva que incluía los trabajos de la comunidad organizada para cumplimentar las necesidades del:

1. saneamiento del medio,
2. control de las enfermedades transmisibles,
3. educación sanitaria,
4. organización de los servicios médicos y de enfermería,
5. desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para su salud.

Otra definición fue dada en 1952 a través del Primer Congreso Interamericano de Higiene:

«Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud».

5.4. FUNCIONES Y ACCIONES

5.4.1. Funciones y acciones propias

A) *Funciones de protección de la salud*

Acciones tendientes a suprimir los riesgos, sobre todo microbianos, resultantes de la vida en común. Son la base de la salubridad.

1. Saneamiento o control de factores ambientales relacionados con la salud:
 - control cuantitativo, sanitario y estético del agua,
 - control de desechos líquidos: alcantarillado doméstico e industrial,
 - condiciones sanitarias de industrias, viviendas y demás locales,
 - control de alimentos: producción, transporte, preservación, venta y manejo de alimentos crudos,
 - control de desperdicios sólidos: recolección, transporte, tratamiento y disposición de basuras,
 - control de animales: insectos y vectores de infección,
 - limpieza ambiental: calles, polvo y humo; piscinas; campamentos,
 - control de molestias: olores, ruidos y similares,
 - control de contaminación atmosférica y radiaciones ionizantes.

2. Prevención y control de enfermedades transmisibles, agudas y crónicas incluyendo venéreas, tuberculosis, parasitosis y otras. Sanidad Internacional. Vigilancia epidemiológica.

B) *Funciones de fomento de la salud*

Acciones tendientes a promover el óptimo desarrollo físico y mental del individuo. Pueden estimarse la superestructura de la salubridad:

- Atención e higiene materno-infantil; lactante, escolar y preescolar.
- Higiene de los alimentos.
- Salud ocupacional; Higiene y Medicina del Trabajo.
- Salud mental e higiene general del adulto.

C) *Funciones de recuperación de la salud*

Acciones organizadas que se realizan para recuperar la salud perdida; corresponden a la Medicina Asistencial:

- atención al enfermo, general y especializada, en consultorios y hospitales,
- asistencia del anciano y del inválido,
- rehabilitación,
- atención farmacéutica,
- atención dental: servicios propios y control de la profesión.

D) *Funciones generales o de apoyo*

Incluyen aquellas actividades que resultan fundamentales para el ejercicio perfecto de las anteriores funciones. Constituyen de alguna manera la infraestructura imprescindible para ejercer la Salud Pública:

- estadística sanitaria,
- administración en salud,
- laboratorios,
- ingeniería,
- educación sanitaria,
- investigación,
- perfeccionamiento del personal, etc.

5.4.2. **Acciones de la comunidad organizada en relación con la salud**

- educación,
- política económica,
- servicios de bienestar,
- recreación

Este esquema tiene que ser utilizado con una buena dosis de flexibilidad desde el momento que es fácil advertir la inevitabilidad de que muchas funciones estén mezclando elementos de fomento, protección, y reparación de la salud, que en la práctica están evidentemente unidos.

5.5. CONCEPTO DE SALUD COMUNITARIA

La salud comunitaria es a la vez una concepción del sistema de salud y un conjunto de disciplinas científicas que permitirán identificar los problemas de salud de una población y clasificarlos en función de prioridades; hacer programas para solucionar estos problemas, poner en marcha las acciones, evaluarlas y analizar el sistema de distribución de cuidados, su dinámica interna y sus relaciones con la sociedad en general.

La salud comunitaria como concepción del sistema de salud es un aspecto relativamente reciente. Insertándola en una perspectiva histórica se la puede comprender mejor. El fenómeno de industrialización, aparecido en las sociedades occidentales al principio del siglo XIX, condujo a la creación de la Higiene Pública como medio de mantener la salud y de luchar contra las enfermedades más extendidas. Con los descubrimientos bacteriológicos del final del siglo XIX, se pasó de la Higiene Pública a la Salud Pública con la creación de la medicina preventiva. Seguidamente, la incorporación de la tecnología a la medicina aumentó considerablemente la credibilidad de esta última ante la población así como su costo. A partir de aquí se empezó a sentir el problema de la accesibilidad a los cuidados que empujó al nacimiento de la medicina social por medio de los seguros sociales que garantizaban a las clases menos privilegiadas y cada vez más numerosas, la posibilidad de acceso a cuidados médicos.

La salud comunitaria como concepción del sistema de salud no apareció hasta después del principio de los años 60. La toma de conciencia por parte del Estado del costo de los cuidados para el conjunto de la población y la escalada de costos, llevaron presiones cada vez mayores alrededor de los poderes públicos para reducir este aumento en los costos. En este momento se buscó una alternativa a esta medicina tan cara orientada en la técnica. De esta forma podemos entender el impacto que tuvieron los conceptos de cuidados primarios en oposición a los cuidados especializados altamente técnicos, así como los conceptos de toma de conciencia de su salud por la población y la desmedicalización. Para implantar estos conceptos, se imaginó las estructuras de centros primarios de salud responsables de la salud de una determinada población; única puerta de entrada del sistema hacia los cuidados más especializados, compuestos de equipos pluridisciplinarios permitiendo la delegación de actos así como la participación de la población con el fin de su toma de conciencia.

En resumen, la salud comunitaria puede ser a la vez un sistema de salud permitiendo la reducción de los costos de los gastos públicos sin cambiar en nada las relaciones de fuerza de la sociedad; o bien una empresa de autogestión a cargo de las comunidades locales de su salud controlando los medios a utilizar para conservarla. Como hemos visto el carácter equívoco de este concepto puede expresar realidades completamente diferentes según las intenciones de aquéllos que la utilizan.

En América del Norte la salud comunitaria toma otra concepción, el de un conjunto de disciplinas científicas. No hay que olvidar que la ciencia es una cuestión de punto de vista. El objeto aparecerá según la manera con la que se le mire. Es así que el sistema de salud aparece diferente según se le mire con los ojos del economista, del epidemiólogo, del sociólogo o del médico. Cada uno tiene su verdad. Los problemas empiezan cuando uno pretende que no existe más que una verdad, la suya. Cada disciplina científica es por naturaleza, reduccionista, en el sentido de que no toma más que un aspecto del objeto. Para comprender un objeto tan complejo como el sistema de salud, aún y todo parcialmente, hace falta la contribución de diversas disciplinas científicas.

5.5.1. Comparación entre medicina clásica, salud pública y salud comunitaria

	MEDICINA CLASICA	SALUD PUBLICA	SALUD COMUNITARIA
1. Usuarios	Individuos	Población	Grupo de población
2. Iniciativa	Enfermo	Servicio	Paciente y servicio
3. Elección	Amplia	Limitada	Limitada
4. Acceso	Difícil	Difícil	Fácil
5. Cuidados	Episódicos	Periódicos	Continuos
6. Continuidad	Mínima	Mínima	Grande
7. Actitud de los usuarios	Obediencia y sumisión	Sumisión	Agente
8. Actitud de los profesionales	Tecnocrática y Aristocrática	Tecnocrática	Democrática
9. Técnicas	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, consejos	Investigación y control de las enfermedades de masas	Identificación y solución a los problemas expresados, orientación y ayuda
10. Orientación	Individuo Sistemas y órganos Hipótesis unicausal. Investigación de lo cierto	Sociedad Grupos sociales Hipótesis multicausal. Investigación de lo cierto	Familias y grupos Individuos y comunidad Hipótesis multicausal. Tolerancia a lo incierto
11. Modalidades de servicio	Uno para uno Varios para uno	Uno para varios Varios para varios	Uno para uno Uno para varios Varios para uno Varios para varios
12. Característica	Medicina liberal	Sistema centralizado	Sistema descentralizado
13. Remuneración	Directa pago al acto	Indirecta salarial	Indirecta con o sin complemento; salarial capitación
14. Evaluación	Enfermedades tratadas	Enfermedades evitadas	Problema resuelto
15. Juicio de valor	Calidad	Costo-eficacia	Satisfacción del usuario. Cobertura de la población

Fuente: BUSNELLO, E.; BRUSCH, L. R.; FERREIRA, P.; RUSCHEL, S.: Projeto de Sistema de Saude Comunitaria, Porto Alegre, Unidade Sanitaria Murialdo, Secretaria da Saude do Rio Grande Do Sul, 1977, pp. 9, 10, 11.

5.5.2. Conceptos principales que diferencian la salud comunitaria de la medicina clásica

SALUD COMUNITARIA	MEDICINA CLASICA
1. Cuidados a una población geográficamente definida (Denominador = población definida).	Cuidados a los pacientes que acuden a los servicios de salud (Denominador = demanda).
2. Objetivo: cuidados integrales de salud (preventivos, curativos y de rehabilitación).	Predominio del diagnóstico y de la terapéutica o de la terapéutica sin diagnóstico.
3. El equipo de salud tiene la iniciativa de motivar la población definida.	El enfermo tiene la iniciativa de dirigirse a los servicios de salud.
4. Los resultados se miden más por el número de sanos que por el de enfermos estabilizados o curados.	Los resultados se miden más por el número de enfermos estabilizados o curados.
5. La investigación es sobre todo realizada en términos ecológicos: relación del hombre con el hombre y del hombre con el ambiente.	La investigación está dirigida al organismo en sí mismo.
6. Es esencial que la interacción entre los servicios y la población sea planificada y realizada por mediación del equipo de salud de esta población.	La interacción entre los pacientes y los servicios de salud no está planificada antes de que los usuarios tengan el estatuto de enfermo y sin su participación.
7. Las relaciones entre los servicios de salud y la población se hacen: <ul style="list-style-type: none">• de enfermo a profesional• de varios enfermos a profesional• de varios enfermos a varios profesionales• de un enfermo a varios profesionales	Las relaciones entre los servicios de salud y la población se hacen: <ul style="list-style-type: none">• de profesional a enfermo• de varios profesionales a un enfermo
8. La disponibilidad de los servicios de salud es esencial en la calidad del servicio.	La disponibilidad no influye la calidad del servicio hasta que el paciente haya atravesado la barrera pre-establecida.

Fuente: BUSNELLO, F.; BRUSCH, L. R.; FERREIRA, P.; RUSCHEL, S.: Projeto de Sistema de Saude Comunitaria, Porto Alegre, Unidade Sanitaria Murialdo, Secretaria de Saude do Rio Grande Do Sul, 1977.

5.6. SISTEMA DE SALUD: PERSPECTIVA SOCIOLOGICA

Bajo una perspectiva sociológica podemos decir que el sistema de salud se presenta como una institución social cuya finalidad está determinada por la resultante de las relaciones entre los grupos y clases de la sociedad en general, reproduciendo estas relaciones en su estructura y en su funcionamiento.

Según las épocas y según las corrientes de ideas, la salud ha sido definida de diferentes formas. Estas formas llevaron a las correspondientes concepciones del papel del sistema de salud y de los tipos de intervenciones sanitarias. Es así que tradicionalmente en la profesión médica se ha definido la salud por la ausencia de enfermedad, de esta forma el énfasis estaba puesto sobre el órgano enfermo y sobre el sistema sanitario creado para corregir estas anomalías. En 1948 la O.M.S. definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta definición considera al individuo en su totalidad. Ella implica la noción de bienestar, de calidad de vida; pero fue objeto de críticas numerosas principalmente por la dificultad de medir un estado subjetivo. René Dubos, biólogo americano, definió la salud como la adaptación del hombre a su medio. Según este autor, el hombre debe aprender a aceptar la enfermedad y la muerte como parte de la vida. Tal definición conduce a considerar ciertos padecimientos y ciertas incapacidades, en la medida en que no perjudican a la adaptación del hombre a su medio, como normales. En este sentido se trata de una definición completamente opuesta a la definición médica tradicional. Para el sociólogo la enfermedad está considerada como una desviación de la norma que en este caso es la salud. El sistema de salud está encargado de corregir estas desviaciones. De esta forma vemos que la delincuencia y la enfermedad están también consideradas como dos formas de desviación, la primera teniendo que ser corregida por el sistema judicial y la segunda por el sistema sanitario. El sociólogo constata que en nuestra sociedad contemporánea tendemos a confiar a la medicina problemas que relegaban hace poco de la justicia, de la religión, como el aborto y ciertas formas de criminalidad. Se habla entonces de tendencia a medicalizar los problemas sociales de la sociedad. Constatamos que el poder médico se extiende, confiando al equipo médico tareas que para otros no deberían relegarse a ellos.

Las diferentes definiciones de la salud nos llevan a la noción de sistema de salud. Utilizaremos la expresión «sistema de salud» en el sentido de sistema de distribución de cuidados. Para el profano o para el profesional mismo de la salud, el sistema de salud es el conjunto de personal especializado, profesionales y no profesionales, administradores que utilizan los equipos y los materiales con el fin de mejorar la salud de la población o de prevenir y curar, en la medida de lo posible, las enfermedades. Desde el punto de vista sociológico es una fórmula por la que una sociedad asigna papeles sociales y recursos con el fin de proteger o restablecer la salud de una población. Como toda otra institución social, el sistema de salud tiene otra función denominada de reproducción social y que consiste en mantener en el sistema de salud las mismas relaciones entre los grupos sociales que en la sociedad en general.

Debemos distinguir entre sistema de salud y política de salud. Entendemos por «política de salud» el conjunto de medios que una sociedad toma para mejorar la salud de la población o de una parte de ésta, y mantenerla a un nivel óptimo teniendo en cuenta el grado de desarrollo, de los recursos disponibles y del reparto de los recursos en función de los valores dominantes. El sistema de

salud sería, por lo tanto, uno de los medios de los que dispone una sociedad para aplicar una política de salud.

Ray Elling inspirándose en un cuadro de análisis marxista, propone un modelo de sistema de salud que considera ideal a partir del cual es posible confrontar los sistemas de salud de diferentes países para resaltar los puntos débiles y los puntos fuertes. Para este autor los determinantes del sistema de salud tienen su origen en la sociedad en la que está instaurado. Estos son: las características geográficas, demográficas, epidemiológicas, político-económicas, sociales y culturales. Entre estas características las denominadas político-económicas juegan el papel dominante. Todo método de análisis de sistema de salud se apoya sobre un cierto número de postulados fundados sobre los valores del investigador o de los investigadores. Para Ray Elling el hecho de decirse neutro ideológicamente, constituye en sí mismo una toma de posición fundada sobre valores que no son neutros. A partir de esto, el autor describe su modelo ideal de sistema de salud.

El fin último del sistema de salud debe ser el mejoramiento de la salud para todos teniendo en cuenta los recursos del país. Elling entiende la salud en el sentido de un estado de completo bienestar físico, mental y social según la definición citada con anterioridad de la O.M.S. De aquí se deriva la obligación de mantener un medio físico y social sano. La mejora de la salud para todos implica la reducción de las desigualdades al acceso de los cuidados y la reducción de las desigualdades sociales en relación por ejemplo con la renta. La mejora de la salud para todos, teniendo en cuenta los recursos del país, supone el control del desarrollo, de la orientación y de los costos del sistema de salud. Los medios para llegar a este fin último ponen en entredicho el nivel político-económico y el nivel de los recursos del país, la estructura de planificación general y sanitaria y el sistema de planificación de cuidados. Por ejemplo, un sistema político-económico de tipo liberal como el sistema americano, no permite la realización de este fin. Por otra parte la ausencia de planificación al interior de la cual estaría prevista la planificación sanitaria constituye un obstáculo de gran importancia.

El sistema de distribución de cuidados propuesto por Ray Elling, lleva a una regionalización completa de los servicios al interior de un sistema nacional. A nivel nacional está prevista una organización pública responsable del establecimiento de las prioridades, de las políticas y normas nacionales, de la redistribución interregional, de la vigilancia y de la evaluación del sistema en su conjunto y de la distribución de una parte de los fondos necesarios al funcionamiento del sistema.

La instancia regional debe de entenderse como la unidad más pequeña capaz de asegurar el suministro de toda la gama de cuidados a toda la población teniendo como unidad de base preponderante la «unidad local». Una real regionalización de los servicios de salud, según el autor, conlleva diez condiciones ideales que hay que respetar.

Las dimensiones de la región

Las dimensiones varían según la densidad de la población y las facilidades de transporte y de comunicación. La población puede variar de 500.000 a 3.000.000 de habitantes teniendo en cuenta la continuidad y la identidad histórica, étnica y política. Deberá poder ofrecer toda la gama de servicios de salud

con la excepción de ciertos servicios especializados que deberán ofrecerse sobre una base inter-regional o nacional.

Los niveles de cuidados

Existen habitualmente tres niveles de cuidados: el *nivel local* para los cuidados primarios; el *nivel intermedio* para los cuidados especializados; *nivel regional* para los cuidados especializados y super-especializados.

Autoridad regional integrada

No debe de haber más que una sola autoridad regional integrando la planificación, el financiamiento y la administración.

Sistema de intercambios coordinados en los dos sentidos

Debe de estar previsto un sistema de intercambios entre los tres niveles de cuidados cubriendo los pacientes, el personal y la tecnología.

Dirección del funcionamiento

El flujo de los pacientes, de los beneficiarios, debe de ir de los cuidados primarios a nivel local como puerta de entrada del sistema teniendo la mayor prioridad.

Financiamiento cerrado

El financiamiento debe provenir por vía de taxación o de cotización y no por pago realizado en el momento de prestación del servicio. El organismo regional debe tener un poder de taxación o de cotización para permitirle gozar de la autonomía que necesita. Esto no impide que una parte del financiamiento pueda venir del Estado. Los presupuestos deberán realizarse teniendo en cuenta la prioridad a ofrecer los cuidados primarios.

Reparto de los trabajos

Los trabajos del personal, profesional y otros, deben estar repartidos de forma que cada trabajo sea atribuido a la persona teniendo un mínimo de la formación requerida, contrariamente a ciertas prácticas que se encuentran habitualmente.

Educación continuada

Además de la formación en curso de empleo organizada en función de las necesidades regionales, se debe prever la posibilidad de una movilidad vertical del personal.

Participación de los ciudadanos

Para permitir la responsabilidad colectiva de la población ciertos mecanismos deberán estar previstos para asegurar la participación de los ciudadanos en los tres niveles. Una participación eficaz debe fundarse sobre la democratización del saber a través de una amplia difusión de la información favoreciendo la desmitificación del saber profesional.



Funciones de la unidad o centro local

El centro local tiene la obligación de dispensar cuidados completos (preventivos, curativos y de recuperación) a toda la población de un territorio dado. Debe de estar considerado como la única puerta de entrada del sistema. Los cuidados están asegurados por equipos pluridisciplinarios en una óptica de ayuda a los individuos y a los grupos de hacerse cargo de sí mismos, en la medida de lo posible.

BIBLIOGRAFIA

- FERRERA, F. A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J. M.: «*Medicina de la comunidad*», Intermedica, Buenos Aires, 1976.
- MOLINA, G.; MEDELLIN, G.: «*Introducción a la Salud Pública*», Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad Antioquia, Colombia.
- SAN MARTIN, H.: «*Salud y Enfermedad*».
- SAN MARTIN, H.: «*Ecología de la Salud*».
- Manual de Salud Pública; curso de nivelación de A.T.S., Universidad Nacional de Educación a Distancia, Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid, 1983.
- DESRROSIERS, G.: «*Sistema de salud y sociedad*», Universidad de Montreal, 1983.
- CALDERON, C.: «*I Curso de Salud Pública para matronas en el área materno-infantil*», San Sebastián, 1983.



Capítulo 6

DEMOGRAFIA

Ana Ruiz Martínez. Socióloga. Cuerpo Técnico de la Seguridad Social. Jefe de Servicio de la Unidad de Evaluación y Seguimiento de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

6.1. CONCEPTO DE DEMOGRAFIA

Podemos definir la demografía de una manera muy genérica como la ciencia que tiene por objeto el estudio de la evolución de las poblaciones humanas a través del tiempo, mediante el análisis de sus componentes básicos: nacimientos, defunciones, emigraciones e inmigraciones.

Precisamente la ecuación básica del crecimiento de la población se obtiene mediante la combinación de estos factores; formulándose de la siguiente manera:

$$P_{t+a} = P_t + \underbrace{(N - D)}_{\text{C. VEGETATIVO}} + \underbrace{(I - E)}_{\text{SALDO MIGRATORIO}}$$

donde P_{t+a} es la población final del período a , P_t es la población inicial en el momento t , N son nacimientos, D son defunciones, I son inmigraciones y E emigraciones.

Vamos a ir desagregando cada uno de estos componentes y estudiando los índices que los definen.

Finalmente haremos referencia al análisis de la estructura por edad y sexo de la población.

6.2. LA NATALIDAD

Se trata de un fenómeno demográfico ligado al nacimiento, que puede ser objeto de análisis en una doble vertiente:

- desde el punto de vista de los nacidos. Estamos entonces ante la natalidad en sentido estricto,
- desde el punto de vista de las madres. Estamos entonces ante el análisis de la fecundidad.

La *natalidad* se mide mediante la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) que se obtiene dividiendo el número de nacimientos producidos a lo largo de un período de tiempo por la población existente en el punto medio de ese período.

$$TBN = \frac{N}{P} \cdot 1.000$$

La *fecundidad* puede medirse de dos maneras:

- a través de la Tasa Bruta de Fecundidad (TBF) que resulta de dividir los nacimientos procedentes de mujeres en edad fértil (convencionalmente de 15 a 44 años) por la población de mujeres de ese grupo de edad:

$$TBF = \frac{N_{m \ 15-44}}{P_{m \ 15-44}} \cdot 1.000$$

- a través de Tasas específicas de fecundidad que relacionan los nacimientos según el grupo de edad de la madre:

$$t_u = \frac{N_{(u)}^m}{P_{(u)}^m} \cdot 1.000$$

N_u^m = nacimientos procedentes de mujeres de edad

P_u^m = población de mujeres de edad

A partir de las tasas específicas de fecundidad se obtiene la Tasa Bruta de Reproducción (R) que representa el número de hijas que tendría una mujer en ausencia de mortalidad:

$$R = [\alpha_a \sum t_u] \cdot 1.000$$

α = coeficientes de feminidad al nacimiento, convencionalmente 0,488.

a = amplitud del intervalo del grupo de edad.

\sum = sumatorio.

t_u = tasa específica de fecundidad del grupo de edad u

La Tasa Bruta de reproducción nos indica de una manera muy grosera además, las posibilidades de crecimiento de la población, pues nos informan sobre el reemplazo de mujeres. Por eso todas aquellas $R > 1$ nos indican poblaciones regresivas pues no todas las mujeres en edad fértil tienen hijas que les reemplacen. Por el contrario las $R < 1$ indican poblaciones en crecimiento justamente por lo contrario.

6.3. LA MORTALIDAD

La medida más elemental de la mortalidad es la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) que relaciona los fallecimientos ocurridos a lo largo de un período de tiempo con la población total en el punto medio de ese intervalo

$$TBM = \frac{D}{P} \times 1.000$$

Como en el caso de la Tasa Bruta de Natalidad se trata de una medida demasiado global muy afectada por la estructura por edades de la población.

Para evitar esto, se utilizan generalmente las tasas específicas de mortalidad que relacionan los fallecimientos procedentes de cada grupo de edad con la población de ese grupo:

$$t_u = \frac{D_u}{P_u} \cdot 1.000$$

Un aspecto muy importante del análisis del fenómeno mortalidad, es el análisis específico de la mortalidad infantil, pues generalmente el nivel alcanzado por ésta, se utiliza como indicador del nivel de desarrollo socio-económico de una población.

La mortalidad infantil mide exclusivamente los fallecimientos ocurridos en el primer año de vida, pero no relaciona éstos con la población menor de un año, sino con los nacimientos adquiriendo de esta manera un carácter probabilístico.

$$M_i = \frac{D_{0-1}}{N} \cdot 1.000$$

D_{0-1} = defunciones procedente de población menor de un año

N = nacimientos.

Dentro de la mortalidad infantil podemos distinguir entre *mortalidad endógena o biológica* y *mortalidad exógena*, debida a factores externos tales como accidentes, malos tratos, etc.

La suma de las tasas de mortalidad exógena y endógena debe coincidir con la tasa de mortalidad infantil global.

Por otro lado se denomina *tasa de mortinatalidad* a la relación entre los nacidos muertos de un periodo y los nacidos vivos del periodo

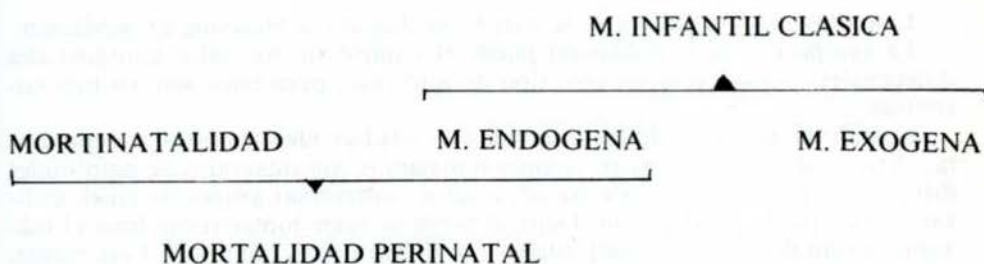
$$TMn = \frac{n}{N}$$

n = nacidos muertos

N = nacidos vivos

La suma de las tasas de mortalidad endógena y de mortinatalidad constituyen lo que se denomina tasa mortalidad perinatal.

Utilizando el esquema de R. Bressat, es quizá más comprensible la relación entre todos estos índices:



6.4. LAS MIGRACIONES

Como norma general se miden mediante el conocimiento de los saldos migratorios.

El saldo migratorio viene expresado por la siguiente fórmula:

$$SM = (P_{t+a} - P_t) - (N - D)$$

Donde:

P_{t+a} = población total al finalizar el período a

P_t = población total en el momento t

N nacimientos

D defunciones

Si el resultado de la operación tiene signo positivo estaremos ante una población ubicada en una zona de atracción inmigratoria. Por el contrario, si tiene signo negativo estaremos en una zona de emigración.

Igualmente se pueden calcular saldos migratorios por grupo de edad y sexo.

6.5. LA ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION

El estudio de la estructura por edad y sexo constituye uno de los elementos fundamentales para el conocimiento de las características de una población.

Esta estructura representa el peso relativo de cada grupo de edad de varones y mujeres respecto de la población total:

$$C_u^v = \frac{P_u^v}{P} \quad C_u^m = \frac{P_u^m}{P}$$

C_u^v = estructura del grupo de edad u de varones

P_u^v = Población

C_u^m = estructura del grupo de edad u de mujeres

P_u^m = Población

P = Población total.

La representación gráfica de la serie C_u se denomina pirámide de población.

La agrupación de la población puede efectuarse en intervalos quinquenales o decenales. No se excluyen otro tipo de intervalos pero éstos son los más corrientes.

Cuando la amplitud de los intervalos de edad es idéntica éstos se representan directamente. Sin embargo cuando trabajamos con intervalos de amplitudes distintas, es necesario a fin de no sub o sobre representar grupos de edad, utilizar algún tipo de ponderación. Generalmente se suele tomar como base el máximo común divisor de las amplitudes y se dividen éstas por aquél. Finalmente, representamos el cociente que resulte de dividir la población de cada grupo por el resultado de la operación anterior.

Por ejemplo, supongamos que estamos utilizando 3 grupos de edad, de uso muy corriente en estudios de tipo demosanitario:

POBLACION	AMPLITUD POR INTERVALO
G1 - 0 a 14	15
G2 - 15 a 64	50
G3 - 65 y más	30

(Suponemos que no hay mayores de 95 años)

El máximo común divisor de las amplitudes es 5.
Dividimos:

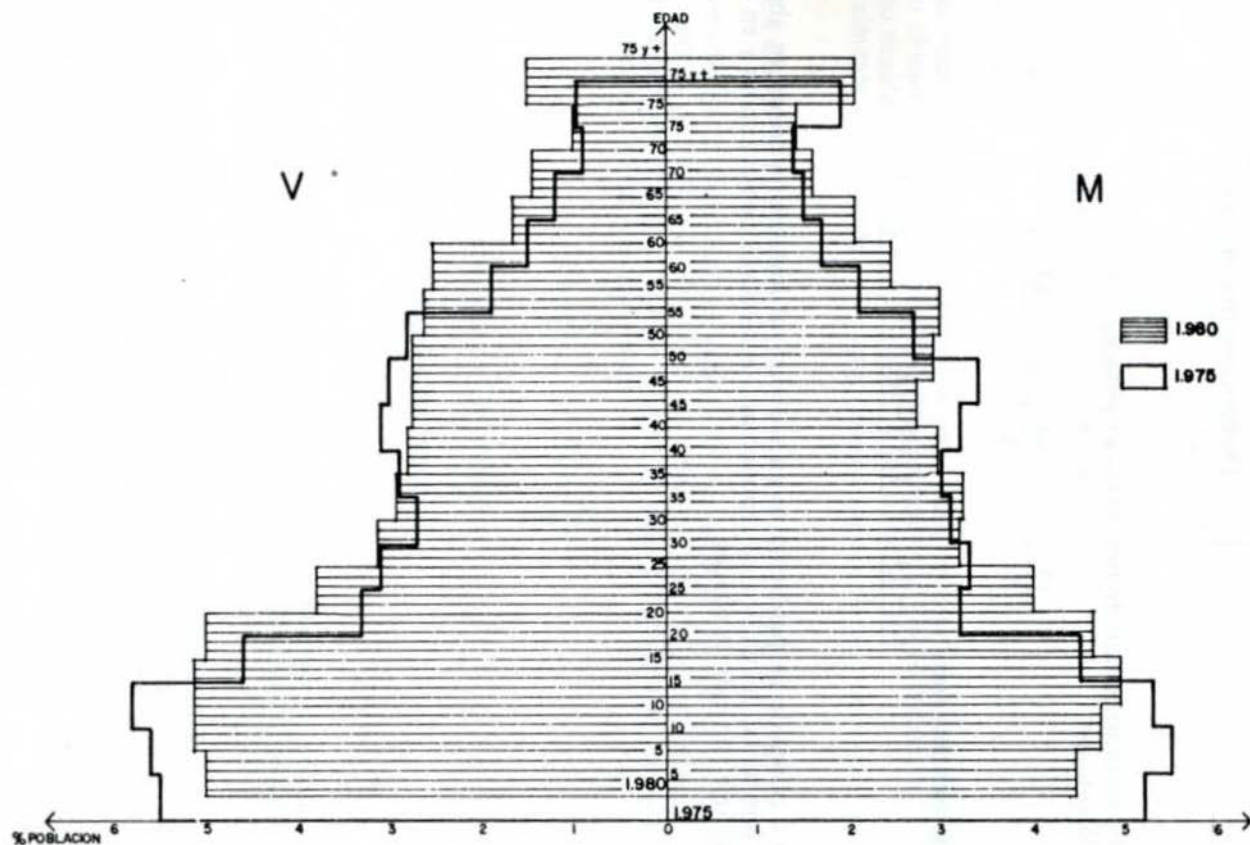
$$\frac{15}{5} = 3 \quad \frac{50}{5} = 10 \quad \frac{30}{5} = 6$$

y representaríamos:

$$\frac{C_0 - 14}{3} \quad \frac{C_{15} - 64}{10} \quad \frac{C_{65-95}}{6}$$

La pirámide de población es en realidad un histograma donde en abscisas (eje horizontal del gráfico) se representan los efectivos poblacionales y en ordenadas (eje vertical) las edades.

GRAFICO 13. ESTRUCTURA DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO DE ALBACETE POR EDAD Y SEXO. 1975 y 1980



FUENTE: Actualización a 1980 del padrón municipal de habitantes de 1975 y elaboración propia.

6.6. RESUMEN DE TASAS MAS UTILIZADAS EN DEMOGRAFIA SANITARIA

A) Natalidad

a) Tasa de natalidad = $\frac{\text{nacidos vivos en 1 año}}{\text{población a mitad del año}} \times 1.000$

b) Tasa específica de natalidad (fertilidad) = $\frac{\text{nacidos vivos en 1 año}}{\text{población de mujeres en edad reproductiva}} \times 1.000$

B) Morbilidad

a) Tasa de incidencia = $\frac{\text{enfermos nuevos en un período determinado}}{\text{población expuesta a riesgo}} \times 10^x$

b) Tasa de prevalencia = $\frac{\text{número de enfermos en un momento dado}}{\text{población expuesta a riesgo}} \times 10^x$

c) Tasa de ataque secundario = $\frac{\text{personas que enfermaron}}{\text{personas expuestas a riesgo de enfermar}} \times 100$

C) Mortalidad

a) Tasa de mortalidad general = $\frac{\text{número de muertos en un año}}{\text{población expuesta a riesgo}} \times 1.000$

b) Tasa de mortalidad específica por edad = $\frac{\text{número de muertos en un grupo de edad}}{\text{población en el mismo grupo}} \times 1.000$

c) Tasa de mortalidad por enfermedades = $\frac{\text{número de muertos por una enfermedad}}{\text{población expuesta a riesgo}} \times 100.000$

d) Tasa de mortalidad materna = $\frac{\text{muertes por causas puerperales}}{\text{nacidos vivos}} \times 1.000$

e) Tasa de mortalidad infantil = $\frac{\text{número de muertos menores de 1 año}}{\text{nacidos vivos}} \times 1.000$

f) Tasa de mortalidad neonatal = $\frac{\text{número de muertos menores de 28 días}}{\text{nacidos vivos}} \times 1.000$

g) Tasa de mortinatalidad = $\frac{\text{nacidos muertos}}{\text{nacidos vivos}} \times 100$

h) Tasa de letalidad = $\frac{\text{número de muertos por una causa}}{\text{número de enfermos por la misma causa}} \times 100$

D) Hospitalización

a) Tasa de ocupación = $\frac{\text{camas ocupadas (número de días)}}{\text{número de días-cama disponibles}^*} \times 100$

* Un hospital de 100 camas tendrá 36.500 días-cama disponibles en un año calendario.

Capítulo 7

BIOESTADISTICA

Ana Ruiz Martínez. Socióloga. Cuerpo Técnico de la Seguridad Social. Jefe de Servicio de la Unidad de Evaluación y Seguimiento de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

7.1. CONCEPTO DE ESTADISTICA Y BIOESTADISTICA

Cuando iniciamos cualquier investigación científica, nos planteamos como objetivo primordial extraer de nuestra propia experimentación una serie de conclusiones válidas, que nos permitan generalizarlas a un conjunto amplio de individuos, es decir a una población entendida ésta en sentido estadístico.

La herramienta que utilizamos para obtener estas conclusiones con absoluta fiabilidad es el método estadístico.

La aplicación del método estadístico al análisis de los fenómenos biológicos constituye la bioestadística.

Cuando hablamos de población en términos estadísticos, estamos haciendo referencia a un conjunto de elementos sobre los cuales se investiga alguna o algunas de sus características.

Estas características puede ser mensurables, denominándose en este caso *variables* o no ser objeto de medida, es decir ser de carácter cualitativo, denominándose entonces *atributos*. Las variables a su vez pueden ser continuas, cuando se pueden encontrar valores comprendidos entre dos valores consecutivos (por ejemplo peso, talla, distancias, etc.) o *discretas* en caso contrario (n.º de hijos, n.º de partos, etc.).

Una vez obtenidos los valores de la variable o del atributo objeto de estudio, es preciso proceder a su clasificación. Esta operación en estadística se denomina *tabulación* y da lugar a la elaboración de tablas estadísticas dentro de las cuales, la primera columna refleja el valor de la variable o el tipo de atributo y la segunda la *frecuencia absoluta* es decir, el número de veces que se ha repetido en nuestro experimento cada uno de dichos valores.

Al cociente que resulta de dividir cada frecuencia absoluta por la *frecuencia total* (o suma de todas las frecuencias absolutas) se denomina *frecuencia relativa*. Las frecuencias relativas pueden expresarse en porcentaje, representando en este caso el peso de cada uno de los valores, con respecto al total.

En terminología estadística se denomina tanto a las frecuencias absolutas como a las frecuencias relativas, *frecuencias ordinarias*.

Otro concepto estadístico importantes es el de *frecuencia acumulada*. Las frecuencias acumuladas se obtienen sumando a cada frecuencia absoluta los valores de las anteriores. La frecuencia absoluta correspondiente al último valor de la variable debe coincidir necesariamente con el valor de la frecuencia total.

Cuando el tamaño de la tabla estadística es excesivamente grande, es aconsejable reducirla a otra más operativa, más manejable. Para ello se agrupan los valores obtenidos en *intervalos de clase* a cada uno de los cuales corresponde como frecuencia absoluta la suma de las frecuencias correspondientes a cada valor agrupado en el intervalo. La diferencia entre los dos valores extremos del intervalo constituye la *amplitud* del mismo.

Para representar y posteriormente operar con los intervalos de clase, en un solo valor numérico se utiliza el valor medio del mismo, denominándose este valor central *marca de clase*.

A continuación vamos a representar todos los conceptos aludidos anteriormente, mediante una tabla estadística (Cuadro 1) y una tabla abreviada (Cuadro 2). Los datos reflejados en ambas, corresponden a los datos obtenidos a través de un hipotético estudio sobre el n.º de hijos tenidos por un grupo de 500 mujeres.

CUADRO 1

x_i	n_i	ρ_i	N_i
1	80	0,16	80
2	200	0,40	280
3	170	0,34	450
4	36	0,07	486
5	8	0,02	494
6	4	0,018	498
7	2	0,004	500
TOTAL	500		

x_i = valor de la variable
 n_i = frecuencias absolutas
 ρ_i = frecuencias relativas
 N_i = frecuencias acumuladas

$L_{i-1}-L_i$	n_i	x_i	ρ_i	N_i
0-2	280	1	0,56	280
2-4	206	3	0,41	486
4-6	12	5	0,02	498
más de 6	2	7	0,004	500

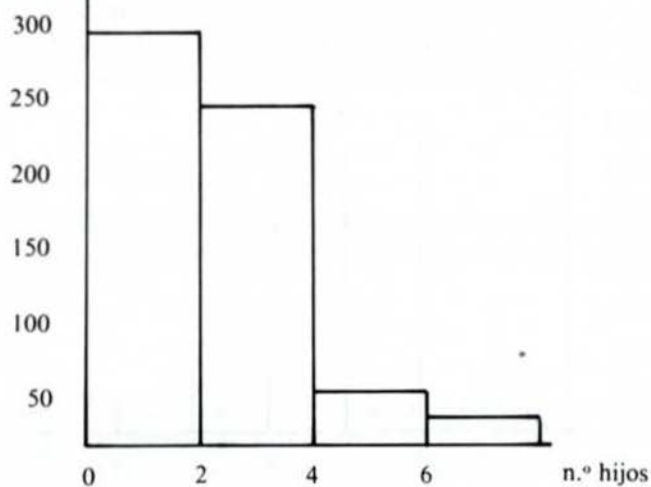
7.2. DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS. REPRESENTACIONES GRAFICAS

Las distribuciones de frecuencias pueden representarse gráficamente.

Cuando se trata de tablas estadísticas con valores agrupados en intervalos de clase mediante *histogramas* las frecuencias ordinarias y *polígonos de frecuencias* las frecuencias acumuladas. En el caso de valores no agrupados se representan las frecuencias ordinarias mediante *diagramas de barras* y las frecuencias acumuladas mediante *diagramas en escalera*.

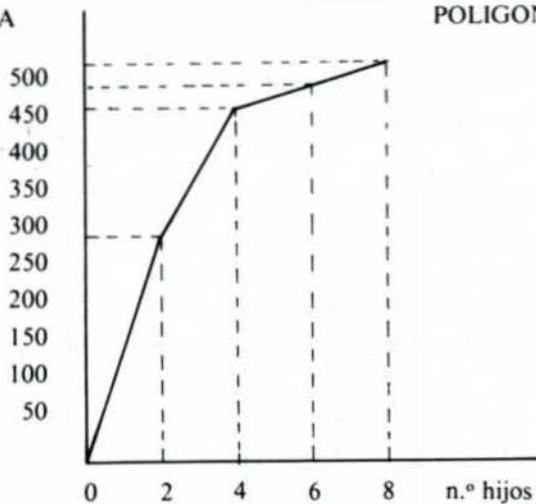
FRECUENCIA

HISTOGRAMA



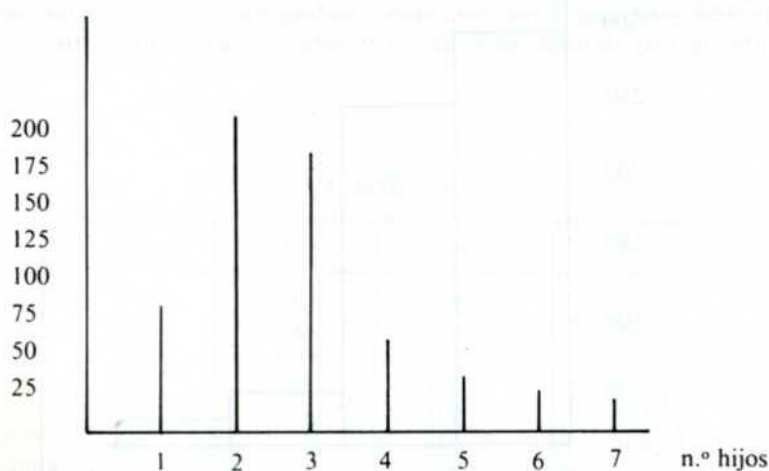
FRECUENCIA

POLIGONO DE FRECUENCIAS



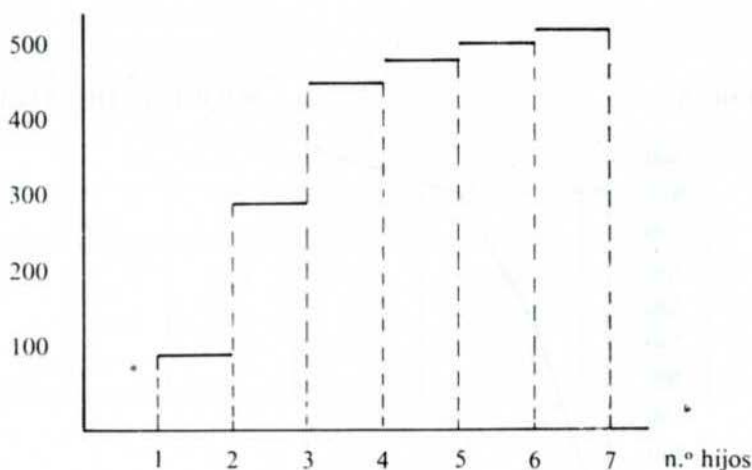
FRECUCENCIA

DIAGRAMA DE BARRAS



FRECUCENCIA

DIAGRAMA EN ESCALERA



7.3. PROMEDIOS

Hasta ahora hemos visto cómo debemos actuar para clasificar y representar gráficamente los datos obtenidos como consecuencia de nuestra investigación. A partir de ahora se nos plantea el problema de cómo obtener una visión más sintética del fenómeno que analizamos, es decir de obtener una serie de valores

representativos del conjunto de datos que hemos manejado. Para ello se utilizan los denominados *promedios* o medidas de centralización de los cuales los más utilizados son la media aritmética, la mediana y la moda.

Si llamamos x_i a los valores de la variable medida y N al número total de elementos que hemos analizado, la *media aritmética* se formularía mediante la expresión:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{N}$$

Cuando tenemos los valores agrupados en intervalos de clase será necesario multiplicar cada valor de la variable por su respectiva frecuencia absoluta. Así la media se expresaría como:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i \cdot n_i}{N}$$

Una vez ordenados los datos de menor a mayor se denomina *mediana* al valor de la variable que dividiendo en dos la serie de datos deja tantos a un lado como a otro. En el caso de series estadísticas constituidas por un número par de datos, la mediana se obtendría calculando la semisuma de los dos valores centrales.

Se llama moda al valor de la variable más frecuente, es decir, a aquél que presenta una frecuencia absoluta mayor. Puede darse el caso de que existan dos o más valores con frecuencias absolutas idénticas. En este caso se dice que estamos ante una distribución de frecuencias bimoda o plurimoda.

Es importante señalar que igualmente para el cálculo de la mediana y de la moda existen fórmulas matemáticas que se utilizan desde el momento en que analizamos series estadísticas mínimamente complejas. Pero pensamos que dada su escasa utilización en el tipo de investigación para la que puede servir de orientación esta pequeña aproximación al método estadístico, es preferible no incluirlas para no agregar un grado mayor de dificultad.

Siguiendo el ejemplo anterior, el cálculo de promedios se efectuaría de la siguiente manera:

x_i	n_i	$x_i \cdot n_i$
1	80	80
2	200	400
3	170	510
4	36	144
5	8	40
6	4	24
7	2	14
	500	1.212

$$x = \frac{\sum x_i \cdot n_i}{N} = \frac{1.212}{500} = 2,4$$

$$Me = 4$$

$$Mo = 2$$

En este caso, el cálculo de la mediana debería haberse efectuado mediante la formulación a la que antes aludíamos, pues es evidente la diferencia de valor que obtenemos en comparación con los valores de la media y moda.

7.4. MEDIDAS DE DISPERSION

Una vez obtenido ese valor representativo de la distribución de frecuencias que estamos analizando, es necesario conocer el grado de concentración o dispersión de los valores de la variable respecto de este valor central o promedio. Para eso utilizamos las llamadas *medidas de dispersión* de las cuales las más utilizadas son:

- *el rango o recorrido* que se obtiene restando del valor más alto el más bajo y que por tanto nos indica el intervalo sobre el que se mueven los datos. A mayor rango mayor dispersión.
- *la desviación típica*, que constituye la medida de dispersión más utilizada y que se obtiene sumando las diferencias elevadas al cuadrado de todos los valores de la variable respecto de la media, dividiendo por el número de elementos que estemos analizando y obteniendo finalmente la raíz cuadrada de este cociente

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{N}}$$

En el caso de que estemos trabajando con distribuciones con frecuencias absolutas superiores a 1 será necesario multiplicar cada valor de la variable por su correspondiente frecuencia y restar de este producto la media tal como se ha indicado.

- *La varianza* es el cuadrado de la desviación típica y se formula como:

$$S = \frac{\sum (x - \bar{x})^2}{N}$$

- *El coeficiente de variación* que mide el porcentaje de la media que representa la desviación típica:

$$C_v = \frac{\sigma}{\bar{x}} \cdot 100$$

Es importante señalar que en cualquier presentación de resultados de un trabajo de investigación es fundamental, añadir a la media el valor de la desviación típica pues eso indica a las personas que hayan de utilizarlo el margen de variación, y por tanto la fiabilidad de nuestro experimento.

Siguiendo con nuestro ejemplo calcularíamos las medias de dispersión como sigue: utilizando el llamado método abreviado que simplifica enormemente las operaciones a realizar sobre todo cuando como en este caso tenemos frecuencias muy altas.

Para ello ordenamos los datos y nos centramos en el valor de la variable que tiene mayor probabilidad de contener la media

x_i	n_i	d.	d_{ni}	d^2	d^2_{ni}
1	80	-1	- 80	1	80
2	200	0	0	0	0
3	170	1	170	1	170
4	36	2	72	4	144
5	8	3	24	9	72
6	4	4	16	16	64
7	2	5	10	25	50
	500		212		580

En este caso suponemos en base a su mayor frecuencia que es el valor 2. Suponemos que en este caso la desviación es cero y asignamos valor + ó - a cada uno de los valores anteriores o posteriores al valor de la supuesta media.

Luego multiplicamos cada desviación por su frecuencia obteniendo la suma de los valores de esta columna. Dividimos posteriormente por el número de elementos y añadimos el coeficiente que obtengamos al valor de la variable. Cuando estemos operando con intervalos de clase habrá que multiplicar por la amplitud del intervalo. De esta manera obtendríamos la media. Así en nuestro ejemplo:

$$\bar{x} = x_i + \frac{\sum d_{ni}}{N} = 2 + \frac{212}{500} = 2 + 0,42 = 2,42$$

resultando idéntico al obtenido mediante el anterior procedimiento.

En el caso de la desviación típica será necesario añadir una nueva columna en la que se efectúe el cálculo de las desviaciones elevadas al cuadrado. Si los valores están agrupados en intervalos de clase, será necesario multiplicar el resultado por la amplitud del intervalo.

Siguiendo nuestro ejemplo:

$$\sigma = \left[\sqrt{\frac{\sum d_{ni}^2}{N} - \left(\frac{\sum d_{ni}}{N}\right)^2} \right] \quad a = \left[\sqrt{\frac{580}{500} - \left(\frac{212}{500}\right)^2} \right] \quad l =$$

$$\sqrt{1,16 - 0,18} = \sqrt{0,98} = 0,98$$

Por tanto podríamos afirmar que el número medio de hijos tenidos por el grupo de mujeres objeto de análisis es de $2,4 \pm 0,98$ con una variación que oscila entre 1,42 y 3,38.

El coeficiente de variación sería:

$$C_v = \frac{\sigma}{\bar{x}} \cdot 100 = \frac{0,98}{2,4} \cdot 100 = 40\%$$

La variación por tanto es alta puesto que la desviación típica supone el 40% de la media. Podríamos concluir por tanto que podemos aceptar la media de nuestro experimento con reservas.

BIBLIOGRAFIA

- «Estadística aplicada a las Ciencias Sociales». Angel Alcaide Inchausti. Editorial Pirámide.
- «El método estadístico en la investigación médica». José Luis Carrasco de la Peña. Ed. Ciencia 3.
- «Fundamentos de Demografía». Joaquín Leguina. Ed. Siglo XXI.
- «El Análisis Demográfico». J. Pressat. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Capítulo 8

ADMINISTRACION

Angelita Larrosa Ferreira. Enfermera. Especialista en Salud Pública

8.1. INTRODUCCION

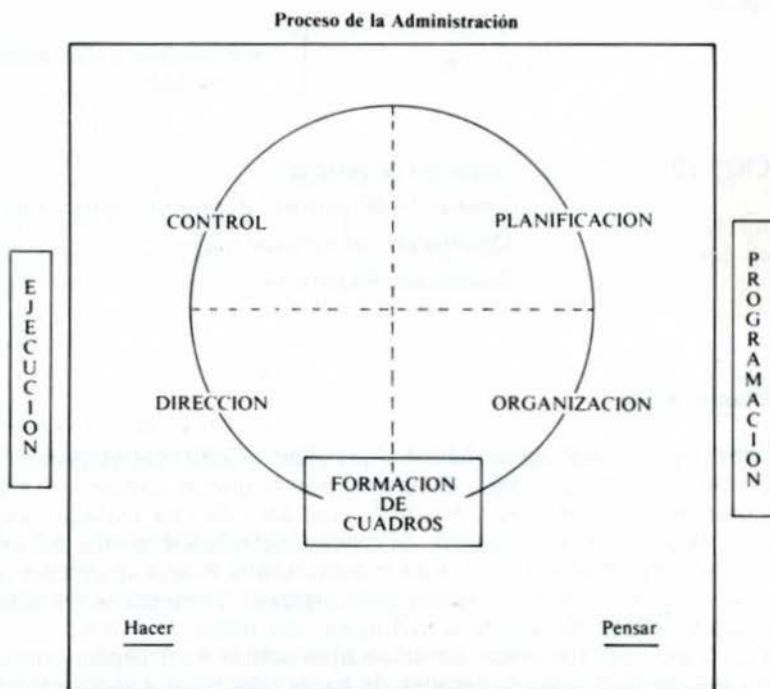
La Administración se considera, en la actualidad, como una Ciencia, que aporta una serie de conocimientos, que nos permiten prestar atención al *binomio Madre-Hijo*, en un Centro de Atención Primaria y en su hogar, de una forma racional y con una secuencia lógica, obteniendo buenos resultados con una adecuada utilización de los recursos, y satisfacción para las personas que han sido atendidas, así como por la Matrona que ha prestado el Servicio.

Cuando decimos que *Administramos*, estamos señalando que actuamos para obtener un resultado eficiente y eficaz, que previamente determinamos al escribir un Objetivo, por el cual actúa un grupo humano, utilizando un grupo de recursos para realizar una serie de actividades lógicamente ordenadas.

La acción o actuación, siempre se realiza; basándonos en datos, aplicando un método de trabajo que surge al haber establecido previamente las metas, recursos, medios, plazos de tiempo, frecuencia, criterios y sistemas de control.

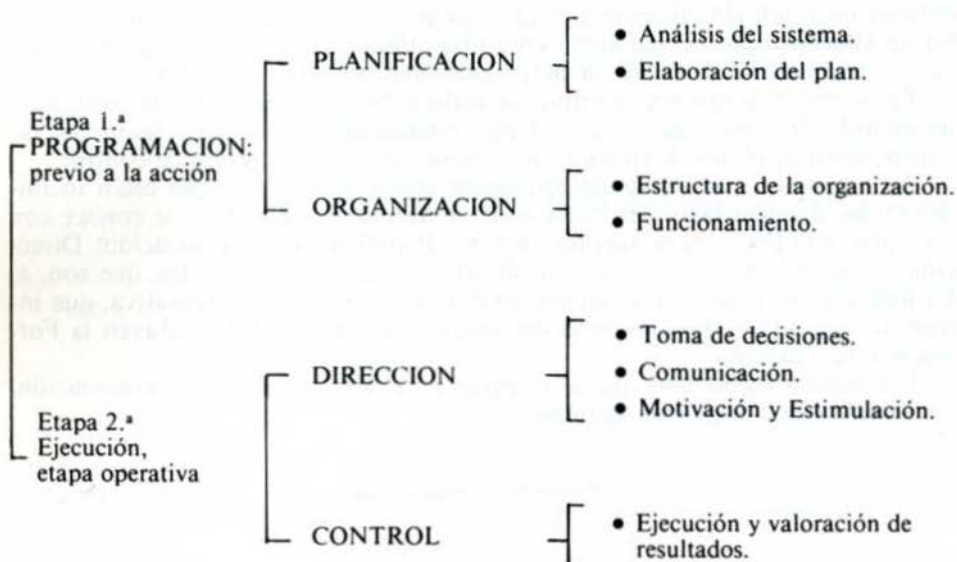
Administramos sólo cuando aplicamos todos los aspectos que están incluidos en las diversas fases del Proceso de la Administración. Este se conoce con las siglas P.O.D.C., cuya significación es: Planificación, Organización, Dirección y Control. A su vez se clasifican en dos etapas diferenciadas, que son: a) La llamada *Intelectual*; que integra las dos primeras y b) La Operativa, que integra las segundas. Hay que recordar que existen autores que incluyen la Formación de Cuadros.

Los aspectos generales que se integran en el Proceso de la Administración, los veremos en el esquema siguiente.



8.2. SINTESIS ESQUEMATICA DE LAS FUNCIONES DE LA ADMINISTRACION

El conjunto de las acciones de la administración tiene dos etapas claramente diferenciadas, una de ellas es la de programación también conocida como fase intelectual, y la otra es la de ejecución. Ambas se apoyan en la Formación de Cuadros.



FORMACION DE CUADROS: Selección de personal
Desarrollo del personal (formación continuada).
Orientación del personal nuevo.
Evaluación del personal.

8.2.1. Planificación

Partimos, en este caso de la máxima que dice: «Gobernar es prever», y prever es prevenir y prepararse para el futuro, por lo que se convierte en una forma de actuar. Se puede prever y hacernos una idea de una realidad, cuando la conocemos, para lo cual necesitamos de datos objetivos sobre ella. Al comenzar una Planificación o Programa, estamos determinando lo que queremos lograr, y la forma y los medios que necesitamos para lograrlo. Teniéndolo en cuenta, nos es fácil entender el significado de la definición que dice:

«Es el proceso, que partiendo de un análisis actual y retrospectivo de un sistema (Servicio de Matronas) y después de hacer una evaluación de fines y me-

dios (de lo que queremos hacer y las posibilidades que tenemos para hacerlo) determinamos:

1. Objetivos.
2. Políticas.
3. Actividades.
4. Normas para actuar y realizar el Control.

Aclaremos los conceptos usados anteriormente.

1. **Objetivos:** Son simplemente la expresión escrita de lo que queremos lograr, y tienen que contener ¿El qué?, o ¿Cuánto?, ¿Dónde?, y ¿En qué tiempo?

Por ejemplo: Promover la lactancia materna en el 100% de las embarazadas en Coslada en el año 1985.

Aumentar en un 25% la lactancia materna en los Recién Nacidos, en Coslada durante el período 1986-1990.

Promover una actitud positiva hacia el embarazo, parto, puerperio y planificación familiar.

Favorecer que los hombres y mujeres, obtengan, a través del conocimiento, una actitud positiva hacia el embarazo, parto, puerperio y la planificación familiar.

2. **Políticas:** Nos determinan el área de libertad que tenemos para decidir. Están directamente relacionadas con la división del trabajo en el Equipo de Atención Primaria, el área donde actuamos y la función que nos viene dada por nuestra profesión.

3. **Actividades:** Son un conjunto de acciones.

Por ejemplo: La Educación para la Salud es una actividad de la Atención integral, pero para poder lograrla, realizamos previamente una cantidad considerable de acciones, como pueden ser:

- Citar a las personas.
- Preparar la clase.
- Buscar los materiales necesarios.
- Obtener el tiempo y lugar para hacer la Educación para la Salud.

4. **Normas:** Son criterios, que tienden a regular o señalar, la forma en cómo tenemos que actuar; es decir, señala la forma en que hay que hacer las cosas, y a la vez nos orientan a la selección y determinación del tipo y número de recursos.

Por ejemplo:

Tema. Control de la Puérpera

Actividades integradas en un Programa de Control de Mujeres de estado Puerperal

- a) Altura y contractilidad del útero.
- b) Características de los Loquios.
- c) Características de las mamas y pezones.
- d) Temperatura Corporal.
- e) Estado psíquico de la puérpera, y relación con su hijo.
- f) Estado de la Episiotomía, si la hubiere.

Norma: La Matrona efectuará el control de la mujer, después del parto en su domicilio, la primera vez en la primera semana, y la segunda antes de 15 días, cumpliendo las actividades determinadas en el Programa de Control de la puérpera.

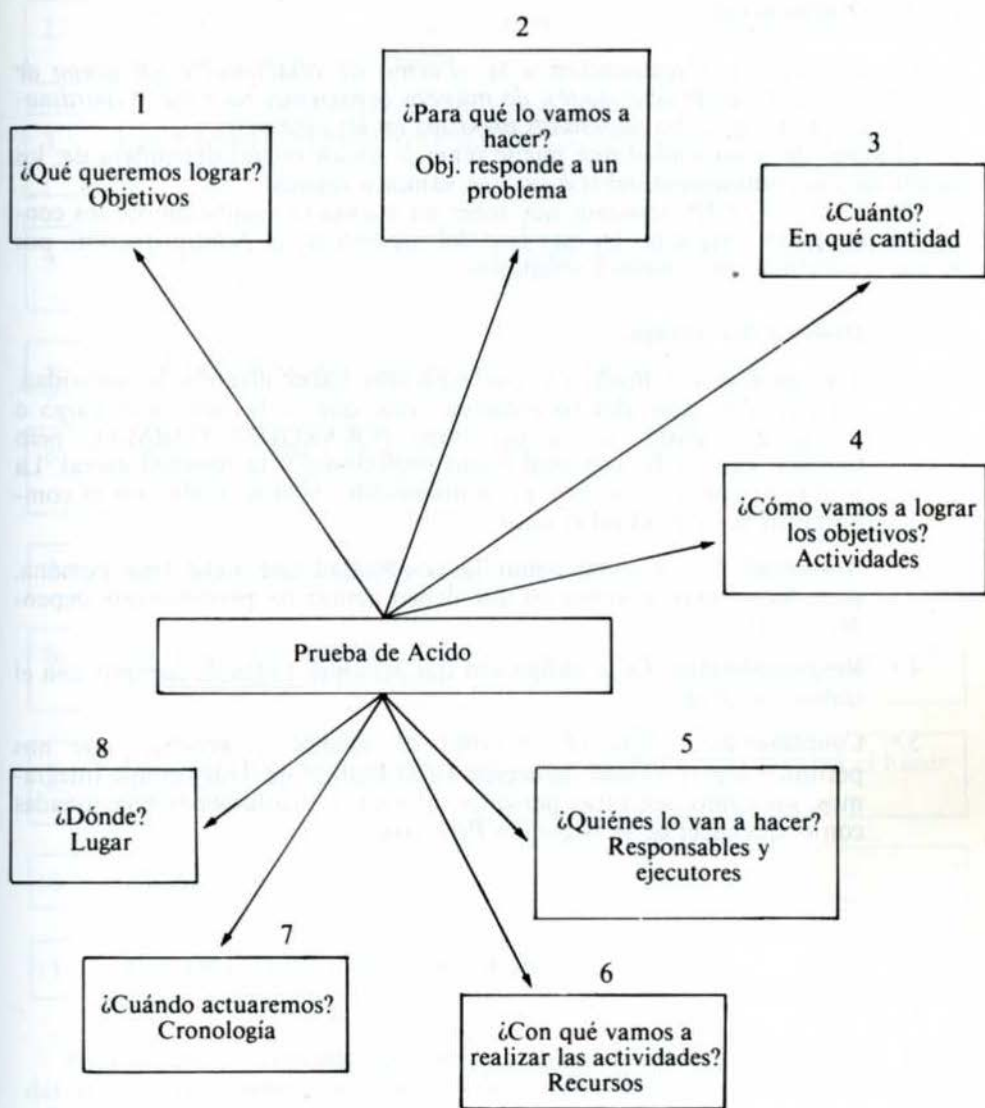
En este caso, y según las actividades, sabemos:

- 1.º Que hay que hacer el control en domicilio dos veces y en qué tiempo
- 2.º Lo que tenemos que controlar, que son las actividades anteriores y
- 3.º Tomando como ejemplo la altura y contractilidad uterina y las características de los loquios, sabemos que no necesitamos ningún otro recurso que la propia Matrona, ya que la primera actividad la hace con sus manos, y la segunda a través del diálogo, preguntando cuanto moja y escucha lo que le dice la Señora, observando las características de los loquios, cantidad, color, y olor.

Volviendo a la Definición. Para poder hacer un análisis y obtener conclusiones acerca de la necesidad que tiene la población, y la demanda real que tiene el Centro de Atención Primaria (la que se da todos los días), y la posible, tenemos que hacer un Diagnóstico de la situación de Salud en que se encuentra nuestra Población. Para lo cual hay que obtener datos, ordenarlos, analizarlos y de este análisis sacar conclusiones y jerarquizar las prioridades. Conocidas las necesidades prioritarias, nuestra posibilidad y la capacidad para dar la respuesta, estamos en condiciones adecuadas de Planificar. Toda Planificación basada en la irrealidad y sólo en deseos profesionales, fracasa, por lo cual es necesario recordar que la Planificación bien hecha es siempre logable, para ello hay que tener en cuenta que debemos valorar.

$$\frac{\text{DEMANDA + NECESIDAD}}{\text{POSIBILIDAD}} = \text{PLANIFICACION REALISTA}$$

Antes de poner en práctica una planificación, proyecto o plan, debemos someterlo a lo que se llama «Prueba de Acido», que no es más que la confirmación que haremos nosotros mismos, de la planificación a través de dar respuestas a las preguntas que adjuntamos



Si existe una sola de las preguntas, que no tienen respuesta, debe valorarse y corregirse la Planificación anterior, y no ponerse en práctica hasta lograr formularla en forma concreta.

8.2.2. Organización

Entendemos por Organización a la *«Forma de relacionarse un grupo de personas, para realizar actividades, de manera consciente, racional y coordinada, con el fin de lograr los resultados previstos en los objetivos.»*

El grado de complejidad que puede tener la organización dependerá de: los objetivos y la complejidad del trabajo que vamos a realizar.

Para ORGANIZAR, tenemos que tener en cuenta el significado de los conceptos que están integrados en esta fase del proceso de la Administración, por lo que a continuación, vamos a señalarlos.

1.º División del trabajo.

2.º **Jerarquía:** Es el modo en que podemos hacer efectiva la autoridad. En términos generales recordamos, una, que es la que da el cargo o puesto de trabajo; que se denomina JERARQUIA FORMAL, pero también existen la responsabilidad profesional y la llamada moral. La primera tiene que ver con el conocimiento, y la segunda con el comportamiento, con el saber estar.

3.º **Autoridad:** Se entiende como la posibilidad que tiene una persona, para determinar la forma en que deben actuar las personas que dependen de ella.

4.º **Responsabilidad:** Es la obligación que tenemos todos de cumplir con el trabajo asignado.

5.º **Coordinación:** Será el conjunto de medios y acciones que nos permiten lograr unidad de acción en el Equipo de Trabajo que integramos, así como con otras personas, niveles, e Instituciones relacionadas con el quehacer de la Atención Primaria.

La Organización está regida por los siguientes principios.

1. DIVISION DEL TRABAJO, para producir más y mejor.
2. RACIONALIDAD, para alcanzar los mejores resultados con el mínimo gasto posible de recursos.
3. NECESARIA CORRESPONDENCIA, entre autoridad, responsabilidad y recursos.
4. EQUIDAD, para dirigirse al trabajador de manera justa, sin despotismo, y sin favoritismos injustificados.
5. SUBORDINACION, del interés individual al colectivo.
6. ORDEN, social y material, es decir, un lugar para cada persona y una persona para cada lugar.
7. UNIDAD DE MANDO; tener un solo jefe.
8. UNIDAD DE DIRECCION, ya que cada sistema y subsistema tiene que tener un solo Director.
9. DISCIPLINA, para respetar, normas y acuerdos, que regulan el hacer colectivo.
10. REMUNERACION JUSTA
11. ESTABILIDAD EN EL TRABAJO

Para organizar nuestros servicios o trabajo individual tenemos que recordar que hay tres aspectos que hemos de tener en cuenta, y que son los relacionados con:

A) **La Estructura** del Centro de Trabajo, esto tiene que ver con:

- Los objetivos y área de libertad para tomar decisiones (FINES Y POLITICAS).
- Los servicios que se tienen que dar a la población y la amplitud de los mismos: (FUNCIONES, NATURALEZA Y MAGNITUD).

- Las responsabilidades que corresponden realizar a cada trabajador del Equipo, en cada área del Centro (DEFINICION DE PUESTOS DE TRABAJO Y UNIDADES DE ORGANIZACION).
- B) **Sistematización** que implica el tipo y la forma que hemos determinado para actuar en el Centro en los diferentes niveles de atención, dentro del marco legal y de las competencias institucionales existentes y por último,
- C) **Instalaciones**, que se relaciona con los recursos físicos, materiales y humanos que están a nuestra disposición.

Ejemplo de organización del trabajo de una Matrona en Atención Primaria

1. *Tenemos una población que se caracteriza por:*

- a) *Ser joven, con una tasa de Natalidad alta.*
- b) *El número de niños por familia es de un promedio de 3, y hay un 20% que tienen más de 5 y*
- c) *El nivel socio-económico es bajo, con un 15% de la población en paro.*

Los recursos existentes en el Centro de Atención Primaria son:

- a) Dos Médicos, una Enfermera y una Matrona.

En esta situación, la Matrona debe hacer el esfuerzo de organizarse y organizar un servicio, como miembro del Equipo de Salud, tendiendo a:

- Captar a las mujeres embarazadas, lo antes posible, y actuar en el campo de:

Fomento de Salud del niño a través de la educación para la salud de los padres, en aspectos como:

- a) Alimentación de la madre.
- b) Preparación para la Lactancia Materna, y otros aspectos de Puericultura.
- c) Concienciar a los padres, para que integren al Recién Nacido, a partir de los 15 días de vida al Centro de Atención Primaria, para su control y seguimiento en Salud.
- Fomento de la salud de la madre, y prevención de complicaciones, realizando actividades como:
 - a) Control según protocolos específicos para cada trimestre del embarazo, con referencia al médico en caso que corresponda.
 - b) Psico-profilaxis del parto.
- Facilitar la toma de decisiones, acerca de la Planificación Familiar poniendo al alcance de la familia la información existente sobre el tema, y los recursos disponibles para regular los embarazos, y explicar y aclarar los convenientes e inconvenientes que tiene cada uno de los métodos.

Para actuar en estos aspectos, debemos plantearnos: ¿dónde lo vamos a hacer?, ¿cuándo?, y ¿con qué?

1. Actuaremos en el Centro de Atención Primaria, y en otros locales que tenga la comunidad, como asociaciones de vecinos, y/o locales de la Iglesia, escuelas, etc.
2. Dividiremos nuestro tiempo en horas por día o bien días en la semana para realizar las actividades que corresponden a cada uno de los aspectos señalados, teniendo en cuenta que la captación de la embarazada y del Recién Nacido es permanente.
3. Tenderemos a trabajar con grupos de personas que tengan situaciones similares, haciendo apoyo y asesoría individual a aquéllos que lo requieran por algún tipo de situación particular.
4. Siempre deberemos tener un tiempo en horas libres, por día, para hacer los primeros controles de la puerpera en el domicilio.
5. Haremos los registros para poder, nosotros y otros miembros del equipo, actuar en base a realidades, y de forma coordinada y coherente.
6. Los recursos necesarios para esto, son mínimos, ya que el fundamental es el humano, aunque se precisen estetoscopios, básculas, tensiómetros, material de ayuda visual y folletos entre otros.
7. Por último, y como primera actividad, hay que relacionarse con aquellos Organismos que puedan facilitarnos los datos necesarios para localizar, y poder actuar con las familias, que deban recibir los servicios antes mencionados.

8.2.3. Dirección

Teniendo en cuenta que nosotros podemos llegar a tener la posibilidad de ser responsables (Directores) de un programa o sub-programa de atención a la mujer, vamos a señalar algunos aspectos de importancia, para cumplir esta responsabilidad de forma adecuada.

Dirigir, implica cumplir la *responsabilidad de; Iniciar, orientar e impulsar* la realización de proyectos de trabajo, mediante la toma de decisiones, el estímulo a las personas y el ejercicio del liderazgo colectivo.

En nuestro trabajo diario, tomamos decisiones cuando estamos frente a situaciones y/o problemas que requieren de una respuesta que permita solucionar una situación o dar satisfacción de una necesidad. Para estos tenemos que:

- Conocer el problema y/o situación.
- Analizarlos, e identificar sus causas.
- Determinar las consecuencias que puedan derivarse de la permanencia de las causas y problemas.
- Plantearnos las posibles soluciones, y decidirnos por una en corto tiempo, con poco gasto, y mayor aceptación por parte de la población y de nosotros mismos.
- Por último tomamos la decisión, y ésta se ejecuta y evalúa posteriormente.

Debemos recordar que las *reuniones* son un medio de alta utilidad para cumplir con la responsabilidad de dirigir. Las reuniones, para que den un resultado positivo, deben ser: Planificadas, organizadas, dirigidas y controladas.

8.2.4. Control

El control es importante ya que nos permite:

- Hacer un seguimiento del cumplimiento de lo planificado, en todos los aspectos, y la utilización de los recursos.
- Introducir modificaciones necesarias, y hacer observaciones al personal.
- Obtener datos para evaluar.

Los medios que tenemos para controlar son variados, y entre ellos se encuentran:

- La observación directa.
- Los registros y
- El diálogo con los compañeros y otras personas.

8.2.5. Evaluación

Implica *medir objetivamente*.

A través de los resultados obtenidos en la evaluación, podemos llegar a saber en gran medida, y con qué calidad hemos logrado los objetivos, pudiendo apreciar a la vez la utilización que hemos hecho de los recursos y el rendimiento que han tenido.

La medición debe ser: objetiva, hacerse con método y de forma sistemática, con una frecuencia previamente determinada y de forma permanente.

Evaluamos, cantidad y calidad y entre los aspectos que se destacan están: la idoneidad, eficacia, amplitud y rendimiento.

Para evaluar es necesario utilizar indicadores; éstos son variables que facilitan la determinación de las modificaciones intervenidas. En el caso que al inicio no tengamos indicadores, podemos cumplir con este aspecto de la administración empleando criterios o normas.

La objetividad de la evaluación está relacionada con el conocimiento que deberá ser veraz y pertinente.

El *proceso* de la evaluación tiene los siguientes componentes:

- Especificación del *tema* a evaluar.
- Obtención de la *información* necesaria.
- Verificación de la *pertinencia*.
- Análisis de los *progresos*.
- Evaluación de la *suficiencia*.
- Evaluación de la *eficiencia* (período corto).
- Evaluación de la *eficacia* (período largo).
- Evaluación de los efectos (período largo).
- Conclusiones y formulación de proyectos de acción.

La evaluación tiene por fin entre otras cosas:

- a) *Mejorar los programas y los servicios y orientar la distribución de los recursos* de forma adecuada.
- b) Tener conocimientos que faciliten la *toma de decisiones*.
- c) Hacer un análisis de los:
 - Diversos aspectos y actividades que integran un programa.
 - De la ejecución de los mismos y
 - Su pertinencia, formulación, eficiencia y eficacia; costo y aceptación por todas las partes implicadas.

Características fundamentales de algunos componentes de la evaluación

1. **LA PERTINENCIA;** *guarda relación con las razones para adoptar las políticas de salud, en consonancia con la política económica y social; y con el establecimiento de los: programas, actividades, servicios e instituciones, que respondan a las necesidades humanas básicas y políticas del sector de la salud.*
2. **LA SUFICIENCIA;** *buena atención a las acciones realizadas.*
3. **LOS PROGRESOS;** *se determinan por comparación entre las prestaciones efectivas de un programa y las que se habían previsto. La determinación de los progresos sirve para facilitar la vigencia general y operativa de las actividades en curso. En este caso, la vigilancia consiste en el seguimiento cotidiano de una actividad durante su ejecución.*
4. **LA EFICIENCIA;** *expresa la relación entre los resultados obtenidos de un programa o actividad de salud y los medios aplicados para su realización.*
5. **LA EFICACIA;** *es la expresión de los efectos que se desean obtener. Determina la medida en que se han logrado los objetivos en metas. Sirve para mejorar la formulación de los programas, funciones y la estructura de los servicios. También expresa el grado de satisfacción e insatisfacción.*
6. **LOS EFECTOS;** *expresa la influencia general de un programa, servicio y sistema en el desarrollo socio-económico, con la salud.*

Indicadores del estado de salud

1. *Porcentaje de R.N. > de 2.500 g. al nacer.*
2. *Porcentaje de niños cuyo peso por edad corresponde a la norma.*
3. *Respuesta psicosocial del niño, de acuerdo a la edad.*
4. *Tasa de mortalidad peri-natal.*
5. *Expectativa de vida al nacer.*
6. *Tasa de mortalidad materna.*
7. *Tasa de morbilidad por tipo y edad.*
8. *Tasa de incapacidad.*
9. *Tasa de patología social y mental: suicidios, alcoholismo, otras drogadicciones, delincuencia juvenil, obesidad, consumo de tranquilizantes, etc.*

CRITERIOS

Son normas con las que se miden las distintas acciones. Pueden ser: técnicos y sociales. Los primeros son muy específicos de los programas. Ejem. Criterio de pureza del agua.

Si no hay indicadores y normas. Se pueden hacer preguntas, para evaluar:

Ejem. ¿Se dispone de agua potable en las viviendas?

¿Cuántos niños están inmunizados?

¿Cuánto tiempo tienen que viajar para llegar al C.S., consultorio, ambulatorio, etc.?

¿Hay muchos ancianos?

Capítulo 9

INSTRUMENTOS PARA LA ATENCION DIRECTA

Carmen de la Cuesta Benjumea. Enfermera. Especialista en Salud Pública.
Asesora de Enfermería de la Subdirección General de Gestión de la
Atención Primaria

9.1. INTRODUCCION

En este capítulo se describirán los tres instrumentos básicos que tiene el personal de Enfermería y concretamente la Matrona para brindar atención integral a los individuos y grupos. Hacemos énfasis en el concepto de atención *directa* dado que la Matrona como el resto del personal de Enfermería en el nivel primario ha visto su papel en muchas ocasiones relegado a realizar una atención indirecta en la que predominaba la actuación por delegación del Médico.

Ponemos el acento en esta ocasión en la capacidad que tienen los profesionales de Enfermería en realizar funciones propias, esto es en el potencial que tienen para contribuir a elevar de forma directa el nivel de salud de la mujer y el recién nacido.

Los instrumentos que vamos a comentar por los que la Matrona presta atención directa son: la consulta de Enfermería, la visita domiciliaria y la educación sanitaria a los grupos. Es necesario insistir en que éstos son vehículos por los que la Matrona brinda sus servicios a la población, bien sea en el Centro Sanitario o en la comunidad.

Independientemente del lugar donde se desarrolle esta atención se dan dos tipos:

1. **Atención a la demanda.** – Cuando el usuario de forma espontánea acude o solicita los servicios por sentir un problema o necesidad de salud. Así como cuando, sin estar previamente previsto, el Facultativo correspondiente deriva a la mujer a los servicios de Enfermería.
2. **Atención programada.** – Cuando la iniciativa de prestar la atención surge de un profesional sanitario y se ha previsto con anterioridad por formar parte de un programa la actividad o por haberse planificado de antemano (por ejemplo control del embarazo, visita puerperal...).

9.2. CONSULTA DE ENFERMERIA

Definición

Es la actividad que viene a complementar la atención sanitaria que se presta en un Centro del nivel primario (Institución Abierta o Centro de Salud) por medio de la atención de Enfermería al enfermo crónico, el adulto, anciano, la mujer y el niño, así como la recepción del enfermo que acude por primera vez al Centro y la aplicación de los tratamientos prescritos. La atención de Enfermería comprende los cuidados de Enfermería.

Organización

La consulta de Enfermería se organizará por áreas de trabajo, por ejemplo áreas para el control del enfermo crónico, el niño, la mujer. Estas áreas estarán vinculadas y en estrecha coordinación con las áreas médicas a fin de poder realizar un trabajo conjunto. La Enfermería y la Medicina son profesiones sanitarias que por su naturaleza se han de unir y trabajar en equipo para abordar los problemas y necesidades de salud de una forma integral. Así, por ejemplo, la consulta de Enfermería para el control de la mujer gestante se coordinará con la consulta de Tocología.

La organización en base a áreas de trabajo, en la práctica significa que los enfermos o personas sanas que se atienden en la consulta de Enfermería procederán y serán remitidos a unas consultas Médicas determinadas cuando así esté indicado. Para mayor orientación ver Cuadro 1 donde se refleja la organización por áreas de la consulta de Enfermería en las Instituciones Abiertas.

CUADRO N.º 1

ORGANIZACION CONSULTA DE ENFERMERIA II.AA.

AREAS	VINCULACION SERVICIOS	PROFESIONALES ENCARGADOS
Enfermo Crónico	Medicina General	Enfermera/o de Institución. Sanitaria Abierta.
Mujer	Tocología Ginecología	Matrona de Equipo Tocológico. Matrona o Enfermera/o de Institución. Sanitaria Abierta.
Niño	Pediatría	Enfermera/o de Institución. Sanitaria Abierta.
Tratamientos	Todas las Consultas	Practicante de Zona.

A fin de evitar al usuario desplazamientos innecesarios entre la consulta Médica y la de Enfermería, se buscará que ésta se halle próxima a la(s) consulta(s) con las que esté coordinada.

La duración de la consulta de Enfermería realizada por un mismo profesional, en la medida de lo posible, no debe exceder de las 2 horas y media. En este tiempo se atenderán a un promedio de 15-20 personas, ya que se estima adecuado dedicar a cada uno de 7 a 10 minutos. Este tiempo será superior para las primeras consultas. Es adecuado que en la consulta de Enfermería se fije un tiempo determinado para atender a las personas citadas (atención programada) y otro para las no citadas o previstas (atención a la demanda).

Actividades

De forma general en la consulta de Enfermería se realizan 6 actividades básicas (principales):

1. Valoración de las necesidades o problemas de salud del usuario teniendo en cuenta su medio físico y social.
2. Detección precoz de signos de alarma, y factores o situaciones de riesgo.
3. Control y seguimiento de un problema o necesidad de salud según el protocolo establecido.
4. Aplicación del tratamiento prescrito por el Facultativo y de los cuidados de Enfermería según lo requiera el problema de salud.
5. Educación sanitaria individual.
6. Registro.

Tipos

Dependiendo de la procedencia del usuario se pueden distinguir tres tipos de consulta de Enfermería:

1. **Primera consulta:** cuando la persona acude a la consulta de Enfermería por vez primera.
2. **Consulta sucesiva:** cuando la persona acude la segunda vez y sucesivas para el control y seguimiento de su problema o necesidad de salud. Accede a este tipo de consulta previa cita.
3. **Consulta post-clínica:** cuando el Facultativo, después de atender al enfermo ha considerado necesario remitirlo a Enfermería para completar la atención.

Procedimiento

Dependiendo de la procedencia del usuario y por tanto del tipo de consulta de Enfermería habrá un procedimiento distinto.

Así, en la primera consulta el objetivo principal será la entrevista y exploración, en la sucesiva será el control y seguimiento y en la post-clínica la aplicación de un tratamiento, o los cuidados de Enfermería que se requieran (ver cuadro 2).

De forma más detallada el procedimiento general será:

A) Primera consulta

1. Recogida de datos a través de la entrevista. Los datos serán, a título indicativo, relativos a:

- Localización (nombre, apellidos, dirección, n.º de la Seguridad Social, etc.).
- Motivo por el que acude.

CUADRO N.º 2

PROCEDENCIA	TIPO	OBJETIVO PRINCIPAL
Demanda espontánea del usuario	Primera consulta	Entrevista Exploración
Programada	Consulta sucesiva	Control y seguimiento
Derivada por Médico	Consulta post-clínica	Aplicación de tratamiento o de los cuidados de Enfermería

- Detección de grupos y factores de riesgo:

- a) Indagación sobre hábitos de vida relacionados con su problema o situación de salud; por ejemplo en el caso de mujer embarazada sobre si fuma, hace reposo, etc.
- b) Indagación sobre el medio donde el usuario vive, se relaciona y trabaja; por ejemplo si la vivienda reúne las condiciones necesarias para recibir al recién nacido.
- c) Indagación sobre la posibilidad de estar otros miembros de la familia afectados por el mismo problema de salud y de cómo se adaptan a una nueva situación de salud; por ejemplo averiguar si la familia acoge favorablemente el nacimiento del niño.

La historia clínica o sistema de registro que se utilice en cada centro indicarán las áreas en las que se han de recoger los datos. No obstante, en alguna ocasión no se pueden recoger todos los datos la primera vez, la persona que realice la consulta tendrá que priorizar cuáles son los más importantes en relación al motivo de consulta y cuáles se pueden dejar para cumplimentar bien en el domicilio (por observación directa por ejemplo), o bien en otra consulta cuando se haya establecido un clima de confianza y/o cuando el usuario pueda ver la relación de recoger unos datos específicos con su situación de salud o enfermedad. Hay que evitar el producir en el usuario una sensación de interrogatorio en el que además no ve la relación con el motivo por el cual ha acudido a los servicios de salud.

2. Toma de constantes vitales u otras exploraciones físicas que sean necesarias. Es importante realizar esta actividad en un clima de serenidad, explicando a la mujer lo que se va a realizar y por qué es necesario. En caso de que la persona esté intranquila o atemorizada será imprescindible tranquilizarla primero antes de realizar cualquier tipo de exploración.

3. Valoración del motivo de la consulta y los datos recogidos. La recogida de datos ha de servir para iniciar una actuación sanitaria determinada y/o prever las consecuencias de una determinada situación, en la medida de lo posible y dependiendo del problema o situación de salud, se informará a la mujer. La participación del usuario en los temas de salud comienza por la información correcta, veraz y oportuna.

4. Elaboración de un plan de acción o cuidados, conjuntamente con el usuario basado en las necesidades y/o problemas de salud detectados. Iniciación si procede a solucionar el problema o necesidad de salud.

5. Orientación y educación a la mujer sobre su problema o situación de salud.

Esto forma parte de lo que se acaba de indicar sobre el informar al usuario. Asimismo y dado que la educación sanitaria ha de ser una actividad permanente de la Matrona, ésta no ha de perder ninguna ocasión para realizarla. Esta orientación y educación se realizará teniendo en cuenta los datos recogidos y así personalizarla lo más posible, éste es el aporte que la educación sanitaria individual hace, y que en la de grupos es más difícil conseguir.

6. Registro en la ficha o en la historia, de los datos recogidos, el plan de acción o de cuidados y las actividades realizadas.

Esto es fundamental para dar continuidad a los cuidados, evaluar la atención prestada y facilitar el trabajo en equipo.

7. Remisión a la mujer al Facultativo correspondiente con la ficha de consulta o historia clínica, se puede dar la circunstancia que la Matrona acompañe a la mujer a fin de realizar la primera consulta junto al Tocólogo.

B) Consulta sucesiva

Aquí la Matrona cuenta con dos instrumentos básicos que la guiarán en la acción: el protocolo y los controles de salud descritos en el programa de Atención a la mujer y recién nacido. No obstante, al ser estos instrumentos estándares, con la mujer y el recién nacido, se pueden dar necesidades o problemas de salud que no estén recogidos en ellos y por tanto la Matrona para aplicar la atención individualizada en este caso tendrá que por añadidura aplicar unos cuidados de Enfermería específicos.

El procedimiento general de este tipo de consulta será:

1. Revisión de la documentación anterior. Es preferible que esto se realice antes de que tenga lugar la consulta.

2. Recogida de datos a través de la entrevista. Se centrará sobre todo en:

- Conocer la evolución del problema o situación de salud desde la última consulta o visita domiciliaria.
- Adaptación del paciente y familia al problema o situación de salud.
- Seguimiento del tratamiento prescrito y pautas indicadas en el plan de acción sobre hábitos de vida, auto-cuidados.
- Completar, si procede, datos de la historia o ficha que no pudieron ser recogidos en otras ocasiones.

Estos datos servirán para realizar una valoración de la situación de salud de la persona y así ejecutar las actividades en base a sus necesidades.

3. Revisión y si procede modificación del plan de cuidados establecidos.

4. Ejecución de las actividades indicadas en el protocolo. Aplicación de cuidados de Enfermería según lo requiera el problema o situación de salud.

El protocolo es un documento que indica las pautas a seguir por los distintos profesionales de la salud ante determinadas enfermedades y situaciones de salud. El protocolo en líneas generales contiene una breve descripción de la situación de que se trate (Ejemplo: atención al embarazo), los parámetros y valores que se utilizan para diagnosticarla, la periodicidad de los controles estándares que se han de realizar, quién realiza cada uno de ellos y qué actividades se desarrollan en los mismos para el control y seguimiento de la situación de salud o enfermedad.

Los protocolos se han de elaborar conjuntamente con los facultativos correspondientes o por el equipo de Atención Primaria. Las guías para la elaboración de los distintos programas de salud editadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo son un buen punto de referencia para diseñar los distintos protocolos o pautas de actuación, es muy recomendable la guía del programa de la mujer y la del lactante.

5. Realización del control o examen de salud en caso de ser una persona sana. La mujer embarazada, el niño de 0 a 5 años, y los escolares son los ejemplos más característicos de personas sanas a las que con cierta periodicidad hay que controlar su desarrollo para fomentar su salud y prevenir enfermedades o accidentes. Esta actividad es el centro de la actuación en los distintos programas de salud.

En la ejecución de estos puntos, 3 y 4, se tendrá en cuenta lo especificado en el punto 2 del apartado «Primera Consulta».

6. Orientación y educación a la mujer sobre el tratamiento prescrito, hábitos de vida, auto-cuidados.

7. Registro en la ficha de consulta o historia clínica de los datos recogidos, el plan de acción o de cuidados y las actividades realizadas.

8. Nueva citación para el control y seguimiento del problema o situación de salud.

9. Derivación al Facultativo correspondiente con la ficha de consulta o historia clínica si lo indica el protocolo o se haya detectado problema de salud que no pueda resolver la Matrona.

C) Consulta post-clínica

El procedimiento general será:

1. Revisión de la documentación anterior, y si procede completar la recogida de datos. Se utilizará la misma ficha o historia que se abrió en la primera consulta y se utiliza para las sucesivas.
2. Valoración de la situación de salud de la persona, de sus necesidades o problemas de salud. Si la situación lo requiere establecer o revisar el plan de cuidados.
3. Aplicación del tratamiento ordenado por el Facultativo y los cuidados de Enfermería que se requieran.
4. Orientación y educación sobre el tratamiento, hábitos de vida a seguir, auto-cuidados.
5. Registro en la ficha de consulta o en la historia clínica de las actividades realizadas y datos recogidos.
6. Nueva citación, si procede, para el control y seguimiento del problema o situación de salud.

En cualquiera de estos tipos de consulta si se solicita una prueba diagnóstico a la mujer, se le informará del objetivo de la misma, de las condiciones en las que ha de estar antes de la prueba, o de cómo recoger la muestra.

Medios

Para que la Matrona pueda realizar las distintas consultas de Enfermería, es necesario contar con un espacio físico por un período de tiempo que lo deter-

minará el volumen de mujeres a atender y la frecuencia con la que se realiza la consulta. El local deberá contar con el material necesario para la exploración y control o la aplicación de tratamientos, curas, sondajes, etc..., además será necesario dotar de ficheros o archivos y la documentación necesaria (fichas, historias, protocolos...).

9.3. VISITA DOMICILIARIA

Definición y características

La visita domiciliaria es un instrumento o medio por el que se brinda la atención de Enfermería al individuo y familia en su medio natural: donde viven. Permite obtener una visión amplia y objetiva del grupo familiar imposible de lograr desde otro lugar.

Podemos entender la visita domiciliaria como una consulta de Enfermería que se realiza en el domicilio de las personas. Esta diferencia hace que la visita domiciliaria amplíe y contribuya de forma única la atención a la comunidad, ya que por medio de ésta:

1. Nos permite valorar, identificar y comprender las necesidades y problemas de salud del grupo familiar y no sólo del individuo, en nuestro caso la mujer y el recién nacido. Asimismo permite evaluar el medio donde la gente vive. Esto hace que los servicios que se brinden sean más acordes con las necesidades de las personas.
2. Complementa y amplía la opción de servicios que se ofertan a la comunidad.
3. Sirve de unión entre el centro y la comunidad.

La visita domiciliaria no es sustitutiva de otras actividades ni se realiza de forma aislada, se ha de integrar en el resto de las actividades que la Matrona realiza. No obstante y dado que durante la visita domiciliaria se hace una consulta de Enfermería, lo dicho sobre el procedimiento de ésta se ha de aplicar según sea un primer contacto con la familia, sucesivo o se realice una actividad post-clínica.

La visita se puede realizar a iniciativa profesional y por iniciativa de la población. Por tanto podemos hablar de visita domiciliaria a demanda y programada. Los motivos por los que la población demanda este servicio, de forma general, es cuando hay una situación que requiere la presencia de un profesional en el domicilio y/o cuando hay una imposibilidad de que la persona se desplace al centro.

La iniciativa profesional de realizarla se da entre otras razones por:

- Formar esta actividad parte del programa de salud que se está desarrollando por el equipo; por ejemplo el control del puerperio en el domicilio.
- Captar a la familia; por ejemplo cuando se ha producido el nacimiento de un niño y la mujer no estaba registrada y controlada en el Centro.
- Recoger datos del medio; por ejemplo condiciones de la vivienda, relaciones entre los miembros de la familia.

- Darse una situación de pre-crisis o crisis en la familia y valorarse como mejor medio para contribuir a su solución al realizar esta actividad; por ejemplo cuando un recién nacido no se alimenta bien y se quiere observar cómo la madre le da el pecho en el domicilio.
- Aplicar un tratamiento o cuidados de Enfermería; por ejemplo cuidados de episiotomía.

Ejecución de la visita domiciliaria: etapas

La realización de la visita domiciliaria supone el ejecutar una serie de etapas que están relacionadas entre sí, éstas se pueden agrupar en:

- 1.ª Preparación de la visita.
- 2.ª Introducción a la familia.
- 3.ª Desarrollo de la visita.
- 4.ª Registro y evaluación.

Estas cuatro etapas forman un proceso: la ejecución de una de ellas nos lleva a la siguiente y la última se une a la primera etapa cerrando así este proceso (ver cuadro n.º 3). Dado que éste es un proceso dinámico, en la práctica en ocasiones las etapas se superponen. A efectos didácticos se describirán por separado indicando las actividades más características a realizar.

1.ª Preparación de la visita

Generalmente la visita domiciliaria tiene un motivo concreto, se ha decidido que el lugar adecuado para prestar la atención es el domicilio y no el centro. No obstante es necesario preparar la visita para dar una atención integral y lo más completa posible al grupo familiar y no sólo a la mujer y el recién nacido. El realizar una visita requiere mayor esfuerzo y recursos que la consulta de Enfermería, por tanto y en aras al costo-efectividad hay que saber utilizar todas las posibilidades de atención que este medio de trabajo ofrece, y valorar cuidadosamente la necesidad de realizarla de forma programada.

El objetivo principal de esta etapa es el establecer unos objetivos de actuación, de ellos se desprenderán las actividades. Para esto es necesario que haya una revisión de datos previa a realizar la visita. Los datos estarán generalmente recogidos en una ficha o historia familiar, las áreas a considerar son relativas a:

1. Medio físico y social. Por ejemplo características geográficas, culturales, de la vivienda...
2. Recursos comunitarios en cuanto a centros sanitarios, de educación, recreo...
3. Factores socio-económicos: ocupación de los miembros de familia, grado de instrucción, ingresos.
4. Composición y características del grupo familiar: número de miembros de la familia, edades, relación de parentesco entre ellos...
5. Antecedentes clínicos: enfermedades o problemas de salud anteriores.
6. Situación actual en cuanto a salud, éstos son datos sobre la atención sanitaria que el grupo familiar está recibiendo.

Esta información nos permitirá tener una idea clara de la situación en cuanto a salud del grupo familiar, sus necesidades y problemas de salud, nos ayudará posteriormente a ejecutar la atención en el domicilio de acuerdo a sus necesidades y recursos, podremos preveer situaciones o factores de riesgo y grado de vulnerabilidad del grupo familiar. Así, la recogida de información y su análisis hará que nos planteemos unos objetivos basados en necesidades del grupo familiar y realistas, no obstante puede ocurrir que en el momento de realizar la visita estos objetivos que nos hemos planteado haya que modificarlos bien porque haya habido cambios en la familia que desconocíamos de antemano o porque en el momento de realizar la visita se detecten problemas que sean prioritarios. Es necesario que por tanto se tenga una actitud flexible y una gran receptividad cuando se realiza la visita para así adaptarse a las necesidades y problemas del grupo.

En caso de que la visita se prepare para una familia que no está registrada en el centro, se deberán de recoger el máximo de datos sobre la zona donde la familia vive, y la comunidad a la que pertenece; el diagnóstico de salud es una fuente para recabar esta información. En esta circunstancia y aparte del motivo de la visita, el interés será también el de captar e integrar la familia al centro recogiendo el máximo de datos.

Como conclusión en la preparación de la visita hay que:

- 1.º Revisar datos.
- 2.º Establecer objetivos y un plan de acción o cuidados.

Las fuentes de información son:

- a) Ficha o la historia familiar.
- b) Diagnóstico de salud y la propia visita domiciliaria.

2.ª Introducción a la familia

Esta etapa se puede considerar como parte del desarrollo de la visita, pero dada su importancia por determinar cómo luego se desarrolla, la comentamos aparte.

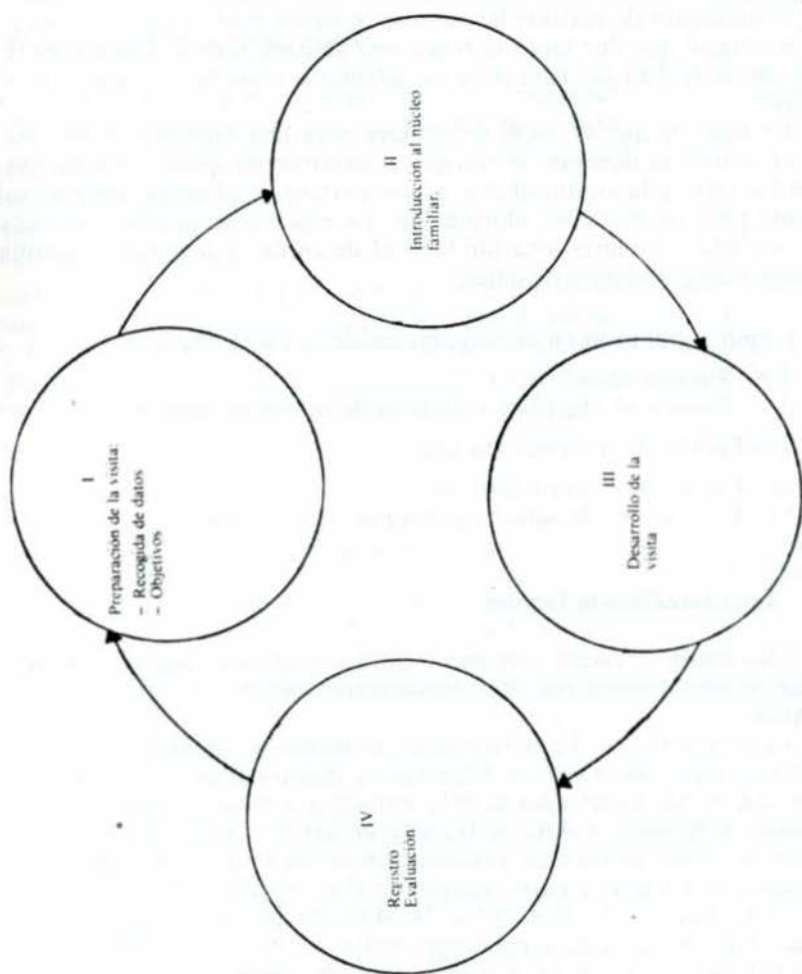
Es necesario que desde el primer momento se establezca una buena relación con la familia, para esto la Matrona ha de presentarse y explicar el motivo de la visita; si esta familia no ha sido visitada con anterioridad se les informará del Centro de Salud o I.I.A.A. de las actividades que desarrolla y del por qué de la visita. El objetivo de esta introducción es hacer que los usuarios vean la relevancia y motivar a su participación en el desarrollo de la misma.

Al contactar con la familia, la Matrona puede encontrarse con diferentes reacciones hacia ella, aceptación, rechazo, duda...también se encontrará con reacciones distintas a otros grupos familiares ante una misma o parecida situación y con una gran variedad de problemas o necesidades de salud como por ejemplo:

- Inseguridad para prestar atención a un recién nacido.
- Angustia o depresión post-parto.
- Temor al contacto con un enfermo de la familia.
- Mala alimentación por falta de educación para la salud o recursos económicos.

CUADRO N.º 3

ETAPAS Y PROCESO DE LA VISITA DOMICILIARIA



(A. LARROSA: Adaptado)

En cualquiera de las situaciones, la Matrona ha de integrarse al núcleo familiar con flexibilidad para ayudar a solucionar el problema o necesidad de salud, la Matrona es un recurso de la familia y ha de fomentar la auto-ayuda.

En esta etapa de inicial contacto, se ha de mostrar franqueza e interés por la salud de la familia, se ha de crear la sensación de que no hay prisa por finalizar la visita y fomentar un clima de confianza para que el usuario pueda expresar sus necesidades.

Durante esta etapa la Matrona ha de estar muy alerta y prestar mucha atención a las respuestas iniciales que se dan ya que orientan su actuación posterior. A través de estas respuestas iniciales se podrá valorar por ejemplo los conocimientos que posee la familia sobre un tema de salud, las actitudes sobre medidas preventivas o los autocuidados. Es en este momento cuando se contrastará lo adecuado de los objetivos que se plantearon durante la preparación de la visita y valorará el priorizarlos de forma distinta o cambiarlos por otros. Durante la introducción a la familia se están recogiendo nuevos datos que hay que utilizar posteriormente.

Como conclusión en esta etapa hay que:

- 1.º Presentarse e informar del motivo de la visita.
- 2.º Establecer un clima de confianza a fin de que haya una comunicación efectiva.
- 3.º Prestar atención a las respuestas de la familia para luego realizar la atención en base a la información que nos brindan.

3.ª Desarrollo de la visita

Esta etapa tiene como objetivo la aplicación de los cuidados de Enfermería, para ello se ha de tener en cuenta el ambiente social y económico de la familia. De forma general durante esta etapa la Matrona.

- a) Descubre y valora las necesidades y problemas de salud de la familia.
- b) Ayuda a que la familia comprenda sus problemas o necesidades en caso de no haberlos identificado por sí misma.
- c) Proporciona los cuidados de Enfermería.

Para llevar a cabo estas actividades la Matrona ha de utilizar los siguientes instrumentos:

1. La observación.
2. La comunicación (entrevista y diálogo).
3. Las técnicas específicas de Enfermería.

La técnica de la entrevista tiene una gran relevancia en esta etapa, el saber preguntar de forma que el usuario lo entienda, el obtener una información precisa y el estimular a que el usuario exprese sus opiniones y necesidades ayudarán a la ejecución de las actividades de Enfermería. Durante todo el desarrollo de la visita se ha de establecer un diálogo continuo y fluido. Este diálogo se mantiene a través de preguntas que se dirigirán entre otras cosas para:

1. Corroborar la información que se tenga previamente.
2. Valorar los conocimientos en cuanto a salud de la familia.
3. Matizar o comprender mejor la información que ofrecen.
4. Ampliar el punto de vista de la persona o familia sobre la situación de salud.

Cuando se apliquen los cuidados específicos de Enfermería, se ha de realizar una continua valoración del medio y de los conocimientos que tiene la familia. La observación, comunicación y ejecución de cuidados de Enfermería no son actividades separadas sino que se integran.

Entre otras, durante la visita domiciliaria se realizan las siguientes actividades específicas:

- Demostraciones de cuidados y educación para la salud.
- Recogida de información.
- Control y seguimiento de la persona enferma o sana.
- Reafirmación y apoyo a la familia.
- Cuidados de Enfermería clínica.

El enfoque que ha de prevalecer en el desarrollo de la visita ha de ser el de la prevención de enfermedades y accidentes y la promoción de la salud.

4.ª Registro y evaluación

Una vez finalizada la visita y fuera del domicilio se registrará en la ficha de visita domiciliaria los datos que se recogieron, los objetivos y plan de acción o cuidados que se realizó, si hubo alguna modificación desde la última visita, los resultados y reacción de la familia. Esto servirá a la Matrona para en la siguiente visita o en la consulta de Enfermería dar continuidad a la atención prestada y evaluar los cuidados. Asimismo es necesario que esta información esté disponible para el resto del equipo, un medio práctico es el hacer un resumen de la visita en la hoja de evolución de la historia familiar o ficha.

Este registro y evaluación servirá como fuente de información para realizar la siguiente visita domiciliaria o consulta de Enfermería y para ir mejorando la atención prestada.

Aportes de la visita domiciliaria

Se decía con anterioridad que hay que saber valorar cuando es necesario prestar la atención programada a la familia o individuo en el domicilio y cuando en el centro sanitario. A efectos de clarificar más este aspecto se resumirán en cinco puntos la contribución específica de la visita domiciliaria. A través de ella se:

1. Valora el medio físico y familiar de forma directa y en acción.
2. Realiza la educación sanitaria de forma realista y personalizada, ya que permite que ésta se concrete en la situación de la familia y tenga en cuenta el medio donde vive y los recursos con los que cuenta.
3. Favorece el que se dé un clima de libertad necesario para una comunicación efectiva con el usuario. El domicilio no es un medio extraño como puede serlo el Centro sanitario y no se da la presión del tiempo, de sentir que otros están esperando para ser atendidos.
4. Valora de forma directa y en acción los cuidados que se prestan así mismos o a otros miembros de la familia. Esto incluye la práctica de salud (higiene, nutrición...).
5. Como resultado de lo anterior: hay una oportunidad para descubrir problemas o necesidades de salud latentes que estaban sin identificar.

9.4. EDUCACION PARA LA SALUD A GRUPOS

Seguidamente este apartado se centrará en la descripción de dos actividades de educación para la salud que utiliza comúnmente el personal de Enfermería junto a otros miembros del equipo, éstas son la charla a grupos y las demostraciones. No obstante es importante recordar que la principal actividad de educación para la salud es la que surge de la relación de cualquier miembro del equipo y el usuario (1) ya sea en el centro sanitario o en el domicilio.

Los conceptos generales que seguidamente se describen hacen referencia a la educación para la salud que se realiza tanto a individuos como a grupos, sólo es necesario remarcar que la educación a grupos se realiza siempre de forma programada, requiere una planificación y se ha de realizar de forma continuada.

Conceptos generales de educación para la salud

El concepto tradicional de educación para la salud ha cambiado a raíz del nuevo enfoque que se está dando a la Atención Primaria y a la posterior definición de las metas para lograr el objetivo de «salud para todos en el año 2000» (ver capítulo 3). Cada vez se entiende más como instrumento para la participación de la comunidad, así, en el séptimo Programa General de trabajo de la O.M.S. (2) se indica que las actividades de información y educación para la salud deben de encaminarse a: «aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para *participar* en la acción sanitaria y la auto-responsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable».

Siguiendo este principio se entiende que en el propósito general de la Educación para la Salud es el de fomentar actividades que inciten a la gente a *querer* estar sana, a *saber* cómo permanecer sanos, a *hacer* lo que puedan individual y colectivamente para conservar su salud y a *buscar* ayuda cuando la necesiten (3).

Consecuentemente con esto se ha considerado, en la estrategia regional de «Salud para todos» (4), que para que la Educación para la Salud sea efectiva ha de desarrollarse según tres líneas generales u objetivos:

- a) Aumentar el conocimiento de los individuos sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, sobre la prevención y los medios para hacer frente a una situación dada.
- b) Aumentar las competencias y el conocimiento de los usuarios sobre la utilidad de los servicios de salud y sus funciones.
- c) Aumentar en los usuarios la comprensión de los factores sociales, políticos y del medio que actúan sobre la salud.

Cada vez está más claro por la experiencia y las limitaciones del modelo tradicional de Educación para la Salud que para mejorar la salud de las personas a través de la educación sanitaria hay que huir de los modelos autoritarios, paternalistas, el «culpabilizar a la víctima» y pasar a un modelo participativo donde tanto el educador como los usuarios aprendan los unos de los otros, donde se tenga en cuenta y se actúe sobre los factores del medio que están condicionando una situación de salud o unos estilos de vida, donde en resumen el conocimiento sea un instrumento para modificar situaciones que perjudican a la salud individual y colectiva.

Así, la educación para la salud se ve como un instrumento de apoyo, para que las personas logren un mejor nivel de vida, el usuario pasa de ser un consumidor exclusivo de servicios a ser consciente de sus problemas de salud para que esto le lleve a la acción. Por tanto la actitud del educador ha de ser la de comprender las necesidades de los individuos y comunidades para ayudarles a alcanzar metas elegidas por ellos (5), no en vano se define cada vez más a la Educación para la Salud como un proceso de comunicación interpersonal (6).

Una de las claves por tanto para realizar una buena Educación para la Salud es que se parta de un conocimiento del medio donde la gente vive y de sus necesidades, el diagnóstico de salud de la zona y un buen sistema de registro e información facilitan la tarea al educador, pero en ningún caso sustituye al proceso de relación con los usuarios para averiguar sus necesidades.

Todo lo dicho nos lleva a concluir que el educador ha de:

1. **Conocer:** el medio donde vive la comunidad, sus necesidades, problemas de salud, su cultura sanitaria y prácticas habituales de salud.
2. **Escuchar:** qué opinan los usuarios sobre la salud, cuáles son sus principales problemas, por qué actúan de una forma frente a los problemas de salud y en qué se basan.
3. **Comprender:** lo que conocemos y escuchamos. «En la Educación para la Salud se necesita paciencia, saber escuchar y un deseo profundo de entender los problemas de la gente» (7).
4. **Dialogar:** contrarrestar opiniones, explorar alternativas de acción.
5. **Informar:** de prácticas saludables, de cómo se logra una mejor salud, se producen ciertas enfermedades, de métodos para la protección de la salud, etc...
6. **Actuar:** conjuntamente con los usuarios, las clases magistrales o charlas en las que no se da oportunidad de diálogo se han mostrado inefectivas. La actuación conjunta en la Atención Primaria es una actividad que ha de estar presente en todas las que realizan los profesionales de la salud.

Ejecución de la educación para la salud a grupos

Las dos formas de educación para la salud a grupos más utilizadas por el personal de Enfermería y concretamente la Matrona son las charlas y las demostraciones. Estas actividades se pueden llevar a cabo en el propio centro sanitario y en otros lugares de la comunidad como las escuelas, asociaciones de vecinos, etc...

Su contenido estará orientado a apoyar los programas de salud que se estén desarrollando en el centro o la labor que se realiza en las consultas, y se centrará en los problemas y necesidades de salud que son más comunes en la zona. La educación para la salud es un elemento más de la actuación sanitaria y por tanto ha de complementarla. Esto implica que a la hora de realizar la planificación específica de estas actividades, ésta ha de estar relacionada con los objetivos generales de un programa o de la actuación sanitaria.

Pasos para la planificación

Antes de impartir una charla o realizar una demostración es necesario que ésta se planifique, los pasos son:

1.º **Definir los objetivos** de la actividad. – Los objetivos han de sugerir formas por las que se logra un objetivo de un programa o de una actuación sanitaria. Son intenciones expresadas a corto plazo, específicas, que se refieren al medio por el que se llega a un fin, se expresan en términos de la conducta que se espera obtener. Por ejemplo: «al final de la demostración el usuario podrá realizar un auto-examen para detectar la presencia de nódulos en las mamas».

Es necesario determinar los objetivos de una actividad educativa porque:

- Facilitan la selección y organización del contenido.
- Ayudan a la evaluación de sus resultados.
- Garantizan la coherencia con un programa general de actuación.

2.º **Elección del contenido.** – Se realizará en función del objetivo que se quiera alcanzar con la actividad, y se adaptará a las características del grupo al que va dirigido (edad, nivel cultural...). En este paso hay que tener muy en cuenta que la información sobre aspectos médicos, ha de ser justo la esencial para que las personas comprendan una serie de hechos, puedan proteger su salud, fomentarla y autocuidarse.

El contenido que se selecciona ha de:

- Tener una secuencia lógica.
- Estar organizado de forma que una información llame a la otra.
- Ser práctico y útil porque aumentará el interés y motivará el aprendizaje.
- Tener un volumen no excesivo.
- Impartirse con el tiempo apropiado, la información rápida no se asimila.
- Diferenciar claramente los distintos aspectos de la información, para evitar confusión.

3.º **Elección y forma de realizar la educación para la salud.** – En base a los objetivos que nos hemos planteado se valorará si es más apropiado realizar una charla, una demostración o un grupo de discusión. Asimismo se determinarán los medios audiovisuales a emplear como son los carteles, folletos, etc. Los medios audiovisuales nunca sustituyen al educador sino que han de servir para reforzar la enseñanza. Los motivos más comunes para utilizar estos medios son para (8):

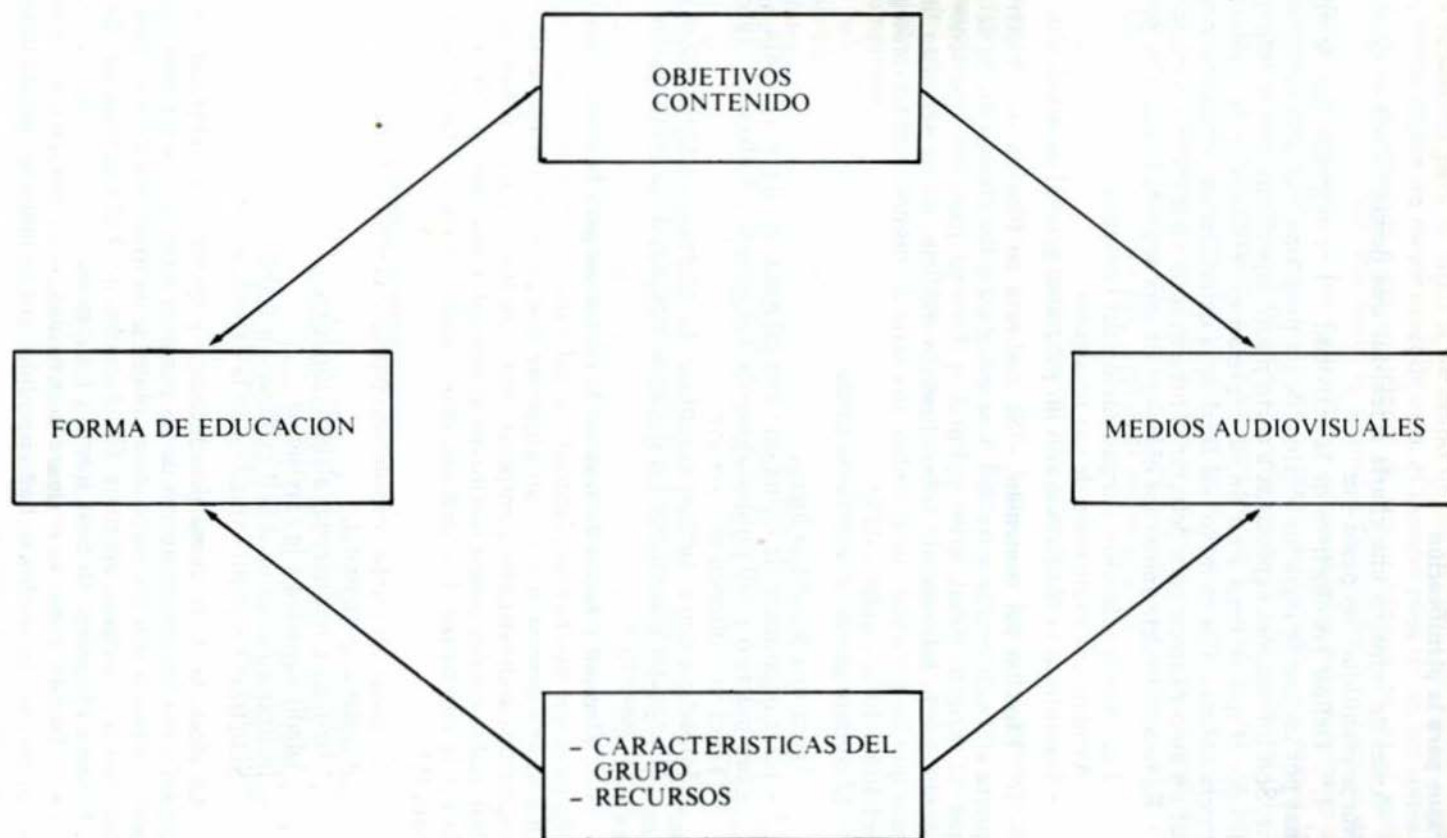
- Acentuar un punto considerado básico o central al tema.
- Ayudar a la memoria.
- Clarificar con imágenes algunos aspectos.
- Añadir variedad a la exposición.
- Ilustrar aspectos de difícil explicación verbal.
- Sintetizar los puntos tratados en la exposición.

La elección de la forma de educación y los medios a emplear está influida también por las características de las personas a las que va dirigida la actividad; por ejemplo si son un grupo de escolares o de mujeres embarazadas, y por los recursos con los que contamos. En el cuadro n.º 4 se expresan los factores que influyen en la selección de la forma y los medios.

4.º **Decidir cómo se evaluará la actividad.** – La evaluación nos indicará si los objetivos planteados se han cumplido, por lo tanto se han de tomar a éstos como puntos de referencia.

CUADRO N.º 4

SELECCION DE FORMA DE EDUCACION PARA LA SALUD Y DE MEDIOS AUDIOVISUALES



«La evaluación no es mirar atrás, es una profecía, la evaluación dicta el camino hacia delante pues los hechos pasados no se pueden cambiar» (9).

Los instrumentos más comunes son:

- Preguntas verbales que permitirán comprobar si el contenido se ha comprendido, como lo acepta el usuario...
- Observación de las preguntas que los usuarios hacen, las que omiten, los comentarios y opiniones que puedan surgir.
- Observación de la repetición de lo que se ha demostrado.

Con el fin de hacer la charla más eficaz y amena se utilizarán medios audiovisuales. El Ministerio de Sanidad y Consumo tiene editado material para este fin que se puede obtener a través de las Direcciones Provinciales del INSALUD correspondientes.

Demostraciones

Se utiliza esta forma cuando la práctica de una actividad es difícil de realizar si sólo se oyen descripciones de la misma. Consiste en la realización de una práctica por el educador frente al grupo, por ejemplo la preparación de un biberón, la realización de ejercicios de relajación, la realización de una cura etc. La demostración es el mejor medio para enseñar habilidades motoras y así lograr los autocuidados.

Al planificar la demostración se elegirá el equipo necesario y se comprobará si el material está en buenas condiciones. Se ha de utilizar el mismo material al que el grupo tenga acceso o pueda utilizarlo en sus casas.

Como en la charla, la duración de esta actividad ha de ser breve y dirigida a pequeños grupos. También se estructurará en tres partes:

- 1.ª **Introducción.** - Se indicará qué es lo que se va a demostrar y se introducirán los elementos del material que se emplearán. Se asegurará que éste sea visible a todos los participantes para que puedan seguir todo el procedimiento. Esta parte tiene la misma función que la indicada en la charla.
- 2.ª **Desarrollo o lección demostrativa.** - Aquí se fundamentará el procedimiento y se ejecutará explicando en qué consiste y los errores que se han de evitar. Se resaltarán la continuidad de cada etapa o fase del procedimiento con un sentido global esto es, se enfocará de forma única y no como etapas separadas sin relación.
Como en la charla esta etapa implica la demostración de lo aprendido, se dará oportunidad a los asistentes a que repitan lo que el educador ha demostrado.
- 3.ª **Conclusión.** - Tiene la misma función y elementos que lo dicho para la charla.

Al finalizar la demostración cada asistente deberá saber cómo actuar y poder hacer correctamente y sin peligro la técnica demostrada.

Hay otra forma de educación para la salud a grupos que se emplea en la Atención Primaria, ésta es la discusión de grupo. Consiste en que el educador asume un papel de asesor y facilitador del grupo brindando información espaciada cuando el grupo la necesite para continuar la discusión. En esta forma, el educador asume un papel más pasivo que en la demostración o en la charla, deja que sea el propio grupo el que llegue a una serie de conclusiones. Principalmente sirve para ayudar a los individuos a que reconozcan, clarifiquen y planteen soluciones a sus problemas o necesidades de salud; asimismo permite ayudar a que se haga frente a unas situaciones de salud.

Es necesario para realizar esta forma de educación conocer la técnica de dinámica de grupo y contar con un grupo que tenga ciertos conocimientos y experiencia en prácticas de la salud. Es una de las formas más participativas que hay en la educación para la salud y por tanto de las más efectivas.

La evaluación se ha de realizar durante la exposición para así ayudar a la comprensión del tema, dirigir el aprendizaje e ir motivando. También se realizará una evaluación global al finalizar la actividad educativa, ésta orientará al educador cara a actividades futuras.

Charlas

La charla consiste fundamentalmente en brindar información y posteriormente abrir un debate o coloquio. Han de ser de corta duración, 20 minutos aproximadamente y dirigidas a grupos pequeños, de 10 a 20 personas. Siempre se dejará un tiempo para que los asistentes puedan hacer preguntas, comentar temas o dar opiniones. En ocasiones el educador ha de estimular el que se dé esta participación dirigiendo al final de su exposición, preguntas a los asistentes. El tema de la charla ha de tener relevancia para ellos, el educador ha de poner en práctica los seis puntos expresados en el apartado 3.

Independientemente del grupo al que va dirigida la charla, ésta se estructurará en tres partes:

- 1.ª Introducción. – Esta es la parte que induce al tema central, se incluirán los aspectos preeliminares. Ha de ser breve, concreta y estimulante, en esta parte se ganará o perderá el interés del grupo por la charla.
- 2.ª Desarrollo. – Se trata de forma específica el tema e incluye la aplicación de los conocimientos que se han impartido, por ejemplo a través de las preguntas.
- 3.ª Conclusión. – Esta es la parte de consolidación de la enseñanza, si no se realiza la exposición se desintegrará. Se resumirán los puntos más importantes y se relacionarán los más difíciles de comprender. Después, se abrirá un coloquio o discusión.

ESTRUCTURACION DE LA CHARLA Y DEMOSTRACION

DECIR LO QUE SE VA A HACER.

HACERLO.

DECIR LO QUE SE HA HECHO.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Colección de Atención Primaria, n.º 1 «Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria». Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

(2) Serie «Salud para todos», n.º 8. Séptimo Programa General de trabajo para el periodo 1984-1989. OMS/Ginebra, 1982.

(3) Informe de un Comité de Expertos de la OMS. «Nuevos métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud». Serie Informes Técnicos, n.º 690 - OMS, 1983.

(4) I. KICKBUSH: «Un concept social de l'éducation pour la sante». Reven Internationale d'Education pour la sante n.º 4, octubre-diciembre 1981.

(5) Informe del Comité de Expertos, OMS, n.º 690, op. cit.

(6) M. A. MODOLO, A. SEPPILLI: «Educazione Sanitaria». Ed. «Il Pensiero Scientifico», 1983.

(7) Informe del Comité de Expertos, OMS, n.º 690, op. cit.

(8) UNED. «Salud Pública», Unidad III, 1982.

(9) BEVIS EM, O.: «Curriculum Building in Nursing: A process» the C.V. Mosby Company, 1978.

Capítulo 10

EDUCACION MATERNAL

M.ª Isabel Hoyos Martínez. Matrona.
Ciudad Sanitaria «La Paz». Madrid

10.1. INTRODUCCION

A los adolescentes de uno y otro sexo se les educa sobre el proceso del parto de una forma irregular. Según sea el grado de cultura, esta educación varía en sus cualidades positivas y negativas.

El uso de programas de Educación Maternal es un sistema moderno. En la actualidad, existe la tendencia a que la futura embarazada esté bien enterada de sus responsabilidades, por lo que aumenta progresivamente el número de parejas que desean adquirir una adecuada instrucción al respecto.

La educación de la embarazada para el parto es el elemento común y fundamental para todas las técnicas de preparación que intentan fundamentalmente movilizar las condiciones naturales de la madre, permitiendo que ésta tome un papel activo desde el principio al fin.

Por medio de las clases preparatorias que emanan de un programa bien organizado, los futuros padres pueden adquirir:

- Información.
- Aptitud para conducir su parto con cierta comodidad y autodominio.

De esta forma podrá PARTICIPAR activamente en el proceso, sin merma de seguridad para ella y su hijo.

10.2. EVOLUCION DE LOS METODOS PREPARATORIOS. DE LA PREPARACION FISICA A LA EDUCACION PARENTAL

Preparación Física

Escuela Nórdica

A principios de siglo comienza un ensayo de lo que pudiera llamarse Preparación al Parto. Fisioterapeutas suecas inician la puesta en marcha de una rudimentaria gimnasia prenatal.

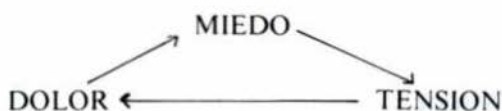
Esta resulta una forma primitiva de enfocar el tema, pero por primera vez se elige un camino diferente para solucionar el problema.

Años más tarde, GRANTLY DICK READ, médico inglés, tras asistir a una mujer de parto que rechaza la mascarilla de cloroformo, al preguntar a ésta ¿porqué?, la mujer responde: «Esto, no hace daño. ¿Acaso tenía que doler?».

READ acaba de asistir a un parto sin dolor, pero también acaba de encontrar a una mujer que desconocía que el parto doliese, cosa aún más extraña.

A partir de aquí comienza a observar que las mujeres angustiadas se quejan de terribles dolores y establece que: «*el estado anímico con el que la mujer se dispone a afrontar el momento del parto resulta decisivo a la hora de interpretar la posible sensación dolorosa*».

Considerando que el factor responsable es el MIEDO, establece el famoso ciclo de interrelación:



Preparación Psíquica

Escuela Rusa

Objetivo: Llegar al parto sin dolor a través de la *HIPNOSIS*.

En 1920 la Escuela Pauloviana integrada por Platonov, Nicolaiev y Velvoski comienzan a estudiar el influjo de la hipnosis sobre el parto, basándose para ello en las ideas de Paulov (reflejo condicionado).

Pronto comprendieron que para practicar esas técnicas puramente hipnóticas, era necesario que la mujer tuviera una preparación previa. Consiguen con este método, un número considerable de partos indoloros o muy soportables. No obstante, se encuentran con algunos problemas:

- 1.º No todas las mujeres respondían a las técnicas de inducción hipnóticas.
- 2.º No resultaba fácil encontrar médicos preparados.
- 3.º El método no se correspondía con el objetivo buscado, que fuera válido para todas las mujeres y que pudiera ser difundido a gran escala.

Por estas razones el método se abandona en 1930, sin embargo, fue una experiencia muy importante, ya que sirvió al equipo para darse cuenta del papel tan fundamental que desempeña la PALABRA, surgiendo a partir de aquí un nuevo método que se sustenta en *el descondicionamiento de la mujer a través de una educación e información correctas por un lado y en la creación de unos reflejos condicionados por otro*.

Método aplicado en las Maternidades de Karkov, Moscú y Leningrado.

Escuela Francesa. Lamaze 1951

Después de estudiar en Leningrado junto a Nicolaiev, introduce el método de Psicoprofilaxis en Francia. Tuvo problemas para su implantación desde el punto de vista político y religioso. La aceptación del método en 1956 por Pío XII, fue decisivo para su difusión.

La experiencia va demostrando, sin embargo, que los resultados no correspondían a las esperanzas puestas en el sistema en un principio:

- Por una parte su puesta en práctica exige la participación más o menos activa del tocólogo, lo cual dificultaba mucho las cosas.
- Cuando no es así, la asepsia verbal que el método exige no se cumplía en la mayoría de los casos.
- Por otra parte, la concepción pauloviana sobre el dolor, se correspondía en una pequeña parte a la realidad del mismo.

La Escuela Psicoprofiláctica parecía haberse detenido en el tiempo no profundizando en el conocimiento de la gestante.

10.3. ACTIVIDADES DE LA MATRONA DENTRO DEL PROGRAMA

Dentro de las actividades del equipo de Preparación para la Maternidad, se dan por asumidas las *FUNCIONES* de la matrona como monitora para la Salud en:

- Cuidados necesarios para el buen desarrollo del embarazo.
- Proceso fisiológico del parto.
- Procedimientos hospitalarios de rutina (conexión entre los niveles de asistencia).
- Técnicas prenatales: Gimnasia, respiración, pujos, etc.
- Cuidados de la mujer y recién nacido durante el puerperio.

Uno de los papeles más importantes en las clases más específicas de la Preparación Prenatal lo constituye la Monitora o Educadora con una tarea trascendental desde el punto de vista Sanitario y Social.

Objetivos generales

- 1.º Realizará una valoración de los objetivos del curso, orientación y contenido.
- 2.º Procurará un parto normal.
- 3.º Fomentará la autoestima de cada pareja.

Objetivos específicos

- 1.º Reducir el estado de ansiedad y temor. Mediante una exacta y adecuada información.

¿Cómo estructurar una correcta información?

- Explicaciones adecuadas y de fácil comprensión. Ejemplos.
- Suficientes detalles como para crear un marco real.
- Expuesto de forma positiva.
- Nunca deberá ampliar el estado de ansiedad preexistente.
- Fomentará la Dinámica de Grupo mediante un ambiente cálido y abierto.

La monitora debe estimular el concepto de:

- Embarazo y parto: Como experiencia positiva que implica a toda la familia.
 - Pareja: Como equipo bien preparado que actúa en colaboración.
- 2.º Preparación Física.
Mediante ejercicios neuromusculares, motores y respiratorios que fomentarán una reacción cooperativa y racional en el momento del parto.
 - 3.º Estimular un clima de relajación.
Que conduzca a un mayor grado de conciencia.
 - 4.º Capacitar a la pareja en la atención al postparto.
Mediante la exposición de los cambios físicos y reajustes de índole social y emotivo durante el puerperio.
 - 5.º Capacitar a la pareja para cubrir las necesidades del recién nacido.

10.4. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Recursos Materiales

- Local. Salón con capacidad adecuada al grupo.
- Colchonetas, rodillos y sillas.
- Espejo.
- Pizarra y tizas.
- Magnetófono.
- Proyector de diapositivas o transparencias.
- Proyector de cine o video.
- Historias y cuestionarios.
- Útiles necesarios para clases prácticas. Bañera, biberones, pañales, muñeco, etc.
- Material didáctico. Folletos divulgativos, cassetes, diapositivas, películas, etc.

Nota aclaratoria: El proyecto será tanto más ambicioso, cuanto mayores sean los recursos materiales. Tanto en el capítulo de utillaje, contenido de los programas, personal que realiza la prestación, etc., etc.

Entrevista

Es conveniente que la pareja acceda al curso en el sexto mes de gestación.

La entrevista será previa a la organización de los grupos. En ella deberá crearse el clima adecuado para que la conversación discorra por planos profundos en los que puedan expresarse libremente.

Resulta interesante marcarse unos *parámetros a valorar* como pudieran ser:

- Miedo.
- Ilusión.
- Interés por el curso.
- Vómitos.
- Sexo deseado.
- Entorno social y familiar, etc.

El siguiente paso será organizar el *Grupo*. Este no debe ser numeroso (de 14 a 16 personas), de forma que se pueda llegar a un conocimiento de la personalidad de cada uno de los miembros, consiguiendo así crear la interrelación necesaria para una auténtica *Dinámica de Grupo*.

Composición del Curso

Consta de:

Primera fase. - Preparación al Parto.

Segunda fase. - Recuperación en el Postparto.

- Primera fase: Preparación al Parto.

Se compone de:

Clases teóricas.

Clases prácticas.

Curso de Puericultura.

Clases Teóricas

Serán impartidas dependiendo de los temas y del equipo que participe en el programa. Serán previas a las clases prácticas.

Con ideas básicas y de fácil comprensión.

Ejemplo de guión para clases teóricas:

Tema 1.º: Anatomía y Fisiología del Aparato reproductor masculino y femenino. Menstruación, ovulación, fecundación y nidación.

Tema 2.º: Psicología de la embarazada. El dolor y su interpretación.

Tema 3.º: Evolución del embarazo normal. Higiene. El parto y su proceso fisiológico.

Tema 4.º: Signos de parto. Cuándo debe salir de casa. Preparación de la mujer para su ingreso y estancia en la Maternidad (rutina hospitalaria).

Con el temario citado con anterioridad podríamos hacer la siguiente distribución:

Primera clase:

Toma de contacto y charla (Tema 1.º).

Resolución de dudas.

Inducción a la relajación.

Segunda clase:

Charla (Tema 2.º).

Explicación y práctica de los ejercicios de gimnasia.

Relajación.

Tercera clase:

Charla (Tema 3.º).

La respiración y sus funciones.

Resolución de dudas sobre los ejercicios de gimnasia.

Relajación.

Cuarta clase:

Charla (Tema 4.º).

Práctica de las respiraciones torácica y abdominal. Diferencias.

Relajación.

- En estas clases se va introduciendo, a la práctica de la Relajación de una forma progresiva.
- Se recomienda a la gestante la práctica diaria en pareja, de los ejercicios que va aprendiendo (Relajación, Gimnasia, Respiración), hasta el final del embarazo.
- La frecuencia con la que la pareja asiste a las clases teóricas, dependerá de la edad gestacional con la que accedan al curso, si lo hacen en la fecha recomendada, sexto mes, será aproximadamente de una clase a la semana.

Clases prácticas

Serían deseables ocho clases prácticas en el último mes de gestación, repartidas en dos clases semanales, de una hora a hora y media de duración.

En las dos primeras clases prácticas se realizará:

Primera clase. - Explicación teórico-práctica de la Expulsión.

Segunda clase. - Explicación teórico-práctica de la Respiración.

Ejemplo de la composición de estas clases:

Primera clase práctica.

Explicación teórica del ejercicio de Expulsión (ver Anexo). Resolución de dudas.

Práctica del ejercicio. Resolución de dudas.

Práctica de los ejercicios de Gimnasia (ver Anexo).

Relajación (ver Anexo).

Segunda clase práctica:

Explicación teórica de la Respiración y su aplicación al momento del parto (ver Anexo).

Práctica del ejercicio y resolución de dudas.

Práctica del ejercicio de Expulsión.

Relajación.

- En las seis clases restantes se practicará siempre:

Respiraciones.

Ejercicio de Expulsión.

Siempre que el tiempo lo permita:

Relajación.

Gimnasia.

Es muy conveniente reforzar durante las clases del último mes los conocimientos de mayor aplicación en el momento del parto, por lo que sería muy recomendable dedicar un cuarto de hora aproximadamente a recordar:

- Posturas recomendadas para aliviar molestias en el domicilio.
- Características de la contracción.
- «Parto de riñones» y la Relajación como «arma» fundamental.
- Alimentación durante el parto.
- Higiene del puerperio (cuidado de la episiotomía, mamas, etc.).
- Signos de parto y su importancia.

En la última clase práctica se realizará una evaluación del curso, procurando que se planteen todas las dudas.

Se recordará la necesidad de practicar diariamente: Respiración, Gimnasia y Relajación.

Curso de Puericultura

Puede impartirse dentro de la primera o segunda fase del curso, dependiendo de la edad gestacional con la que acceda a su Preparación para la Maternidad, siendo más recomendable que forme parte de los conocimientos adquiridos en la primera fase o prenatal.

Objetivos:

- Equipar a los futuros padres con los conocimientos necesarios para cubrir todas las necesidades del recién nacido.
- Despejar toda imagen de incapacidad o angustia en los futuros padres.
- Fomentar y favorecer la Relación Madre-Hijo.

En el Anexo se adjunta guión sobre los contenidos que pueden desarrollarse en estas clases.

El número idóneo de clases será de cinco.

- Segunda fase: Recuperación en el Postparto.

Se atenderá desde los días inmediatamente posteriores hasta el segundo o tercer mes de vida del niño.

Mediante:

- Visita domiciliaria de la matrona. Evaluación del curso. Relación expectativas/realidad.
- Atención psicológica. Prevención de la depresión postparto. Relajación (ver Anexo).
- Atención física. Gimnasia (ver Anexo). Higiene.
- Planificación familiar.

Objetivos:

- Favorecer la recuperación de la normalidad física.
- Fomentar la búsqueda de un espacio para ella y el recién nacido dentro de la nueva organización.
- Aumentar la participación del padre en la crianza de los hijos.

10.5. EVALUACION. RESULTADOS DEL PROGRAMA

Se deberá hacer una revisión y valoración de la competencia de la pareja en cuanto a la técnica y conocimientos acerca del embarazo y parto (última clase práctica).

El resultado total del método se extiende más allá de la función específica de la técnica durante el parto, ya que, la pareja se siente física y mentalmente en mejores condiciones para desempeñar las actividades parentales, con la consiguiente ventaja para el recién nacido.

Para conseguir un resultado positivo es necesario:

- Capacitación y formación continuada del personal en contacto con la gestante.
- Formación de las matronas que prestan su atención en el Area Hospitalaria, en cuanto al contenido y las técnicas del programa.
- Transformación del modo de asistencia al parto.

10.6. ANEXOS

ANEXO 1

RELAJACION, PREPARTO Y POSTPARTO

RELAJACION

Objetivos:

- Reducir la ansiedad en la pareja.
- Disminuir el estado de distress y disconfor en la dilatación y expulsivo.
- Conseguir un estado de conciencia positivo. Interpretación correcta de la contracción uterina.
- Acortar la duración del parto.
- Disminuir el uso de fármacos.

Factores que pueden influir a su vez en la MORBILIDAD MATERNO-FETAL.

Técnicas de relajación:

- 1.ª Iniciación. - Relajación de cabeza a pies. Con sensación de peso o sin peso.
 - 2.ª técnica. - A la experiencia anterior se le añade la vivencia de una situación relajante.
 - 3.ª técnica. - Entrenamiento autógeno de SCHULTZ:
 - 1.ª parte. - Fuerza de la gravedad en el brazo derecho (mi brazo derecho pesa más).
 - 2.ª parte. - Aumento de la irrigación en el brazo derecho (mi brazo derecho está más caliente).
 - 4.ª técnica. - Relajación Discontinua.
 - 5.ª técnica. - Vivencia del parto en estado sofrónico (Sofroaceptación progresiva y Sofrocorrección seriada).
- Ver posiciones de Relajación en el Anexo correspondiente a Ejercicios de Gimnasia Prenatal.

Las técnicas de Relajación en el Postparto van orientadas:

- Hacia la adaptación social.
- Dinámica de Grupo. Exteriorización verbal de las dificultades.
- Fomento de la confianza en sí mismas.

ANEXO 2

GIMNASIA PRENATAL

GIMNASIA PRENATAL

Objetivos:

Aumenta la elasticidad muscular.

Estimula la circulación.

Se practicarán desde su aprendizaje diariamente.

Insistiendo que no se trata de unos ejercicios de simple gimnasia. Al tomar conciencia de la tensión, relajación, posición y dimensiones del cuerpo en el espacio, acompañado de la respiración adecuada, se convierte en una auténtica relajación dinámica.

RELAJACION. En la cama

1.ª POSICION



2.ª POSICION



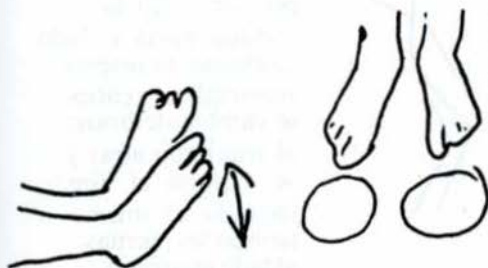
EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Pueden realizarse en 1.ª y 2.ª posición de relajación.

Respiración: Abdominal, Torácica y Completa.

EJERCICIOS CIRCULATORIOS

Primero lleve la punta de los pies hacia arriba y hacia abajo durante un minuto. Sin doblar las rodillas. A continuación con la punta de los pies se hace círculos, primero hacia fuera y después hacia dentro.



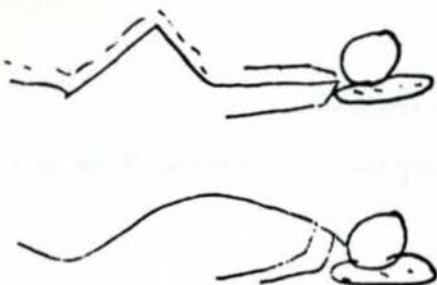
DESBLOQUEO DE PELVIS



Primero coger rodilla con la mano derecha, muslo hacia fuera, extender la pierna, doblarla, llevarla al centro apoyarla en el suelo.

Realice lo mismo con la mano y pierna izquierda.

EJERCICIO DE ELEVACION DE PELVIS



Se inspira levantando el cuerpo, que queda formando un arco, apoyándose solamente en los pies, hombros y manos en el suelo a la altura de la cintura. Se espira bajando el cuerpo y apoyando la espalda bien contra el suelo.

EJERCICIOS DE MUSCULOS OBLICUOS



Estando echada con las rodillas dobladas se levanta el brazo derecho atrás, y se inspira. Se expulsa el aire al mismo tiempo que bajan las rodillas hacia el lado contrario, se inspira volviendo al centro, se cambia de brazo, el izquierdo atrás y se expulsa el aire, bajando al mismo tiempo las piernas al lado contrario.

EJERCICIO DEL GATO

(Llamado así por recordar la postura del gato).



De rodillas y apoyándose en las manos, los brazos extendidos, la columna ligeramente hundida, la cabeza levantada. (Esta es la posición inicial).

Se inspira bajando la cabeza y arqueando la espalda (posición del gato cuando se enfurece). Se estira volviendo a la posición inicial.

EJERCICIO HINDU

Posición inicial: Cabeza baja, espalda redonda, hombros relajados, ojos cerrados, manos a los tobillos. Planta de los pies tocándose.



Se inspira levantando la cabeza, rectificando la columna, se guarda el aire contando hasta seis.

Se espira (volviendo a la posición inicial hasta quedarse sin aire y cuenta hasta tres).

- 1.º ESTOS EJERCICIOS DEBEN REALIZARSE DIARIAMENTE, TRES O CUATRO VECES CADA UNO.
- 2.º LOS EJERCICIOS DEBEN HACERSE CON RESPIRACION CONTROLADA, MANTENIENDO EL AIRE EN INSPIRACION EL DOBLE QUE EN ESPIRACION.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

Objetivos:

- Utilizar al máximo el oxígeno durante el período del parto.
- Favorecer la distensión.
- Crear el reflejo condicionado (contracción-respiración) mediante la práctica diaria.

Todo ejercicio respiratorio consta de Inspiración y Expiración.

- La Inspiración puede ser: abdominal, torácica o una inspiración combinada de abdomen y tórax. Ejemplo, respiración completa.
Se puede inspirar por la nariz y por la boca.
- La Expiración: se hace siempre por la boca.

La respiración se utilizará como la tercera de las armas con que cuenta la embarazada a la hora de combatir el efecto molesto de la contracción. Estas armas son:

- 1.ª Distracción y tranquilidad.
- 2.ª Relajación.
- 3.ª Respiración.

A continuación pasaremos a describir las respiraciones:

- Respiración profunda. - Consiste en hacer una inspiración torácica por la nariz y se expira por la boca.
- Respiración completa. - Se hace una inspiración en la que se combinan abdomen y tórax, por la nariz y se expira por la boca.
Su misión es la máxima oxigenación, por lo que se recomienda utilizarla al principio y final de la contracción.
- Respiraciones superficiales. - Se dividen en:
 - Superficial nariz.
 - Superficial boca.
 - Superficial nariz: Se inspira por la nariz y se expira por la nariz.
 - Superficial boca: Se inspira por la boca y se expira por la boca.

Las respiraciones superficiales son torácicas. Su misión es combatir la molestia de la contracción.

La respiración superficial nariz es menos eficaz, pero también menos cansada. Por eso, la respiración superficial boca se dejará para contracciones muy intensas del final de la dilatación, procurando no utilizarla durante toda la contracción, si no, combinada con otras respiraciones.

- Respiraciones soplantes. - Pueden ser:
 - Soplante rápida.
 - Soplante lenta.
 - Soplante rápida: Se inspira por la nariz y se expira por la boca.
Su misión es el descanso, por eso, el ritmo se adecuará a las necesidades de cada gestante.
 - Soplante lenta: Se hace una inspiración rápida por la nariz y se expira lentamente por la boca.
Su misión es controlar las ganas de empujar cuando la dilatación no ha terminado.
 - La inspiración en las respiraciones soplantes es también torácica.

- Jadeo.

En esta respiración se inspira con el abdomen, por la boca y se expira por la boca.

Su misión es no empujar. Respiración muy cansada y difícil de realizar durante mucho tiempo. Sería aconsejable su utilización durante el desprendimiento de hombros, paso de la cama a la mesa de paritorio, etc.

Conociendo la misión de las respiraciones e interpretando correctamente el mensaje de la contracción iremos utilizando y combinándolas para adaptarlas a las necesidades que supone el progreso en la dilatación (ver figuras 1, 2, 3, 4 y 5 del gráfico adjunto).

El espacio de tiempo entre contracción y contracción se induce a la relajación mediante respiraciones profundas, esta relajación debe ser expectante, siempre atenta a la llegada de la siguiente contracción para cogerla a tiempo. Esto resulta también válido para las constracciones de expulsión.

CONDUCTA A SEGUIR EL DIA DEL PARTO DE ACUERDO CON LAS SEÑALES Y CAMBIOS QUE EXPERIMENTA

Recuerde esto:

Estamos creando reflejos POSITIVOS.

Contracción - Tranquilidad.

Contracción - Relajación.

Contracción - Respiración.

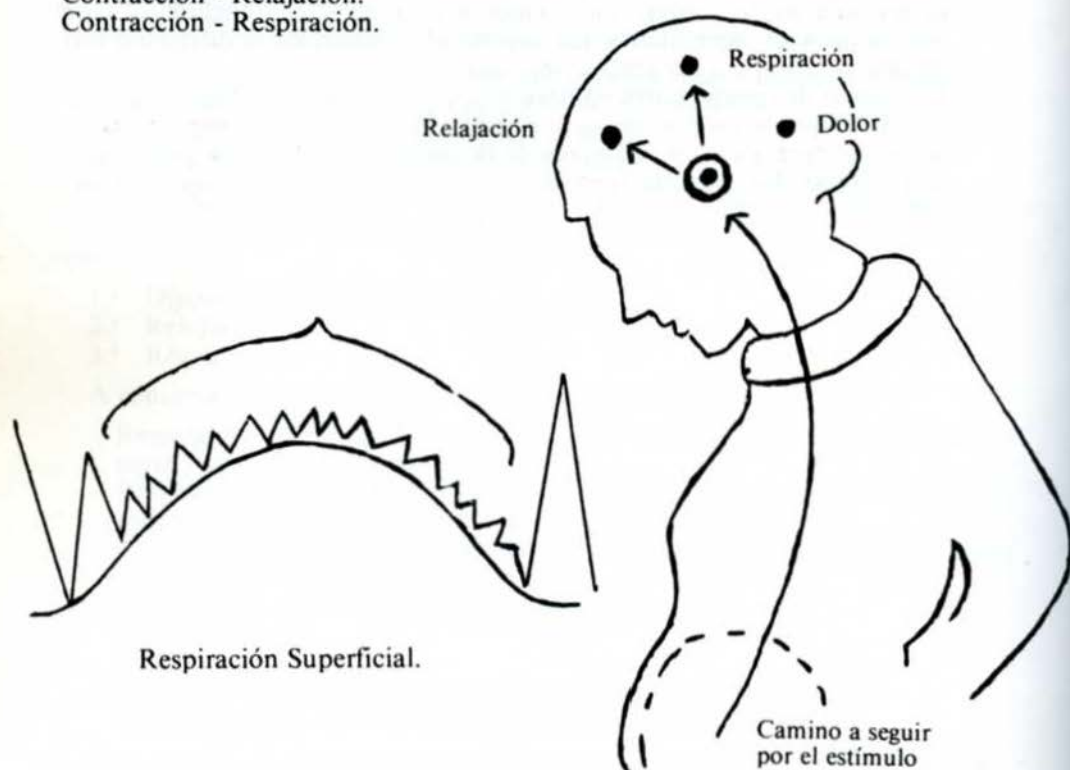


TABLA GRAFICA DE LAS RESPIRACIONES EN ORDEN DE APLICACION EN EL TRABAJO DE PARTO

Abreviaturas usadas:

- I. Inspirar
- E. Espirar
- SN. Superficial nariz
- SB. Superficial boca
- SR. Soplante rápida
- SL. Soplante lenta
- RN. Respiración normal

RESPIRACION ESPECIAL QUE UTILIZARA SI LE PONEN UN GOTEO

El goteo es un suero con estimulantes para la matriz, que provoca unas contracciones más fuertes y seguidas (tiene poco descanso). Las contracciones de goteo suben rápidamente por eso se suprime la completa del principio. Se inicia con Superficial por la boca acelerando el ritmo con la subida de la contracción y al notar que comienza a bajar, hará una soplante rápida para descansar. Se termina con una completa para recuperarse.

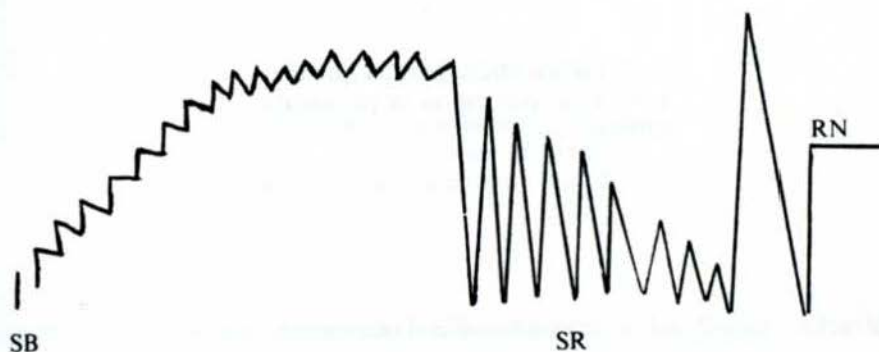


FIG. 5

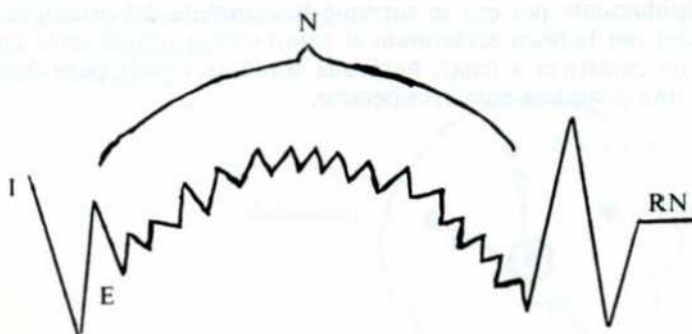
RECUERDE:

Reflejo condicionado - CONTRACCION - RESPIRACION.

El entrenamiento respiratorio crea un reflejo condicionado CONTRACCION - RESPIRACION.

Los reflejos se crean «*repetiendo*» por consiguiente la constancia en el entrenamiento respiratorio, resulta decisiva para lograr un fuerte reflejo contracción - respiración, destinado a suprimir el reflejo contracción - dolor.

Respiración superficial por la nariz.



La menos eficaz pero la que menos cansa, por eso es la primera a utilizar.

Respiración superficial combinada nariz - boca - nariz.

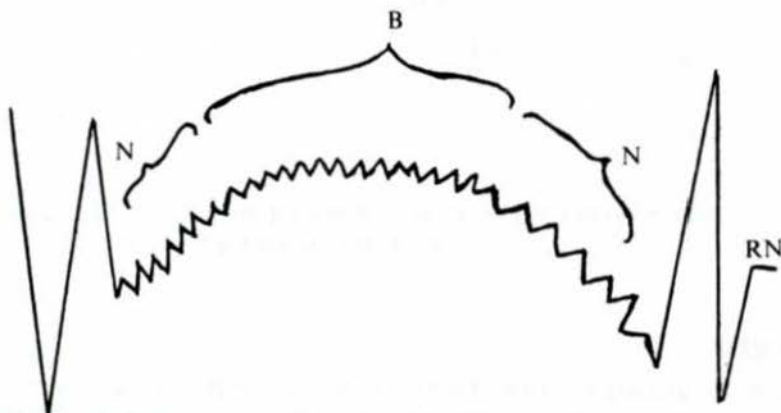
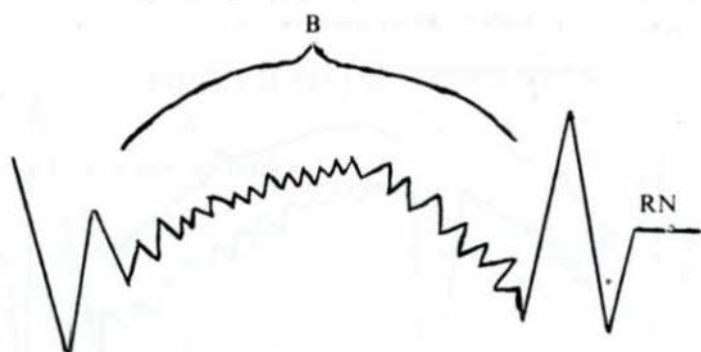


FIG. 1

Respiración superficial por la boca).



Más eficaz que la anterior, pero cansa más, por eso se reservará para contracciones más fuertes de intensidad.

Respiración combinada en tres tiempos. Superficial nariz - Superficial boca - soplante rápida para descansar.

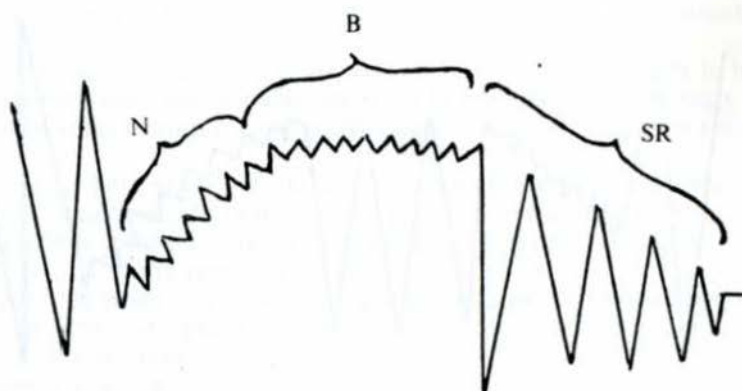


FIG. 2

Respiración soplante lenta para cuando aparecen las primeras ganas de empujar y no se puede empujar por no haber terminado la dilatación.

(1.º Superficial por la boca - soplante lenta y de nuevo Superficial por la boca).

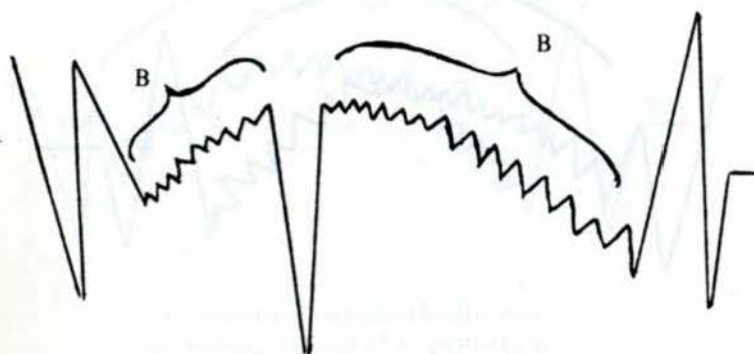
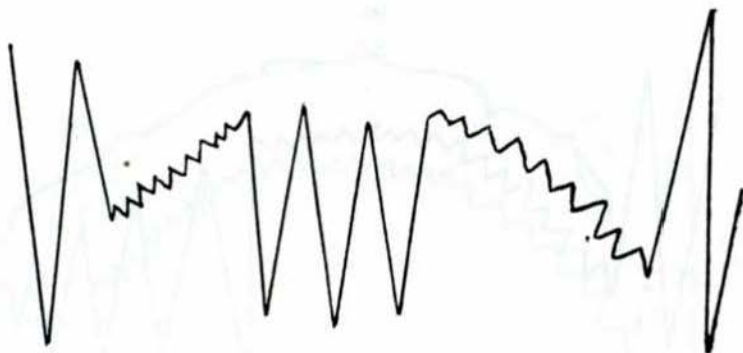


FIG. 3

La misma que la anterior, pero las ganas de empujar se mantienen por más tiempo.



Las ganas de empujar pueden presentarse al principio de una contracción, en el centro, al final, o toda una contracción, ganas de empujar.

FIG. 4

ANEXO 4

EJERCICIO DE EXPULSION

EJERCICIO DE EXPULSION

El ejercicio de expulsión tiene como misión adoptar una técnica con la que se consiga la máxima eficacia en el *pujo*. En el caso de que el equipo sea partidario del pujo natural éste se efectuará con la glotis abierta y de forma discontinua, haciendo pausas interesfuerzo, durante las cuales, la mujer respira varias veces antes de iniciar un nuevo esfuerzo. La duración del pujo es mínima, así como, su intensidad.

Aprendizaje del pujo convencional

- Fundamental la realización de una respiración adecuada (respiración completa o de máxima oxigenación), al principio y al final de la contracción.
- Bloqueo de aire. - Consiste en guardar todo el aire inspirado a nivel torácico.
- Rechazo de abdominales. - Consiste en desplazar todo el aire retenido en el tórax, hacia la cavidad abdominal.
A partir de aquí, comienza el pujo.

Durante la contracción se harán cuantos *cambios de aire* sean necesarios, no debiendo instar a la mujer a esforzarse bloqueando el aire durante mucho tiempo.

El cambio de aire consiste en expulsar el aire bloqueado por la boca, inspirando rápidamente por la nariz como en la respiración completa y repitiendo los pasos anteriormente citados: Bloqueo de aire, Rechazo de abdominales y Pujo.

Todo esto deberá ser explicado a la señora en la primera clase práctica. Para ayudarse en la explicación teórica resulta muy interesante utilizar el gráfico de una contracción y sobre él, detallar todos y cada uno de los pasos, explicando el porqué de una forma precisa y de fácil comprensión.

Al pasar a la práctica en primer lugar se explicará la postura habitual de la mujer en la «mesa de partos» (cabeza, brazos, piernas, etc.) familiarizándola con el ambiente del paritorio.

Pasando después a constatar, con la práctica del ejercicio, que aprendió a realizarlo correctamente.

Los ejercicios de expulsivo deberán ser siempre dirigidos y controlados por el monitor. No deben practicarse en el domicilio.

El Doctor Aguirre de Cárcer en la actualidad propone la utilización de la respiración *Soplante Lenta* durante la contracción del período de expulsión.

ANEXO 5

GUION PARA EL CURSO DE PUERICULTURA

1.ª Clase de PUERICULTURA (Guión para la clase teórica)

EL RECIEN NACIDO

- CONCEPTO DE RECIEN NACIDO, DE LACTANTE, de Puericultura y Pediatría.
- CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO.
 - Perímetro cefálico. Fontanelas.
 - Talla.
 - Peso: normal, prematuro, gigante, hipermaduro.
 - Proporciones.
 - Piel: vermis gaseoso, pelo, uñas.
 - Esqueleto.
 - Organos genitales.
 - Sentidos: vista, oído, olfato, tacto.
 - Funciones vegetativas.
 - Ombligo.
 - Temperatura.
 - Actitud postural: postura fetal, asimetría, decúbito supino y decúbito ventral.
 - Actividad motriz: reflejo de reptación; reflejos arcaicos (de moro, de la marcha, de grasping y de succión).
 - Tono muscular: cabeza, miembros superiores, miembros inferiores, ángulo popliteo, ángulo de aductores.
 - Mímica facial.
- CAMBIOS QUE SUFRE DESPUES DE NACER
 - Peso: pérdida del peso inicial, recuperación, ritmo, aumento durante el primer año.
 - Ictericia: normal, anormal (caso de RH negativo).
 - Sentidos: vista; oído.
 - Ombligo: caída.
- CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO:
 - Enseguida de nacer: corte del cordón, aspiración de flemas, primer baño, prueba de Apgar, vestido.
 - Cuidados posteriores:
 - cuidado del ombligo (antes y después de caerse el cordón)
 - alimentación
 - cambio de pañales
 - colocación en la cuna
 - ritmo de vigilia y sueño
 - primera vacuna opcional: BCG.

- Visitas al pediatra:
 - durante el primer mes
 - durante el primer semestre
 - durante el segundo semestre
 - después del primer año.

- ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

2.ª Clase de **PUERICULTURA** (Guión para la clase teórica)

TEMA: Objetos que deberán prepararse antes del nacimiento del niño: Habitación. Vestido, e higiene del recién nacido.

PRACTICA: Baño del bebé.

DESARROLLO DE LA CLASE TEORICA:

- 1.º - *Cuna*, diferentes clases. Ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.
 - Paso a la cama grande. Cuándo debe pasar a una habitación independiente de la de los padres.
 - Objetos necesarios para la cuna.
 - *Coche de paseo*. Cuco o capazo. Cuándo puede sentársele en el cochecito.
 - *Corralito*: Ventajas e inconvenientes. ¿Es cierto que el corralito es causa de dislexia? Tipos de corralitos. Forma y medidas ideales.
- 2.º - *HABITACION*: Espacio, orientación, temperatura (de 16 a 20 grados), humedad del ambiente. Atenciones higiénicas a la habitación.
- 3.º *AJUAR* del recién nacido.
 - *CANASTILLA*.
- 4.º - **HIGIENE DEL RECIEN NACIDO Y DEL NIÑO, EN GENERAL, DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA VIDA.**
 - Cuándo debe bañarle la madre por primera vez.
 - *Bañera*: distintas clases de ellas. Ventajas e inconvenientes de cada una.
 - Temperatura del agua.
 - Objetos necesarios para el baño.
 - Forma de coger al niño para desnudarle y vestirle.
 - Forma de coger al niño durante el baño.
 - Higiene de las diferentes partes del cuerpo: ojos, orejas, nariz, cabeza, genitales (niños, niñas).

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA HIGIENE DEL BEBE

- Conveniencia de un horario estable, sin rigidez.
- Conveniencia de que le bañe una misma persona.
- Hacer del baño un momento agradable, divertido y relajante para el bebé. Las prisas y nerviosismos son nocivas.
- Después del baño:
 - achucharle, «rito» de este momento.
 - gimnasia para bebés (debe realizarse antes de vestirle),
 - ejercicios para los miembros superiores e inferiores,

- ejercicios torácicos,
- ejercicios abdominales.

CLASE PRACTICA del baño.

3.ª Clase de **PUERICULTURA** (Guión para la clase teórica)

TEMA: Lactancia natural. Lactancia artificial y alimentación complementaria.

1.º **LACTANCIA NATURAL**

- En qué consiste.
- Ventajas de la lactancia natural.
 - a) para el niño:
 - confiere defensas
 - es la leche de la especie
 - favorece la elaboración de los jugos gástricos.
 - b) para la madre:
 - favorece la involución del útero
 - menor porcentaje en cáncer de mama.
 - c) para ambos: favorece la relación madre-hijo.
- Contraindicaciones:
 - a) por parte del niño: prematuros que carecen de reflejo de succión.
 - b) por parte de la madre:
 - cardiopatías
 - enfermedades de riñón
 - diabetes
 - infecciones (... mastitis)
 - pezón invertido
 - algunos antibióticos.

(No es contraindicado en caso de grietas. Para evitarlas, cuidado de los pezones durante el último mes de gestación).

- Análisis comparativo entre la leche de mujer y la de vaca.
- Modos de vida de la madre durante la lactancia.
 - a) dieta equilibrada
 - b) precaución con tabaco, alcohol y especias
 - c) vitaminas
 - d) líquidos
 - e) ejercicio moderado evitando excesos o deportes de competición
 - f) dormir el número de horas necesario
 - g) evitar cansancios y nerviosismos.

(tener en cuenta que durante la lactancia, no siempre se suprime la ovulación).

- Referencia a la posible depresión post-parto.

- **FORMA DE DAR EL PECHO AL NIÑO:**

- a) Sentarse cómodamente (espalda apoyada en el respaldo de la silla o butaca, que deberá ser baja para permitir que el bebé pueda reposar horizontalmente sobre el regazo de la madre).
- b) Forma de coger el niño. Cabeza vuelta hacia el pezón que la madre deberá introducir en la boca del niño.
- c) Evitar que la nariz del bebé quede obstruida contra el pecho de la madre.
- d) Proceder con calma. El nerviosismo de la madre se transmite al bebé.
- e) Al terminar, hacerle echar el aire.
Achucharle un poco.
- f) Cambiarle los pañales. (El bebé suele defecar después de cada toma).
- g) Ponerle en la cuna en posición de decúbito ventral, con la cabeza apoyada sobre una mejilla.

- **HORARIO DE LACTANCIA:**

- a) Primera toma a las 24 horas de nacer.
- b) Qué es el *calostro*, beneficios para el niño.
- c) Conveniencia de dar de cada pecho en cada toma. Evitar tenerle más de 20 minutos como máximo en cada pecho para evitar que la saliva macere el pezón.
- d) Número de tomas. Duración de las mismas. Primeros días. Después del 4.º día.
- e) Toma de la noche.

- **LACTANCIA MIXTA:** cuando la natural no es suficiente.
Empezaremos sustituyendo por un biberón, la última toma de la noche. O dando un pequeño biberón después de la toma.

2.º LACTANCIA ARTIFICIAL: En qué consiste.

- **BIBERONES:** sus clases.
- Esterilización de los biberones.
- Preparación de biberones.
- Horario de tomas.
- Diversas clases de leches preparadas para bebés.
- Regulación del ritmo de succión a través de la regulación del agujero de las tetinas.
- Temperatura ideal del biberón.
- Ser exactos en las medidas...

3.º ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

- Cuándo debe empezarse.
- Zumos.
- Primeras papillas. Diversas clases. Su preparación.
- Alimentación del bebé durante el primer año de vida.

4.ª Clase de PUERICULTURA (Guión para la clase teórica)

TEMA: LA SALUD DEL NIÑO.

GUIÓN:

- Vacunación. Principales alteraciones y síntomas de enfermedad. Remedios más urgentes.
- Principales alteraciones de conducta en el niño. Normas elementales para la modificación de conducta.

A) CONCEPTO DE VACUNACION

- vacunas únicas y vacunas asociadas,
- vacunas obligatorias en España: Polio y DTP o trivalente,
- vacunas recomendadas en España: BCG, antivariólica y antisarampionosa,
- calendario de vacunación.

B) PRINCIPALES ALTERACIONES de la salud del niño. Síntomas de enfermedad.

- **Alteraciones digestivas:** cólicos, estreñimiento, aerofagia, vómitos, dolores de vientre,
- **alteraciones del aparato respiratorio:** rinitis, faringitis, asma bronquial, bronquitis, otitis,
- **la fiebre como síntoma de alteración de la salud:** temperatura normal y anormal. Manejo del termómetro. Lectura del mismo. Remedios caseros para hacer descender la fiebre en el niño. Causas más frecuentes de fiebre en el niño,
- **erupciones de la piel:** erupciones o irritaciones de la piel por contacto con los pañales (Sudamina, intergripe). Cómo tratarlas,
- **enfermedades cutáneas peligrosas:** escarlatina, sarampión, rubéola, varicela. El diagnóstico corresponderá siempre al Pediatra.

C) PRINCIPALES ALTERACIONES DE CONDUCTA EN EL NIÑO DE 0 a 1 año.

- relacionados con la alimentación,
- relacionadas con el sueño,
- relacionadas con necesidades de afecto, por malos hábitos como la costumbre de cogerle en brazos, mecerle, etc., etc. en exceso.

5.ª Clase de PUERICULTURA (Guión para la clase teórica)

TEMA: EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO.

GUIÓN:

- Importancia de los factores ambientales y de la relación madre-hijo durante el primer año de vida del niño.
- Desarrollo sensorial.
- Desarrollo motor.
- Desarrollo del lenguaje.
- Evolución del ritmo vigilia-sueño.
- Erupción dental.

- Desarrollo psicológico: la sonrisa como primera manifestación de carácter psicológico.
- Breve comparación entre el recién nacido y el niño al finalizar su primer año de vida.

DESARROLLO DEL TEMA:

- A) **Pediatría Social:** Importancia de los factores ambientales durante el primer año de vida del niño.
- B) **Actividad postural** del bebé durante los tres primeros meses. Reflejo tónico cervical. Paso de la asimetría a la simetría postural (4.º mes).
- C) **Desarrollo sensorial** especialmente de la vista y su relación con el desarrollo del lenguaje, de la actividad motora y de la relación social.
- D) **Desarrollo motor del bebé** (Céfalo caudal).
- movimiento y sostenimiento de la cabeza
 - brazos
 - manos: desarrollo de la manipulación. Prensión refleja. Prensión voluntaria. Pinza,
 - postura decúbito prono o ventral, postura decúbito supino. Paso de la 2.ª a la 1.ª al 7.º mes
- sedestación
- actitud erecta
 - marcha (12 meses).
- E) **Desarrollo del lenguaje de 0 a 12 meses.**
- sonidos guturales (3-4 meses)
 - cadenas de sílabas (6-7 meses)
 - intencionalidad de la palabra (10-11 meses)
 - vocabulario: tres palabras bisílabas a los 12 meses.
- F) **Evolución del ritmo vigilia-sueño.**
- 19/24 horas hasta los 3 meses.
 - 14/24 horas hasta los 12 meses (12 de noche y 2 de siesta)
 - paso de la vigilia al sueño: inmediato en los 6 primeros meses: fase preliminar a partir de los 6 meses.
- G) **Erupción dental:**
- se prepara a los 4 meses.
 - 2 incisivos centrales inferiores de 6 a 8 meses
 - 4 incisivos centrales superiores de 8 a 10 meses
 - 2 incisivos laterales inferiores de 10 a 12 meses.
- H) **Desarrollo psicológico:**
- La sonrisa como respuesta social (18 semanas),
 - reconocimiento del rostro de la madre. Angustia de la separación (8 meses),
 - reconocimiento de la propia imagen en el espejo (7 meses),
 - diferenciación entre el espacio interior de la cuna y el espacio exterior,
 - primer paso a la independencia de la madre a través de la marcha.

l) Comparación entre el recién nacido y el niño de un año:

- peso: ha triplicado el del nacimiento,
- talla: ha crecido aproximadamente 21 cms.,
- perímetro cefálico: de 36 cms. ha pasado a 46 cms.,
- alimentación: de «lactante» ha pasado a comer casi todo,
- sistema nervioso: paso de reflejos arcaicos a la elaboración voluntaria de movimientos, palabras y actitudes sociales,
- actividad psíquica: voluntaria.

NOTA: Guión modelo utilizado en el Curso Educación Maternal del Dr. Aguirre de Cárcer.

ANEXO 6

GIMNASIA POSTPARTO

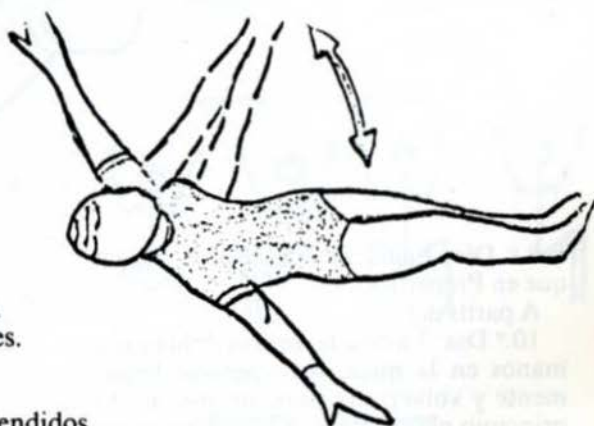
GIMNASIA POSTPARTO

Ejercicios de recuperación física.

Objetivos:

- Tensar la musculatura del abdomen y del suelo pelviano.
- Estimular la circulación.
- Evitar dolores dorso-lumbares.
- Fortalecer la musculatura perineal evitando prolapsos.

EJERCICIOS PARA EL PUERPERIO



En el sanatorio. Primeros días.

1. Respiraciones abdominales.
2. Ejercicios circulatorios.

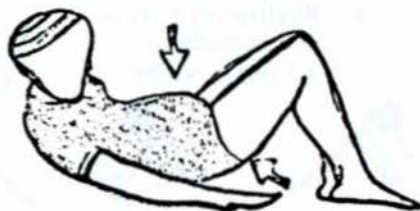
En su casa:

1.º Día: Acostada, brazos extendidos, levantarlos sin flexionarlos, hasta dar una palmada. Descenderlos despacio.

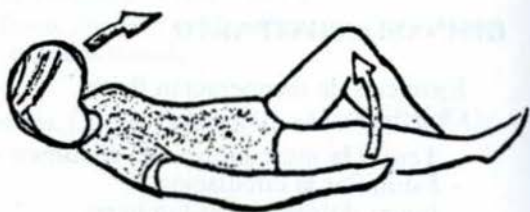
FIGURA 1.

4.º Día: Ejercicio de elevación de pelvis (Igual que en Preparto).

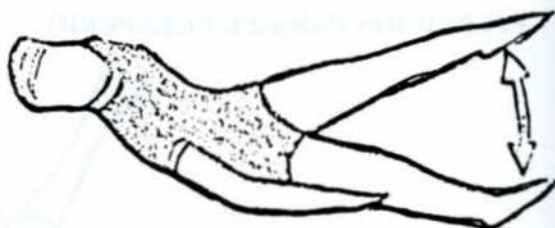
5.º Día: Acostada, rodillas dobladas, levantar la cabeza mirándose el abdomen y contraer las nalgas al mismo tiempo. FIGURA 2.



6.º Día: Tumbada, encoger rodilla izquierda, al mismo tiempo elevar la cabeza y tocar la rodilla con el brazo contrario (Derecho). Repetir con la otra pierna y la otra mano. FIGURA 3.



7.º Día: Elevar despacio una pierna y luego la contraria. Sin prisa y a ser posible sin apoyarse en las manos. FIGURA 4.



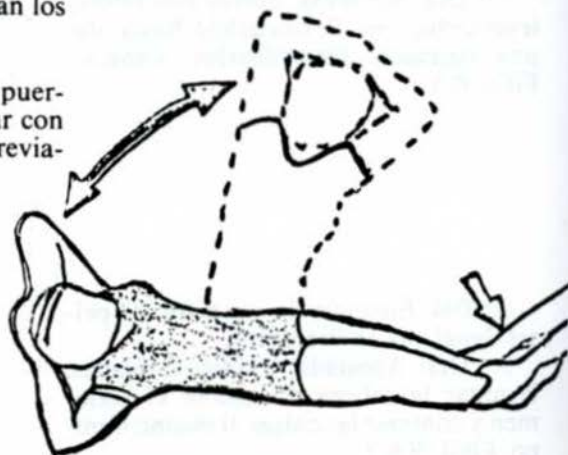
8.º Día: Ejercicio «del Gato». (Igual que en Preparto).

A partir del

10.º Día: Tumbada, brazos doblados y manos en la nuca. Incorporarse lentamente y volver a la posición inicial. Al principio necesitará que le sostengan los pies. FIGURA 5.

NOTA:

1. Realizarlos hasta finalizar el puerperio (35-45 días). Luego comenzar con el curso de Postparto. Infórmese previamente de los grupos, días y horas.
2. Cada día se aumenta un ejercicio.
3. Realizarlos 5 veces por la mañana y 5 por la noche.



EJERCICIOS PARA DESPUES DEL PARTO

1.º BICICLETA CON LAS PIERNAS SEPARADAS. (10 veces).

Echada manos bajo las nalgas o a lo largo del cuerpo, pedalear bajando bien las piernas, sin rozar el suelo. Se inspira por la nariz, se espira por la boca con el ritmo que se prefiera.



2.º BICICLETA CON LAS PIERNAS JUNTAS. (15 veces).

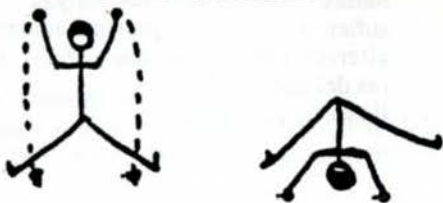
En la posición anterior, rodillas dobladas sobre el vientre. Se inspira con las piernas estiradas, bajándolas sin llegar al suelo; se espira doblándolas de nuevo sobre el vientre.



3.º MUSCULOS OBLICUOS. (10 veces a cada lado). Los dos brazos atrás, rodillas dobladas sobre el vientre. Se inspira en el centro, se espira bajando las piernas a la derecha, se inspira volviendo al centro y se espira a la izquierda. Los hombros pegados siempre al suelo.



4.º FLEXION DE TRONCO AL FRENTE. (5 veces). Sentada piernas separadas, brazos arriba inspirando y espirando, flexionando el tronco hacia adelante, con rebote abajo.

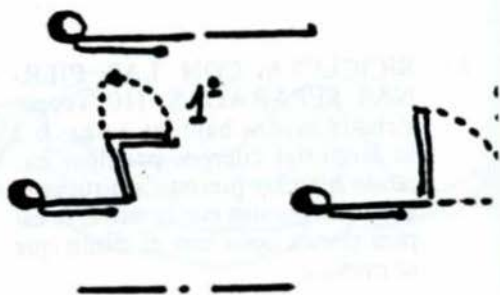


5.º FLEXION DE TRONCO LATERAL. (5 veces a cada lado). La misma posición anterior. Se inspira arriba, se espira a la derecha con rebote, se inspira rectificando de nuevo el tronco y lo mismo a la izquierda.

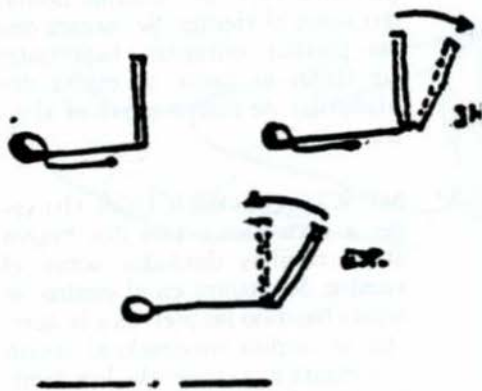


ABDOMINALES

- 6.º POSICION: Echada sobre la espalda, brazos a lo largo del cuerpo, piernas estiradas. Inspiración: Doblar ambas piernas sobre el vientre, elevándolas a la vertical. Espiración: Bajar las piernas muy lentamente, volviendo a la posición inicial.



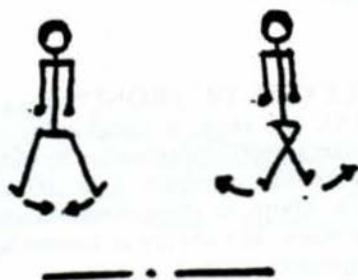
- 7.º Como el anterior pero moviendo cada pierna individualmente de forma alterna.



- 8.º POSICION: Echada sobre la espalda, brazos a lo largo del cuerpo, piernas juntas, verticales, formando ángulo recto con el tronco. Inspiración: Bajar las piernas suavemente, formando un ángulo de 45 grados. Espiración: Volver a la vertical.



- 9.º EJERCICIO DE TIJERETAS VERTICALES. (25 veces). Tumbadas, manos bajo las nalgas, se suben y bajan las piernas rectas, alternativamente arriba y abajo, al ras del suelo. Respirar con ritmo.



- 10.º EJERCICIO DE TIJERETAS HORIZONTALES. (25 veces). En la misma posición que la anterior, las piernas rectas a la altura del suelo, se cruzan las piernas alternativamente por arriba y por abajo en tijereta. Respirando.

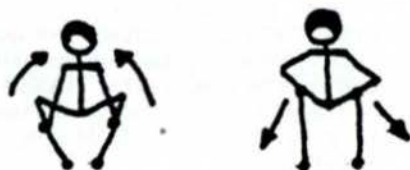
11.º VENTRAL. (15 veces).

Posición: Echada hacia abajo, piernas estiradas, manos sobre la nuca. Inspirando. Elevar cabeza y codos al máximo, sin mover las piernas. Espiración: Volver a la posición inicial.



12.º MUSCULOS DEL PERINE. (25 veces).

Posición: Sentada de forma hindú. Sujetar fuertemente con las manos la cara lateral-externa de las rodillas. 2.º: Colocar las manos en la cara lateral-interna sujetando fuertemente, e intentar cerrarlas. CONTRA - RESISTENCIA.



13.º PECTORALES (50 veces).

Posición: De pie, los brazos cruzados, en ángulo recto con el tronco y sujetándose con ambas manos los antebrazos.

Ejercicio: Presionar con fuerza en sentido inverso.



OBSERVACIONES

- 1.º No empiecen sus ejercicios sin la autorización de su médico.
- 2.º El número de veces indicado para cada ejercicio es el máximo que se debe de hacer. Debe, por tanto, empezar por poca cantidad e ir aumentando progresivamente.
- 3.º Si algún ejercicio le molestará en especial, le rogamos que lo suprima.
- 4.º Todos estos ejercicios se deben de hacer con respiración controlada, inspiraciones completas por nariz y espiraciones por la boca.

BIBLIOGRAFIA

- CAYCEDO LOZANO, Alfonso: «¿Qué es la aproximación sofrológica? (Hacia una sofrología fenomenológica)». Sofrología médica Oriente-Occidente, Ed. Aura, Tomo II, Barcelona, 1974.
- AGUIRRE DE CARCER, Alvaro: *Sofrología en Obstetricia y Ginecología. Condicionamiento y descondicionamiento en Sofrología. Sofrología médica Oriente-Occidente*, Ed. Aura, Tomo II, Barcelona, 1974.
- Preparación al parto. Ed. Iberoamericana, S. A., Madrid, 1969.
 - Educación Maternal. Ed. del autor. Madrid, 1979.
- RAOUL, Elisabeth: *Manuel pratique de préparation sophologique a la Maternité*, Maloine, Paris, 1983.
- CONSTANCE R., Castor: *Participating in Childbirth; A parents Guide*, 2d. Ed. Council of Childbirth. Education Specialist. New York, 1973.
- CONSTANCE R., Castor; HASSID, P. and SASMOR, J.: *The Childbirth Team during Labor*, American Journal of Nursing, 73 (3), 444447, 1973.
- FITZPATRICK, E. et al: *Maternity Nursing*, 12 th, ed. J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1971.

Capítulo 11

CUIDADOS ORIENTADOS HACIA LA LACTANCIA MATERNA

M.^a Eugenia Marcos Caño. Matrona. Técnico en Salud Comunitaria

11.1. ALIMENTACION

Durante el embarazo la mujer que desea amamantar a su hijo debe de seguir los mismos consejos y cuidados que se dieron al principio del capítulo para toda mujer embarazada. Debemos insistir en la relación existente entre la calidad de la dieta y la duración de la lactancia materna. Un estudio australiano ha establecido que entre las mujeres que se alimentaban sanamente durante su embarazo, 74% de ellas amamantaban por lo menos durante 7 meses; por el contrario, entre las que se habían alimentado relativamente mal, solamente un 6% de mujeres consiguieron el mismo período de amamantamiento. Por lo tanto, nunca insistiremos demasiado sobre la calidad de la dieta en la mujer embarazada.

Si durante el embarazo la alimentación cobra una gran importancia para el logro de la lactancia materna esta importancia no es menor durante el mismo período de amamantamiento.

En una familia, generalmente, el miembro que peor se alimenta es la madre y ésta como durante la lactancia está más sobrecargada de trabajo descuida por consiguiente aún más su propia alimentación. La mujer que amamanta deberá consumir entre 500 a 1.000 calorías de más al día, pero vigilando que estas calorías suplementarias sean procedentes de los alimentos más aconsejados.

Alimentos a aconsejar

No hay alimentos que como tales produzcan más leche pero sí que existen alimentos que favorecerán un buen estado de salud y por consiguiente, un mejor estado de ánimo, factor indispensable para la lactancia materna.

- Además de una alimentación rica en proteínas, tanto animales como vegetales, deberá consumir alimentos ricos en vitamina-B. La levadura de cerveza, el germen de maíz, los cereales, son excelentes fuentes de esta vitamina. Recordemos que la vitamina-B está reconocida como la vitamina anti-cansancio y anti-estrés.
- La mujer después del parto, y sobre todo, si amamanta debe de rehacer sus reservas en hierro. El hígado, las verduras y los frutos secos le ayudarán.
- Si a la mujer no le gusta la leche se le indicarán otras fuentes de calcio que deberá consumir diariamente:
 - yogourt, quesos frescos o secos,
 - sardinas en conserva,
 - hígado,
 - almendras.
- Frutas frescas y variadas.

Alimentos a vigilar

- La col, la coliflor, el brocoli, las coles de bruselas y algunas legumbres pueden provocar gases en los recién nacidos. Por el contrario otros niños no manifiestan ninguna reacción.
- La cebolla, el ajo y el espárrago pueden cambiar el sabor de la leche. Los paladares más sensibles notarán la diferencia, otros, quizás, la dejarán pasar.
- Todo aquello que la madre digiere con dificultad le afectará probablemente al recién nacido.

Alimentos a evitar

- Los postres demasiado dulces, el té, café; los alimentos con muchas especias, las charcuterías y los fritos deberán evitarse en la medida de lo posible. Si su consumición es esporádica no le harán mucho daño, pero si es frecuente pueden estimular al recién nacido y ponerle nervioso.
- El chocolate y todo lo que contiene cacao producen frecuentemente gases y provocan a veces diarrea.
- El alcohol deberá de consumirse únicamente de una forma ocasional, se evitará tomar grandes cantidades, ya que pasa a la leche materna. Una cerveza o un vaso de vino en la comida no afectará al niño y puede ser beneficioso para algunas madres en la producción de la leche.

Los líquidos

- Como la necesidad de líquidos está aumentada en este período es normal que la madre nodriza tenga sed. Estos líquidos podrán reponerse ya sea como agua, zumos de frutas o de verduras, leche, sopas u otras formas. Algunas mujeres absorbidas por el trabajo se olvidan de beber la cantidad suficiente; en ese caso, la observación, el color y la cantidad de la orina podrán orientarle sobre su necesidad en líquidos.
- Un signo secundario al insuficiente aporte en líquidos es el estreñimiento. Un aumento en su ingesta junto con el consumo de frutas y verduras frescas así como el de cereales, podrá frecuentemente ayudar a corregirlo.

11.2. MEDICAMENTOS

Antes de tomar cualquier medicamento debe de consultarse al médico, pero éste deberá estar acostumbrado a tratar con mujeres que amamantan. En algunas ocasiones se recomienda a la mujer suspender la lactancia sin haber realmente motivos justificados científicamente. Otros, intentan investigar sobre otro tipo de medicamentos que no afecten al recién nacido a través de la lactancia materna.

Drogas

Todas las drogas, tales como la marihuana, haschich, L.S.D., heroína, cocaína, opium, etc. pasan a la leche materna y pueden afectar al recién nacido. Igualmente se ha observado que estas drogas influyen en el comportamiento de la madre y pueden hacerla menos receptiva a las necesidades del niño.

Píldora contraceptiva

Una mujer no debe, en ningún caso, tomar la «píldora» ya que su sistema hormonal está implicado durante el período de lactancia. Algunos estudios han demostrado que tenían consecuencias nefastas para el recién nacido, desequilibrando, por ejemplo, su sistema hormonal.

11.3. TABACO

La nicotina atraviesa la placenta llegando al feto, en las grandes fumadoras se ha comprobado la influencia en la reducción del peso del recién nacido al nacer.

La nicotina también pasa a la leche materna, en una proporción de alrededor 0,5 mg. por litro de leche. Una mujer que fume un paquete o más por día y que no puede controlarse debería abstenerse de amamantar. Su producción de leche disminuirá poniendo en peligro la nutrición del recién nacido. Por el contrario si una mujer sólo fuma algunos cigarrillos diarios puede hacerlo sin problemas.

NO SE DEBERA FUMAR NUNCA DURANTE LA MAMADA.

11.4. CUIDADO DE LOS PEZONES DURANTE EL EMBARAZO

Algunas mujeres no realizan ningún cuidado especial de sus pezones durante el embarazo sin por ello tener mayores problemas en el momento de la lactancia. Otras mujeres, especialmente las rubias, las pelirrojas y aquellas de piel pálida, deben realizar ciertos cuidados durante el embarazo para retirar con éxito la lactancia materna.

Higiene

- El baño o la ducha diarios son suficientes para mantener limpios los pezones.
- El jabón puede secar la piel y volverla más vulnerable.
- Una crema hidratante no perfumada o el aceite de almendras serán suficientes para suavizarlos e hidratarlos.

Ejercicios

- Coger el pezón entre el pulgar y el índice y estirarlo hasta que sea ligeramente incómodo.
- Frotar los pezones de arriba a abajo con la punta de los dedos de la mano para endurecerlos.
- Durante las últimas semanas de embarazo extraer un poco de calostro con el fin de abrir los canales lactíferos y facilitar las primeras mamadas.
- El masaje de la mama ayuda a prevenir la ingurgitación mamaria y a estimular la circulación. Se realizará dos veces al día durante las 6 últimas semanas del embarazo. Para facilitar el masaje se utilizará una crema hidratante o aceite de almendras: se colocarán las manos a cada lado de la mama con los pulgares en la parte superior, resbalándolas hacia el pezón hasta que ambas se encuentren.
- El hecho de dejar los pechos descubiertos durante un período del día, puede ayudar enormemente a endurecer los pezones, si este ejercicio resultase muy incómodo se puede utilizar el sujetador que se utilizará durante la lactancia pero con la parte del pezón al descubierto.

LOS EJERCICIOS NO DEBERAN SER NUNCA DOLOROSOS.

Los pezones planos o invaginados pueden servir para la lactancia materna insistiendo durante el embarazo en:

- ejercicio de estiramiento del pezón dos o tres veces al día,
- provocar una succión en el pezón,
- cortar la punta del sujetador con el fin de dejar salir el pezón.

11.5. PEZONES DOLORIDOS

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SE MEJORARAN SIN NINGUN TRATAMIENTO EL REPOSO Y LA BUENA ALIMENTACION SON IMPRESCINDIBLES.

Se aconsejará:

- Las mamadas de larga duración y espaciadas en dos horas como máximo, de esta forma al no tener el recién nacido tanta «hambre» mamará con menos fuerza.
- La aplicación local de hielo en el pezón antes de la mamada disminuirá el dolor de éste durante los primeros minutos de la succión.
- El comienzo de la mamada por el pecho cuyo pezón está menos dolorido hasta que la leche fluya sin problemas, facilitando con ello la succión en el otro pecho.
- El cambio de posición en las tomas para repartir de una forma más equilibrada la presión de la succión en las diferentes zonas del pezón.

- La observación de la boca del recién nacido para descartar la posibilidad de muguet.
- La introducción de la aureola y no sólo del pezón en la boca del recién nacido durante la mamada.
- La exposición al aire libre de los pezones entre las mamadas.
- La relajación en el momento de la mamada ayudará a una mayor fluidez de la leche.
- La utilización de sujetadores sin entretelas de plástico. Algunos pezones son muy sensibles al nylon y a los tejidos sintéticos, en este caso se utilizará un sujetador de algodón, sobre todo para estar en casa.
- La aplicación sobre los pezones de una crema natural como la lanolina, o bien una crema a base de vitamina A y D puede ser muy eficaz. Algunas madres utilizan la vitamina-E directamente sobre el pezón ya que tiene propiedades cicatrizantes. La clara de huevo batida produce buenos resultados sobre las grietas de los pezones.
- La práctica de un baño o ducha caliente antes de la mamada, o lo que es más rápido, el colocar la mama en una palangana de agua caliente mejorará el reflejo de secreción y de eyección.

Se evitará:

- La utilización de prendas lavadas con jabones fuertes o con agua de lejía.

Para la extracción de leche se aconsejará:

- lavarse las manos antes de realizar cualquier maniobra,
- empezar a efectuar un masaje de la mama con el fin de ayudar al descenso de la leche,
- colocar las manos BAJO el pecho y los pulgares SOBRE la parte superior,
- apretando, acercar los dedos hasta la aureola,
- cambiar de vez en cuando la posición de los dedos alrededor del pezón con el fin de vaciar todos los canales lactíferos,
- alternar cada mama cada 3-5 minutos para dejar que la leche atraviese los canales lactíferos.

Sobre todo: **NO DESANIMARSE ANTE LA AUSENCIA DE RESULTADO.**

En caso necesario se utilizará *con prudencia* el saca-leche.

11.6. INGURJITACION Y OBSTRUCCION DEL CANAL LACTIFERO

Cuando las mamas están duras, pesadas y llenas de leche es lo que se denomina ingurjitación mamaria. En la mayoría de los casos suele producirse durante los primeros días después del parto y puede prevenirse dando el pecho a la demanda desde el momento del parto. Si uno o varios canales lactíferos están obstruidos la mujer notará un pequeño bulto en la mama que impedirá la normal fluidez de la leche.

SE INSISTIRA EN LA FRECUENCIA DE LAS MAMADAS.

La Lámpara solar

Si, a pesar de estos consejos, el dolor persiste, podría utilizarse una lámpara solar bajo las indicaciones siguientes:

- los ojos estarán cubiertos,
- la lámpara se colocará a un metro de distancia de la mama,
- la exposición no será mayor de 30 segundos los dos primeros días; 1 minuto al día siguiente; 2 minutos los dos días siguientes; 3 minutos los siguientes.

Si no existe enrojecimiento de la piel podrá aumentarse el tiempo de exposición a razón de un minuto más cada 4 días y continuar de esta forma dos veces al día hasta la desaparición del dolor. Si, por el contrario la piel enrojeciera, no se aumentará el tiempo de exposición suspendiendo temporalmente el tratamiento.

La lámpara ultravioleta es la más aconsejada pero también suelen obtenerse buenos resultados con la utilización de una lámpara de 60 vatios.

La conservación y la extracción de la leche materna

Si los pezones siguen estando en malas condiciones y el dolor se hace insostenible, se aconsejará suspender la lactancia materna durante algunas tomas, extrayendo la leche para dársela al recién nacido con la ayuda de la cucharilla o del biberón.

La leche materna se conserva dos días en el frigorífico y hasta dos semanas en el congelador del frigorífico. Para calentarla se pasará únicamente al chorro del grifo de agua caliente, aumentando gradualmente la temperatura. La leche que ha sido ya congelada y descongelada no deberá nunca volverse a congelar.

11.7. INFECCION DE MAMA O MASTITIS

Si el bulto en el pecho se acompaña de fiebre y malestar, se trata probablemente de una infección de la mama.

Para que exista la infección hace falta un organismo capaz de infectar y un medio que facilite su crecimiento. La ingurgitación mamaria facilita el desarrollo de la mastitis.

Tres reglas fundamentales deberán de respetarse:

1. Aplicar calor.
2. Estar en reposo.
3. Tener vacía la mama.

No es necesario suspender la lactancia materna; numerosos estudios han demostrado que el seguimiento de la lactancia no causa ningún daño al recién nacido. La madre fabricará anticuerpos contra las bacterias responsables de la infección y éstos pasarán al niño en las mamadas.

El destete brusco será perjudicial emotiva y físicamente tanto para el niño como para la madre. La retención de leche en el caso de realizarlo, empeoraría la infección.

Una mama vacía se cura más rápidamente y la mejor forma de vaciarla es el propio amamantamiento. Durante la mamada, los vasos sanguíneos se dilatan permitiendo así el paso de los glóbulos blancos al tejido mamario, ayudando de esta forma a combatir la infección. Las compresas calientes ayudarán a la instauración de este mecanismo de defensa. No deberán ser utilizados los sujetadores demasiado apretados ya que pondrán en peligro la buena circulación sanguínea en la mama.

BIBLIOGRAFIA

- «El arte femenino de amamantar». La leche League Internatioñal. Interstate Printers and Publishers, Inc. 1980.
- CLARK, C.: «Le livre de L'Allaitement Maternel». Guy Saint-Jean. Québec, 1982.



Il est évident que les conditions de travail sont très difficiles et que les salaires sont très bas. Les ouvriers sont obligés de travailler de longues heures pour gagner un peu d'argent. Les conditions de logement sont également très mauvaises. Les ouvriers habitent dans de petites maisons surpeuplées et sans eau courante. Les conditions de santé sont également très mauvaises. Les ouvriers souffrent de maladies et de blessures. Les conditions de travail sont donc très difficiles et les salaires sont très bas.

Les conditions de travail sont très difficiles et les salaires sont très bas. Les ouvriers sont obligés de travailler de longues heures pour gagner un peu d'argent. Les conditions de logement sont également très mauvaises. Les ouvriers habitent dans de petites maisons surpeuplées et sans eau courante. Les conditions de santé sont également très mauvaises. Les ouvriers souffrent de maladies et de blessures. Les conditions de travail sont donc très difficiles et les salaires sont très bas.

Les conditions de travail sont très difficiles et les salaires sont très bas. Les ouvriers sont obligés de travailler de longues heures pour gagner un peu d'argent. Les conditions de logement sont également très mauvaises. Les ouvriers habitent dans de petites maisons surpeuplées et sans eau courante. Les conditions de santé sont également très mauvaises. Les ouvriers souffrent de maladies et de blessures. Les conditions de travail sont donc très difficiles et les salaires sont très bas.

Les conditions de travail sont très difficiles et les salaires sont très bas. Les ouvriers sont obligés de travailler de longues heures pour gagner un peu d'argent. Les conditions de logement sont également très mauvaises. Les ouvriers habitent dans de petites maisons surpeuplées et sans eau courante. Les conditions de santé sont également très mauvaises. Les ouvriers souffrent de maladies et de blessures. Les conditions de travail sont donc très difficiles et les salaires sont très bas.

Les conditions de travail sont très difficiles et les salaires sont très bas. Les ouvriers sont obligés de travailler de longues heures pour gagner un peu d'argent. Les conditions de logement sont également très mauvaises. Les ouvriers habitent dans de petites maisons surpeuplées et sans eau courante. Les conditions de santé sont également très mauvaises. Les ouvriers souffrent de maladies et de blessures. Les conditions de travail sont donc très difficiles et les salaires sont très bas.

Capítulo 12

CUIDADOS PRENATALES

M.ª Rosario Muñoz González. Matrona. Asesora de Enfermería de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

M.ª Isabel Sánchez Perruca. Matrona. Hospital Materno-Infantil «Primer de Octubre». Madrid

21. 1914

1914 1914 1914 1914 1914

1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914

1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914 1914

12.1. INTRODUCCION

El embarazo no es una enfermedad, es sencillamente un cambio temporal en el organismo de la mujer, con el fin de albergar y nutrir el producto de la concepción hasta el momento del nacimiento.

Como cualquier otro proceso de desarrollo implica una serie de acontecimientos que se pueden observar y describir. Comprendiendo bien este proceso natural, estaremos en condiciones de aplicar nuestros conocimientos a la serie de cuidados que deben darse a la futura madre y al niño.

Los cuidados relativos a la maternidad conciernen no sólo a la madre y al niño, sino también a la familia y la comunidad. Si la familia comprende los fenómenos que implican el embarazo, será capaz de ayudar a la madre, evitar dificultades y entender mejor la información que solicite de los profesionales de la asistencia sanitaria.

A este respecto, la Matrona estimula la sensación de bienestar de la familia al responder a las preguntas que surjan durante el curso de la gestación.

El nacimiento de un niño deseado es el más extraordinario y emocionante acontecimiento que se observa entre la serie de cuidados materno-infantiles, es un acontecimiento único. Para la futura madre, ya se trate del primer embarazo o sea múltipara, representa una experiencia singular. Tener un hijo no significa lo mismo para todas las familias incluso difiere de uno a otro nacimiento en una misma familia.

Las relaciones entre madre, padre, hermanos y abuelos influyen en cada caso, así como el nivel socio-económico y étnico de la familia.

Por consiguiente, al estudiar los temas referentes a la asistencia materno-infantil es importante incluir en este contexto la experiencia que implica el proceso de la gestación.

Así como existe el diagnóstico médico del embarazo, debería existir un diagnóstico del sentido real y emotivo y de lo que esto significa para la madre y su familia.

La educación deberá corregir conceptos erróneos y disipar la ignorancia, lo cual supone una dimensión más amplia de la labor de la matrona, asumiendo la responsabilidad de aleccionar a la familia respecto al proceso de la gestación. Toda embarazada que solicita asistencia sanitaria, acarrea prejuicios formados tras los años de crecimiento, acerca del sexo, la maternidad, el parto, las relaciones familiares y los cuidados del recién nacido. Algunas de estas ideas preconcebidas son equivocadas y están influidas por experiencias anteriores. Ciertas creencias sobre alimentación de la embarazada o la tensión que provoca el temor al parto, pueden perjudicar el curso de éste.

Para descubrir dudas, temores, ideas erróneas de la embarazada, conocer el contexto que representa la individualidad de cada persona, etc., COHEN sugie-

re las siguientes preguntas, que pueden revelar algunos hechos útiles, como base informativa respecto a las necesidades o preocupaciones de cada persona:

- ¿Desde cuándo reside Vd. en esta zona y dónde viven sus familiares?
- ¿Ve con frecuencia a su madre u otros parientes?
- ¿Le ha sucedido algo en el pasado? ¿Hay alguna circunstancia relacionada con su embarazo que le preocupe?
- ¿Cómo reaccionó su pareja al enterarse de su embarazo?
- ¿Qué otras obligaciones tiene aparte de la familia?

También sería interesante conocer cómo transcurrió la infancia de la gestante, si creció en un ambiente sórdido o en el seno de una familia normal.

La mujer que en su primera década de vida estuvo privada de un buen ambiente familiar implica mayores dificultades al asumir su función maternal. La embarazada necesita ayuda y comprensión por parte de los profesionales que le prestan asistencia, esto siendo muy importante no suele formar parte de los cuidados prenatales.

Una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada absolutamente. Proporcionar a la embarazada una sensación de seguridad sin suficientes garantías puede dar lugar a que la gestante ignore signos y síntomas que de seguir sus propios instintos, le hubieran inducido a buscar consejo con urgencia.

La asistencia sanitaria, iniciada mucho antes del embarazo, aporta sin lugar a dudas, grandes beneficios para la salud física y emocional de la futura madre y a su vez del niño que va a nacer. Por lo tanto lo ideal sería que la asistencia prenatal fuera la continuación de un régimen ya establecido de asistencia sanitaria para la mujer. Siendo objetivo de la matrona elevar el nivel de salud de la mujer embarazada o no y del recién nacido mediante acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de los mismos.

12.2. OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL

1. Proporcionar atención precoz, periódica y completa a la embarazada.
2. Identificar el embarazo de alto riesgo precozmente, para prestarle una atención especial.
3. Actuar sobre las causas que provocan morbi-mortalidad materna y perinatal.
4. Contribuir a la disminución de bajo peso al nacer.
5. Contribuir a la disminución de intervenciones obstétricas.
6. Facilitar consulta de consejo genético.
7. Contribuir a la disminución de abortos.
8. Promover la lactancia materna.
9. Intensificar la educación para la salud de la embarazada.
10. Diagnosticar las enfermedades de transmisión sexual para cortar precozmente la cadena epidemiológica.
11. Fomentar la participación activa de la gestante, pareja y comunidad, promoviendo una actitud favorable hacia el embarazo, parto y puerperio.
12. Contribuir a que el medio familiar, laboral y social donde se desenvuelve la mujer sea favorable para su salud.
13. Elevar la humanización de la atención sanitaria a la mujer.

12.3. ACTIVIDADES

Las actividades para los siguientes objetivos son:

Objetivo N.º 1

1. Captación precoz de la embarazada:

- Se entiende por tal; el brindar la primera consulta antes de la doce semana del embarazo.
- Se abordará desde la educación sanitaria dirigida a la comunidad y en especial al grupo de mujeres en riesgo (mayores de 40 años y menores de 20 años o con patología previa) en coordinación con el resto del personal sanitario.
- La captación debe realizarse en el momento del test positivo del embarazo.

2. Atención periódica:

Los controles se deberían establecer en la forma que indica la O.M.S.

CONSULTA	SEMANA	A CARGO DE
1. ^a	Antes de la doce	Obstetra y Matrona
2. ^a	12	Matrona
3. ^a	20	Matrona
4. ^a	24	Matrona
5. ^a	28	Obstetra y Matrona
6. ^a	32	Matrona
7. ^a	36	Obstetra y Matrona
8. ^a	40	Matrona

Este n.º de consultas se ampliará las últimas semanas de la gestación según protocolos locales.

3. Garantizar que cada mujer sea atendida de forma continua por el equipo tocológico, para lo cual es necesario la labor coordinada y complementada entre el obstetra y la matrona, así como la cumplimentación de los registros que atañan a la paciente.
4. Se identificarán los factores biopsicosociales que actúan sobre la mujer y el embarazo, con objeto de influir sobre los mismos en la medida que puedan afectar o afecten a la salud de la mujer mediante el trabajo del equipo.
5. Se debe mantener estrecha relación del equipo tocológico (Obstetra-Matrona) con las mujeres de la zona ingresadas en los Centros de referencia.
6. Se facilitarán cuidados estomatológicos a todas las gestantes que lo requieran.

7. Recomendar que el trabajo realizado por las mujeres sea el adecuado con su estado físico.
8. Orientar sobre el disfrute de la maternidad.

Objetivo N.º 2

- Determinar el riesgo de toda embarazada desde el inicio de la gestación, clasificándola de acuerdo al test correspondiente.
- Realizar de forma protocolizada el seguimiento de las embarazadas de bajo y medio riesgo.
- Derivar las embarazadas de alto riesgo al centro hospitalario de referencia.
- Visita domiciliaria en caso de que la gestante lo precise.
- Reevaluar especialmente a todas las gestantes entre la 28 y 32 semanas para determinar nuevamente el riesgo.

Objetivo N.º 3, 4, 5 y 7

- Cumplir los protocolos de control prenatal establecidos.
- Mantener actualizada la información sobre muertes maternas y sus causas, estableciendo la discusión necesaria sobre las mismas.
- Establecer sesiones clínicas para aquellas embarazadas de alto riesgo obstétrico con el centro de referencia.

Objetivo N.º 6

Las actividades se concretan en la prevención de complicaciones previsibles y de nacimientos de individuos afectados.

Para ello es preciso:

- Documentar y elaborar el estado de todos los parientes en primer y segundo grado.
- Si aparecieran antecedentes, elaborar árbol genealógico para lo cual, se habrá hecho constar de cada uno de los elementos familiares:
 - Edad.
 - Si vivo o muerto.
 - Si muerto, causa.
 - Estado salud actual.
 - Enfermedades pasadas.
 - Historia reproductiva completa, con causas de muertes o abortos si los hubiera.
- Lo anterior debe ser realizado con la historia clínica en la primera consulta prenatal.
- Los hallazgos significativos que necesitan asesoría especializada en el centro de referencia son los siguientes:
 - Enfermedades genéticas tales como hemofilia y distrofia muscular.
 - Antecedentes o hijo previo con anomalías cromosómicas.

- Hijo previo con defecto en el tubo neural.
- Hijo previo con trastorno metabólico genético.
- Retraso mental y otras anomalías sin filiar.

Se aconseja derivar para amniocentesis y/o consulta genética toda embarazada:

- Mayor de 38 años.
- Con hijo previo con S. Down u otras anomalías cromosómicas.
- Anomalías estructurales de los padres.
- Historia de anomalías cromosómicas familiares.
- Hijo previo con trastorno metabólico genético.
- Título alto de alfa-feto-proteína en sangre materna.
- Enfermedades genéticas como hemofilia, distrofia muscular, etc.
- Cualquier otro acontecimiento en que se crea indicado (embarazo patológico, alteraciones ecográficas, etc.).
- Si la madre lo solicita (ansiedad).

Objetivo N.º 8

Tratará de alcanzarse a través de la actividad de la educación para la salud, incluida a su vez en consulta, preparación maternal, charlas y visitas puerperales.

Objetivo N.º 9

Por medio de la educación para la salud, que se llevará a cabo de forma individual y colectiva:

- En consultas de atención prenatal.
- En consultas de atención post-parto.
- En preparación maternal.
- En planificación familiar.
- En charlas de difusión a la comunidad.

Objetivo N.º 10

Realizar VDRL a las gestantes en la primera y quinta consulta.

Objetivo N.º 11, 12 y 13

Se realizarán actividades de educación para la salud en colaboración con otros miembros del equipo de salud.

12.4. PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA DE CONTROL DE EMBARAZO

Primera consulta

La primera consulta ha de realizarse por el obstetra y la Matrona antes de la doce semana.

- (*) – Test de embarazo (caso de no haberlo realizado).
 - Apertura H.C. Aceptación embarazo. Repercusión familiar.
 - Exploración general.
 - Talla, peso y T.A.
 - Exploración mamaria.
 - Exploración ginecoblástica: tacto bimanual
citología (si precisa,

- (**) – Educación Sanitaria: lactancia materna
alimentación
higiene, ejercicio
consultas sucesivas
síntomas de consulta urgente

- (***) – Valoración test de riesgo: bajo
medio
alto: derivación a tercer nivel con segui-
miento simultáneo del Centro de Salud, Ambulatorio o Consultorio,
a través de:
 - Ambulatorio.
 - Gestante ingresada: visita de la Matrona en el Hospital.
 - Gestante derivada a domicilio: visita periódica de la Matrona.
 - Gestante reposo parcial: consulta en Ambulatorio, Consultorio o Centro de Salud.
 - Analítica: orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento
Cultivo (si procede)
 - * sangre: Hb, Hto
Glucemia
GOT, GPT
Creatinina
RH y Grupo
Test de Coombs si procede
VDRL
Toxoplasma y rubeola
 - Inclusión en educación sanitaria grupal (charlas, preparación ma-
ternal).
 - Cita para ecografía (****).
 - Cumplimentación analítica para la consulta siguiente.
 - Entrega de la cartilla oficial de la embarazada.

Test de embarazo ()*

Diagnóstico de embarazo: deberá sospecharse embarazo ante la presencia de amenorrea o de menstruaciones anormales en mujeres en edad fértil, sobre todo si van acompañadas de otros síntomas tales como náuseas, mastodinia, etc., confirmándose mediante la prueba de Gravindex o test de embarazo en orina, que en numerosas ocasiones es positiva en la primera semana de amenorrea.

*Educación sanitaria (**)*

En general, la matrona será la primera persona con quien la embarazada se pondrá en contacto después de los trámites de registro, por lo tanto lo más conveniente es que sea la matrona la que explique a la mujer lo que ocurrirá en esta primera visita.

Hay que asegurar a la gestante que todo lo que manifiesta se considerará confidencial, y que es muy importante obtener una historia completa a fin de valorar su actual estado.

El bienestar físico y mental están estrechamente relacionados. Esto significa que una matrona vigile el estado mental de la madre con tanta atención como ausculta el corazón del feto y al mismo tiempo indague la situación de la madre en el seno de la familia, con tanto cuidado como trata de determinar la posición del feto en el útero.

A veces será conveniente la opinión de los trabajadores sociales en caso de gestantes muy jóvenes, fármacodependientes o con problemas familiares.

La sala de espera del Consultorio deberá estar provista de material de lectura. Deben seleccionarse folletos explicativos que pueda llevarse la embarazada a su casa.

Haremos hincapié en los cuidados que precisa en su nuevo estado (ver capítulo correspondiente). Contestaremos a sus preguntas, desechando temores. Se informará sobre cuáles son los síntomas de alarma.

TABLA 1.*

Debe aconsejarse a la mujer que consulte si presenta:

- Fiebre.
- Disuria.
- Edemas.
- Traumatismo.
- Vómitos.
- Ausencia de movimientos fetales en las últimas 24 horas.

Debe remitirse a urgencias del hospital en caso de:

- Cualquier grado de hemorragia vaginal.
- Rotura de membranas.
- Dolor abdominal constante o intermitente.
- Cefalea intensa o trastorno de la visión.

Test de riesgo (***)

Elaboración y evaluación del test de riesgo inicial, para diferenciar a las embarazadas que desde el principio deban ser controladas por el obstetra y matrona o en un servicio hospitalario. Suelen derivarse los embarazos que tengan una puntuación de 4. (Tabla II).

(****)

Se solicitará cita de ecografía sobre todo si hay duda de la fecha de última regla.

Segunda consulta

La segunda consulta ha de realizarla la Matrona en la 12 semana:

- Complimentación H.C.
- Peso, T.A.
- Exploración general.
- Sensaciones subjetivas, estado de ánimo.
- (*) - Palpación abdominal: altura fondo uterino.
- Educación Sanitaria: alimentación, higiene, reposo, lactancia materna, etc.
- Valoración de analítica recibida (coordinándose previamente con el Tocólogo).
- Petición analítica de orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento
- (**) - Petición ecográfica si procede.
- Valorar test de riesgo obstétrico.
- Cita próxima consulta.

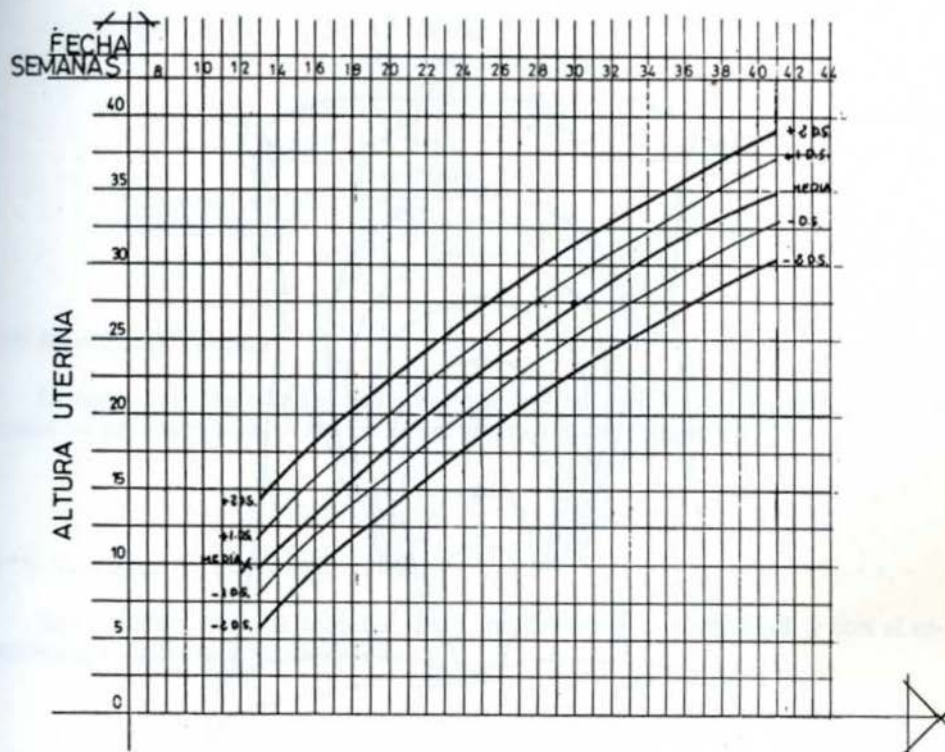
(*) *Palpación abdominal*

Se medirá la altura del fondo uterino (A.F.U.) midiendo la distancia que existe entre el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino delimitando con el borde cubital de la mano. Ver gráfico de altura uterina. Gráfico I.

(*) *Ecografía*

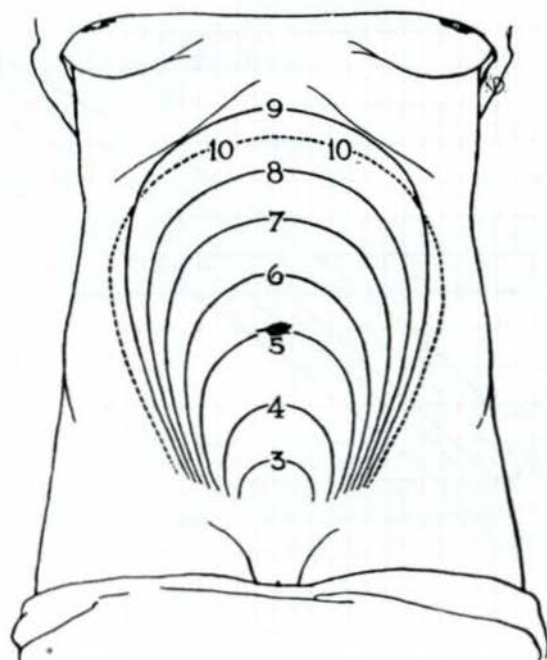
En el embarazo no complicado es conveniente realizar dos o tres ecografías a lo largo de la gestación. la 1.ª a las 12 semanas que permitirá determinar la situación de la placenta y detectar posibles malformaciones congénitas; y la 2.ª entre la 32 y la 36 semana para valorar si el crecimiento fetal es correcto.

GRAFICO I



Ejemplo de gráfica utilizada en la actualidad. Manuel Prada en Guipúzcoa.

GRAFICO I (BIS)
ALTURA UTERINA



WILLIAMS OBSTETRICIA

Tercera consulta

La tercera consulta ha de ser realizada por la Matrona a las 20 semanas.

- H.C.
- Exploración general.
- (*) - Movimientos fetales.
- Síntomas subjetivos, estado anímico.
- Palpación abdominal: altura fondo uterino.
- (**) - Auscultación latido fetal.
- Educación sanitaria: alimentación, higiene, ejercicio, preparación parto.
- Valoración resultados analítica.
- Petición de orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento
Cultivo si precisa
- sangre: Hb, Hto.
 Glucemia
- Educación grupal, remitir.
- Test de riesgos.
- Cita sucesiva.

(*) *Movimientos fetales*

Se intentará observar los movimientos fetales, aunque en la mayoría de los casos no se conseguirá. A las 24 semanas es frecuente palparlos.

(**) *Auscultación de los tonos fetales*

Son audibles hacia la semana 12-15 incluso antes con sonicaid, y con el estetoscopio hacia la semana 28/32.

Cuarta y quinta consulta

La cuarta consulta ha de realizarse por la Matrona a las 24 semanas y la quinta por el Obstetra y la Matrona a las 28 semanas.

- H.C.
- Peso, T.A., exploración general.
- Síntomas subjetivos. Movimientos fetales.
- Palpación abdominal: altura fondo uterino
 presentación fetal
- (*) - Auscultación fetal.
- Educación sanitaria: alimentación, higiene, ejercicio, preparación parto.
- Valoración analítica.

- Petición analítica: orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento

(En la quinta consulta: serología de Lúes y test de Coombs si procede).

- Educación grupal: remitir.
- Test de riesgo.
- Cita próxima consulta.
- Cita para educación maternal (28 semanas).

(*) *Auscultación latido fetal*

A partir de esta fecha siempre debe oírse, y se hará constar en la historia, la frecuencia cardíaca fetal por minuto.

Sexta consulta

La sexta consulta ha de realizarse por la Matrona a las 32 semanas.

- H.C.
- Peso, T.A., exploración general, movimientos fetales.
- Sensaciones subjetivas, estado anímico.
- Palpación abdominal: (*) Maniobras de Leopold
Latido fetal
Cuello de útero
- Valoración de analítica.
- Petición de analítica: orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento
sangre: Hb, Hto.
Glucemia
- Ecografía si procede.
- Educación sanitaria: resolver dudas, alimentación, síntomas de consulta, ejercicio, prevención de estrías y varices.
- Curso preparación maternal.

(*) *Maniobras de Leopold* Figura II

Leopold I

El explorador se coloca al lado de la mujer, mirando hacia su cara y con los bordes cubitales de ambas manos profundiza en la parte alta del vientre para delimitar el fondo del útero, reconociendo el polo fetal que se encuentra en esta zona. Las nalgas se palpan como una superficie voluminosa e irregular y la cabeza como una masa dura y regular.

Leopold II

El explorador sigue en la misma posición y con ambas manos extendidas palpa ambos flancos de la mujer, habitualmente en un lado palpa una superficie plana, continua, que corresponde al dorso fetal y en el otro nota unos pequeños abultamientos que en ocasiones se mueven, corresponden a los miembros del feto.

Leopold III

El explorador sigue en la misma posición y con una mano, entre el pulgar y los demás dedos, intenta abarcar la presentación fetal, inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, imprimiéndole movimientos laterales. Si este polo es la cabeza se percibe una masa dura y regular que con los movimientos laterales pelotea con la mano.

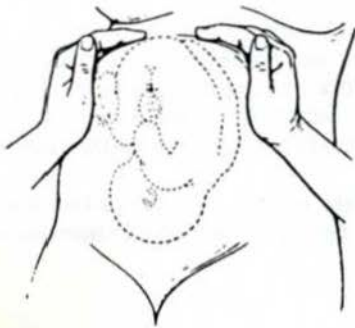
Al mismo tiempo, la facilidad de desplazamiento lateral o su dificultad nos orientan respecto al grado de encajamiento de la presentación en el canal del parto.

Leopold IV

El explorador mira ahora a los pies de la embarazada, introduce profundamente las puntas de los dedos de ambas manos, con las palmas vueltas hacia la superficie del abdomen, lateralmente entre la presentación y los huesos de la pelvis, si la parte presentada es la cabeza, con un poco de experiencia se apreciará la frente y el occipucio y el grado de flexión de la cabeza.

Puede asimismo apreciar el grado de encajamiento y, ascendiendo en la palpación, se nota la depresión existente (signo de hachazo) entre la cabeza y el hombro anterior del feto, punto de la máxima facilidad auscultatoria de la frecuencia cardíaca fetal. En la presentación podalica no es factible apreciar el signo de hachazo. Si no apreciamos polo alguno en contacto con el estrecho superior de la pelvis el diagnóstico será de situación transversa.

FIGURA II



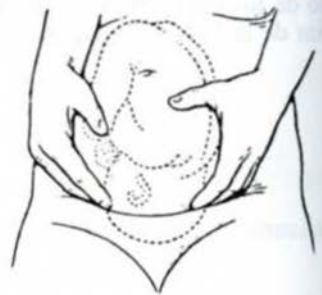
LEOPOLD I



LEOPOLD II



LEOPOLD III



LEOPOLD IV

W. PSCHYREMBEL

Séptima consulta

La séptima consulta ha de realizarla la Matrona y el Obstetra a las 36 semanas.

- H.C.
- Peso, T.A., exploración general.
- Sensaciones subjetivas, estado anímico.
- Palpación abdominal: altura fondo de útero
latidos fetales
presentación
- Exploración obstétrica: Test de Bishop (*).
- Resultados analítica. Valoración.
- Petición analítica: orina: Albúmina
Glucosa
Sedimento
- Educación sanitaria: Dudas
Modificación hábitos de vida
Síntomas de consulta
Lactancia materna
Impresiones sobre el curso de preparación maternal
- Test de riesgo.
- Cita para la consulta siguiente.

(* Test de Bishop

TABLA II

PUNTUACION.....	0	1	2	3
DILATACION.....	0	1-2	3-4	5-6
BORRAMIENTO...	0-30 %	40-50 %	60-70 %	80 %
CONSISTENCIA....	duro	media	blando	-
POSICION	posterior	media	centrado	-
PLANO	S.E.S.	I	II	III

Octava consulta

La octava consulta ha de realizarla la Matrona a las 40 semanas.

- H.C.
- Peso, T.A., exploración general.
- Sensaciones subjetivas, movimientos fetales.
- Palpación abdominal: Fondo uterino
Auscultación fetal
Presentación

- Valoración Test de Bishop.
- Valorar analítica si la hay.
- Educación sanitaria: Signos de ingreso
Pautas ante ingreso
Lactancia
- Indicar la necesidad de comunicar el alta hospitalaria para establecer consultas puerperales.
- Ante cualquier embarazo que pase de 40 semanas, se enviará a la consulta del Obstetra.

12.5. ACTITUD ANTE LOS HALLAZGOS DE LA ANAMNESIS

Edad

Entre los 15 y los 19 años y por encima de los 30 hay aumento de riesgo de mortalidad perinatal. A partir de los 35 años hay mayor riesgo de anomalías genéticas.

Por debajo de 16 años o por encima de 35 debe ser controlada por el Obstetra.

Enfermedades de la primera infancia y vacunaciones

Constar con seguridad qué enfermedades ha padecido, qué vacunaciones ha recibido y si fue correcta su administración. En caso de duda se considerará la gestante como no inmunizada, previniéndola del contacto con pacientes afectados de enfermedades víricas.

Abortos anteriores

Si tuvo un aborto anterior, seguido de embarazos normales, considerar a la gestante como normal. En caso de aborto en el embarazo anterior al actual, enviar al Tocólogo para control inicial y valoración de riesgo, dejando a su criterio quien deba llevar el posterior control de la gestante.

En caso de dos o más abortos anteriores debe ser controlada desde el principio por el Obstetra.

Recién nacido de menos de 2.500 gramos

Investigar si hubo dieta inadecuada, prematuridad, H.T.A., enfermedad cardíaca o renal o de otra índole, tabaquismo, etc. (Coordinarse con el Obstetra).

Recién nacido de más de 4.000 gramos

Solicitar curva de glucemia (coordinarse previamente con el Tocólogo).

Antecedentes de otras complicaciones

Algunas de ellas tienen cierta tendencia a la recurrencia.

COMPLICACIONES	RECURRENCIA
- Preeclampsia.....	25 %
- Desprendimiento de placenta	10-17 %
- Placenta previa.....	6 %
- Presentación de nalgas	14 %

12.6. ACTITUD ANTE HALLAZGOS EN EL EMBARAZO QUE NO CONLLEVAN AUMENTO DE RIESGO

Caries

Extremar la higiene dental. Posponer si es posible, las intervenciones dentarias al tercer trimestre del embarazo. Derivar a consulta de estomatología.

Astenia o fatiga

Es frecuente en el tercer trimestre; si es intensa descartar anemia o cardiopatía.

Mareos

Son debidos a hipotensión ortostática y/o hipoglucemia. Recomendaremos que no esté inactiva en bipedestación, y la ingesta de fruta entre horas.

Lumbalgias

Ocurre en casi todas las embarazadas a partir de la segunda mitad del embarazo y son debidas a la contractura compensatoria de la musculatura paravertebral y a la hiperlaxitud de las articulaciones, propias del embarazo.

Aconsejaremos reposo en decubito lateral sobre cama dura, uso de tacones bajos. Se aconsejará el empleo de una faja maternal adecuada.

Dolor abdominal

En el embarazo son frecuentes los dolores abdominales ligeros, debidos al peso del útero sobre el suelo pélvico, al estiramiento de los ligamentos redondos o a distensiones debidas a estreñimiento. Aconsejaremos reposo en decubito lateral, faja maternal o cambios en la dieta.

Contracciones uterinas

Son habituales pasadas las 28 semanas de embarazo. No precisan tratamiento. Si son dolorosas, rítmicas o intensas, puede tratarse de un parto prematuro, se enviará a la gestante a un centro hospitalario.

Otros dolores

La embarazada está igualmente expuesta a toda la gama de patología quirúrgica, urológica o ginecológica. Por tanto ante cualquier dolor agudo y persistente la enviaremos a un centro hospitalario.

Vómitos

Es típico su comienzo entre la 1.^a y 2.^a falta menstrual y continua hasta el 4.^o mes de gestación. Las náuseas y los vómitos suelen ser más frecuentes por la mañana pero a veces persisten durante todo el día. La génesis de los vómitos y las náuseas producidas por el embarazo no está claro. Es posible que la causa sean los cambios hormonales del embarazo. La gonodotropina corionica cuando adquiere niveles elevados es cuando más persisten las náuseas y vómitos. Pero no cabe duda que los factores emocionales contribuyen a su aparición, los cuales llegan a adquirir tanta gravedad o son tan prolongados que causan graves trastornos metabólicos en la madre y el feto.

Iniciaremos tratamiento dietético, aconsejando comidas suaves, poco grasas y que no repugnen a la embarazada, así como bebidas frías en pequeñas cantidades. Es conveniente el reposo en cama si los vómitos son importantes. Hará seis comidas al día, investigar conflictos psíquicos y desechar temores, tranquilizándola. Si con esto no mejora se enviará al obstetra.

Pirosis

Es una de las molestias más corrientes en la gestante, suele ser causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago. Esto se debe muy probablemente al desplazamiento hacia arriba y compresión del estómago por el útero, combinado con una disminución de la motilidad gastrointestinal.

Tratamiento dietético igual que en los vómitos. En la primera mitad del embarazo, evitar el empleo de antiácidos porque hay hiposecreción gástrica, al final pueden ser utilizados.

Estreñimiento

Cierto grado de estreñimiento es habitual. Se aconsejará dieta rica en residuos, ingesta abundante de agua, evitar sedentarismo. Se puede tratar con un laxante suave.

Hemorroides

Están causadas por la presión aumentada en las venas hemorroidales, causada por la obstrucción del retorno venoso debido al gran útero grávido, así como por la tendencia al estreñimiento durante la gestación. Por lo tanto evitar estreñimiento y sedentarismo.

Tratamiento con baños de asiento, analgésicos y antiinflamatorios de uso tópico.

Polaquiuria

Es fisiológica, si se acompaña de otros síntomas, descartar infección urinaria.

Prurito genital

Las mujeres embarazadas notan normalmente un aumento de secreción vaginal, que en la mayoría de los casos no tiene causa patológica. Sin duda, un factor que contribuye a él es la mayor formación de moco por las glándulas cervicales.

Investigaremos las posibles causas como candidiasis, tricomonas, diabetes, higiene defectuosa, parasitosis intestinal o del vello pubiano. Se realizará siempre un cultivo del exudado vaginal.

Varices

Las varices son resultado casi siempre de una predisposición congénita, se intensifican cuando se permanece de pie por tiempo prolongado, con el embarazo y con la edad avanzada. Por lo tanto la gestante debe evitar estar quieta en bipedestación.

Recomendar reposo en Trendelemburg, ejercicio diario y la utilización de medias elásticas terapéuticas hasta la cintura.

Fatiga y somnolencia

Suele aparecer en los comienzos del embarazo. Por lo general, este estado remite de modo espontáneo en el cuarto mes y carece de significado especial.

12.7. ACTITUD ANTE LOS SIGNOS DE ALARMA

Son signos de alarma aquéllos que son manifestaciones de procesos que pueden poner en peligro el curso normal del embarazo, bien porque pueden terminar con éste prematuramente o porque pueden poner en peligro incluso la vida materna o fetal. Es imprescindible que la gestante conozca estos síntomas y acuda rápidamente a la consulta cuando se presenten. Asimismo en las visitas indagaremos por todos y cada uno de estos signos.

Edemas en cara y manos; visión borrosa o disminuida; cefalea continua

Si aparecen en el tercer trimestre, nos orientan hacia una gestosis ecláptica o preeclampsia. En la primera mitad estos signos nos orientan hacia una gestosis por mola hidatidiforme.

Si la T.A. es superior a 140/90 y/o la albúmina es de dos cruces o más derivaremos a la gestante al Obstetra.

12.8. ACTITUD ANTE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACION Y ANALITICAS

Fiebre, escalofríos

Las embarazadas tienen especial propensión a padecer estas afecciones, que pueden abocar en ocasiones al parto prematuro, por lo tanto se remitirá a la consulta del obstetra.

Utero que no crece

Enviaremos a la embarazada a la consulta del obstetra. Debemos considerar el diagnóstico de muerte fetal, que se constata por la ausencia de latidos fetales cifras bajas de CGH y de estriol.

Utero que crece demasiado

Las principales causas de que el útero crezca por encima de lo esperado son embarazo gemelar, mola hidatidiforme e hidramnios. Enviaremos a la gestante a la consulta del obstetra.

Anemia

Derivar la embarazada a la consulta del obstetra.

Hemograma

Un moderado aumento del n.º de leucocitos y de la V.S.G. son fisiológicos en el embarazo.

Albuminuria

En el Labstix es normal que durante el embarazo aparezcan indicios o una cruz de proteinuria. Cuando aparecen dos o más cruces, solicitaremos albúmina en 24 h. Si esta es superior a 150 mg. la enviaremos al obstetra. En cualquier caso se recomendará reposo, en decubito lateral.

Glucosuria

Es frecuente la presencia de una cruz de glucosuria. Si aparecen dos o más indicaremos a la embarazada que recoja una muestra de la segunda micción de la mañana, permaneciendo en ayunas hasta entonces; si en esta muestra apareciese también glucosuria, se enviará al obstetra.

Grupo sanguíneo y factor RH

Si la embarazada es RH (-), tipificaremos la sangre del padre y solicitaremos pruebas de sensibilización (test de Coombs) esta prueba se debe repetir hacia el 7.º mes de embarazo. Si se detecta sensibilización deberá ser controlada en un medio hospitalario.

Sífilis

Se cree que la placenta actúa de barrera frente al treponema hasta el 3.º mes de embarazo.

La prueba de laboratorio más utilizada para detectar la sífilis materna es el VDRL. Si se detecta una sífilis materna, la embarazada debe ser tratada y controlada en el medio hospitalario.

Embarazada con serología negativa: repetirla en el 8.º mes.

Toxoplasmosis

El método más utilizado en la actualidad para su detección es el estudio de las inmunoglobulinas.

Si la Ig G es (-) no hay inmunización, por lo que es susceptible de infectarse en el transcurso del embarazo. Se debe repetir el control analítico trimestralmente.

Ig G (Positiva) con valores bajos (hasta 300 ui.), contacto antiguo: existe inmunidad.

Ig G con valores entre 200 y 600 ui; sospecha de enfermedad actual, vigilar la evolución de la Ig G con un nuevo control a las tres semanas.

Ig G más de 600 ui y/o presencia de Ig M, tratamiento médico inmediato.

En el tercer caso la embarazada deberá ser controlada en el medio hospitalario.

Rubeola

Si en el estudio de las inmunoglobulinas apareciese una Ig M (positiva) se trataría de una primoinfección con riesgo teratogénico muy elevado. Para la Ig G aplicaremos los mismos criterios que en el apartado anterior.

Si se detecta Ig M o valores elevados de Ig G, enviarla inmediatamente a la consulta del obstetra.

Hepatitis B

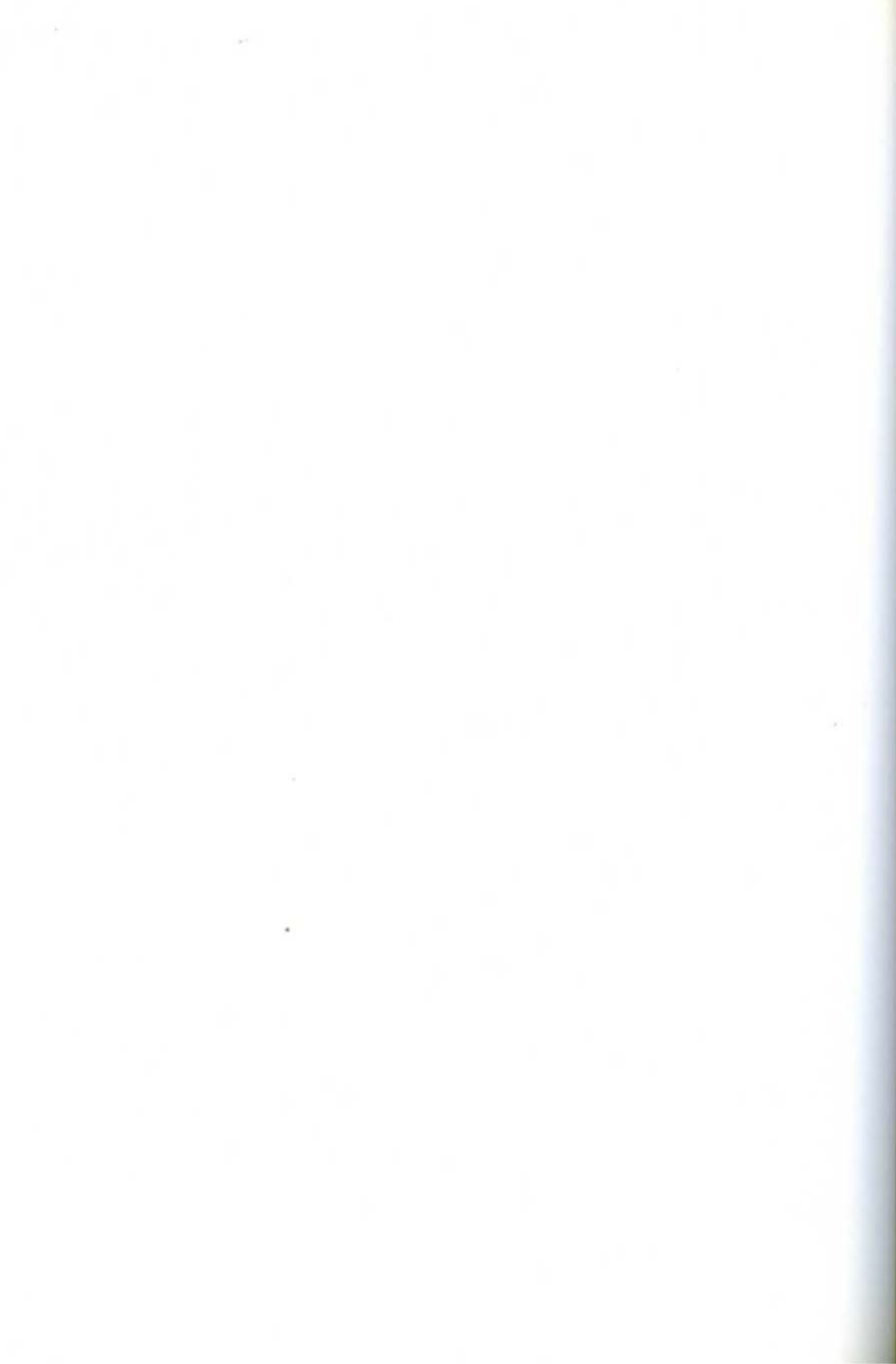
Se determinará la presencia de Hbs Ag en todas las embarazadas con antecedentes de transfusiones previas, hábitos de drogadicción o contacto con enfermos con Hepatitis B. Si resultara Hbs Ag positivo debe ser enviada a la consulta del obstetra.

Capítulo 13

ATENCION AL PARTO

M.ª Rosario Muñoz González. Matrona. Asesora de Enfermería de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

M.ª Isabel Sánchez Perruca. Matrona. Hospital Materno-Infantil «Primero de Octubre». Madrid



13.1. INTRODUCCION

El objetivo de este capítulo no es explicar el mecanismo del parto, conocido por todas las Matronas, sino dar una visión general y esquemática de las técnicas que se han empleado en los últimos años en relación a la manera de ayudar a las gestantes en su parto, así como enumerar las actividades que realiza la Matrona durante el mismo.

La asistencia al parto ha evolucionado con gran rapidez en los últimos años en nuestro país. En las nuevas Maternidades, las Matronas han tenido que adaptarse a los nuevos métodos y técnicas, gracias a los cuales los índices de morbi-mortalidad materno-fetales han alcanzado niveles propios de países altamente desarrollados.

La tendencia actual es que la pareja esté junta si lo desea en el periodo de dilatación y en el nacimiento de su hijo. Así mismo, en vez de la monitorización biofísica tradicional que exige la inmovilidad de la parturienta, con avances técnicos como la Telemetría, en algunas Maternidades es posible controlar el feto a distancia con los futuros padres deambulando tranquilamente por los pasillos de la Maternidad.

De esta manera conseguimos un parto en el que se intenta preservar al máximo el entorno padre-madre-hijo, y en el que cualquier riesgo o peligro que surja pueda ser detectado y evitado sin deshumanizar el acto en sí.

Para entender esta nueva asistencia de los partos, debemos revisar las innovaciones que han tenido lugar en los últimos años respecto a la forma de ayudar a las mujeres a dar a luz.

Fue CREMER (1906), quien por primera vez obtuvo el registro de E.C.G. fetal. Como tantas veces, ocurrió de forma accidental, mientras realizaba sus estudios sobre E.C.G. del adulto, al colocar los electrodos sobre el abdomen de una mujer gestante, pero esto quedó en el olvido hasta años más tarde.

En 1953, NIKOLAIEV, publica la primera edición rusa de su obra «el parto sin dolor» que marcaría el comienzo de un movimiento que aún persiste, destinado a convertir a la embarazada en un elemento activo y no pasivo de su propio parto. Lamaze y Velay introducen el sistema en Francia y popularizan el llamado Método Psicoprofiláctico. Este movimiento cuenta con una técnica que busca, de acuerdo con las teorías de Paulov, descondicionar a la mujer de elementos negativos respecto al parto. De esta forma, mediante una preparación durante el embarazo y mediante sugestión condicionada de ideas nuevas y positivas respecto al parto, se consiguen grandes éxitos por lo que respecta a la mujer, pero sin pretender influir en absoluto sobre el niño.

En la escuela de Tolouse en 1959, dirigida por el Prof. PONTONNIER se introduce el uso del Pentothal, anestésico habitual. Pero tal proceder tenía un fallo evidente: libraba a la mujer del dolor en el parto, pero le impedía también

vivir el nacimiento de su hijo. Este momento de su vida quedaba borrado de su memoria.

En la década de los cincuenta se logra poner a punto una serie de procedimientos de monitorización biofísica, que permite el registro del latido cardíaco fetal y de las contracciones uterinas de una forma permanente y exacta.

En 1956, la escuela de Montevideo del Prof. CALDEYRO BARCIA, fija los criterios para la interpretación de los registros y a partir de 1964-1965 se comercializan los monitores. La posibilidad de detectar precozmente el sufrimiento fetal y deducir de los registros el grado de bienestar del niño, posibilitó entre otras cosas el efectuar una profilaxis real de la depresión neonatal y de la subnormalidad. Pero también esta técnica incluye un inconveniente, la gestante monitorizada está condenada a no poder deambular.

En 1962, un obstetra alemán, el Prof. SALING, pone a punto un procedimiento para efectuar el microanálisis de la sangre del feto. De esta forma es posible estudiar el equilibrio ácido-base del niño y por tanto, el grado de acidosis o sufrimiento bioquímico del mismo. Esta técnica combinada a la monitorización biofísica, permite un conocimiento muy exacto del grado de bienestar del feto. De esta forma se sabe cuando el feto corre peligro y debe ser extraído del útero.

En los primeros años de la década de los 70, diversos grupos de investigadores, y entre ellos algunos obstetras, se interesan por la forma de vida y costumbres en algunas tribus de indios sudamericanos. Confirman que la mayoría de las mujeres indias, con pequeñas diferencias étnicas y regionales, dan a luz en cuclillas, sentadas o de rodillas, cosa que no es extraña, puesto que ésta era también la postura habitual en nuestro medio antiguo, y que permanecen durante el período de dilatación deambulando.

En 1974, surge en Francia un movimiento encabezado por el Dr. LEBOYER que intenta completar el paso dado por el Dr. VELAY al introducir el Método Psicoprofiláctico. Se trata ahora de humanizar el parto no sólo para la madre sino también para el niño.

Propugna un nacimiento «no violento» sin estímulos sensoriales excesivos, procurando librar al feto de un medio ambiente plagado de brusquedad y agresividad (ruidos, luz...). El alegato de LEBOYER enlaza en cierto modo con los movimientos ecologistas en auge en toda Europa, con tendencias naturistas rebrotando después de unos años de excesiva tecnificación. Muchas parejas desechan la asistencia convencional, pretenden dar a luz en casa y sin ningún control médico o técnico.

Muchas de las sugerencias de LEBOYER, están llenas de sentido común, pero su error fue olvidar que además de un sufrimiento sensorial o emocional del feto, éste, está expuesto a un sufrimiento bioquímico, cien veces más grave si se produce que aquel. Su falta de interés por estos aspectos del parto no puede ser respetada, pero esto no excluye que algunas de sus ideas no sean muy provechosas.

La nueva asistencia al parto tiene un poco de todos estos intentos y participa de todos los buenos deseos de sus precedentes.

13.2. ACTIVIDADES DE LA MATRONA DURANTE EL PARTO

13.2.1. Fase preliminar del parto

La fase preliminar se caracteriza por irregularidad y variabilidad. No obstante se diferencia del falso parto por la presencia de alteraciones cervicales, descenso del feto y progresión de las contracciones irregulares.

La fase preliminar se considera un período esencial y latente de contracciones intermitentes, de frecuencia irregular, escasa intensidad y poco precisas. Esta fase puede confundir a la mujer, hasta que el avance del parto resulta evidente.

Durante la educación maternal convendrá insistir en el aspecto preparatorio de la fase preliminar. El poseer este conocimiento reduce la incidencia de hospitalizaciones durante este período. La fase preliminar es de duración variable.

Los cambios cervicales van a ser de ablandamiento y bórramiento, las membranas suelen permanecer intactas. En esta fase las reacciones de la mujer son variables como los signos físicos, puede estar tranquila o presentar excitación y ansiedad.

La mujer embarazada debe ocuparse en alguna actividad que distraiga su atención si esta fase sobreviene durante el día, habrá que observar reposo de cuando en cuando. En la actualidad se aconseja a la mujer preparada que tome pequeñas cantidades de infusiones azucaradas o zumos.

En general, en esta fase la mujer pierde el apetito y debe ser estimulada a que mantenga el equilibrio hidroenergético.

Si la gestante se despierta con contracciones leves, deberá levantarse, tomar una ducha y una infusión azucarada y tratar de dormirse.

Cuando aparezcan las contracciones más intensas del período activo es cuando no debe tomar nada y empezar los ejercicios de relajación. Si la embarazada ha sido ingresada en este período, la Matrona pondrá toda su atención en que permanezca en un ambiente de reposo y tranquilidad. Si su pareja permanece con ella en el hospital, él será quien asuma gran parte de la responsabilidad con respecto a la comodidad de ésta.

La Matrona deberá registrar las condiciones de la madre y el feto: signos vitales, latidos fetales y control de dinámica.

Aunque la mujer no se halle todavía en período activo del parto, la Matrona deberá visitarla con frecuencia para que no se sienta abandonada.

Durante la fase preliminar, si la Matrona se mantiene en contacto con la pareja deberá:

- 1.º Crear un ambiente de relajación.
- 2.º Reforzar la enseñanza prenatal.
- 3.º Interpretar las instrucciones del Médico.
- 4.º Fomentar las actividades de entretenimiento.
- 5.º Observar los signos vitales, latidos fetales y dinámica uterina.

13.2.2. Fase precoz

Durante esta fase queda establecido el curso progresivo del parto. El ritmo de la sucesión del proceso es más constante, las contracciones más precisas y los intervalos más previsibles. Esta es la fase más larga, pero la más fácil del trabajo de parto.

Durante gran parte de este período la mujer se siente sin notables molestias y no tiene que aplicar ninguna técnica de relajación y respiración. La duración de la fase precoz también es variable, entre dos y seis horas. En general en las primíparas es de cuatro a seis horas y en las múltiparas de dos a cuatro horas. Los cambios en el cuello del útero se acentúan, se alcanza una dilatación de cuatro centímetros. A medida que progresa esta fase, la gestante comienza a aplicar las técnicas respiratorias (ver anexo educación material).

La necesidad de una estimulación positiva y confirmaciones de las propias observaciones de la pareja se mantiene durante todo el período del parto. La pareja ve a la Matrona como la persona a la que puede recurrir en cualquier momento. Cuantos más conocimientos tenga la Matrona acerca del método y la técnica de relajación, más eficaz resultará su asistencia.

Cuando el curso del parto es lento, la Matrona deberá elegir palabras para animar a la mujer, evitará nombrarle las contracciones con la palabra «dolor». La parturienta como suele ocurrir por desgracia, ha acumulado durante años en su cerebro ideas de temor y miedo respecto al parto. Una parturienta de este tipo lo más probable es que tenga un trabajo de parto largo y doloroso, porque en este tipo de mujer como ya demostraron hace muchos años Paulov y Nikolaiev el umbral de sensibilidad desciende enormemente bajo el efecto del miedo y la excitación emocional. Cuanto más inhibida y agotada esté la corteza cerebral, como consecuencia de estos condicionamientos negativos, menos capaz es de desviar los estímulos dolorosos procedentes del área genital, el resultado es que el proceso doloroso puede llegar a convertirse en insoportable, ya que se han formado «reflejos condicionados al dolor».

En esta fase precoz del parto la Matrona deberá intervenir lo menos posible durante una contracción uterina.

1. Una vez ingresada en el hospital la parturienta se deberán aplicar los siguientes procedimientos:

- a) Rasurado de la región perineal (total o parcial).
- b) Enema evacuante, si procede.
- c) Guardar sus prendas personales.
- d) Exacta identificación de la embarazada.
- e) Historia clínica, incluyendo alergias medicamentosas y cuando tomó líquidos y alimentos por última vez.
- f) Exploración vaginal.
- g) Obtención de sangre para tipificar el grupo sanguíneo, si no ha sido hecho con anterioridad.
- h) Toma de signos vitales.

2. Crear un ambiente agradable propicio a la relajación, por medio de:

- a) Recibimiento de pareja.
- b) Que ésta se familiarice con equipos y servicio.
- c) Hablar en voz baja y con calma.
- d) Ayudar a la parturienta a que adopte una posición cómoda.
- e) Proporcionar a la pareja todas las comodidades posibles (almohadas, sillas, etc.).

3. Valoración del estado de la gestante y curso del parto:

- a) Registro de signos vitales: T.A., P, T.^a, R.
- b) Determinar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.
- c) Vigilar el estado de las membranas fetales y vigilar si sangra (Metrorragia).
- d) Preguntar a la pareja como ha sido la fase preliminar en su domicilio.
- e) Explicar los beneficios de la deambulación durante el trabajo de parto e intentar que deambule la mayor parte del mismo.

Deambulación

Son muchos los autores que han hecho estudios sobre la deambulación durante el período de dilatación. Según el Prof. DE LA FUENTE y colaboradores. (Parto humanizado en el medio hospitalario. Noviembre, 1983).

La deambulación:

- Acorta la duración del parto. En las primíparas 125 minutos y en las múltiparas 121 minutos.
- La deambulación durante el trabajo de parto influye favorablemente sobre la dinámica uterina, siendo menor la incidencia de alteraciones de la contractilidad y por lo tanto menor incidencia de mujeres que necesitan oxitocina.
- La intensidad de las contracciones es fisiológicamente mayor cuando la madre está en posición vertical, que cuando está en decúbito supino.
- Se ha observado en algunos casos que con la deambulación desaparece la incoordinación uterina que se registra cuando la parturienta se encuentra en decúbito supino. «Una mayor irrigación del útero» en la posición vertical de la gestante puede ser una de las causas que justifique esta observación clínica.
- Otros factores que influyen favorablemente sobre la mujer que deambula son los movimientos de vaivén de la presentación que de alguna forma favorecen el encajamiento de la misma; por otra parte, en la posición vertical la acción de la gravedad sobre el feto, es sinérgica con la de las contracciones.
- Méndez Bauer dice: que la presión ejercida por la cabeza fetal sobre el cuello uterino está incrementada en 35 mm Hg por el peso del feto; a su vez hay una elevación de la síntesis endógena de oxitocina y prostaglandinas.
- El ángulo de conducción es más amplio cuando la madre está en posición vertical que cuando está en decúbito. En la gestante acostada el útero reposa sobre la columna vertebral y ello hace que el ángulo formado por las columnas vertebrales materna y fetal, se aproxime a cero, y la cabeza fetal intente encajarse en asinclitismo anterior, circunstancia más favorable.
- La deambulación tiene un efecto beneficioso para el feto, como se deduce del mayor porcentaje de registros de frecuencia cardíaca fetal normales.
- Y por último la influencia que la posición vertical tiene sobre el bienestar de la madre durante el período de dilatación.

4. Valoración del estado del feto

- a) Frecuencia cardíaca fetal (F.C.F.).
- b) Palpación para determinar la posición y presentación del feto.
- c) Preparación del equipo si se va a monitorizar.
- d) Monitorización interna o externa.

La necesidad de un mayor control del bienestar del feto durante el parto ha obligado a la Matrona a adquirir algunos nuevos conocimientos, con el fin de poder interpretar la información que nos aporta el cardiotocógrafo.

El cardiotocógrafo es un aparato electrónico mediante el cual podemos registrar la Frecuencia Cardíaca Fetal y la dinámica uterina. Se pueden realizar tanto registros externos como internos.

REGISTRO EXTERNO: El registro externo de la actividad uterina, suele hacerse mediante un captor mantenido sobre la pared abdominal, con la ayuda de una cinta elástica. Los mejores registros se obtienen con el captor situado en el fondo del útero.

El registro externo de la Frecuencia Cardíaca Fetal, puede efectuarse mediante Fonocardiografía, Ultrasonido y E.C.G. Abdominal.

FONOCADIOGRAFIA: Recoge una señal nítida aunque de poca intensidad, registra muy bien la variabilidad, pero tiene un inconveniente, que la señal que recoge es doble, captando tanto el primer ruido cardíaco (cierres mitral y tricúspide) como el segundo (cierres aórtico y pulmonar). Por otra parte su micrófono muy sensible recoge muchos ruidos extraños, esto provoca una pérdida de información que hace que en los momentos de actividad uterina no se efectúe el registro.

ULTRASONIDO: Utiliza el sistema Doppler, tiene algunas ventajas sobre el método anterior (nitidez en el trazado, recoge ruidos cardíacos, incluso en pacientes obesas), pero presenta un inconveniente, el de proporcionar en ocasiones una falsa variabilidad a los registros, a pesar de ser el sistema más usado.

E.C.G. ABDOMINAL O INDIRECTO: Proporciona un trazado de gran calidad, los únicos inconvenientes es que entre la 28 y 32 semanas, suele ser muy difícil obtener una buena señal.

MONITORIZACION INTERNA: Se ha de llevar a cabo aplicando técnicas de asepsia, todo el material a utilizar ha de ser estéril (paños, guantes, electrodo, catéter y cabeza de transducer).

Para la obtención de la F.C.F., se coloca un electrodo en la presentación del feto y para registrar la presión uterina, se introduce entre la presentación y el cuello del útero un catéter de presión intraamniótica. Todo ello previa rotura de membranas (Figura 1-2).

En cuanto a la Telemetría, consta de un transmisor y un receptor y permite que la embarazada deambule por el servicio de dilatación, sin tener que estar inmovilizada en una cama.

Por medio de la monitorización podemos conocer el estado del feto durante el período de dilatación y expulsión fetal, y así detectar si hay sufrimiento fetal.

Es muy importante la vigilancia de los registros y valorar adecuadamente el significado de ellos.

COLOCACION DE CATETER DE PRESION INFRAAMNIOTICA

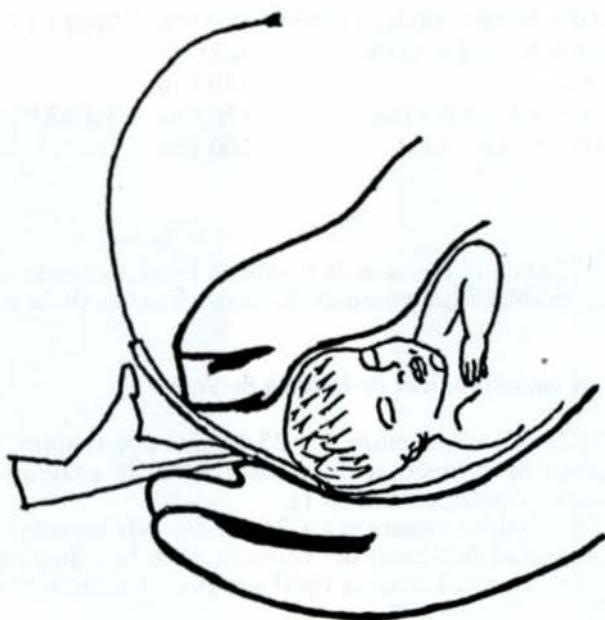


FIGURA 1

COLOCACION DE ELECTRODO



FIGURA 2

Patrones de Frecuencia Cardíaca Fetal (F.C.F.)

TAQUICARDIA MARCADA.....	180 l/m.	ACELERACION
TAQUICARDIA MODERADA.....	160 l/m.	
F.C.F. NORMAL.....	140 l/m.	
BRADICARDIA MODERADA.....	120 l/m.	DESACELERACION
BRADICARDIA MARCADA.....	100 l/m.	

Pero la normalidad de la Frecuencia Cardíaca Fetal, depende tanto del nivel de la Frecuencia Cardíaca Fetal como de las características de la línea de base.

Clasificación de las características de la línea de base

ONDULATORIA: Cambios entre 5 y 25 latidos por minuto. Significa que es un corazón capaz de compensación y susceptible de adaptarse a todas las exigencias funcionales causales (Gráfico 1).

SALTATORIA: cambios superiores a 25 latidos por minuto. Significa que hay una buena capacidad funcional del corazón, pero las causas que provocan los cambios de la Frecuencia Cardíaca Fetal son potencialmente peligrosos para el feto (Gráfico 2).

SILENTE: Cambios de menos de 5 latidos por minuto. Esto se puede deber a:

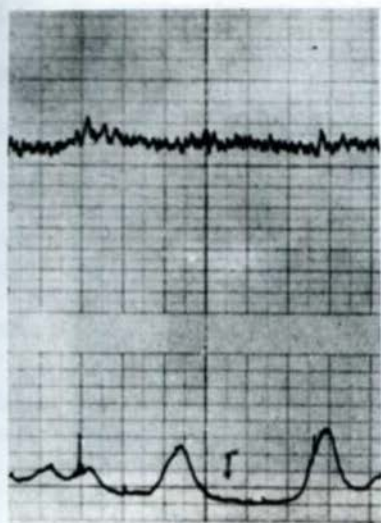
- Reposo fisiológico del feto.
- Fármacos.
- Hipoxia (Gráf. 3).

SINUSOIDAL: Este patrón es premonitorio de muerte fetal (Gráfico 4).

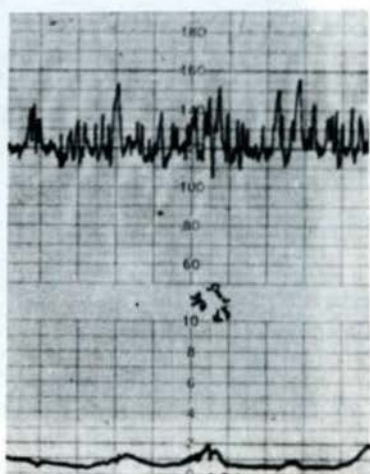
Fluctuaciones de la línea de base

ACELERACION: Es la elevación de la Frecuencia Cardíaca Fetal, por encima de la línea de base.

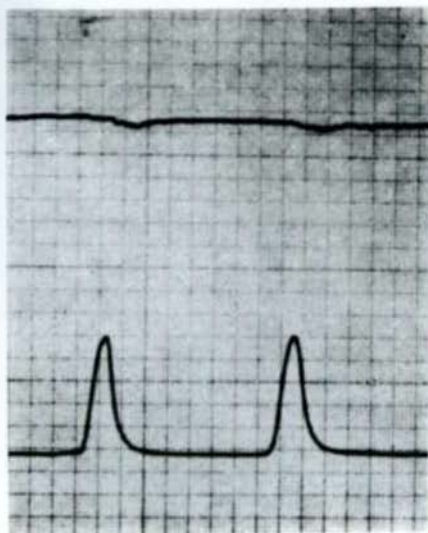
FLUCTUACIONES DE LA LINEA DE BASE



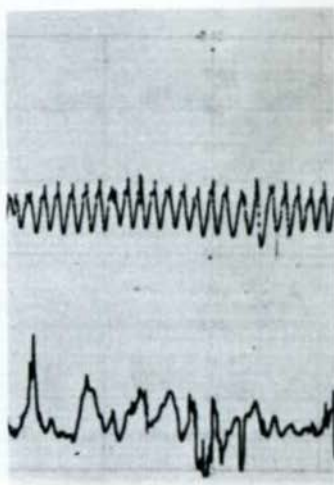
Ondulatoria
GRAFICO 1



Saltatoria
GRAFICO 2

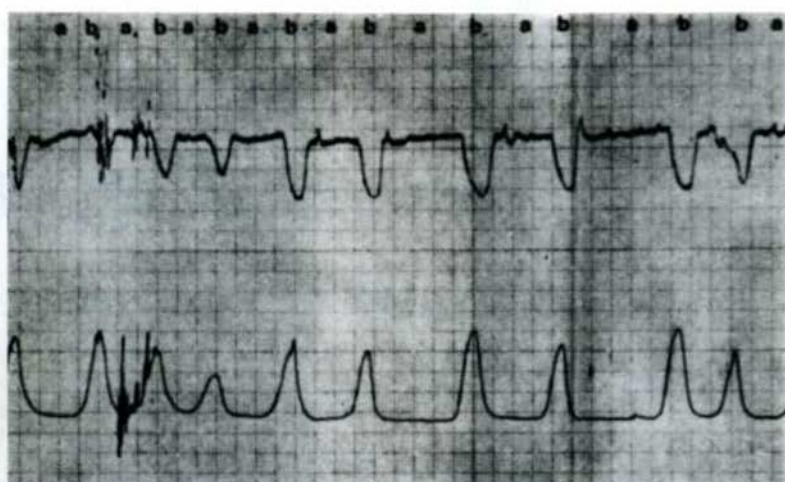


Silente
GRAFICO 3



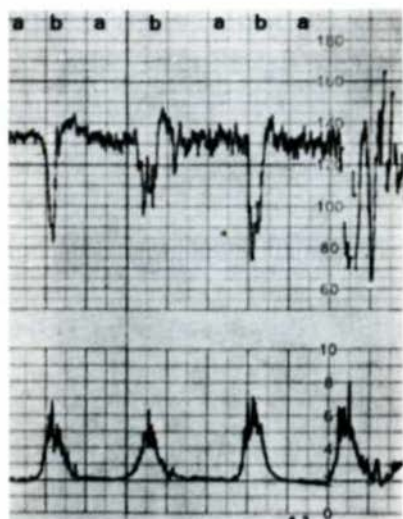
Sinusoidal
GRAFICO 4

DIPS

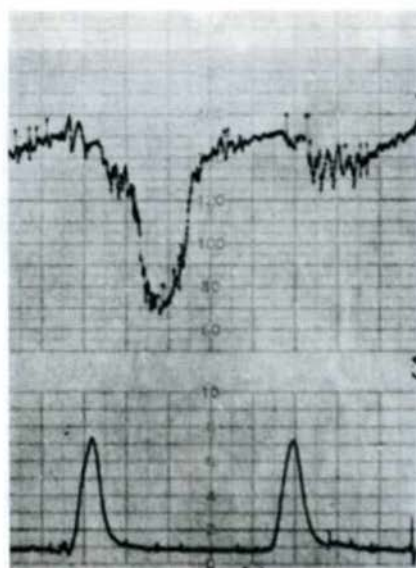


DIP I

GRAFICO 5



DIP VARIABLE
GRAFICO 6



DIP II
GRAFICO 7

DESACELERACION: Es el descenso de la Frecuencia Cardíaca Fetal, por debajo de la línea de base.

DIP I: Son caídas transitorias de la Frecuencia Cardíaca Fetal, producidas por las contracciones. En cada dip, podemos distinguir:

AMPLITUD: Diferencia de la Frecuencia Cardíaca Fetal, basal que precede al dip, y la mínima Frecuencia Cardíaca Fetal registrada en el fondo del dip.

DECALAJE: Es el intervalo en segundos entre el pico de la contracción y el fondo del dip.

El comienzo del Dip I, empieza cuando comienza la contracción y es un reflejo de la misma, suele producirse por compresión de la cabeza (Gráfico 5).

DIP II: Su inicio tiene una correlación tardía con el comienzo de la contracción, es debida a insuficiencia útero-placentaria (Gráfico 6).

DIP UMBILICAL O VARIABLE: Su modelo variable no refleja la contracción uterina a la que va asociada, y su inicio es variable en relación al comienzo de la contracción (Gráfico 7).

ESPICAS: Son caídas de la Frecuencia Cardíaca Fetal, muy rápidas y de poca duración. Son de origen vagal.

DINAMICA UTERINA: Las contracciones del parto son las únicas contracciones musculares fisiológicas que resultan dolorosas. La causa de este dolor no se conoce completamente pero han sido propuestas las siguientes hipótesis:

- Hipoxia de las células del miometrio contraídas (como en la angina de pecho).
- Compresión de los ganglios nerviosos en el cuello o segmento inferior debida a los haces musculares estrechamente entrelazados.
- Distensión del cuello durante la dilatación.
- Distensión del peritoneo suprayacente.

Las contracciones se caracterizan por tres fases:

- Incremento.
- Acmé (punto máximo).
- Decremento (fase de relajación).

En un registro de dinámica uterina hay que valorar:

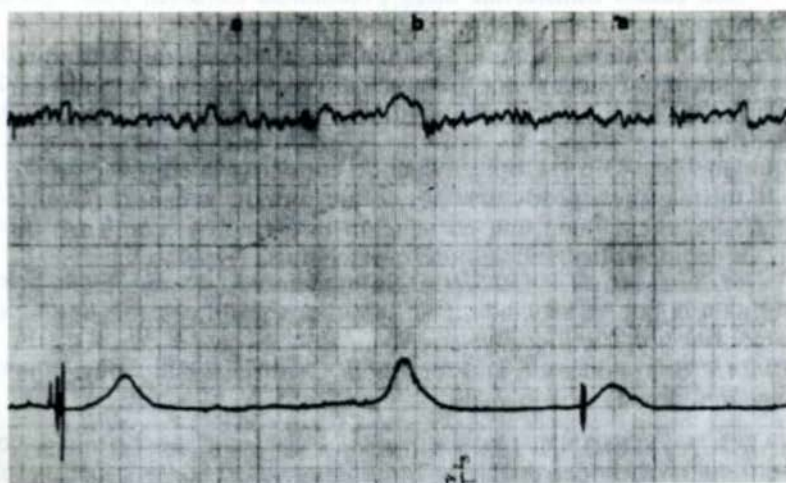
- Frecuencia: desde el comienzo de la contracción hasta el comienzo de la siguiente.
- Duración: desde el comienzo hasta el fin de una contracción.
- Intensidad: grado de contracción muscular.

El tono basal del útero en reposo es de 0-10 mm Hg.

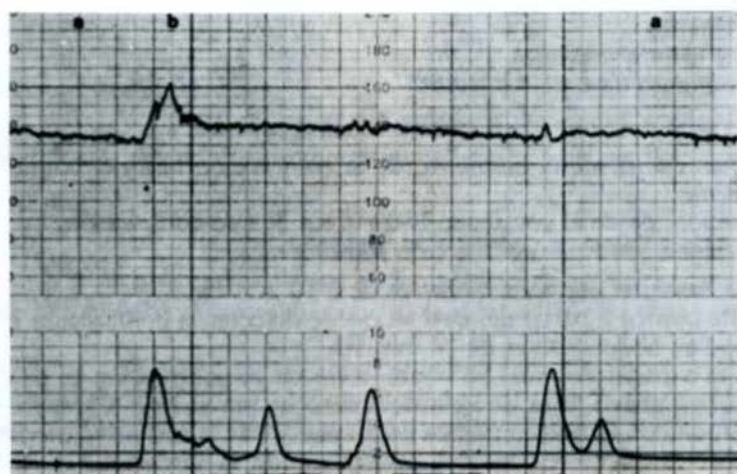
El límite clínico a partir del cual se puede detectar la contracción por medio de la palpación abdominal es de 20 mm Hg.

El límite a partir del cual se siente dolor en la contracción es de 0-25 mm Hg, ésta es la llamada línea de Polaillon, descrita por el Prof. Caldeyro Barcia.

Un método con el que contamos para cuantificar la actividad uterina son las unidades Montevideo: se consigue multiplicando la intensidad de la contracción por la frecuencia (es decir número de contracciones en diez minutos) ejem.: $1 \times F$, $40 \times 3 = 120$ Uds. Montevideo. Una mujer está en trabajo de parto cuando tiene a partir de 100 Uds. Montevideo.

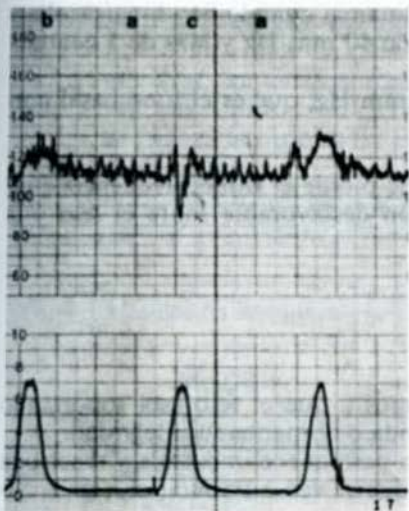


Hipódinamia GRAFICO 8

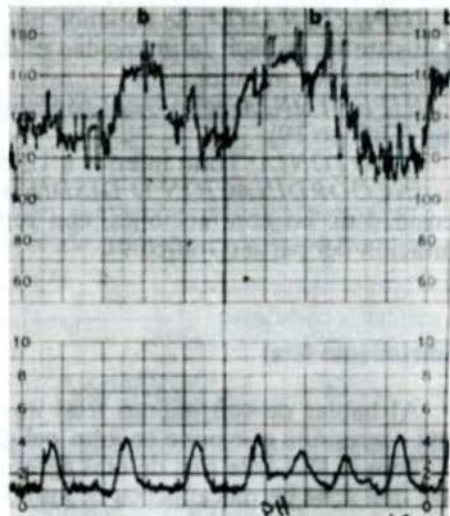


Incoordinación GRAFICO 9

ALTERACIONES DE LA DINAMICA UTERINA



Buena dinámica



Tachisistolia

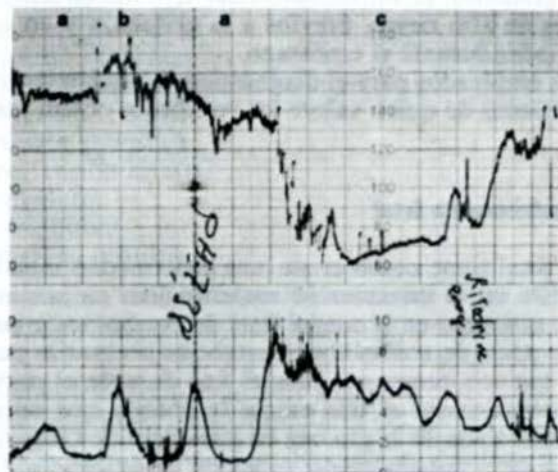


GRAFICO 10 Hipertonia

Alteraciones de la dinámica uterina

HIPODINAMIA: Se entiende por hipodinamia cuando hay una hiposistolia y bradisistolia, es decir, una intensidad de menos de 20 mm Hg y una frecuencia de menos de 3 contracciones en diez minutos (Gráfico 8).

HIPERDINAMIA: Se entiende por hiperdinamia cuando hay hipersistolia y taquisistolia, es decir la intensidad es de más de 40 mm Hg y más de 5 contracciones en diez minutos.

HIPERTONIA: tono basal superior a 12 mm Hg, que es el tono basal normal (Gráfico 10).

HIPOTONIA: Tono inferior a 12 mm Hg.

INCOORDINACION O DISDINAMIA: Se pierde el ritmo, frecuencia e intensidad de las contracciones, con repercusión desfavorable sobre el feto y la duración del parto (Gráfico 9).

Sufrimiento fetal

Al hablar de sufrimiento fetal nos referimos a que el feto está soportando una «agresión» que pone en gran peligro su vida o al menos su integridad.

Pero el feto ante una de esas agresiones no permanece impasible y reacciona con una serie de mecanismos de autodefensa que se van a traducir en signos clínicos que nosotros podemos detectar.

El sufrimiento fetal, es por tanto un síndrome clínico perfectamente individualizado que asienta sobre una enfermedad metabólica del feto, en algunos casos esta enfermedad metabólica sobrepasa una determinada magnitud, siendo capaz de dañar al feto, apareciendo entonces el síndrome de sufrimiento fetal.

La frecuencia de la aparición del sufrimiento fetal puede depender de:

- a) El tipo de gestantes: el sufrimiento fetal será más frecuente en gestantes con factores de alto riesgo, previos a la gestación y en aquéllas que no fueron vigiladas durante el embarazo.
- b) Los medios empleados para el diagnóstico del sufrimiento fetal.
- c) El entrenamiento de quien valore los resultados obtenidos.

Etiopatología del sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal tiene como causa una enfermedad metabólica, causada por una disminución en el intercambio materno-fetal de sustancias químicas. Esto representa un acúmulo en la sangre fetal de catabolitos o sustancias de desecho y una disminución de anabolitos o sustancias necesarias para el feto.

Las sustancias que son necesarias para el feto durante el parto son el oxígeno y la glucosa, normalmente el feto extrae la energía que necesita para vivir mediante la metabolización de la glucosa en presencia de Oxígeno.

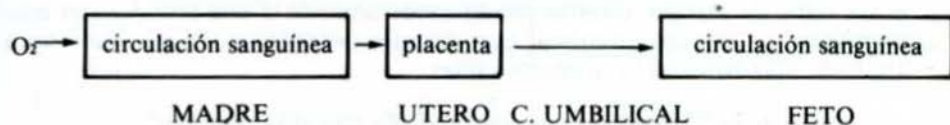
Cuando por una determinada causa, el aporte de oxígeno al feto, está disminuido llega un momento en que el feto para conseguir la energía que necesita, se ve obligado a metabolizar la glucosa en ausencia de oxígeno, es decir, de for-

ma anerobia, esto no es ni más ni menos que un mecanismo que utiliza el feto para defenderse de la hipoxia.

Pero este mecanismo tiene dos inconvenientes fundamentales:

1. *La rentabilidad*; pues para obtener la misma energía que por la vía aerobia necesita consumir doce veces más cantidad de glucosa y los depósitos de glucógeno del feto, se agotan a gran velocidad.
2. *La acidosis*: por esta vía anaerobia, los productos finales del metabolismo fetal, son ácidos orgánicos, los cuales se van acumulando y producen una acidosis fetal. Por lo tanto la causa más inmediata de sufrimiento fetal es la hipoxia, es decir, la carencia de oxígeno sobrepasando unos ciertos límites.

Cualquier alteración en una de las cuatro etapas que son necesarias para llevar el oxígeno que respira la madre hasta los tejidos fetales será causa de S.F.



- A) La cantidad de oxígeno que transporta la sangre es insuficiente en los casos de:
- Anemia.
 - Enfermedades pulmonares o cardiovasculares.
 - Shock
 - Placenta previa
 - Hipotensión normovolémica
 - Mala técnica anestésica
- B) El flujo sanguíneo placentario está disminuido en los casos de:
- Hipertonia.
 - Polisistolia
 - Hipotensión arterial
 - Abruption Placentae
 - Desprendimiento parcial de la placenta
 - Diabetes
 - Toxemia gravídica
 - Hipertensión arterial
 - Dismadurez
 - Postmadurez
 - Embarazo múltiple
- C) La circulación sanguínea será insuficiente entre la placenta y el feto, en alteraciones y compresiones del cordón umbilical y en vasa previa.
- D) La sangre fetal está mal oxigenada en los casos de:
- Anemia fetal (eritroblastosis fetal).
 - Malformaciones cardiovasculares del feto.

La carencia de oxígeno puede establecerse de dos formas:

1. BRUSCA: da origen al sufrimiento fetal agudo.
2. LENTA: da origen al sufrimiento fetal crónico.

Sintomatología del sufrimiento fetal

1. Expulsión de meconio.
2. Alteraciones de la frecuencia Cardíaca Fetal.
3. Alteraciones del equilibrio ácido-base.

1. *Expulsión de meconio*

La hipoxia produce la expulsión de meconio por un estímulo de los centros vagales que producen al mismo tiempo un hiperperistaltismo intestinal y la relajación del esfínter anal del feto.

El meconio reciente signo de hipoxia aguda, tiñe el líquido amniótico de color verde más o menos intenso. El líquido amniótico de coloración parda o amarillenta representa una antigua expulsión de meconio.

La expulsión de meconio no es signo cierto de sufrimiento fetal, pero si es un signo de alarma, pues se puede deber también a una compresión momentánea del cordón umbilical que después desaparece sin que vuelvan a aparecer más signos de sufrimiento fetal.

2. *Alteración de la frecuencia cardíaca fetal:* Ya han sido descritas.

3. *Alteraciones del equilibrio ácido base:* Cuando tenemos un líquido amniótico meconial o un patrón patológico de Frecuencia Cardíaca Fetal, lo que nos da el grado real de sufrimiento fetal es la microtoma de sangre fetal, por el método de Saling que consiste en: previa rotura de membranas, con una pequeña lanceta pinchamos la piel fetal, recogiendo con una pipeta o cualquier otro capilar la sangre fetal que inmediatamente será analizada.

Mediante este método se analiza el PH, Pco₂, Po₂, EB, EBEC.

Se debe hacer el análisis tanto de la sangre del feto como de la sangre capilar materna.

Consideramos valores normales de PH cuando están por encima de 7,25. Entre 7,25 y 7,20, se considera prepatológico y por debajo de 7,20 patológico.

13.2.3. Fase activa

Cuando la dilatación cervical se encuentra en su punto medio, el parto se acelera y comienza la fase activa.

Las contracciones son fuertes y regulares con intervalos de reposo más breves. Esta fase requiere una total concentración de la parturienta, la ayuda de su pareja y de la Matrona, a fin de que permanezca más controlada.

La duración de la fase activa varía ampliamente con un valor medio de 2 a 3,5 h.

El período de autoconfianza, locuacidad y despreocupación de la parturienta es reemplazado rápidamente por una intensa y total absorción en el trabajo de parto.

A medida que sigue la fase activa y aumenta la fatiga, decae el estado de ánimo, lo cual requiere la aplicación de medidas activas de confortación. En esta fase es muy oportuno que la Matrona la anime con palabras confortantes y le exprese que los esfuerzos realizados están siendo eficaces.

La Matrona debe dar la impresión de que su intervención se limita a estimular los esfuerzos de la embarazada, sin intención de imponerse.

Durante la fase activa debemos:

1. **Completar la historia clínica.**
2. **Determinar el estado de la parturienta, tolerancia al parto y su progreso por medio de:**
 - a) Comprobación de los signos vitales.
 - b) Apreciación de las contracciones por palpación o registro electrónico.
 - c) Comprobación del estado de las membranas y si existe sangrado.
3. **Determinar el estado del feto:**
 - a) Palpación de la posición fetal.
 - b) Apreciación de los tonos cardíacos fetales.
 - c) Observación de los movimientos fetales.
 - d) Observación del color del líquido amniótico.
4. **Mantener un ambiente confortable, propicio para la relajación por medio de:**
 - a) Actitud correcta al entrar o salir de la habitación.
 - b) Presentación del personal que entra en la sala.
 - c) Cooperar con los esfuerzos de la pareja.
 - d) Procurar la comodidad física de la pareja.
 - e) Tener conocimiento de las técnicas de relajación que emplea la pareja.
5. **Colaborar con el equipo médico en:**
 - a) Preparación del material si se efectúa alguna técnica de diagnóstico (PH, etc.).
 - b) Administración de medicamentos prescritos.

13.2.3.1. Fase activa avanzada (1.ª fase)

Cuando la dilatación cervical es casi total, la mujer entra en la fase más activa y exigente del primer período. La fatiga y las molestias que ocasionan las contracciones, y la intensidad del curso del parto, hacen difícil controlarlo. En las primíparas esta fase puede durar una hora o más; la fase avanzada termina al cabo de 20-45 minutos en las múltiparas.

En esta fase el cuello uterino se dilata completamente. La presentación fetal puede ocasionar una fuerte sensación de presión sobre el recto, región lumbar, ingles y periné.

En muchos casos la embarazada en este período se siente agotada, suda profusamente y piensa que no va a poder colaborar en el período expulsivo.

En esta fase las reacciones de la parturienta requieren una dirección activa y continua, la comunicación verbal y mimica es muy importante para que la parturienta mantenga su capacidad de control.

La Matrona deberá sugerirla que aproveche los períodos de reposo, aunque sean breves, y evite permanecer en estado de tensión.

En esta fase avanzada la parturienta necesita reforzar su confianza en la Matrona, la cual deberá estimular los esfuerzos de la pareja a fin de aumentar su eficacia. En estos momentos no se debe dejar sola a la parturienta.

Por tanto la asistencia de la Matrona en esta fase sigue orientada hacia los puntos mencionados anteriormente:

1. Determinación del estado de la parturienta y progreso del parto.
2. Determinación del estado del feto.
3. Mantener un ambiente tranquilo que favorezca la relajación.
4. Colaborar con el equipo médico.
5. Preparación de la sala de partos.

En el segundo período de esta fase activa se produce el descenso del feto. Los esfuerzos voluntarios y controlados efectuados por la parturienta contribuyen a expulsar el feto de manera eficaz. Los esfuerzos de empuje suponen una presión de más de 17 kgs. sobre la actividad de la contracción uterina.

Afortunadamente, la acción expulsiva del útero, la sucesión de los esfuerzos realizados por la parturienta y la instrucción prenatal recibida, la capacita para poder cooperar de manera activa y eficaz.

Con los esfuerzos cooperativos de la parturienta bien preparada el segundo período dura de 20 a 90 minutos en la primípara y de diez a cuarenta minutos en la múltipara.

El estado de irritabilidad y desaliento, que señala el fin del período desaparece a medida que ésta comprueba el descenso activo del feto, y cuando comprueba que las contracciones adquieren un carácter más fácil de controlar, la parturienta siente alivio.

Es importante que su compañero estimule a la mujer para que no cese en los esfuerzos y concentre toda su atención en ellos, para que sus esfuerzos sean rítmicos y eficaces.

Algunas mujeres requieren una minuciosa dirección, otras en cambio, sólo necesitan que se le hagan sugerencias de vez en cuando.

Hasta hace algún tiempo no se permitía la presencia de su pareja durante este período, esto era y es todavía en muchos hospitales, descorazonador desde el punto de vista psíquico.

En contraste, en la actualidad la presencia de su compañero durante el nacimiento constituye una profunda experiencia para la pareja, que orienta hacia la función parental como un esfuerzo mutuo. Su ayuda será más influyente, cuanto más maduras sean sus relaciones interpersonales.

El padre permanece junto a la madre y le habla directamente. Asimismo y dado que ha aprendido la técnica de respiración y relajación puede estimular a la mujer para que efectúe los esfuerzos adecuados.

La Matrona desempeña una doble función durante el segundo período:

- a) Lograr el nacimiento de un niño sano.
- b) Fortalecer los esfuerzos de la pareja.

Hay que tener en cuenta, que a la parturienta en el período expulsivo la debe dirigir una sola persona. Si su pareja lo hace bien, la Matrona delegará en él, excepto en la tarea de estimulación general.

Sin embargo, si los esfuerzos de la parturienta disminuyen, la Matrona deberá reconocer que la parturienta necesita direcciones específicas y no afirmaciones generales, como, por ejemplo: «empuja». Las instrucciones generales causan frustración, ya que cuando a la mujer se le dice «empuja», ella sabe que lo está haciendo.

Según el Prof. De La Fuente y sus colaboradores, «Parto humanizado en el medio hospitalario», noviembre 1983, existen dos tipos de pujos, pujos naturales y pujos convencionales.

PUJOS NATURALES: Se efectúan con la glotis abierta y de forma discontinua, haciendo pausas interesfuerzo, durante los cuales la mujer respira varias veces antes de iniciar un nuevo esfuerzo. El comienzo del pujo ocurre en el acmé de la contracción o cuando ya se ha iniciado el registro de la rama ascendente de la contracción uterina en el cardiotocógrafo.

La duración del pujo es mínima así como su intensidad.

Se ha comprobado su beneficio en los registros de la Frecuencia Cardíaca Fetal al no interrumpirse el flujo de la arteria aorta.

PUJOS CONVENCIONALES: Se caracterizan porque desde el comienzo de la contracción realizan los esfuerzos de pujo con la glotis cerrada, previa inspiración forzada, dichos esfuerzos se mantienen hasta el límite de sus posibilidades, momento en el que se realiza un nuevo ciclo respiratorio. Por lo tanto hay una compresión de la aorta y no llega el flujo sanguíneo a la arteria uterina.

13.2.3.2. Asistencia durante la fase activa avanzada (2.ª fase)

1. La Matrona sigue procurando mantener un ambiente agradable por medio de:

- a) Mantener una posición cómoda y segura para la parturienta, realizando un traslado correcto al paritorio.
- b) Supervisar la iluminación.
- c) Explicará los siguientes preparativos a la pareja: lavado del periné, aplicación de paños limpios, observación del estado fetal, administración de soluciones intravenosas u otra medicación.
- d) Estimulación general de los esfuerzos de la parturienta.
- e) Preparación del equipo de partos y supervisión del material de reanimación del recién nacido.
- f) Colaborar con el Tocólogo en un parto distócico.
- g) Proporcionar un nacimiento agradable para el niño.

En el momento del expulsivo, se debe poner la luz de la sala de partos en una penumbra discreta, con luz suficiente para proteger los tejidos de la madre en el momento del expulsivo, pero sin que el foco de la lámpara quirúrgica deslumbré al recién nacido.

Igual debe hacerse con los sonidos. Hasta hace poco tiempo nadie se había fijado en la cantidad de ruidos que se producen en una sala de partos, gritos, exclamaciones, choque de instrumentos quirúrgicos. También es posible evitarlos con un poco de buena voluntad. La disciplina y la profesionalidad no hacen difícil que el personal que trabaja en un paritorio actúe coordinadamente.

Aún se pueden hacer más cosas para que a través de sus oídos y de su sentido vestibular no le sobrevenga al recién nacido, la angustia del vacío.

El niño durante varios meses ha oído el latido del corazón de la madre. Ha sido su sonido de fondo y le ha proporcionado un sentimiento de seguridad que pierde bruscamente al nacer. Esto se puede solucionar colocando al recién nacido sobre el vientre de su madre, en vez de ponerlo en la mesa de partos; la pro-

pia madre coge a su hijo de las manos de quien hace el parto y lo deja sobre su vientre.

Esta sensación agradable aumenta cuando su madre lo acaricia. Este lenguaje visceral piel a piel, reconforta al recién nacido.

Incluso en este momento puede empezar la succión del pezón materno ya que el recién nacido tiene en estos momentos muy desarrollado el reflejo de succión, además estaremos consiguiendo que por la estimulación que se le hace a la madre, se produzca una secreción de oxitocina que va a ayudar al desprendimiento de la placenta.

Resulta un espectáculo insólito, el comprobar cómo a los pocos minutos de permanecer el recién nacido sobre el vientre de su madre, se establece un asombroso diálogo «tête-a-tête» entre ambos, el niño presta atención a los mimos verbales de la madre.

2. **Proporcionar los cuidados adecuados al recién nacido (R.N.)** (expuestos detalladamente en el capítulo correspondiente)

- a) Asegurar la entrada de aire en las vías respiratorias.
- b) Valorar el estado del recién nacido por medio del test de Apgar.
- c) Sección del cordón umbilical.
- d) Tratamiento profiláctico de los ojos, después de que los padres lo hayan visto.
- e) Identificación del recién nacido.
- f) Mantener al niño bien abrigado.
- g) Proporcionar el contacto físico del niño con sus padres, tan pronto como estén dispuestos.

13.2.4. **Tercer período o alumbramiento**

Una vez desprendida la placenta, el útero se reduce y adopta formas globulares. La placenta se expulsa sin producir dolor cuando la madre hace el último esfuerzo.

En el término de 5-30 minutos después del nacimiento, se producen contracciones débiles que duran un minuto aproximadamente. Los intervalos se prolongan cada vez más. La presión ejercida por las contracciones uterinas hacen que la placenta se desprenda.

Después del expulsivo, suele disgustar a la madre tener que realizar un nuevo esfuerzo para expulsar la placenta.

En este momento la madre está pendiente de cualquier signo de preocupación, por consiguiente si existe algo anormal debe ser tranquilizada después de explicarle lo que sucede.

La madre agradece cualquier medida que aumente su bienestar, por ejemplo: secarle la cara, ajustarle la mesa de partos, etc.

Responsabilidades de la matrona durante este período

1. Observar el estado general de la madre

- a) Vigilar signos vitales.
- b) Observar los signos de desprendimiento de la placenta:
 - El útero adquiere una forma globular.
 - Alargamiento del cordón umbilical.
 - Brusca emisión de sangre.
- c) Confirmar la dureza del fondo uterino.

2. Dirigir los esfuerzos de la madre para expulsar la placenta.

3. Proseguir la observación del recién nacido.

4. Mantener el ambiente adecuado para la pareja: permitir que tengan al recién nacido, tanto la madre como el padre.

5. Administración de medicamentos (oxitocina o metilergonovina, si procede).

Inmediatamente después del parto la pareja siente felicidad, éxito y alivio del estado de ansiedad.

La principal responsabilidad de la Matrona sigue siendo la observación del estado físico de la madre. Se colocará a la puerpera en posición cómoda y observará si se ha producido hemorragia.

El lavado de la puerpera con una esponja es confortante y sedante. También es importante darle algunos líquidos. Estas simples actividades que requieren tan poco tiempo y esfuerzo son en extremo significativas de la buena disposición en la asistencia.

Resumen de la asistencia en el período inmediato al parto

1. Observar el estado general de la madre

- a) Signos vitales.
- b) Dureza del fondo uterino.
- c) Grado de hemorragia vaginal.

2. Procurar que la madre se encuentre cómoda

- a) En el paritorio: quitar paños sucios, ajustar la mesa de partos, retirar simultáneamente los pies de los estribos, cubrirla y aplicarle una compresa perineal estéril, lavado con esponja y ponerle un camisón limpio.
- b) En la sala de recuperación: abrigar a la puerpera, proporcionar líquidos a la pareja, observar si la vejiga está dilatada, permitir que la pareja permanezca reunida y descanse.



Capítulo 14

CUIDADOS DEL PUERPERIO

M.ª Rosario Muñoz González. Matrona. Asesora de Enfermería de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

M.ª Isabel Sánchez Perruca. Matrona. Hospital Materno-Infantil «Primero de Octubre». Madrid

14.1. INTRODUCCION

Se denomina puerperio, al período de seis u ocho semanas, que transcurren desde el parto hasta la total recuperación de la mujer.

Los principales cambios puerperales son: involución y lactación.

Los cuidados físicos durante el puerperio tienden a tres fines:

- Prevenir infecciones de la vejiga, mamas y útero.
- Promover el retorno al estado normal de las estructuras pélvicas y el peritoneo.
- Establecer una eficaz lactación si lo desea la mujer.

La involución implica que las estructuras pélvicas, especialmente el útero recobran el estado ordinario anterior a la gestación.

La lactación comienza después del nacimiento del niño y puede prolongarse a 6 meses.

Reva RUBIN, ha descrito tres fases del puerperio que contribuyen a que las Matronas comprendan el comportamiento de la puérpera y el plan de cuidados que deben poner en práctica.

1.ª fase, de posesión: dura dos o tres días y se caracteriza porque la madre trata de compenetrarse con su hijo; está pendiente de todo lo que le atañe, sueño, alimentación, etc. La Matrona podrá ayudarla a interpretar lo que ha ocurrido en su nuevo estado.

2.ª fase, de responsabilidad: dura unos diez días e indica que la madre trata de tomar cierta iniciativa en su responsabilidad respecto al recién nacido. Necesita principalmente apoyo moral. Dado que por lo general duda de su competencia para cuidar de sí misma y del niño. Necesita información y consejo que se le brindará con la visita domiciliaria.

3.ª fase, de transición: significa que la madre está dispuesta a considerar que el niño es realmente una persona individual que no forma parte de ella. Este período de transición es más penoso en algunas mujeres que consideran que el recién nacido es una prolongación de sí misma.

Los días de estancia en el hospital serán buenos para supervisar cómo cuidan del recién nacido tanto el padre como la madre, adoptando un plan de «aprender juntos».

Una vez que se realiza la visita a domicilio la Matrona tendrá en cuenta que la madre no necesita una persona que demuestre su habilidad para tranquilizar al niño o darle el biberón, necesita una profesional que pueda ayudarla, informarla y aconsejarla adecuadamente, con la suficiente delicadeza para no dar la impresión de que duda de su competencia.

Según RICHARD y KATHERINE GORDON, los siguientes consejos son útiles para la nueva madre, se les debería dar por escrito:

- 1.º Las responsabilidades de los padres pueden aprenderse: consiga información.
- 2.º Procure que le ayuden los parientes o amigos de confianza.
- 3.º Consiga la amistad de parejas con experiencia.
- 4.º Evite las tareas que no son importantes.
- 5.º No se mude de casa poco tiempo después del parto.
- 6.º No se preocupe de guardar las apariencias.
- 7.º Descanse el tiempo suficiente.
- 8.º No se convierta en la enfermera de la familia o de otras personas después del parto.
- 9.º Cambie impresiones con la familia y amigos; discuta con ellos los planes y preocupaciones que tenga.
- 10.º No renuncie a sus actividades externas, pero reduzca las responsabilidades y reajuste sus planes.
- 11.º Procúrese los servicios de guardería a domicilio o externa para cuando lo necesite.
- 12.º Consiga cuanto antes un Pediatra.

14.2. OBJETIVOS

- 1.º Mejorar la calidad de la atención sanitaria durante el puerperio, tanto a la madre como al recién nacido.
- 2.º Brindar educación sanitaria a la puérpera y su familia.
- 3.º Disminuir la morbimortalidad materna y del recién nacido durante este período.
- 4.º Evitar colapsar los servicios sanitarios de urgencia por consultas que podrían ser solventadas en el propio domicilio.

14.3. ACTIVIDADES

Según estos objetivos se realizarán las siguientes actividades:

Objetivo n.º 1

1. Captación de puérperas:
 - Para favorecer la captación se realizará educación sanitaria en todas las actividades prenatales, donde se informará a las embarazadas de la necesidad de que el alta en el postparto, se comunique a la Matrona, para establecer las oportunas visitas puerperales.
 - Recoger semanalmente información sobre recién nacidos de la zona, a través de las partidas de nacimiento (registro civil) y programa de metabulopatías.
 - Recoger diariamente información del centro de referencia sobre las altas por maternidad pertenecientes a la zona de salud.
 - Informar a las familias susceptibles de control, sobre los servicios de atención puerperales y atención al recién nacido que realiza la Matrona, mediante folletos informativos, artículos, charlas, etc.

2. Citación de puérperas.
3. Visita domiciliaria puérperas: se aconseja realizar una primera visita en las 48 horas siguientes al alta hospitalaria y una segunda visita dentro de los 7 primeros días.
 - Controlar la evolución del puerperio y el estado del recién nacido.
 - Reforzar en la mujer hábitos y conductas para la correcta atención del recién nacido y del puerperio.
 - Reforzar el mantenimiento de la lactancia natural, mediante educación a grupos.
 - Establecer las citas puerperales necesarias. Inclusión en Pediatría del recién nacido, e informar sobre servicios de Orientación-Familiar.
 - Complimentar ficha puerperal. En caso de que la Matrona encuentre cualquier anomalía, informará al Obstetra/Médico Pediatra, según corresponda.
 - El número de visitas a domicilio podrá ser aumentado a juicio de quien realice este control, en función de las características de cada caso, bajo nivel socioeconómico, complicaciones del puerperio, etc.
4. Consulta post-parto (realizada por el Obstetra).

Objetivo n.º 2

El contenido de la educación sanitaria irá encaminada a favorecer la integración de la madre y el recién nacido en la familia y a prevenir las complicaciones y trastornos del puerperio, así como a reforzar el mantenimiento de la lactancia materna.

Para los objetivos 3 y 4

Controlar aspectos físicos de la puérpera y el recién nacido, y medio ambientales.

Aspectos físicos de la puérpera

- Altura y contractilidad uterina.
- Loquios.
- Mamas y pezones.
- Temperatura y T.A.
- Episiotomía.
- Ejercicio, alimentación y reposo.
- Estado psíquico de la puérpera y prevención de psicosis puerperales.

Aspectos físicos del recién nacido

- Ombligo.
- Fontanelas.
- Meconio y diuresis.
- Adaptación del recién nacido al medio familiar.

Aspectos medio-ambientales

- Higiene ambiental.
- Ventilación.
- Iluminación.

- Espacio general para la madre y el hijo.
- Relación con el medio familiar y social.

14.4. HALLAZGOS EN LA VISITA PUERPERAL

Involución del útero

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el útero se encuentra aproximadamente a medio camino entre el ombligo y la sínfisis del pubis. Más adelante el útero se eleva a un nivel por encima del ombligo y permanece así durante dos días. Después empieza a descender, al décimo día ya no se puede palpar. El útero pasa de un peso de 1.000 a 1.200 gramos a recuperar su peso original de 100 gramos o menos. La razón de que este órgano pueda recuperar su peso y forma anterior a la gestación, consiste en que durante el embarazo aumenta el tamaño de las células musculares, pero el número de estas células no varía prácticamente.

Durante los primeros días después del parto, la Matrona debe valorar:

- FONDO: determinar posición y dureza del útero.
- LOQUIOS: tipo y cantidad del derrame vaginal.
- VEJIGA: cantidad y tiempo de evacuación.
- SIGNOS VITALES: valoración de los cambios puerperales.

Manera de comprobar el estado del fondo uterino

- Explicar a la mujer la razón de esta práctica.
- Retirar la compresa perineal y tratar de que evacúe la vejiga.
- Bajar la cabecera de la cama.
- Ahuecar la mano alrededor del fondo y si se encuentra duro, no practicar masaje, pero si está blando practicar un suave masaje en forma rotatoria, observando si se expulsa algún coágulo de sangre.
- Limpieza de la región perineal y colocación de una compresa limpia.
- Ayudar a la mujer a que adopte una postura cómoda.
- Registrar en la hoja clínica los datos.

No debe hacerse un masaje demasiado vigoroso, debido a que el útero puede quedar fatigado o hiperestimulado, y provocar hemorragia o dolor.

Durante las primeras 24 horas hay que comprobar con frecuencia el estado del fondo uterino.

Se sugiere el siguiente plan durante las primeras horas, o sea, cuando existe mayor peligro de hemorragia:

cada hora x 3 (sala de recuperación)

cada tres o cuatro horas, durante el resto del primer día.

Será conveniente que la mujer aprenda a comprobar por sí misma el estado del fondo uterino, con objeto de que pueda avisar rápidamente si observa algún cambio.

Temperatura

Inmediatamente después del parto puede haber una ligera elevación de la temperatura, ésta en general vuelve a normalizarse en 24 h. y no se repite la

elevación. Se creía antes que la tumefacción de las mamas en el tercer o cuarto día del puerperio causaba una elevación de la temperatura, ésta llamada fiebre de leche se consideraba fisiológica. Aunque actualmente no se reconoce con claridad esta entidad, una extrema tumefacción vascular y linfática puede causar en algunos casos una aguda elevación de fiebre durante algunas horas; sin embargo no dura más de 24 horas. Por regla general, cualquier elevación de la temperatura durante el puerperio implica una infección, más probablemente en algún lugar del tracto génito-urinario.

Loquios

En los primeros días después del parto, consisten en un líquido manchado de sangre (loquios rojos), después de tres o cuatro días los loquios se vuelven más claros (loquios serosos), después del décimo día, adquieren a causa de su mezcla con determinados leucocitos, un color blanquecino o amarillento (loquios blancos). Los loquios de olor fétido indican la existencia de infección.

Debe registrarse la cantidad de loquios que contiene la compresa perineal: escasa, moderada, o abundante. Obsérvese la frecuencia del cambio, si se produce más frecuente que cada hora y está saturada, habrá que indagar si existen causas de hemorragia adicional.

Se debe informar a la mujer que debe avisar al Médico o la Matrona si observa estos signos:

- Hemorragia de sangre rutilante, después del cuarto día del puerperio.
- Olor fétido.
- Molestia o dolor en la región baja del abdomen.
- Ausencia de loquios en las primeras dos semanas después del parto.
- Presencia de coágulos o fragmentos de tejido en los loquios.
- Recurrencia hemorrágica, después de iniciarse los loquios blancos.

El color rojo de los loquios se puede mantener durante algún tiempo, pero si persiste más de dos semanas, indica retención de pequeñas porciones de placenta o una involución imperfecta del útero.

Pérdida de peso

Inmediatamente después del parto, pueden perderse siete kilos aproximadamente.

Tratamiento de la vulva

Se advertirá a la mujer que mantenga la compresa limpia y seca. Se suelen tener molestias con la episiotomía los primeros días, pero si la molestia es importante, debemos observar si se ha producido un hematoma en el tracto genital.

La episiotomía debe cicatrizar en el plazo de 7-10 días, en caso de dolor perineal, la Matrona deberá recurrir a las siguientes medidas:

- Aplicar compresas, lámpara de infrarrojos o baños de asiento.
- Administrar analgésicos.
- Aconsejar a la puérpera que descansa en decúbito lateral, evite estar mucho tiempo de pie, para eliminar la tensión en la región perineal.
- Aconsejar a la puérpera que periódicamente descansa y contraiga los músculos perineo-pélvicos, para estimular la circulación y el tono muscular (ejercicio de Kegal).

Relajación de la pared abdominal

Los ejercicios para ayudar a restablecer el tono de la pared muscular abdominal pueden empezarse en cualquier momento después del parto vaginal y tan pronto como haya desaparecido la mayor parte del dolor después de la cesárea. En ningún momento es aconsejable el uso de faja. (Ver anexo de educación maternal - gimnasia postparto).

Dieta

Se recomienda una dieta en general atractiva. Después de dos horas del parto, si no hay complicaciones hay que dar a la mujer de beber y si tiene hambre un poco de comida. La madre lactante requiere, una dieta incrementada en calorías y proteínas.

Por el contrario si la madre no da el pecho al niño, sus necesidades dietéticas serán las mismas que las de la mujer no gravida-normal.

No se darán líquidos si existen estas condiciones:

- Náuseas, vómitos, o falta de recuperación total después de anestesia general.
- Necesidad de permanecer tendida en la cama después de una anestesia caudal o raquídea.
- Profundo estado de sedación, somnolencia o inconsciencia.
- Diabetes, cardiopatía o toxemia (u otra enfermedad que precise una dieta especial).

Función vesical

Si la puerpera no ha orinado dentro de las 4 primeras horas después del parto, es probable que no pueda hacerlo. Especialmente en los casos en que la retención urinaria no pueda atribuirse a la anestesia, hay que tener presente la posibilidad de hematomas del tracto genital.

Es importante que la mujer evacúe la vejiga para prevenir:

- Atonía: pérdida del tono del músculo vesical.
- Extasis de orina, que predispone a la infección.
- Hemorragia puerperal por obstrucción del descenso uterino.

Métodos para ayudar a la mujer a que evacúe la vejiga

- Hacer que la mujer camine.
- Calentar el orinal de cama y verter sobre la región perineal un poco de agua caliente.
- Sentada sobre el orinal de cama si no puede caminar.
- Hacer que corra el agua de un grifo.
- Proporcionar a la mujer ratos de soledad y administrarle líquidos.
- Si la mujer puede andar, un baño de asiento, con agua caliente.

Estreñimiento

Puede darse un laxante suave el segundo día después del parto. Con la deambulación precoz, ha perdido importancia el problema del estreñimiento en el puerperio.

Hemorroides

Se administrará una pomada antiinflamatoria o hielo en la zona, o baño de asiento de agua fría.

Higiene de los pezones

Requieren pocos cuidados, aparte de la limpieza y atención a las fisuras. Es conveniente el lavado de las areolas antes y después de cada tetada.

Ingurjitación de las mamas

Durante las primeras 24 h. ó 48 h. después del inicio de la secreción láctea no es raro que las mamas se pongan firmes, nodulares y distendidas, esta situación provoca considerable dolor y puede ir acompañada de una transitoria elevación de la temperatura. Se calmará con duchas de agua caliente o compresas calientes; la extracción manual de la leche es a veces necesaria los primeros días, después suele mejorar espontáneamente si el recién nacido se alimenta de forma normal.

Supresión de la lactancia

Vendaje de las mamas o sujetador apretado y administrar un tratamiento hormonal antes de transcurridas 24 h. desde el parto.

Mastitis

Las mamas se ponen duras y enrojecidas, va acompañado de un aumento de temperatura y es un proceso doloroso. Esto es debido al *Estaphilococcus Aureus*, que se encuentra en la nariz y garganta de la puérpera, y penetra en la mama a través del pezón si existe alguna grieta.

Se previene lavando el pezón antes y después de la tetada y evitando la formación de grietas. Si las grietas sangran o si los pezones se vuelven muy sensibles hasta el punto de impedir que el recién nacido mame directamente, podrá utilizarse un protector del pezón o un extractor. En raras ocasiones es necesario interrumpir la lactancia por este motivo.

Si la mastitis es supurativa, la lactancia deberá suprimirse, realizando un cultivo de la leche materna, para adecuar el tratamiento antibiótico. Si se produce un absceso hay que recurrir al drenaje. Hay que observar al recién nacido cuidadosamente en busca de signos de infección.

Pezón invertido

No sirve para la lactancia. En estos casos deberá intentarse diariamente durante los últimos meses del embarazo extraer el pezón hacia fuera, ejerciendo tracción con los dedos.

Reaparición de la menstruación

Si la madre no da el pecho a su hijo la menstruación se reanudará, probablemente de seis a ocho semanas después del parto.

Sin embargo, la menstruación no suele presentarse mientras se está lactando, pero puede aparecer después de dos o tres meses del parto, sobre todo en las múltiparas. La hemorragia puede producirse en un ciclo ovulatorio o anovulatorio. En mujeres que inician la menstruación durante la lactancia, es mucho

menos completa la supresión de la ovulación. Por lo tanto éste sería el momento de informar sobre métodos anticonceptivos y mandarla a la consulta de orientación familiar.

Signos vitales

Constituyen un medio de comprobar el estado de la puérpera después del parto. El sistema cardiovascular acusa alteraciones bruscas durante el puerperio al cesar la presión uterina y retornar al organismo la mayor parte de la sangre que circulaba a través del útero y la placenta. Estos cambios se reflejan en los signos vitales. La siguiente tabla sirve para valorar estos signos después del parto:

SIGNO VITAL	FRECUENCIA	CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y FÍSICOS	RESPUESTA CORPORAL	RESPONSABILIDADES DE LA MATRONA
TEMPERATURA	3 1. ^a horas: 1 c/h	Después del parto: escalofríos debido al esfuerzo, fatiga muscular y disminución de la presión intraabdominal. <ul style="list-style-type: none"> - Excitación y ansiedad. - Deshidratación a causa de la excesiva eliminación de líquidos. 	Temblores Leve hipertermia	<ul style="list-style-type: none"> - Abrigar a la puerpera. - Tomar y registrar la T.^a - Si excede de 38° C comunicar al Médico - Ducha tibia. - Administrar líquidos. - Conversar con la puerpera.
PULSO	3 1. ^a horas: 1 c/h	<ul style="list-style-type: none"> - Cesa la presión del útero. - Posición de reposo. - Reducción del volumen sanguíneo. 	Pulso lento	Un pulso algo más lento se considera normal. Un pulso rápido puede indicar hemorragia. Tomar y registrar pulso.
RESPIRACIONES	La misma norma que P. y T. ^a	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la presión sobre los pulmones y el diafragma, al disminuir el tamaño del útero. - Fármacos: efectos de anestésicos o analgésicos. 	Respiración más lenta y fácil A veces depresión respiratoria.	Tomar y registrar respiraciones. Vigilar a la puerpera hasta que esté despierta.
TENSION ARTERIAL	La misma norma que para el resto de constantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzo físico en el parto. - Aumento brusco del volumen sanguíneo. - Efectos de anestésicos o analgésicos. - Reducción normal del volumen sanguíneo. - Hemorragia repentina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leve aumento de T.A. - > o < de T.A. - leve < de T.A. - < pronunciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar y registrar T.A. - Comparar con valores anteriores. - Estar alerta. - Tomar y registrar T.A. - Observar T.A., grado de hemorragia y de la contracción del fondo uterino.

Reposo y sueño

El proceso del parto representa una intensa actividad fatigante y es posible que constituya un obstáculo para que la puérpera pueda descansar después de la excitación producida por el nacimiento del niño.

Sin embargo, el proceso de recuperación tiene como base obtener un adecuado reposo. Si el reposo y el sueño son insuficientes la recuperación se retrasa y la puérpera se muestra irritable, e incapaz de hacer frente a las circunstancias que la rodean, incluidos los cuidados del recién nacido.

Nunca se insistirá demasiado en la cuestión del reposo, que deberá constituir el factor prioritario de la Matrona. Las actividades de Enfermería deberán unificarse con el fin de reducir las interrupciones a la puérpera.

Diaforesis

El proceso del parto constituye un esfuerzo excesivo que suele causar sudoración abundante. Es un intento del organismo de eliminar el exceso de líquidos acumulado en los tejidos durante el embarazo. Los cambios hormonales producidos en el organismo también pueden provocar diaforesis. Es frecuente que la mujer se despierte por la noche a causa de este exceso de sudoración. La Matrona debe tener en cuenta estas reacciones fisiológicas y exponer a la mujer que se trata de una reacción normal del organismo.

Baños

Cuando se pueda levantar la puérpera, una ducha está muy aconsejada; la Matrona deberá acompañarla con el objeto de asegurarse que el servicio esté limpio y con todos los útiles necesarios para actuar con seguridad.

Relaciones sexuales

En las primeras tres semanas, después del parto, período en que la mujer tiene todavía algunos loquios, se deben abstener de ducha vaginal, tampones y coito, para evitar infecciones. Sin embargo después de tres semanas, cuando ya se ha cicatrizado la herida y no hay secreción vaginal, se plantea la cuestión de si deben reanudarse las relaciones sexuales.

A veces en la mujer lactante, están considerablemente reducidas la lubricación y las secreciones vaginales, debido a las hormonas que mantienen la lactación, para contrarrestar este efecto se pueden usar lubricantes estériles con objeto de facilitar el coito.

En la mujer lactante es improbable que se produzca ovulación, en las primeras ocho semanas. Hay que advertir que en caso de lactancia artificial la mujer reanudará la ovulación antes de que reaparezca la menstruación en el plazo de cuatro a seis semanas.

Examen post-parto

Lo debe realizar el Médico.

La Matrona debe insistir en que la mujer vuelva al centro para el examen general después del parto. Se debe explicar a la madre que el examen después del parto es una medida habitual, que permite obtener datos importantes acerca del estado general de la puérpera y sobre la involución de los órganos genitales; al mismo tiempo puede contribuir a tranquilizarla y a confirmar que la familia desempeña correctamente la tarea relativa a la alimentación infantil.

Por otra parte en caso de que se descubran anemia o erosiones en el cuello uterino, se podrán corregir y con ello se evitará que se produzcan trastornos de mayor importancia.

Asimismo, se tendrá oportunidad de valorar la eficacia de los ejercicios practicados para fortalecer el organismo y dar nuevas instrucciones en caso necesario.

En épocas pasadas, el examen del estado general, se consideraba más bien una pérdida de tiempo. Sin embargo con el impulso que se ha dado a la medicina preventiva, y el movimiento en favor de la mujer, cada día deben usarse más los servicios ginecológicos preventivos antes de que el estado de la mujer, requiera los servicios médicos.

Debe conseguirse el que las mujeres de todas las condiciones socioeconómicas tengan facilidades para mantener la salud, entre las que no son menos importantes una precoz asistencia prenatal y los cuidados relativos al puerperio.

BIBLIOGRAFIA

- Patología Prenatal*, serie monográfica n.º 5, editado por el Ministerio de Sanidad. Medicine: II serie n.º 56-60. III serie n.º 58-49.
Medicina Integral: Vol. 3, n.º 4; Vol. 3, n.º 1.
BENSON, Ralph: *Manual de Ginecología y Obstetricia*.
SNODGRSS, W.: *Tratado de Medicina Básica Familiar*.
IMAZ, Uranga: *Obstetricia práctica*.
Programa de atención a la mujer de Bizkaia, 1984.
J. DICKASON, Elizabeth y OLSEN SCHULTZ, Martha: *Asistencia Materno e Infantil*. Texto de Enfermería, Salvat, 1980.
GOMEZ ESTEBAN, Rosa y AMILIBIA, Susana: *Mujer, deseo y embarazo*, 1986.
WILLIAMS, Barbara: *Sleep Needs during the Maternity Cycle*, Nursing Outlook, 1976.
Committee on Maternal Nutrition / Food and Nutrition Board, Maternal Nutrition and the Course of Pregnancy, National Research Council, Washington, 1979.
GILBRIDE FOX, Claire: *Toward a Sound Historical Basis for Nurse, Midwifery*, Bulletin, American College of Nurse-Midwives, 1969.
M. LANG, Dorothea: *The Midwife returns Modern Style*, Parents Magazine.
RUBIN, Reva: *Puerperal*, Change, Nursing Outlook, 1969.
W. BOZIAN, Marguerite: *Nursing Care of the Infant in the Community*, Nursing Clinics of North America.
CARRERA y DEXEUS: *Así nace un niño*, Barcelona, Salvat.
CARRERA, J. M.: *El parto ecológico*, Barcelona, Publicaciones del Instituto Dexeus, 1982.
MERKL, Hellmuth: *Parto sin miedo*, Everest, 1985.
PSCHYREMBEL, W.: *Obstetricia Práctica*, Labor, 1978.
Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. A. Martín Zurro / J. F. Cano Pérez, DOYMA, 1986.
Ministerio de Sanidad y Consumo: «*Guía para la elaboración del programa de la mujer en Atención Primaria de Salud*». Colección Atención Primaria de Salud, n.º 4, Madrid, 1984.
SAIZARBITORIA, R.: «*Nacer en Guipúzcoa (comentarios sobre perinatalidad y prevención)*», Servicios de estudios Aspace, Guipúzcoa, 1982.
Unidad Docente de «*Medicina Familiar y Comunitaria: Programa de atención a la mujer*», Pasaia, Guipúzcoa, 1982.
WILLIAMS; A. PRITCHARD, Jack; C. MACDONALD, Pane: *Obstetricia*, 2.ª edición, Salvat, 1979.
Obstetricia. Temas de enfermería Médico-Quirúrgica, Colección dirigida por B. Seguíz, Ediciones Norma, 1984.
A. HICKMAN, Maureen: *Introducción a la especialidad de Comadrona*, Ciencias de la enfermería, Ed. Alhambra, 1978.
BETHEA, D. C.: *Enfermería Materno-Infantil*, 4.ª edición, Ed. Interamericana, 1986.
BLEIER, I. J.: *Enfermería Materno-Infantil*, 4.ª edición, Ed. Interamericana, 1985.
GUTIERREZ IBARZABAL, M. L.; TORDESILLAS DOMINGUEZ, J. L.: *Embarazo no complicado*. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Programa de Atención a la Mujer de Bizkaia, 1984.
GUTIERREZ IBARZABAL, M. L.; TORDESILLAS DOMINGUEZ, J. L.: *Embarazo no complicado*. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Capítulo 15

EMBARAZO Y SALUD MENTAL

José Antonio Espino Granado. Psiquiatra. Asesor del Ministro de Sanidad y Consumo para el Programa de Salud Mental

Juan Carlos Fraile Fraile. Psicólogo. Asesor del Programa de Salud Mental

José Luis Santos Gómez. Psiquiatra. Asesor de la Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria

15.1. EL EMBARAZO

El embarazo ha sido considerado tradicionalmente como un período durante el cual la mujer es poco vulnerable a los trastornos psicopatológicos. Ni siquiera pacientes que padecen trastornos afectivos o esquizofrénicos tienden, durante esta época, a presentar reagudizaciones. Algunos autores han llegado a afirmar que el embarazo ejerce un efecto protector sobre la salud mental de la mujer.

Sin embargo, el embarazo representa un período de cambios en la vida de la mujer, cambios que afectan a su configuración corporal, a su fisiología, a su estilo de vida. A la vez, constituye para muchas embarazadas una fuente de amenazas, tanto para su integridad como para la del feto, que no carece de una base real. La adaptación a la nueva situación y el estrés que conlleva, trae consigo una serie de respuestas psicoemocionales, que no pueden ser consideradas como patológicas y que abarcan elevaciones en el nivel de ansiedad, irritabilidad, labilidad afectiva, que pueden conducir a estados reactivos depresivo-angustiosos, que no alcanzan el grado de depresiones auténticas. Al mismo tiempo, pueden aparecer trastornos del sueño (insomnio, somnolencia diurna), de las pautas de alimentación (antojos, bulimia, pica), hiperemesis, etc.

En ocasiones, estas reacciones psicoemocionales pueden alcanzar una marcada intensidad, que podría tener alguna repercusión sobre la evolución del embarazo. Los factores que tienen más influencia sobre la intensidad de estos trastornos son:

- Personalidad previa. Personalidades con rasgos de inmadurez, inestabilidad y escasa capacidad de adaptación van a verse más afectadas por estos cambios psicológicos.
- Aceptación de la maternidad por ella, por el padre y por el entorno social más próximo.
- Factores ambientales, donde destacan la existencia de conflictos entre la pareja, la inseguridad económica, el desempleo, el soporte social.
- Experiencias desagradables en embarazos previos.
- Presencia de acontecimientos independientes del embarazo que puedan influir sobre el equilibrio psicoemocional.

Todos estos factores, junto a la presencia de antecedentes psicopatológicos, deben ser investigados por las personas responsables del seguimiento del embarazo, con la finalidad de poder delimitar grupos de alto riesgo e identificar lo más precozmente posible aquellos trastornos psicológicos que pudieran tener mayor repercusión.

La actitud a mantener debe tener presente que, en general, el embarazo se asocia a necesidades de apoyo, aprobación y potenciación de la autoestima, junto a un deseo de seguridad y cariño. Al mismo tiempo es necesario conocer los temores, miedos y ansiedades generados, que deberán ser discutidos con la embarazada con el objetivo de disiparlos, corregir informaciones erróneas y proporcionarle seguridad. Para lograr este apoyo psicológico se precisa permitir que la embarazada se exprese libremente durante el tiempo necesario, y la adopción de una actitud comprensiva. Algunos datos inducen a pensar que una actuación correcta ante este tipo de reacciones psicológicas puede tener una repercusión muy favorable sobre la incidencia de los trastornos mentales que aparecen en el puerperio.

Aunque se ha dicho que la incidencia de trastornos psicopatológicos durante el embarazo es baja, recientemente (KUMAR y ROBSON, 1978) se ha visto que la frecuencia de depresiones ronda el 10%, cifra similar a la encontrada durante el puerperio. Suelen cursar con marcados sentimientos de culpa e, incluso, síntomas delirantes en relación con ideas de culpa o con la muerte y malformación fetal. Con muy baja frecuencia, pueden presentarse cuadros psicóticos, fundamentalmente en personas con antecedentes. La aparición de alguna de estas manifestaciones requiere la colaboración del equipo especializado en salud mental.

15.2. EL PUERPERIO

Podemos considerar al parto como un acontecimiento generador de un intenso estrés. Además de la ansiedad y el esfuerzo físico que supone, la brusca transición producida y la necesidad de aceptar con todas sus consecuencias el rol de la maternidad van a poner a prueba la capacidad de adaptación de la madre. Por tanto, no puede extrañar que durante el puerperio exista una mayor vulnerabilidad para los trastornos mentales.

Básicamente los trastornos mentales más habituales del puerperio son:

- Psicosis puerperales.
- Trastornos afectivos del puerperio.
- «Maternity blues».

El término *psicosis puerperal* se refiere a cuadros delirante-alucinatorios, en relación o no con un trastorno del nivel de conciencia. Actualmente no se admite que la psicosis puerperal constituya una entidad nosológica independiente, sino que abarca cuadros de origen afectivo, esquizofrénico o esquizofreniforme o somático. La incidencia oscila entre el 0,1 y el 0,6%, situándose la cifra más probable alrededor de 1 caso por cada 200 nacimientos. En el 42% de las madres el inicio es durante la primera semana después del parto y en el 75% dentro del primer mes.

Las depresiones del puerperio se presentan con una frecuencia del 10%, cifra que parece ser válida tanto para las culturas occidentales como para culturas más primitivas. La sintomatología es superponible a la de cualquier episodio depresivo, aunque pueden tener ciertas connotaciones específicas, como actitudes de rechazo, falta de interés o abandono hacia el niño. En depresiones severas es preciso valorar el riesgo de suicidio y de infanticidio.

La «maternity blues», también denominada «depresión del tercer día» constituye un cuadro muy frecuente que se presenta en el 50-66,7% de las madres.

Suele aparecer hacia el tercer o cuarto día y tiene una duración de 1-2 días. Únicamente en el 14% la duración supera los tres días. Se caracteriza por tristeza, llanto, intensa ansiedad y sensación subjetiva de deterioro cognitivo (falta de memoria, concentración...).

Los factores relacionados con la aparición de estas alteraciones son:

- Factores biológicos, como modificaciones endocrinas (caída de los niveles de progesterona, modificaciones de las tasas de cortisol...) o descensos de las concentraciones de triptófano libre en sangre, que generaría un déficit en la síntesis de serotonina en el sistema nervioso central.
- Antecedentes personales y familiares psiquiátricos. Un 53% de las mujeres con alteraciones mentales puerperales tienen antecedentes psiquiátricos familiares y un 44% han presentado trastornos psiquiátricos en alguna ocasión. Asimismo, la presencia de trastornos mentales puerperales con anterioridad aumenta las probabilidades de aparición de estas alteraciones.
- Factores psicológicos. Algunos autores han postulado que todo aquello que retrase la reunión de madre e hijo facilita la aparición de trastornos mentales en el post-parto y repercute en la conducta de la madre hacia el hijo durante los primeros meses. Según LEBOYER (1974), el contacto madre-hijo inmediatamente después del parto favorece el que la madre se relaje y se tranquilice, si bien, esta hipótesis no ha podido ser comprobada.

Otros factores psicológicos también han sido implicados: las relaciones con el padre, el tipo y la calidad del apoyo que éste le brinda, las relaciones con los familiares y amigos, en resumen, el tipo del soporte social tiene una influencia relevante en la aparición y evolución de estos trastornos. La ausencia del padre durante el período que rodea al parto o en el puerperio constituye otro elemento con una clara repercusión negativa.

El nacimiento de un niño prematuro o con algún tipo de alteración aumenta el riesgo de aparición de complicaciones psiquiátricas:

- Presencia de alteraciones psicoemocionales de cierta entidad durante el embarazo.

Resulta difícil delimitar una serie de medidas que permitan reducir la incidencia de trastornos mentales durante el puerperio. Para GORDON et al. la única acción eficaz consiste en lograr que el padre preste un apoyo eficaz durante el embarazo, parto y post-parto, aceptando que él también debe involucrarse en las responsabilidades de la maternidad. Sin embargo, es posible delimitar a aquellas embarazadas que presentan un mayor riesgo de trastornos mentales durante el puerperio. BRAVERMAN y ROUX (1978) han ordenado en función de su relevancia los seis factores que tienen una mayor capacidad de predecir la aparición de estas alteraciones:

- 1.º Sentimientos de indiferencia, rechazo o falta de cariño hacia el padre.
- 2.º Embarazo no deseado.
- 3.º Historia previa de depresión durante el puerperio.
- 4.º Situaciones de aislamiento social.
- 5.º Conflictos entre la pareja.
- 6.º Embarazo no planeado.

La actuación en general, debe ir dirigida a prestar un apoyo psicológico, a potenciar los sentimientos maternos y a reducir la ansiedad que pudieran provocar las responsabilidades ligadas a la maternidad.

Tanto en las depresiones del puerperio como en las psicosis puerperales, es necesario solicitar la intervención de los equipos de salud mental. En el caso de la «maternity blues» es imprescindible realizar un seguimiento minucioso hasta su remisión, evitando que sea confundida con un episodio depresivo que requiera una actuación más enérgica.

15.3. EL POST-ABORTO

Los trastornos psicoemocionales presentes en el post-aborto son bastante similares a los del post-parto. Sin embargo, es conveniente diferenciar entre los abortos provocados y los espontáneos.

En general, tras un aborto provocado en un embarazo no deseado, la incidencia de trastornos psicopatológicos no es especialmente relevante. En algunos casos, pueden aparecer cuadros de ansiedad en función de sentimientos de culpa, aunque la presencia de estas manifestaciones depende también del contexto social. Más habitualmente, tras un aborto provocado se experimenta un alivio de la tensión y de los disturbios psicoemocionales de un embarazo no deseado.

La repercusión emocional tanto de un aborto espontáneo como de un aborto terapéutico, depende, además de una serie de factores psico-sociales parecidos a los comentados al referirnos al puerperio, del número de meses de embarazo y de que se trate de un embarazo planeado y deseado. Puede afirmarse que la incidencia de psicosis post-aborto (en cierta manera equivalente a la psicosis del post-parto) es mayor cuanto más avanzado se encuentra el embarazo, si bien su frecuencia nunca alcanza a la de las psicosis puerperales.

Por el contrario, la aparición de cuadros afectivos depende fundamentalmente:

- Antecedentes de trastornos afectivos relacionados o no con el puerperio.
- Del apoyo que reciba de su entorno familiar y social.
- De que se trate de un embarazo planeado y deseado, en cuyo caso el riesgo de aparición de trastornos afectivos es mayor.

Tras un aborto debe intentarse mantener una actitud comprensiva y tendente a reducir ansiedades, proporcionar seguridad y potenciar la autoestima.

Asimismo, hay que promover que su medio familiar y social más próximo constituya un soporte adecuado y eficaz.

Ante la aparición de psicosis post-aborto o de cuadros afectivos bien establecidos hay que solicitar la intervención del equipo de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- BRAVERMAN, J. and ROUX, J. F.: *Screening for the patient at risk for post-partum depression*. *Obstetric and gynecology*, 1978, 52:731-752.
- BROCKINGTON, I. F. et al.: *A clinical study of post-partum psychosis*. En: *Mental illness in pregnancy and puerperium*. (Ed: M. SANDLER), pp. 69-79, Oxford University Press, New York, 1978.
- KANE, F. J.: *Post-partum disorders*. En: *Comprehensive textbook of psychiatry* (Ed: KAPLAN, H. I. and SADOCK, B. J.), Williams and Wilkins, Baltimore, 1985.
- KUMAR, R. and ROBSON, K.: *Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium* (ed: M. SANDLER), pp. 40-51. Oxford University Press, New York, 1978.
- LEBOYER, F.: *Birth without violence*, Wilhood House, London, 1974.
- NAYLOR, C. H.: *Mental illness and its obstetric management*. En: *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (Ed: M. SANDLER), pp. 35-39. Oxford University Press, New York, 1978.
- PITT, B.: *Depression and childbirth*. En: *Handbook of affective disorders* (Ed: E. S. PAYKEL), 361-378. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1982.
- SAKS, B. R. et al.: *Depressed mood during pregnancy and the puerperium*, *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142:728-730.

16. INTRODUCCIÓN

El período neonatal está precedido desde el momento de la concepción por un período de gestación de 38 a 40 semanas. Este período normal de la vida del feto, desde el momento de la concepción hasta el momento de su nacimiento, es el período neonatal. Este período está dividido en dos partes: el período prenatal y el período postnatal.

El período de la infancia se divide en infancia temprana y infancia tardía. La infancia temprana comprende desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, y la infancia tardía desde los 3 años hasta los 12 años de edad.

En este capítulo se referirá a la infancia temprana, desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Este período está dividido en dos partes: el período neonatal y el período de lactancia. El período neonatal comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, y el período de lactancia desde los 28 días hasta los 3 años de edad. Este período está dividido en dos partes: el período de lactancia temprana y el período de lactancia tardía. El período de lactancia temprana comprende desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, y el período de lactancia tardía desde los 6 meses hasta los 3 años de edad.

Capítulo 16

CUIDADOS NEONATALES

**Gloria Boal Herranz. Matrona. Enfermera Pediátrica.
Hospital de Móstoles. Madrid**

También se referirá a la infancia tardía, desde los 12 años hasta los 18 años de edad. Este período está dividido en dos partes: el período de adolescencia temprana y el período de adolescencia tardía. El período de adolescencia temprana comprende desde los 12 años hasta los 15 años de edad, y el período de adolescencia tardía desde los 15 años hasta los 18 años de edad.

La infancia es un período de vida muy importante, ya que es el período en el que se forman las bases de la personalidad y se adquieren los hábitos de conducta que marcarán el futuro de la persona. Por lo tanto, es muy importante que los padres y los profesionales de la salud estén atentos a los cuidados que se deben prestar durante este período.

Uno de los aspectos más importantes de la infancia es el desarrollo físico y mental. Durante este período, el niño experimenta un crecimiento rápido y una maduración de sus órganos y sistemas. Además, también experimenta un desarrollo de sus habilidades cognitivas y emocionales.

Por lo tanto, es muy importante que los padres y los profesionales de la salud estén atentos a los cuidados que se deben prestar durante este período. Esto incluye proporcionar un ambiente seguro y saludable, así como proporcionar el apoyo emocional y educativo necesario para que el niño pueda desarrollarse plenamente.

Objetivos de este capítulo

1. Las características y desarrollo neonatal, desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.
2. Las características y desarrollo del niño desde los 28 días hasta los 3 años de edad.
3. Las características y desarrollo del niño desde los 3 años hasta los 12 años de edad.
4. Las características y desarrollo del niño desde los 12 años hasta los 18 años de edad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de los problemas de salud en la infancia, especialmente en el área de la salud mental. Esto se debe a una serie de factores, como el aumento de la violencia, el uso de tecnología y el estrés de los padres.

Los principales riesgos de salud neonatal son:

- 1.- Peligro de asfixia.
- 2.- Peligro de infección.
- 3.- Peligro de hipotermia.

16.1. INTRODUCCION

El período neonatal comprende desde el momento del nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. Este período viene a ser el período de transición, en el cual el niño debe adaptarse a una nueva forma de vida, completamente distinta de la que tenía.

El cambio de un ambiente cálido ingrávido y líquido, a otro frío, seco y a presión atmosférica, hace que la transición sea brusca y peligrosa.

En este tiempo el niño va a sufrir una serie de cambios fisiológicos cuyo fin es dicha adaptación. Nuestro propósito es hacer que estos cambios se produzcan de forma natural y sin perjuicio para la salud del niño, tratando a su vez de subsanar cualquier alteración que se produzca. A este respecto la labor de la matrona radica en los cuidados preventivos; evitando factores de stress como los debidos al frío o a exposición a la infección, así como los que intervienen en la reorganización de los procesos metabólicos del niño.

El que el niño sea capaz de adaptarse sin problemas a la vida extrauterina va a depender de ciertos factores que se van a dar fundamentalmente antes del nacimiento, incluso antes de la propia concepción. Por ello es tan importante la planificación familiar, el control del embarazo, del parto y del puerperio.

También van a intervenir factores socio-culturales y familiares.

La educación sanitaria de la familia va a influir directamente en la salud del neonato, ya que éste depende completamente de los cuidados que le presten, pues ya sabemos que este período es quizás el momento más crítico y más decisivo en la vida de la persona.

Con el control prenatal evitaremos un gran número de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, etc.) y con ello haremos disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal.

Sin embargo no es menos importante un control neonatal, un seguimiento de la evolución del RN y un diagnóstico precoz y rápido de cualquier alteración.

La Matrona tendrá pues la misión:

- a) De información y educación sanitaria, tanto del recién nacido como de su entorno y
- b) De seguimiento y comprobación del buen desarrollo del neonato y de una pronta visión de cualquier complicación, aconsejando en este caso a la madre, que el niño sea visto por un especialista.

En los últimos años ha descendido la mortalidad y morbilidad infantil asombrosamente, debido al mejor control del niño.

Las principales causas de morbi-mortalidad infantil son:

- 1.º Peligro alimenticio.
- 2.º Peligro congénito y
- 3.º Peligro infeccioso.

La mortalidad es mayor cuanto menor es la edad del niño, hasta el punto de que en el primer mes de vida fallecen la cuarta parte de los niños menores de un año.

La importancia de la adaptación del recién nacido a esta nueva clase de vida en las primeras 24 horas está confirmada por el hecho de que en este breve período de tiempo mueren más seres humanos que en cualquier otra edad.

Influyen otros riesgos como el clima, la edad de la madre, el ambiente social, la vivienda.

El medio rural tiene mayor mortalidad que el urbano debido a una menor información sanitaria. El trabajo excesivo de la madre, en la época de su desarrollo y en los meses de embarazo también influyen.

La mujer también tiene su función en la lucha contra la mortalidad de su hijo. En primer lugar poniéndose en manos de un profesional de la salud antes de que el niño nazca. Tiene obligación moral de alimentar al niño al pecho, si no hay contraindicaciones y hacer que se le vacune convenientemente para evitar infecciones.

16.2. OBJETIVOS

- 1.º Contribuir a la disminución de la morbimortalidad perinatal incidiendo sobre los problemas prevalentes en la zona.
- 2.º Promover la lactancia materna.
- 3.º Informar y orientar sobre los cuidados que requiere el recién nacido.
- 4.º Contribuir a que el medio en que vive y se desarrolla el recién nacido sea saludable.
- 5.º Favorecer la integración del recién nacido en el seno familiar.
- 6.º Lograr un nivel inmunitario adecuado en la población infantil.
- 7.º Contribuir a la mejora de la nutrición infantil principalmente en el primer año de vida.
- 8.º Contribuir a fomentar la participación activa de toda la población, principalmente padres y educadores en cuantas actividades sean necesarias para promover la salud de los niños.
- 9.º Evitar la masificación en los servicios sanitarios de urgencias por consultas que podrían ser solucionados en el domicilio.

16.3. ACTIVIDADES

Según los objetivos se efectuarán las siguientes actividades:

Objetivo 1.º

Actividad: a) Detección precoz y captación de los niños de alto riesgo y/o que hayan sido hospitalizados en el momento del nacimiento. b) Captación precoz del recién nacido. La captación se realizará por medio de:

- Consultas de embarazo.
- Hospital de referencia.
- Registro civil.
- Visitas domiciliarias durante el puerperio.

Objetivos 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 7.º, 8.º

Actividades: Se alcanzará por medio de educación sanitaria desde el comienzo del embarazo (controles prenatales) educación maternal, visita domiciliaria.

Objetivo 6.º

Actividades: Facilitando a la madre el calendario de vacunaciones.

Objetivo 9.º

Actividades: Despejando dudas en la visita domiciliaria.

16.4. RECIEN NACIDO

Cuando el niño acaba de nacer, hay que proporcionarle una serie de cuidados que le ayuden a adaptarse a la nueva forma de vida. Estos cuidados han de ser realizados por un profesional bien entrenado, ya que se ha demostrado que una eficaz reanimación disminuye las tasas de mortalidad.

- 1.º En primer lugar se mantendrá permeable la vía respiratoria.
- 2.º Es importante secarle bien y abrigarle para que no pierda calor.
- 3.º Se le colocará con la cabeza más baja que los pies con el fin de que expulse las secreciones de las vías respiratorias.
- 4.º La Profilaxis ocular con ungüento o eritromicina es imprescindible. Igualmente la vitamina K por vía intramuscular.
- 5.º La ligadura de cordón se hará con la mayor limpieza posible, comprobando que existen tres vasos.
- 6.º Se comprobará la permeabilidad anal y de coanas.
- 7.º El repaso mental del test de Apgar, nos dará una información muy valiosa.

Test de Apgar

SIGNO	0	1	2
frecu. cardíaca	ausente	menos de 100	mayor de 100
frecu. respirat.	ausente	lentos, irreg.	llanto fuerte
tono muscular	flacidez	alguna flexión	buena motilidad
color	cianótico	algo sonrosado	sonrosado
respuesta a estímulos	sin respuesta	mueca	llanto, tos, estornudos

El test de Apgar se mide al primer minuto de vida, a los cinco minutos de vida y a los diez minutos de vida.

Una puntuación de diez indica un recién nacido en perfectas condiciones.

Una puntuación baja en el primer minuto de vida refleja una asfixia intra-parto.

Sin embargo una puntuación baja a los cinco minutos, está en relación con el resultado neurológico.

Los pasos a seguir en una reanimación nos lo indica la puntuación de Apgar.

Si existe líquido teñido, o meconio espeso, está indicado aspirar la orofaringe y la tráquea antes del inicio de la respiración.

16.5. EXPLORACION DEL RECIEN NACIDO (características físicas)

El niño sano es dado de alta en los cinco primeros días de nacimiento, sin embargo no podemos asegurar que a pesar de que esté sano no vaya a presentar alguna alteración.

En la primera visita domiciliaria la matrona, a través de una minuciosa exploración del recién nacido,

- a) comprobará que el niño se encuentra en perfecto estado, o
- b) captará precozmente cualquier alteración. En este caso aconsejará a la madre que lleve al niño al pediatra,
- c) aprovechará esta ocasión para aclarar a la madre ciertas dudas acerca del recién nacido.

En el período neonatal se observan muchísimas variaciones dentro de los límites normales, y el límite de lo normal y anormal es confuso. Por ello el examen debe ser exhaustivo y sistemático.

Exploración sistemática

Cabeza

La circunferencia de un recién nacido normal es de 33-35,5 cm., medida por la parte más prominente. Puede tener un moldeamiento o acabalgamiento de los huesos debido y para facilitar la expulsión durante el parto.

Suturas y fontanelas

Nos van a indicar el crecimiento normal de la cabeza.

La fontanela anterior o mayor mide unos 2,5 cm. en sentido antero- posterior y 1,25 en sentido transverso.

Normalmente la fontanela es plana y blanda. Tanto la fontanela abombada como la deprimida son signos de anormalidad. En el caso de fontanela abombada nos indicaría una hemorragia o una hipertensión intracraneal como sucede en la meningitis o hidrocefalia. En el caso de fontanela deprimida nos indicaría deshidratación o desnutrición.

Generalmente la fontanela empieza a cerrarse a los 6 meses después del nacimiento, pero su completa oclusión no se produce antes de los 16-18 meses. Un precoz cierre produciría una microcefalia.

La fontanela posterior mide 1 cm., y se cierra entre las 6 semanas y los 13 meses después del nacimiento.

Para valorar el estado de las fontanelas se deberá mantener al niño sentado, en posición horizontal, con objeto de efectuar una correcta exploración.

Caput succedaneum y cefalohematoma

El caput succedaneum es una tumoración que se produce durante el parto en la región de la cabeza que se presenta. Disminuye después del nacimiento en 36 horas. Puede aparecer en otra presentación. Ej.: nalgas. No precisa tratamiento.

Vello

En el recién nacido es corriente el vello o lanugo en hombros, espalda, frente y sienes. Puede durar una semana y luego desaparece. Si persiste puede deberse a factores hereditarios, pero también acaban por desaparecer.

Piel

Edema. El niño al nacer presenta un grado de edema sin causa evidente. Es transitorio y suele desaparecer a los 2-3 días y luego aparece como deshidratado, incluso si su alimentación es adecuada. Esto es debido a la evaporación de agua por la piel y los pulmones. Esta pérdida hará disminuir el peso del niño en los primeros días.

Elasticidad cutánea. El grado de elasticidad cutánea se mide cogiendo un pliegue de piel con dos dedos y haciendo una ligera presión se suelta enseguida. Si el niño está bien hidratado la piel recobra su posición original inmediatamente. En un niño con desnutrición o deshidratación la piel no se recupera, sino que queda el pliegue hecho con los dedos, durante unos segundos.

En el prematuro también tarda en recuperarse.

Color

Cianosis. En el momento del nacimiento del color de la piel es uno de los cinco signos de Apgar. Tiene una importancia vital. Nos informa del funcionamiento de corazón y pulmones. Al nacer puede presentar cierto grado de cianosis pero se volverá sonrosado en breves instantes. Puede persistir en manos y pies sobre todo si el niño ha estado expuesto al frío; desaparecerá si se le calienta.

La cianosis nos indica una falta de oxigenación debido a un compromiso cardíaco o respiratorio. El llanto nos va a informar qué tipo de cianosis es. La cianosis de tipo cardíaco va a aumentar la cianosis o la va a hacer aparecer. Sin embargo si es de origen respiratorio va a mejorar o va a desaparecer con el llanto.

Si la cianosis es producida por apnea se corregirá haciendo llorar al niño golpeando la planta de los pies o las nalgas.

Debido a que los niños no saben respirar por la boca si presentan atresia de coanas (oclusión de orificios nasales posteriores por hueso o membrana) estarán cianóticos.

Color rojizo: El color rojizo en el recién nacido es debido a que los vasos sanguíneos están muy próximos a la superficie cutánea y también porque hay un aumento del hematocrito, normal y fisiológico en el recién nacido. Sin embargo cuando el hematocrito se eleva demasiado es peligroso y puede traer complicaciones importantes. El color de la piel en este caso es llamativo y hay

que diferenciarlo mirando las mucosas labiales que aparecen mucho más coloreadas. En este caso el niño tendrá que ser visto por el pediatra.

Palidez. Es normal que a los 2-3 primeros días de vida el niño aparezca pálido, debido a hemolisis de los hematíes. Esto es un proceso fisiológico que se produce para bajar el hematocrito alto que existía en el período intrauterino, necesario por el tipo de respiración, pero que después de nacer ya no es necesario. Por ello se produce una anemia fisiológica con coloración pálida, que luego va desapareciendo progresivamente.

El color gris también se asocia con infección.

Ictericia. La mitad de los niños aproximadamente presentan un color icterico (amarillento) al 2-3 día de vida. Esto es debido al aumento de bilirrubina que se produce como consecuencia de la hemolisis de los glóbulos rojos, después del nacimiento.

Es importante distinguir la ictericia fisiológica de la ictericia debida a una alteración.

la ictericia fisiológica nunca aparece antes de las 24 horas de vida; y no persistirá después de la primera semana de vida.

Sin embargo aunque la ictericia sea fisiológica si el color es llamativo puede presentar problemas de intoxicación, por ello aun en días propios de la ictericia fisiológica deberá mandarse al niño al especialista.

En casos excepcionales algunos niños alimentados al pecho materno presentan ictericia persistente.

Vermix caseosa

El vermix es una sustancia blanquecina y espesa en la piel del neonato, en regiones como pliegues inguinales y uñas. Habrá mayor cantidad en un pretérmino y casi nada en un postérmino. Sirve como protección contra el constante contacto del líquido amniótico.

Manchas mongólicas

Estas manchas son debidas a una pigmentación gris azulada, como contusiones. Aparecen en región lumbar y glútea pudiéndose extender hacia la espalda y miembros. Este color suele desaparecer a los 4 años de edad, y no tiene ninguna importancia.

Nevos

Son manchas de color rojizo en forma de pico de cigüeña en la región suboccipital y sacra. Suelen desaparecer también con el tiempo.

Ojos

El recién nacido abre los ojos espontáneamente si se le evita la luz directa. La hemorragia subconjuntival no es patológica, suele desaparecer en una semana. La tumefacción que se presenta alrededor de los ojos por instilación de nitrato de plata o después de un parto de forceps, suele desaparecer en unos cuatro días y no presenta complicaciones. Si por esta razón el niño no puede abrir los ojos se puede intentar abrírselos con delicadeza.

No es normal que haya secreción en el ojo.

La opacidad de la pupila es un dato de catarata congénita.

Si el niño presenta una córnea grande puede indicar glaucoma congénito. En estos casos tendrá que ser visto por un especialista.

El nistagmo (movimiento espasmódico de los ojos rotatorio u horizontal) se observa raramente, no tiene importancia, desaparece solo, pero si persiste puede ser un indicio de lesión intracraneal.

Orejas

Las orejas deben estar situadas a nivel de los ángulos oculares. Si están más bajas puede pensarse en la posibilidad de una anomalía congénita.

Nariz

Puede haber obstrucción nasal, por atresia de coanas, o por abundantes secreciones, en este caso se oirá un murmullo característico. Es importante solucionar estas alteraciones, pues el niño no sabe respirar por la boca.

Boca

Para inspeccionarla hay que procurar que el niño llore y abra la boca.

Es normal un epitelio perlado o perlas de Epstein, suelen desaparecer espontáneamente. Puede haber ampollas por succión y algo de moco, es normal, excepto si el moco es muy abundante, esto puede indicar una fistula traqueoesofágica que necesita examen inmediato por un médico.

Se examinará si hay paladar hendido aunque no haya labio leporino. Al llorar el niño se observará que los movimientos sean simétricos, si no lo son, o si sólo hay movimiento de un solo lado nos indicaría lesión del nervio facial. El llamado algodoncillo se manifiesta por áreas blanquecinas y grisáceas sobre la lengua e indican infección por hongos.

Cuello

El recién nacido tiene el cuello corto. Las anomalías incluyen la presencia de membranas por debajo de las orejas o pliegues excesivos en la nuca.

Tórax

La circunferencia del tórax es de 30,5-33 cm. Es normal que el cartílago xifoides esté prominente.

La frecuencia cardíaca normal cuando el niño está despierto y en reposo es de 120-130 latidos por minuto. Los límites están entre 90-180 l/m., 90 l/m. cuando duerme, si llora llega hasta 180 l/m.

La frecuencia respiratoria promedio es de 40 r/m. Los límites normales son entre 30-60 r/m. La respiración del niño debe ser diafragmática y abdominal, por la nariz.

La taquipnea transitoria es normal. Debe haber simetría. Es patológico que haya ruidos cardíacos sobre el lado derecho del tórax. También es patológico si al respirar hay retracción intercostal, retracción del xifoides, gruñido a la respiración y aleteo nasal.

Hay que explorar las clavículas para descartar fracturas debido al parto. Para ello ambos dedos pulgares se deslizan desde el cuello a lo largo de la claví-

cula y se debe comprobar si existen irregularidades o salientes. Cuando el brazo se mueve, si hay fractura se escucha un crujido o crepitación. En este lado se apreciará falta de reflejo de moro. La fractura de clavícula se consolida con facilidad y lo único que requiere es inmovilizar el brazo del lado afectado.

Puede haber tumefacción de mamas tanto en niñas como en niños, es normal incluso que llegue a excretar leche, NUNCA se deben esprimir, y desaparece en 7-10 días. El único cuidado que requiere es el lavado normal con esponja.

Abdomen

El abdomen aparece moderadamente protuberante. El cordón umbilical es blanco-azulado. El ombligo prominente con tejido de granulación también es normal.

Sin embargo si el abdomen está muy distendido, aumenta o disminuye después de establecer la lactancia, puede deberse a alguna alteración como fistula traqueo-esofágica por la cual pasa aire al estómago.

La distensión es un signo temprano de infección, o de obstrucción congénita de las vías gastrointestinales o megacolon.

El cordón amarillo al nacimiento indica anemia hemolítica.

El exudado del cordón suele significar infección. El cordón con exudado se lava con alcohol varias veces al día. El sangrado puede deberse a la colocación inadecuada de la ligadura o ser síntoma de enfermedad hemorrágica.

Espalda

Se deslizará un dedo a lo largo de la columna vertebral para comprobar si existen depresiones anormales. Se comprobará la simetría de la pelvis y protusiones sacras y la raya entre los pliegues glúteos para descubrir algún quiste.

Genitales

Los genitales del niño y de la niña nos indican el grado de madurez del recién nacido.

Niño: En el recién nacido a término el escroto está bien desarrollado y contiene los testículos, puede estar edematoso y de coloración oscura. El pene debe tener el meato urinario localizado en el centro del glande, si está localizado por debajo habrá una hipospadias. El glande está recubierto por un repliegue mucocutáneo o prepucio que puede presentar cierta estrechez (fimosis) y que no debe corregirse hasta que haya transcurrido un tiempo.

Niña: En la recién nacida a término es frecuente la protuberancia de los labios menores de la vulva. El tamaño del clítoris es variable, a veces es difícil determinar el sexo. Puede existir un apéndice himenal como segmento adicional del himen pero suele desaparecer en 2-3 semanas. Es frecuente y normal la secreción y sangrado vaginal siempre que no sea abundante.

Extremidades

Se debe observar si los movimientos son simétricos. Si algún miembro se mueve perezosamente o está inmóvil, en este caso puede haber fractura o luxación. La separación de los muslos contribuye a descubrir una luxación de cadera o una displasia congénita. El niño debe estar acostado, entonces se le flexionan sucesivamente los muslos con un movimiento hacia fuera. Si uno de los

muslos no se puede separar fácilmente el diagnóstico es cierto. Otro signo es si al separarlos se nota un chasquido. Se deben colocar dos pañales para mantener las piernas separadas.

Reflejos

- *Reflejo de Moro*: Pone de manifiesto el sentido de equilibrio del niño. Es el más empleado para valorar el estado neurológico del recién nacido. Para explorarlo, el niño debe estar acostado en decúbito supino y tranquilo, entonces se hace trepitar la cuna o se produce un ruido cerca de él. Responderá poniendo rígido el tronco, levantará las piernas y agitará los brazos como si quisiera dar un abrazo y romper a llorar. La falta de este reflejo indica daño cerebral. Aparece al nacimiento y desaparece a los tres meses.

- *Reflejo de marcha equina*: Consiste en movimientos de progresión que son producidos cuando se mantiene al lactante en posición vertical y ligeramente inclinado hacia adelante, dejando que los pies toquen una superficie plana. Aparecen al nacimiento, y desaparece a las seis semanas.

- *Reflejo de situación*: Al niño se le mantiene erecto haciendo que el dorso del pie roce la arista inferior del borde de una mesa. La respuesta será la flexión seguida de extensión de la pierna estimulada. Aparece al nacimiento y desaparece a las seis semanas.

- *Reflejo de succión*: Se evidencia rozando suavemente los labios. El reflejo de hociqueo se produce al estimular la mejilla, y consiste en dirigir la boca hacia el estímulo. Aparece al nacimiento y dura cuatro meses.

- *Reflejo de presión palmar*: Es bastante fuerte se puede comprobar con sólo colocar un dedo en la palma de la mano del niño. Este cierra la mano cogiendo el dedo del explorador. Aparece también al nacer.

- *Reflejo de presión plantar*: Cuando se estimula la planta del pie se produce la flexión de los dedos.

- Otros reflejos protectores incluyen el parpadeo, bostezo, tos, estornudo, defensa contra estímulos dolorosos, forcejeo, etc.

- Los reflejos que estimulan los movimientos de natación se observan precozmente y desaparecen antes de que aparezcan los movimientos de gateo y deambulación. Si se coloca al niño en decúbito prono, intenta levantarse con los brazos o flexiona las rodillas y trata de gatear.

Tono muscular

El recién nacido tiene un buen tono muscular, si el niño está despierto, y si se intenta extender un miembro, el niño ofrecerá una resistencia a esta maniobra.

Temblores, espasmos y convulsiones

No son frecuentes. El temblor prolongado y las convulsiones pueden ser debidas a hipoglucemias, a hipocalcemia, a daño neurológico o a infección. En cualquiera de los casos se notificará a la madre para que lo mande al pediatra.

Orina, heces, vómitos

Orina: Es común que el recién nacido no orine en las primeras 12 horas de vida; y puede no orinar hasta las 24-48 horas si el grado de ingesta es escasa, si la temperatura es alta, pero si las condiciones son normales y la micción no se produce en las primeras 48 horas se avisará al pediatra.

Es normal que el niño orine 4-6 veces al día. Pueden aparecer cristales que tiñen el pañal, esto es completamente normal en el recién nacido.

Heces: Durante tres o cuatro días las heces serán meconiales, inodoras, de color verde oscuro a negro y viscosas. Después de 3-4 días serán de color entre verde y amarillo de transición. El niño alimentado al pecho tendrá heces con color entre dorado y mostaza con una frecuencia entre 1-6 veces al día. El niño alimentado con biberón tendrá heces de color amarillo pálido, mal formado, más frecuente y regular que los alimentados al pecho.

La consistencia, color, olor de las heces son muy importantes para valorar el estado general del niño. Se debe valorar inmediatamente después de la defecación pues se producen rápidos cambios debidos a la oxidación.

Si no hay eliminación de heces en las primeras 24 horas suele ser debido a una obstrucción intestinal.

Diarrea: La intensidad de la diarrea puede calcularse por los límites de la mancha de agua que dejan las heces. La diarrea suele ser debida a gastroenteritis. El peligro de la diarrea es principalmente la deshidratación del niño por la labilidad en el equilibrio líquido, y por otra parte la sepsis que puede desencadenar.

Se valorará también si hay sangre en las heces.

Vómito: La regurgitación leve no es rara en el recién nacido, debido a la deglución de aire, y a la incapacidad del esfínter del cardias.

El vómito sin embargo es patológico, y siempre se deberá remitir al pediatra.

La sangre en el vómito, a menos que sea abundante suele ser debido a sangre deglutida durante la expulsión.

Llanto

Un niño a término llora vigorosamente hasta 2 horas cada día.

El llanto de tono alto, penetrante, llanto en exceso sin causa aparente y también la falta de llanto puede ser indicación de daño intracraneal o infección.

El llanto muy ronco sugiere parálisis parcial de las cuerdas vocales.

Factores básicos que indican el buen desarrollo del niño

- 1.º Piel sonrosada, la mayor parte del tiempo.
- 2.º Músculos fuertes y resistentes cuando están en extensión y una fuerte presión manual.
- 3.º Movimientos vigorosos de las piernas.
- 4.º Llanto fuerte que denota cómo se siente.
- 5.º Succión vehemente.
- 6.º Heces normales.
- 7.º Sueño apacible.

16.6. CUIDADOS GENERALES

Baño

El baño en el niño es algo fundamental, no sólo para su higiene, sino como fuente de placer, de bienestar, y de contacto con la madre, pues durante el baño es cuando más íntimamente se relacionan madre-hijo. Es casi la única vez en el día que el niño está completamente desnudo y la madre puede acariciarle todo el cuerpo. Se puede empezar a bañar al niño desde el primer día de nacimiento si se tienen las debidas garantías de higiene con el cordón umbilical. Si se baña al niño cuando aún no se ha caído el cordón se le bañará con agua hervida y la madre se lavará bien las manos, la bañera se limpiará cuidadosamente. Si no tenemos estas garantías de limpieza habrá que esperar al desprendimiento del cordón umbilical y a que se cure la herida que deja, para evitar infecciones. Mientras tanto se lavará al niño con una esponja sin mojar la herida. Esta estará envuelta en una gasa estéril, que se cambiará después del baño.

El baño debe ser diario, siempre a la misma hora, que la elegirá la madre según su comodidad, pero procurando que el niño no tenga el estómago lleno:

Para el baño necesitaremos:

- Una bañera que puede ser de plástico.
- Termómetro de baño.
- Jabón neutro o ácido.
- Guante afelpado para friccionar.
- Polvos de talco o crema.
- Una felpa o toalla grande.

La temperatura de la habitación conviene que esté de 20° a 22° con el fin de evitar enfriamientos. La temperatura del agua será de 37° C, y en verano de 34° C. Se comprobará con el termómetro de agua o metiendo el codo en el agua. Es aconsejable que el jabón sea líquido con Ph ácido para evitar que irrite la piel del niño.

Se le meterá en la bañera de forma segura y con delicadeza con el fin de que no se nos escurra. Se le cogerá de modo que la cabeza, cuello y hombros descansen en el brazo izquierdo de la madre, la mano agarrará el hombro del niño por la axila. Con la mano derecha se le enjabona y aclara siempre de arriba a abajo. Una vez terminado el baño, se le saca del agua y se le pone en una mesita, arropándole con una toalla suave y se le seca, sin friccionar, lo antes posible para que no se enfríe. Se le puede poner una crema en el culito para que no se irrite la piel con la orina y heces, dándole un suave masaje a la vez que se extiende la crema, pues favorece la circulación y reconforta al niño y le relaja, a la vez que el estar desnudo le deja libertad de movimientos cosa que le hace feliz al niño.

Se le lavará la cara con una esponja. La nariz y los oídos se pueden lavar con bastoncillos, o con algodón nunca con ganchillos u otros objetos que puedan dañar.

Las uñas se cortan dos veces por semana, de forma paralela a los bordes de los dedos.

La duración del baño será de tres minutos, aumentando el tiempo progresivamente.

Si el niño está enfermo también se le debe bañar sólo se suspenderá el baño si tiene una enfermedad eruptiva. Si el niño es nervioso o inquieto y duerme mal, el baño de la noche puede servirle de sedante y hacerle dormir mejor.

El guante afelpado debe ser fácilmente lavable y hacerlo a menudo con el fin de eliminar de ella restos de suciedad que pueden contagiar al niño en el siguiente baño.

Es importante la técnica de lavado de los genitales.

En la niña se limpiará el ano de delante hacia atrás con el fin de no introducir gérmenes en vagina. La vulva se limpiará con una torunda impregnada en loción o aceite infantil, para eliminar secreciones, y no irritar la piel, con cada torunda se dará una pasada. A veces se necesitan varios días para eliminar el vernix situado en los labios vulvares. Un ligero lavado cada vez que se cambia el pañal es mejor que frotar repetidamente.

La limpieza de los órganos genitales en el varón, incluye el lavado del escroto, del prepucio y el glande. No se debe forzar la retracción del prepucio, se puede hacer suavemente para limpiar la materia caseosa que se deposita.

Esto será una de las demostraciones que hará la matrona en las clases de educación maternal.

Lavado de los ojos

Los ojos se deben lavar con suero fisiológico o con agua tibia destilada (estéril). Se abrirá el ojo con el dedo índice y pulgar y se echarán unas gotitas, y luego se secan con una gasa estéril, siempre de dentro a fuera. Se usará una gasa para cada ojo, sobre todo si algún ojo tiene secreción.

Cuidado del ombligo

El ombligo debe mantenerse seco, sin olor, ni inflamación. Dado que puede servir de puerta de entrada de una infección general grave, es muy importante prevenir y reconocer precozmente cualquier infección umbilical. El exudado alrededor del cordón suele significar infección.

El cordón umbilical se seca y cae al cabo de una semana de vida. Si persiste más de una semana no supone nada anormal, a no ser que existan síntomas de hemorragia o infección. A veces cuando se desprende el cordón está húmedo o tiene sangre, pero al día siguiente debe estar seco. Al desprenderse se comprobará que es normal y si tiene el mismo aspecto que la piel de alrededor.

El cuidado del ombligo se hará dos o tres veces al día, y siempre inmediatamente después de las deposiciones o micciones que pueden contaminarlo. Después del baño se secará bien con una gasa seca y estéril o con un bastoncillo, para quitar restos de suciedad, luego se envuelve el cordón con una gasa empapada en alcohol de 70° y se tapaná con otra gasa seca.

Cuando se note que la gasa está sucia, se cambiará poniendo otra, también empapada en alcohol.

Si el cordón tiene exudado se lavará varias veces al día.

Vestidos

El vestido del niño debe ser:

- De fibra natural (hilo o algodón).
- Cómodo.
- Holgado.
- Fácil de cambiar.
- Higiénico.

No deben comprimir al niño, ni deben enrollarse alrededor del cuerpo. Las fajas de antes, ahora están contraindicadas, son cómodas para la madre, pero son muy molestas para el niño que no le deja respirar y le impide libertad de movimientos de las extremidades.

El vestido holgado favorece el desarrollo del ejercicio del niño.

No deberán tener costuras, ni ojales, ni botones. Se deberán atar con cintas.

El vestuario del niño constará de:

- Camisa.
- Pañal.
- Braga.
- Pico-braga.
- Jersey.
- Toquilla.
- Patucos.

La camisa será de hilo en verano, y algodón en invierno. Se atará atrás.

La braga hoy ha sido sustituida por una braga de plástico, muy cómoda para evitar la humedad de la persona que lleva al niño, pero puede provocar dermatitis en la piel del niño. No debe emplearse para dormir.

La fajita no es necesaria, y sí es perjudicial.

Se le cambiará el pañal en cuanto se mojen para evitar que se macere la piel.

En épocas frías se pondrá, guantes, manoplas y gorrito, toquilla y mono de lana.

Condiciones de la habitación

La habitación debe tener luz, ventilación y sol. Debe ser amplia. El sol es el mejor desinfectante, mata los microorganismos. La temperatura será de 18° C durante el día y de 16° C durante la noche. La calefacción será central o eléctrica nunca estufas o braseros que desprendan gases. Deberá tener un grado de humedad del 60%. Cuando hace calor se puede pulverizar 2 ó 3 litros de agua para prevenir la deshidratación.

La cama del niño no debe estar en la corriente que se establece entre la puerta y la ventana.

En los primeros meses, el niño puede dormir con sus padres con el fin de que éstos puedan vigilarle. Después el niño dormirá en una habitación independiente. Mientras duerma con los padres se procurará que la cuna esté alejada de la cama.

El niño muy pequeño no debe dormir nunca en la misma cama de los padres, pues existe el peligro de que éstos sin darse cuenta, le ahoguen o le aplasten. También se evitarán posibles contagios de los padres como catarros, etc.

La habitación del niño debe ser la mejor de la casa. No tendrá alfombras, ni tapices, que almacenan polvo y son nido de microbios.

El sol en la habitación es fundamental hará que un niño pálido, anémico, desnutrido, raquítico, recobre la salud, y mejore su aspecto general y vitalidad.

Se procurará que esté alejado de la cocina o de cualquier fuente de gases tóxicos.

La cuna debe ser individual, fija y sin balanceo, como se usaban antiguamente, el balanceo es perjudicial para el niño y no hay que acostumbrarlo. Debe tener ruedas para pasar durante el día a otras habitaciones, sin levantar al niño y ser llevado al balcón, terraza o jardín para que pueda tomar el sol. Debe estar siempre limpia, aireada durante el día, seca, caliente, colchón duro y almohada baja o sin ella.

Sueño

La duración del sueño depende de la edad del niño y de su personalidad.

El recién nacido duerme la mayor parte del día, unas 20 horas, durante la primera semana o los primeros 15 días. Este sueño es característico especial de su edad. Sólo se ve interrumpido por cortos períodos de vigilia que coinciden con la hora de la toma o si está incómodo, y luego vuelve a su estado de somnolencia y sueño profundo.

De ahí la dificultad de la alimentación de un recién nacido cuando duerme profundamente. No se les debe molestar ni despertar cuando están dormidos.

Pasada la primera semana los estados de vigilia y sueño se van haciendo más definidos. Pero durante el primer mes el niño pasa las cuatro quintas partes del día durmiendo. Es decir unas 18-20 horas. A los cuatro meses la mayoría de los niños tienden a mostrar un período prolongado de sueño nocturno de 8-12 horas; un período de unas dos horas, hacia las 10 de la mañana; y otro de dos a tres horas después de la toma del mediodía.

Las ventajas del sueño son:

- Se nutre mejor.
- Descansa su cuerpo y su mente.
- Se equilibran sus nervios.
- No adelgaza.
- Come mejor.
- Adquiere hábito y costumbre de regularidad en todas sus funciones.
- Crece normalmente.
- Cura de procesos incipientes que requieren reposo para su recuperación.

Juego y juguetes

El juego es el mejor estimulante del niño para su desarrollo físico, psíquico y como aprendizaje social y cultural. Es también la forma de ejercicio más natural.

En el recién nacido el juego va a ser compartido casi exclusivamente por la madre. El juego puede consistir en hacerle algunos ejercicios que a la vez le relajen y le tranquilicen. Es imprescindible que la madre esté relajada y tranquila

para que transmita al niño esa misma disposición. Evitará movimientos bruscos, rápidos o nerviosos. Si la madre está cansada o no tiene tiempo en un determinado momento es mejor que lo deje para otra ocasión, pues no se trata de un trabajo sino de un entretenimiento confortador que va a proporcionar un placer tanto a la madre como al niño.

Otra forma de jugar con el niño es estimularle hablándole. La madre debería hablar con el niño casi constantemente cuando está despierto. Al niño le tranquiliza la voz de su madre, aunque no entiende lo que se dice, si comprende que se le está hablando y el niño presta atención fijando la mirada en la persona que le está hablando.

Los juguetes del niño deberán ser de goma blanda, que se pueda hervir y que el niño pueda morder.

El juguete debe ser de colores brillantes que se mueva encima de la cuna, esto le proporciona una estimulación visual y tenderá a fijar la mirada hacia el objeto que le impresiona. El sonajero es importante para la estimulación auditiva, cuando se le hace sonar el niño gira la cabeza en la dirección del sonido, dato que indicará a la madre que el niño oye correctamente.

Paseo

Es muy conveniente que el niño salga de la casa para tomar el aire y el sol. Debe salir todos los días para ir curtiendo su piel y evitar así propensión a enfriamientos.

Según la época del año elegiremos la hora de salida. En invierno se le sacará al mediodía. En verano se huirá de las horas del mediodía y se elegirá el atardecer o por la mañana.

Se le sacará todos los días siempre que haga sol siempre que no haga demasiado frío.

No es aconsejable sacarle en brazos pues se puede deformar la columna al estar mucho tiempo doblada. Es mejor sacarle en su cochecito que le mantiene la columna recta.

Prevención de infecciones

Los niños tienen una mayor sensibilidad a la infección debido a la inmunidad, relativamente deficiente, a las bacterias; menor capacidad para producir inmunoglobulinas y la dificultad para localizar la infección, por lo que una infección que se localiza en un sitio, se generaliza rápidamente.

Pero además hay puertas de entrada en el niño que no existen en el adulto como el cordón umbilical, lesiones de la piel por forceps, etc. En este aspecto se tendrá sumo cuidado de prevenir cualquier infección. Las personas dedicadas a su cuidado deberán protegerlo en primer lugar con el cuidadoso lavado de manos, que deberá efectuarse con cepillo para disminuir el número de gérmenes que pueden transmitirse a la piel del niño, y contaminarse por pequeñas lesiones producidas en la piel.

- Se tendrá cuidado de que el niño no esté en contacto con personas que tengan alguna enfermedad contagiosa de las vías respiratorias superiores, erupciones, o dolor de garganta. Es común que besen a los niños, familia-

- res como abuelos, con bronquitis crónica, tos y expectoración. Esto es un grave riesgo de infección para el niño.
- Mantener al niño limpio sobre todo de orina y heces es una forma muy segura de protegerlo contra infecciones. Es importante la técnica de lavado del niño procurando no extender por el cuerpo la suciedad del ano y genitales, sobre todo cuidando la herida del ombligo.
- Evitar el contacto del niño con otros niños que padezcan infecciones, sarampión, rubéola, etc.
- Vacunar al niño según le corresponda a su edad, o según riesgos, consultar al pediatra.
- La madre tendrá sumo cuidado de no contagiar a su hijo sobre todo cuando ella tiene alguna infección en episiotomía o puntos infectados, etc. Se lavará las manos cuidadosamente antes de coger al niño, y procurará ella misma mantenerse limpia para no contaminarle.
- Si algún miembro de la familia tiene una infección se procurará separar los utensilios del infectado de los demás. La ropa se lavará aparte con agua hirviendo, los utensilios y juguetes también se lavarán aparte y periódicamente.

Reconocimiento de la infección

- El aumento súbito de la temperatura es un signo que en el niño aparece rápidamente. Aunque algunas veces no sube aun incluso en infecciones graves.
- Se debe sospechar infección cuando el niño está inactivo y no come bien.
- La ictericia que se presenta después del 3.º día, frecuentemente es un dato de infección.
- La piel puede tener aspecto moteado.
- La distensión abdominal es manifestación frecuente de sepsis generalizada y puede ser uno de los primeros datos de infección.
- Abombamiento de la fontanela, llanto de tono alto e irritabilidad son inicios de infección del sistema nervioso central.
- Se debe valorar las infecciones cuando hay vómitos, cambio en el patrón respiratorio y lesiones cutáneas.

Hay que tener presentes factores de riesgo anteparto como:

- Parto prolongado.
- Rotura prematura de membranas más de 24 horas.
- Enfermedades infecciosas maternas.
- Fiebre materna intraparto.
- Líquido amniótico purulento o maloliente.

16.7. ALIMENTACION

La preparación sobre la lactancia a la madre, se deberá hacer durante el período prenatal. Aquí la futura madre tendrá la oportunidad de expresar sus opiniones y hacer preguntas sobre la alimentación de su hijo. En nuestra sociedad existen todavía muchos mitos acerca de la lactancia materna, como que estropea el pecho, que las mamas pequeñas no producen suficiente leche, que es demasiado líquida para el niño, que es muy complicada y causa muchas molestias. Incluso en algunos casos el marido también se opone a la lactancia natural. Las presiones sociales y la falta de apoyo hacen poco por una lactancia materna. Aunque hoy existen leyes que protegen la maternidad existen zonas y circunstancias sociales donde falta este apoyo, y es labor nuestra mentalizar a la sociedad para que cambie sus hábitos en favor del buen desarrollo del lactante.

Aunque últimamente se está volviendo a la lactancia natural, nosotros tenemos que insistir en lo importante que es la alimentación materna, por sus ventajas tanto para la madre como para el hijo, no sólo para la salud física de ambos, sino también para la salud psíquica. A este respecto diremos que la relación y la intimidad que se crea entre madre-hijo mientras el niño está mamando es algo insustituible, y no se da en la alimentación con biberón. La madre siente directamente la succión y el contacto con el niño, lo que para ella es una fuente de placer, y satisfacción que transmite al niño, que por su parte abraza el pecho con las manos creándose una relación afectiva madre-hijo que sobre todo para el niño va a ser trascendental en su vida.

Esta relación madre-hijo debe empezar en el momento del nacimiento. Durante la expulsión la matrona debe disponerlo todo con el fin de que cuando el niño nazca sea recibido por su madre. Se le colocará encima del vientre, estimulándola para que le toque mientras la matrona corta el cordón umbilical, incluso, si el niño está bien, se le debe dejar para que le vea y le acaricie, incluso se lo ponga al pecho para que el niño succione. Este primer contacto es de máxima importancia para la relación psicológica madre-hijo, pues lo que es inducible es que la simple visión y contacto físico entre la madre y el recién nacido influye en el reflejo de la subida de la leche, lo que nos demuestra la importancia que tiene la relación afectiva de la madre con el niño en el momento del nacimiento para su desarrollo psíquico y afectivo posterior. Para la madre este momento es algo que quedará gravado en ella para toda la vida, como algo maravilloso que no se puede comparar.

Lactancia natural (Ver Capítulo 11)

Lactancia artificial

Cuando la lactancia natural no sea posible, se recurrirá a la alimentación artificial. Aquí es también importante seguir una técnica adecuada y una minuciosa asepsia.

Mientras se da el biberón al niño, éste debe estar en íntimo contacto con su madre, con la cabeza ligeramente elevada y apoyada en el brazo para sentirse seguro. No es correcto sostenerlo sobre una rodilla, con una mano por detrás de

la cabeza. Es evidente que el acto de la alimentación constituye uno de los momentos de intimidad del niño con su madre. Se ha comprobado que los factores de compenetración, intimidad y mimo son importantes.

No se debe dar el biberón al niño acostado, pues esta posición favorece el que la leche pueda entrar en el oído con el consiguiente peligro de infección.

No hay porqué apresurarse a que el niño se duerma inmediatamente después de darle el biberón. Hay que tener en cuenta que el acto de comer requiere tranquilidad y sentir la satisfacción de succionar y estar en brazos de la madre. Es conveniente limitar el número de personas que den el biberón al niño, para evitar que éste se sienta confuso ante los diversos métodos de administrar la lactancia artificial.

Útiles y medidas higiénicas

Se precisa:

- Biberón.
- Cubretetinas.
- Tetinas.
- Recipiente para esterilizar biberones, a ser posible con rejilla.
- Cepillo limpiabiberones con mango largo de cerdas duras.
- Medida para el polvo (suele venir en el bote del polvo).
- Cuchara con mango largo.
- Un vaso graduado.

- El biberón debe ser de cristal, resistente a altas temperaturas para permitir la ebullición y debe estar dotado de escala graduada. Los biberones deben ser esterilizados diariamente mediante ebullición durante 20 minutos. Tendrá escala graduada para medir el líquido, en c.c.

- Las tetinas serán de caucho, deben tener varios orificios suficientemente grandes como para que gotee la leche fácilmente, pero que no salga a chorro. Para hacerlos se puede utilizar una aguja esterilizada al fuego.

Tanto los *biberones* como las *tetinas* deben ser lavados después de utilizados con agua y jabón y con el cepillo limpiabiberones para quitar los restos de leche. Luego se secan sacudiéndolos y se guardan en el recipiente limpio y tapado.

- Medida para el polvo. La mayoría de los preparados comerciales vienen provistos de una medida que contiene 4-5 gr. del producto cuando están bien rasadas. Esta medida o cacito es absolutamente esencial y una cucharita no puede sustituir a esta medida, pues ello provocaría graves complicaciones derivadas de un cálculo incorrecto del polvo a diluir en un determinado volumen de agua. La cantidad de agua es igualmente importante que sea exacto por la misma razón mencionada.

Preparación del alimento

Siempre que la madre disponga de tiempo suficiente es aconsejable prepararlo antes de cada toma. Si esto no es posible, puede preparar de una vez toda la cantidad que va a tomar el niño en las veinticuatro horas siguientes, se llevará al frigorífico, y antes de cada toma, se sacará la cantidad deseada y se calentará al baño maría.

La madre deberá lavarse las manos antes de empezar. Lavará todo el equipo con agua jabonosa caliente, incluso la mesa de trabajo.

Esto será una de las demostraciones que hará la Matrona en las clases de educación maternal.

Toma de biberón

Se tomará al niño, que debe estar lo suficientemente despierto, apoyado en el brazo, semiincorporado, nunca acostado por el peligro de aspiración. Se comprueba la temperatura de la leche y a continuación se ofrecerá el biberón. Se procurará que la tetina esté siempre llena de leche y no de aire con el fin de evitar que el niño trague aire en vez de leche. Se debe permitir al niño descansar incorporado para favorecer la expulsión del aire que haya podido deglutir. Nunca debe la madre empeñarse en que el niño se tome la totalidad del volumen.

La duración de la toma será no más de 15-20 minutos. Al acabar se le incorpora para que expulse los gases y luego se le acostará, en posición de decúbito prono (boca abajo) con la cabeza ladeada.

16.8. PSICOLOGIA DEL LACTANTE

Vinculación madre-hijo

La psicología del lactante debe incluir necesariamente la psicología de la unidad madre-lactante. Los sentimientos positivos de la madre, después del parto, sirven para iniciar el vínculo entre ésta y el niño. Por ello se deberá hacer todo lo posible en la sala de partos, para que los padres tengan tiempo de familiarizarse con el niño. Klaus ha observado que el vínculo emotivo y sentimiento de unión con el niño aumenta incluso en aquellos padres que presenciaban el parto. Es muy importante estimular este sentimiento de unión en el padre, y para ello debe permitirse su presencia en el parto, a ser posible con la madre en estado consciente.

Los sentimientos de orgullo, de lo logrado, de alegría de que el niño es normal y de alivio después del parto, constituyen la base de las reacciones iniciales de la madre respecto al recién nacido. Este no es capaz de responder de manera directa a las caricias y movimientos, pero si no está llorando podrá abrir los ojos y mamar, y la madre se sentirá satisfecha. Así se establece la respuesta del ciclo madre-lactante y el correspondiente ritmo. Los primeros días después del parto son, tal vez, los más importantes para establecer el vínculo madre-hijo. Ambos necesitan tiempo para mirarse, examinarse y ponerse en contacto. La madre necesita convencerse de que puede cuidar al niño. Si éste puede permanecer con ella continuamente desde el nacimiento, la constante expresión de vigilancia materna contribuirá a formar una completa relación entre los dos.

Si el niño está separado de la madre, ésta reprime sus sentimientos debido a la frustración por no haber expresado sus deseos maternos. Una separación prolongada inmediatamente después del nacimiento, a causa de enfermedad o inmadurez del niño, o infección y deficiente recuperación de la madre constituyen obstáculos para establecer el vínculo madre-hijo. Las sutilezas sobre el proceso de la lactancia materna constituyen un buen ejemplo de cómo la separación dificulta el desarrollo de las relaciones madre-hijo. La lactancia materna

representa otro avance en el proceso de saber manejar al recién nacido. Cuando la madre puede aprovecharse de su respuesta inicial emotiva respecto al niño desaparecen el nerviosismo y los temores, pero esta respuesta sólo la puede utilizar si ha estado en contacto constante con el niño. Tanto la madre como el niño deben pasar por el proceso por el cual el lactante encuentra el pezón de la madre y comienza a mamar. Todos los lactantes buscan la mama por reflejo, instintivamente, pero incluso así necesitan acostumbrarse —tras ensayos y errores—, a la lactancia materna. La matrona también aprovechará la oportunidad para instruir a la madre acerca de la lactancia natural de la mejor manera posible. A menos que existan razones de carácter médico, cualquier sistema de hospital que tienda a la separación de la madre y el niño, obliga a que la mujer reprima sus sentimientos cada vez que le retiran al niño, lo que suscita temores y dudas. Ante esta situación la madre piensa que en el breve tiempo que se le asigna para estar con el niño tiene que probar que es eficiente. La madre lactante nunca debe sentirse que ha de competir con el personal sanitario en cuanto al cuidado del recién nacido. Por el contrario, se le asegurará que la misión de dicho personal es el de ayudarla e instruirla cuando lo necesite. La función de la matrona consiste en animar a la madre. Es muy importante instruirla para que adquiera la suficiente confianza para manejar con agrado el lactante.

Primeras relaciones del lactante

El lactante depende de otras personas encargadas de su cuidado y es importante que le introduzcan en el mundo que le rodea y que contribuyan a que lo perciban como un lugar agradable y armónico, con frustraciones, pero también con la esperanza de suprimir la tensión. Si los padres no son capaces de ayudarlo durante este período, es posible que el niño perciba el mundo exterior como un lugar de hostilidad e indiferencia, con gran frustración.

Las investigaciones realizadas sobre la infancia han demostrado que el contacto afectuoso y continuo entre el niño y la madre proporciona estimulación y satisfacción al niño, lo cual repercute en el desarrollo físico y psíquico. Si esta correlación no se inicia inmediatamente, no sólo se interrumpirá el desarrollo físico y psíquico sino otras experiencias que han intervenido y que tendrán que superarse antes de que la correlación quede bien establecida. Según Salk el niño es estimulado y se siente satisfecho cuando lo acunan y juegan con él; entonces reacciona y empieza a comprender el afecto que le transmite su madre a través de su cuerpo y su ternura. El niño comienza a dirigir la atención hacia el mundo exterior cuando satisface sus necesidades.

Si el niño no siente satisfacción se concentra sólo en sus necesidades internas, especialmente la del hambre. Si se le deja largo tiempo sin el contacto personal, o que llore —cuando sus molestias desaparecían al mamar o con otras formas de atención— entonces no espera que nadie satisfaga sus necesidades. En consecuencia, puede manifestar síntomas autistas (tendencia a desinteresarse del mundo exterior y a ensimismarse).

A la mente infantil le preocupan sus propias necesidades y la creencia de que de alguna manera mágica el mundo exterior está relacionado con su mundo interno. Todos los lactantes reaccionan como si fueran el centro del mundo y todas las actividades girasen alrededor de sus necesidades y deseos, de modo que no hay nada más central que su propia existencia. El niño cree que él es la

causa de todo lo que sucede y de todo lo que pasa en su alrededor; todas las personas, especialmente la madre, son una prolongación de sí mismo. Si la cara materna aparece sobre su cuna es porque de manera mágica él mismo hizo que apareciese.

La creencia del niño de que él y su madre están relacionados de manera mágica, constituye su primer concepto de vinculación.

Por ejemplo, cuando llora inmediatamente antes de mamar en horas de la noche, cree que su madre siente lo mismo que él siente y, por consiguiente, conoce exactamente lo que necesita y desea. Desde su punto de vista, si siente hambre su madre también la siente; entonces ella viene, lo cambia el pañal y le da de mamar. El niño no puede imaginar que su madre no está relacionada con él como lo está su propio estómago. Desde luego todavía no sabe cómo funciona el estómago y cree que es algo que le pertenece; de la misma manera imagina que su madre y todo lo demás son prolongaciones de sí mismo.

¿Por qué llora el lactante?

El llanto es la única forma con que el niño, en un principio puede comunicarse con el mundo que le rodea.

Algunos niños en realidad son demasiado sensibles desde el principio y lloran más de lo común durante las primeras semanas. Si el llanto es por hambre, es decir llanto acompañado por movimientos de la boca y succión, dar alimento es la respuesta lógica. Pero los niños también lloran cuando parecen sentirse solos y cuando desean que se les tome en brazos.

El niño también puede llorar por capricho, en general, el niño tiende los brazos y las piernas con cólera, se vuelve colorado e inquieto, protesta por algo, por ejemplo, no quiere quedarse en la cuna. Se le debe colocar entonces en un cochecito y trasladarlo a otra habitación, la novedad le tranquilizará.

Si el llanto es de dolor el niño contrae las piernas y brazos manteniéndolos cerca del cuerpo.

No se les debe decir a las madres que están acostumbrando mal a los niños al tenerlos mucho tiempo en los brazos, algunas madres se toman esto en serio y puede tener resultados negativos.

No hay datos que indiquen que tener a un niño en brazos, le mal acostumbra y le haga más exigente cuando crezca.

En muchas sociedades los niños casi nunca están lejos del contacto directo con algún familiar, abuela, hermana, tía, madre, durante las primeras semanas. La mayoría de las madres tienen fuerte deseo de levantar al niño que llora para abrazarlo; hay que hacerlas saber que ésta es la manera correcta de actuar.

El llanto es el único lenguaje del recién nacido. La madre tratará de interpretar los diferentes significados de este especial lenguaje.

El llanto puede significar hambre, sed, dolor, molestias, pañal húmedo, posición incómoda, sensación de demasiado calor o demasiado frío, aburrimiento o soledad. En las dos primeras semanas, un mismo llanto puede significar cualquiera de las causas mencionadas. Hay que aprender a interpretar por qué llora el niño, pues éste aprende a dar diferentes inflexiones al llanto, según la causa que lo produce. La madre pronto aprende a distinguir las diferentes clases de llanto, si escucha al niño y entonces busca la causa.

El llanto del lactante es una reacción a la necesidad de liberarse de la tensión. Cuando el niño se despierta durante la noche para mamar no llora para atraer la atención de la madre, sino para eliminar inmediatamente la tensión reténida en el sistema nervioso a causa de los espasmos del hambre. Esta descarga de tensión se logra mediante el sistema motor reflejo del llanto. Los niños pequeños lloran porque tienen necesidades que causan tensión; ellos creen que se comunican con la madre y que ésta conoce sus necesidades. Entonces no es preciso que llore para atraer la atención o comunicarse, sino para liberarse del estado de tensión.

Sin embargo algunos padres creen que el niño lo que desea es llamar la atención; molestarlos de manera deliberada. Como quiera que el llanto del niño puede impedir el sueño de los padres, éstos se encolerizan y creen que llora para vengarse de ellos. Estos sentimientos son de ellos pero no los del niño, él suele llorar de manera irregular, pero al hacerlo manifiesta sus necesidades y no tiene ningún otro motivo para ello.

Si el niño llora excesivamente los padres deberán comunicárselo al pediatra.

Es posible que ello tenga remedio o bien que los padres tengan que tener paciencia ante las molestias que les causen.

Percepción y sentimientos

Mientras el niño establece un vínculo con la madre, percibe el sentimiento de su madre hacia él. Más tarde, cuando se desarrolla su capacidad de percibir y recordar, se acuerda especialmente de la forma de sentir de la madre. Si la madre puede proporcionar al niño el ambiente emocional necesario, entonces las primeras impresiones son de afecto, ternura, comodidad y satisfacción. Por otra parte, si el niño tiene una madre inadecuada, incapaz de proporcionarle un ambiente emotivo sano, entonces las primeras impresiones son de soledad, frustración, frialdad, como resultado de una lactancia indeseable.

Incluso en el período inicial, un comportamiento inadecuado de la madre puede afectar considerablemente al desarrollo infantil, ya que los sentimientos del niño durante el período de crianza lo acompañarán toda su vida. Dado que los sentimientos básicos son tan esenciales para la formación de la personalidad, el adulto que no ha tenido una infancia agradable lleva la huella toda su vida. Algunos niños continúan siendo bebés, y actúan de manera infantil, hasta llegar a la adolescencia; entonces, no se rebelan en absoluto, o por el contrario reaccionan exageradamente y se vuelven destructores en su deseo de ser independientes. Cuando llegan a la edad adulta se hacen dependientes de otras personas. Así pues, es necesario que el niño tenga una buena relación con alguna persona; esto es básico.

BIBLIOGRAFIA

- BOSCH-MARIN, Juan: *Catecismo de puericultura*, Editorial Nebrija, 1979.
- J. DICKASON, Elizabeth; OLSEN SCHULT, Marta: *Asistencia materno-infantil*, Editorial Salvat, 1980.
- GUERRERO VAZQUEZ, J.: *Nacer y crecer* (alimentación).
- MORE, Mary Lou: *El RN y la enfermera*, Interamericana, 1975, Pediatría preventiva y social, puericultura.
- DEVI, J.: *Gimnasia para tu bebé*, Ediciones Daimon, Manuel Tamayo, 1985.
- VON WIMPFEN, J. Hermann y FLELLBRÜGGE, Theodor: *Los primeros 365 días de la vida del niño*. Ediciones Marfil, 1976.
- A. RIBBLE, Margares: *Los derechos psicológicos del niño*.
- PROGRAMA DE ATENCION A LA MUJER DE BIZCAIA, 1984.



Capítulo 17
METODOS ANTICONCEPTIVOS

Concha Cifrián Ladislao. Ginecóloga

17.1. INTRODUCCION

La planificación familiar permite gozar de una sexualidad libre, positiva, no coaccionada ni condicionada, desligando dos hechos que no tienen que ir forzosamente unidos, como son la relación sexual de coito y la reproducción.

La planificación familiar permite: elegir libre y responsablemente el n.º de hijos que se deseen tener, y el momento que se crea más oportuno para tenerlos.

La planificación familiar es necesaria para el completo bienestar físico, mental y social, al evitar embarazos indeseados, abortos inducidos y permitir el espaciamiento de los nacimientos; reduce la mortalidad materna y mejora la calidad de vida de padres e hijos.

Un Servicio de planificación familiar cumple dos funciones:

- a) Información y orientación.
- b) Asistencia con una primera visita y revisiones periódicas de control.

17.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS

Dividimos los métodos anticonceptivos en:

Reversibles e irreversibles.

1. Los reversibles se dividen a su vez en:

- Métodos naturales.
- Métodos barrera.
- Métodos hormonales.
- Métodos mecánicos.

2. Los irreversibles son:

- Ligaduras de ambas trompas en la mujer.
- Ligaduras de ambos conductos deferentes en varón (Vasectomía).

I. Métodos naturales: métodos no instrumentales

1. *Lactancia prolongada*

Aunque es cierto que durante la lactancia la mujer teóricamente no tiene ovulación y, en consecuencia, no podría quedar embarazada hasta que deje de lactar, la experiencia demuestra que esto no siempre es así. Se calcula que solamente el 50% de los casos de las mujeres que están lactando no ovulan.

El método por tanto, no es nada recomendable ya que no sabemos nunca si estamos incluidas o no en ese 50%.

2. *Abstinencia periódica*

- Método de ritmo.
- Método Ogino.
- Método de la temperatura basal.
- Método del moco cervical.

Consisten estos métodos en determinar el momento de la ovulación y, por tanto, los días en que puede producirse un embarazo, evitando las relaciones sexuales de penetración durante los días posteriores a la ovulación. Teóricamente se evitará así la posibilidad de un embarazo.

En conjunto, ninguno de estos métodos es recomendable, dado que es imposible tener la certeza absoluta de cuándo va a producirse la ovulación, lo que ocasiona un cierto grado de ansiedad y conduce a unas relaciones sexuales de penetración angustiosa.

3. *Coitus interruptus*; (Coito interrumpido, retirada, marcha atrás)

Consiste en retirar el pene de la vagina momentos antes de la eyaculación, evitando que los espermatozoides contenidos en el semen puedan ascender hasta el útero, impidiendo así la posibilidad de fecundación.

El método es muy inseguro. Esta inseguridad se debe a varias causas:

- a) Salida de pequeñas gotas de semen antes de la eyaculación, que a veces son suficientes para que haya embarazo.
- b) Extracción tardía del pene con la eyaculación ya comenzada.
- c) Retirada del pene de la vagina quedando a nivel de la vulva, con lo cual una parte del semen depositado en los labios puede penetrar en la vagina y ascender hasta el útero.

4. *Lavados vaginales y métodos combinados*

No son seguros.

II. **Métodos barrera**

1. *Preservativo (Condón)*

Es una cubierta de goma, delgada pero fuerte, diseñada para colocarse sobre un pene erecto para evitar así que el semen penetre en la vagina.

Seguridad: Usado solo, un condón de buena calidad es efectivo en un 80% a 95% de los casos; si le añadimos crema espermecida, puede llegar a tener una efectividad de un 99%.

Si una mujer ha olvidado una píldora o ha perdido su DIU y no tiene otro método, puede utilizar éste en cualquier momento sin ningún problema.

Conviene destacar, que éste es el mejor método para adolescentes y mujeres mayores de 45 años.

Ventajas: Es un método que no precisa control médico, de utilización sencilla, protege de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Desventajas: El condón deberá estar colocado durante el coito. Esto, para algunas parejas, es una desventaja porque «piensan» que disminuye su espontaneidad; una solución puede ser que la colocación del condón forme parte del juego erótico. Otra de las desventajas que refieren algunas parejas es la disminución de la sensibilidad por parte del hombre, puesto que el pene no está tocando las paredes de la vagina directamente. Por ello, muchos hombres rechazan su uso. Para mitigar este inconveniente, se aconseja la elección de un condón de buena calidad, con material muy parecido a la piel. Existen 3 tamaños en la Farmacia; se debe comprar el apropiado, ya que si es pequeño se puede romper, y si es grande se puede quedar dentro.

2. *Diafragma*

Es un disco de goma fina (látex), rodeado de un aro de metal flexible recubierto por la misma goma, su diámetro varía entre 50 y 105 mm., la mayoría de las mujeres utilizan tallas comprendidas entre los 65 y 85 mm.

El tipo de diafragma apropiada para cada mujer depende del contorno vaginal que depende a su vez del tono de los músculos vaginales, la posición del útero y órganos adyacentes.

Colocación: Para que el diafragma sea efectivo debe ajustarse adecuadamente y para eso es preciso conocer la medida de la diagonal vaginal, entre la sínfisis del pubis y el fondo del saco vaginal posterior.

Para medir diferenciamos tres etapas:

- a) El dedo índice y el medio se deslizan paralelos dentro de la vagina hasta que el dedo medio toque el fondo del saco vaginal posterior.
- b) El punto donde el índice toca la sínfisis pública se marca con el pulgar de la misma mano y se retiran los dedos.
- c) Colocando el aro del diafragma en la punta del dedo índice y el borde opuesto enfrente del dedo pulgar se determina el diámetro correcto.

Otra forma es disponer de un medidor e ir probando diferentes diafragmas hasta dar con el tamaño adecuado.

La talla puede variar por:

- Parto.
- Aumento o disminución de peso.
- Cirugía pélvica y aborto.

Después de un parto conviene esperar 6 semanas para volver a tallar el diafragma y si es un aborto 4 semanas.

Uso adecuado: Es muy importante que la mujer conozca la vagina y el cuello del útero, con ayuda de un espéculo y un espejo.

- Hay que comprobar que el cuello del útero esté tapado por el diafragma.
- Hay que colocar con una crema espermicida en la parte cóncava y más alrededor del aro.
- No debe retirarse hasta 6 u 8 horas después del coito.
- No debe dejarse más de 24 horas. Si se tiene más de un coito con el diafragma colocado debe aplicarse de nuevo la crema espermicida.

Los diafragmas suelen tener una caducidad de 2 años; sin embargo, conviene comprobar la ausencia de defectos y una buena forma es llenarlo de agua y ver si se filtra.

Cuando se retira conviene comprobar de nuevo si estaba bien colocado.

Postura para la colocación: Sentada la mujer al borde de una silla o cuclillas, tendida sobre el espalda con piernas dobladas, apoyando un pie en un taburete. Con una mano se separan los labios y con la otra se inserta el diafragma pegado a la pared posterior vaginal tan profundo como se pueda, presionando hacia abajo. El borde anterior se presiona detrás de la cresta del hueso púbico. Una vez colocado en el cuello, se toca como una prominencia detrás de la goma.

Eficacia: Bien utilizado con crema espermicida es de un 97-98%.

Es el método de elección para mujeres con relaciones sexuales esporádicas, con contraindicaciones para la píldora o el DIU, en periodos de descanso de otros métodos, durante lactancia.

III. Anticonceptivos hormonales (Píldora)

Las píldoras pueden ser:

- Combinadas.
- Secuenciales.
- Minipíldora.
- Píldora del día siguiente.
- Píldora mensual.
- Variante inyectable de los anticonceptivos hormonales.
- Implantes subdérmicos.

La píldora más usada es la combinada que tiene un componente estrogénico y un progestágeno, similares a los elaborados normalmente por el ovario, pero no iguales, es decir, los esteroides contraceptivos hormonales, no son hormonas naturales; los contraceptivos hormonales inducen un estado farmacológico pero no fisiológico. Entre los combinados actualmente se usan más las trifásicas.

Contraindicaciones absolutas para el uso de la Píldora

1. Tromboflebitis. Trastornos tromboembólicos, enfermedad vascular cerebral, oclusión coronaria o una historia anterior de estas afecciones así como procesos que dispongan a estos problemas.
2. Función hepática notablemente alterada.
3. Carcinoma de mama, conocido o sospechoso.
4. Neoplasia dependiente de estrógenos conocida o sospechada.
5. Hemorragia genital anormal, no diagnosticada.
6. Embarazo conocido o sospechado.
7. Ictericia obstructiva en el embarazo.
8. Hiperlipemia congénita.
9. Lactancia.

Contraindicaciones relativas que requieren criterio clínico

1. Cefaleas migrañosas.
2. Hipertensión.
3. Leiomioma uterino.
4. Epilepsia.
5. Venas varicosas.
6. Diabetes en evolución.
7. Cirugía electiva.
8. Fumadoras de más de 20 cigarrillos al día.
9. Edad superior a los 35 años.
10. Ootosclerosis.
11. Nefropatías.
12. Exceso de peso.

Control

Las mujeres que utilizan la píldora deben ser observadas cada 6 meses.

1. Para excluir las contraindicaciones derivadas de la historia clínica.
2. Para palpación hepática.
3. Análisis de sangre sistemático; lípidos totales, glucosa, anti-trombina-III.
4. Análisis sistemático de orina.
5. Control de la T.A.

Esta exploración puede ser practicada de manera efectiva por personal de enfermería, o en su defecto, por un médico general.

Una vez al año debe efectuarse una exploración de la pelvis, una exploración mamaria y un control citológico, llevados a cabo por el especialista.

La primera consulta incluirá, por tanto, la historia clínica con todos los estudios descritos anteriormente.

Efectos secundarios: Cuando se presentan es necesario consultar al médico para que, una vez conocida su importancia, se ponga el tratamiento adecuado en cada caso.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Pérdidas intermenstruales.
- Náuseas y vómitos al comienzo del tratamiento.
- Aumento del peso (por retención de líquidos o por aumento del apetito).
- Disminución de la libido.
- Irritabilidad.
- Durante la lactancia, disminución o desaparición de la secreción láctea.

Efectos secundarios menos frecuentes:

- Hirsutismo (aumento del vello).
- Calambres.
- Dolor mamario.
- Aparición o aumento de las varices.
- Galactorrea (secreción de leche por el pezón).
- Intolerancia a las lentillas de contacto.

- Dolores intensos de cabeza (durante el tratamiento).
- Dolor de cabeza durante la regla.
- Aumento de los lípidos en sangre.
- Aumento de la glucosa en sangre.
 - Depresión.
 - Acné.
 - Ausencia de regla.

Disminución de la seguridad de la píldora por incompatibilidad con algunos medicamentos:

- Rifampicina.
- Ampicilina.
- Fenoximetil penicilina.
- Clorafenicol.
- Neomicina.
- Sulfamidas.
- Fenobarbitán.

De igual forma, los anticonceptivos orales pueden alterar la eficacia de otros medicamentos ya sean interviniendo directamente en su acción, como ocurre con la terapia anticoagulante con Warfarina o en el tratamiento antidepresivo con los preparados tricíclicos.

Consecuencias clínicas: Las usuarias de anticonceptivos orales de dosis bajas que requieren tratamiento antibiótico por cierto tiempo, tendrán que usar otro método anticonceptivo.

Las que usan Rifampicina por largo tiempo o bien anticonvulsivos deberán utilizar un anticonceptivo oral en dosis altas, o bien otro método de anticoncepción.

Hay que tener un cuidado especial con la dosificación de los anticoagulantes, en las mujeres que toman la píldora.

Es probable que los anticonceptivos orales no estén indicados en las mujeres que toman antidepresivos tricíclicos o en las que toman una medicación antihipertensiva.

Instrucciones: Debería explicarse a las mujeres que durante el primer ciclo de toma de los anticonceptivos orales, ha de empezar a tomar la píldora el primero o quinto día del ciclo, siendo preferible para los anticonceptivos de bajas dosis, que sea el primero; aconsejando a su vez durante el primer ciclo precauciones anticonceptivas adicionales (preservativo más crema espermicida). Normalmente cada caja contiene 21 píldoras, que deben tomarse 21 días consecutivos, procurando hacerlo siempre A LA MISMA HORA, para que así el medicamento mantenga una dosis constante en sangre. Lo importante es que entre dos píldoras haya 24 horas de intervalo. Una vez terminada la primera caja, se descansan 7 días, empezando de nuevo sin tener en cuenta la fecha de aparición de la regla; es decir, si la última píldora se ha tomado un martes la primera del siguiente envase deberá ser tomada el martes siguiente.

En la semana de descanso, aparece normalmente la regla.

- La eficacia de la píldora cuando es de mínima dosis comienza con el segundo envase, cuando la píldora es de más dosis su eficacia empieza en el día 14 del primer ciclo.

- Si se olvida la toma de una pastilla a la hora habitual, debe tomarse lo antes posible. El límite máximo para no perder seguridad es de 36 horas entre una

y otra píldora; es decir si la toma se hace habitualmente por la noche, debe tomarse la pastilla correspondiente a esa noche, pero utilizando a partir de ese momento un método anticonceptivo adicional (preservativo más crema espermicida).

- Si se olvidan tres o más píldoras seguidas, probablemente comenzará a sangrar, si es así puede actuar como si estuviese al final del ciclo y puede comenzar un nuevo envase a los siete días del primer olvido.

- Si se producen VOMITOS durante las CUATRO horas siguientes de haber ingerido la pastilla, deberá tomar otra.

- La presentación de DIARREAS, durante el tratamiento, hace aconsejable la utilización de otro método anticonceptivo (Preservativo más crema espermicida).

- Durante la semana de descanso no se produce embarazo.

- No debe suspenderse el tratamiento si aparece un efecto secundario, aunque conviene consultarlo.

- Después de un parto o un aborto, es preferible comenzar el tratamiento cuando aparezca la primera regla (en casos de necesidad, se puede empezar diez días después del parto, o al día siguiente del aborto).

- Es aconsejable interrumpir la toma de anovulatorios orales un mes antes de cualquier intervención quirúrgica, como medida de seguridad para evitar el aumento del riesgo tromboembólico.

- La edad de comienzo de la toma de la píldora, es muy discutida, lo correcto parece ser esperar a que la función ovárica haya adquirido la madurez necesaria; es decir, tener la seguridad de que la ovulación se produce en cada ciclo o en la mayoría de ellos (aparentemente reglas regulares).

- Las posibilidades de accidentes vasculares son mayores en las fumadoras de más de 20 cigarrillos al día.

En general, los efectos secundarios aparecen dentro de los tres primeros meses, desapareciendo después.

- Si aparecen pequeñas PERDIDAS HEMORRAGICAS durante el tratamiento, no deben ser motivo de preocupación en principio, y debe continuarse éste normalmente. En caso de que dichas pérdidas se prolonguen, es posible que se necesite el cambio de unas píldoras por otras, por lo que la mujer deberá consultar.

- Si en los 7 días de descanso entre caja y caja no aparece la regla, es generalmente un incidente sin importancia, debiendo proseguir el tratamiento normalmente, si sucede de nuevo en el siguiente mes, deberá descartarse en primer lugar un embarazo; si no lo hay, lo que se ha producido es una atrofia del endometrio.

No es necesario descansar, si los controles semestrales y anuales son normales durante cinco años.

Es aconsejable, si la mujer quiere quedarse embarazada suspender los anticonceptivos orales de tres a seis meses antes de (Riesgo de embarazo gemelar y abortos).

Elección del preparado: Se debe comenzar siempre utilizando la píldora de menor dosis (Microgynon, Ovoplex 30-150...). Si con estas dosis hay pérdidas hemorrágicas que hagan necesario aumentar la dosis se puede pasar al tipo de Neogynona, Ovoplex, Ovarión..., y si tenemos la necesidad de aumentar la dosis de gestágenos podemos utilizar preparados del tipo Eugynón, Metrulem-m, Ovulen...

- Las píldoras secuenciales (las anteriormente citadas son combinadas) casi no se usan, porque parecen tener más efectos colaterales.

- Las minipíldoras tienen menos efectos secundarios pero sin embargo son menos efectivas. No comercializadas en España.

- Píldora de la mañana siguiente: altas dosis de estrógenos en las horas siguientes de la ovulación impiden la implantación del huevo. Se utilizan Dietietilbestrol (25-50 microgramos/día), etinilestradio 1 (1-5 mgr/día), estrógenos conjuntados (20-25 mgr/día). Se debe empezar cuanto antes, nunca más tarde de 72 horas y continuar 5 días. Tienen efectos colaterales: náuseas y vómitos, tensión mamaria, trastornos menstruales. Se debe utilizar en casos excepcionales. Los que lo practican aconsejan, si falla, el aborto terapéutico, por riesgo de terotogenidad.

- La inyección mensual con preparados Depot (gestágenos) es más empleada en campañas de anticoncepción masiva de una población. Los ciclos menstruales se vuelven irregulares.

IV. Anticoncepción intrauterina (Método mecánico-DIU)

El DIU debe cumplir tres requisitos básicos:

1. Debe proporcionar protección contra el embarazo.
2. Debe ser de fácil inserción con el mínimo de molestias.
3. Debe permanecer en el útero hasta que la mujer desee retirarlo.

En general los dispositivos que cumplen uno de estos requisitos, no cumplen los demás, por ejemplo: los pequeños se colocan fácilmente, pero también se expulsan con más facilidad y con ello se pierde la protección, los de mayor tamaño es más difícil que se expulsen pero en cambio aumentan el sangrado menstrual.

Tipos

- Inertes: se llaman así porque no contienen metales activos o productos químicos que se desprenden lentamente en el útero (Asa de Lippes).

- Bioactivos: Siete de cobre (Gravigard).

T de cobre

Nova T de cobre

Multiload

Progestasert

El Siete, Nova T y T de cobre, son los más pequeños. Duración, T y muti-load - 2 años. Nova T - 4 años.

Mecanismo de acción

Todavía no se conoce exactamente el mecanismo de acción del DIU o espiral, una de las teorías habla de que produce una inflamación local con reacción de cuerpo extraño, impidiendo así la anidación.

Otra de ellas sugiere que el DIU estimula los movimientos peristálticos de las trompas, que aumentan la velocidad de traslado del óvulo del ovario al útero, llegando así un óvulo «subdesarrollado» a un útero que no está preparado para recibirlo.

El cobre posiblemente potencia la acción local.

Contraindicaciones

- Infección pelviana.
- Embarazo.
- Miomas.
- Sangrado uterino anormal.
- Carcinoma del tracto genital.
- Dismenorrea importante.
- Operación quirúrgica uterinas (Cesáreas...).
- En antecedentes de embarazo ectópico.
- Anemias.

Momento de la inserción

1. Durante la menstruación. El DIU puede insertarse en cualquier momento durante el ciclo menstrual, pero es preferible hacerlo durante la menstruación, cuando hay más seguridad de que no existe embarazo y es más fácil pasar a través del cuello uterino, por estar más dilatado para la salida de sangre menstrual.

2. Después de un aborto puede insertarse a las seis semanas, pero también es posible hacerlo inmediatamente después del aborto, pero el riesgo de expulsión es mucho más alto.

Historia clínica

Antes de colocar un DIU debe hacerse una cuidadosa Historia Clínica, así como un examen pélvico para determinar la dirección, la posición, el tamaño y la movilidad, forma y consistencia uterinas, así como la presencia de posibles contraindicaciones como:

1. embarazo,
2. miomas uterinos,
3. anomalías uterinas congénitas que afecten la forma de la cavidad,
4. enfermedad pelviana aguda, o subaguda o vaginitis activa,
5. carcinoma genital,
6. enfermedad valvular cardíaca por la posibilidad de producción de una endocarditis bacteriana subaguda,
7. sangrado uterino anormal (reglas muy abundantes),
8. alergia al cobre.

Resumiendo:

- Historia con exploración ginecológica.
- Citología y cultivo.

Siempre que sea posible, es importante evitar la inserción ante cualquier tipo de infección. La gonococia, puede ser asintomática (portadoras) y ocasionalmente ha sido reactivada por la inserción aún hasta después de seis meses. La ectopía cervical, no constituye contraindicación para la colocación del DIU siempre que la citología sea normal.

Efectos colaterales

- *Sangrado*: Después de la inserción de un DIU casi siempre se presenta sangrado. Durante unas semanas puede seguirse de un sangrado intermenstrual, generalmente como manchas o secreción serosanguinolenta. Los primeros períodos menstruales después de la inserción suelen ser más abundantes, y esto puede llegar a durar indefinidamente. Si el sangrado es lo suficientemente severo para causar anemias será necesario valorar la posibilidad de retirar el dispositivo.

- *Dolor*: Aunque generalmente el malestar tras la inserción es ligero, en ocasiones puede ser importante; esto es más frecuente en nulíparas. Si es necesario se recurrirá a la administración de analgésicos.

- *Secreciones vaginales*: Se presentan, en general, con bastante frecuencia, como reacción inicial del endometrio al cuerpo extraño, en el primer mes; si persisten acompañadas de dolor pélvico y fiebre habrá que sospechar la presencia de una enfermedad pélvica inflamatoria.

- *Expulsión*: Para todos los dispositivos la tasa de expulsión espontánea es muy alta, durante el primer mes, y desciende rápidamente en el curso de los meses siguientes. Alrededor del 50% de todas las expulsiones ocurren en los tres primeros meses. Si la mujer no se da cuenta de que lo ha expulsado, puede quedar embarazada. Debe recomendarse a las portadoras de un DIU que después de cada menstruación localicen los hilos del dispositivo en vagina, mediante la autoexploración en cuclillas, para introducir así más fácilmente dos dedos en la vagina; si algún mes no consigue localizarlos, utilizará desde ese momento un método anticonceptivo adicional: preservativo más crema y consultará.

- *Retirada de DIU*: Puede ser necesario retirar el dispositivo después de la inserción, ya sea por sangrado, dolor excesivo, infección pélvica, embarazo o cualquier otra causa médica o personal. La regla más abundante de lo habitual, o el dolor abdominal, no conducen necesariamente a retirar el dispositivo; la retirada es generalmente muy sencilla.

- *Embarazo*: Las tasas de embarazo, durante el primer año de uso, es de 2% años/mujer.

Si el embarazo ocurre con el DIU bien situado, la incidencia de abortos espontáneos es más alta que en los embarazos ocurridos cuando el dispositivo ha sido expulsado.

Si el embarazo ocurre con un dispositivo que mantiene los hilos «in situ», el riesgo de aborto espontáneo es el mismo, si se retira o si se deja en su lugar. En caso de que los hilos, no asomen por el cuello, el riesgo de aborto es menor si el dispositivo se deja puesto. Uno de los problemas más importantes de las portadoras de un DIU gestantes es el aborto séptico durante el 2.º trimestre; otro es el parto prematuro.

- *Aborto séptico*: Se han comunicado abortos sépticos en algunas mujeres que habían continuado la gestación con un DIU «in situ» durante el 2.º trimestre, esta complicación parece más frecuente entre las mujeres que utilizan el escudo de Dalkon (ya no se fabrica). El comité médico de la IPPF aconseja: «Cuando se descubre embarazo en una mujer con el DIU en su lugar, éste debería retirarse, si los hilos son fácilmente accesibles y si lo desea, continuar con el embarazo; si la mujer no desea continuar con el embarazo, y las leyes nacionales lo permiten, se le puede ofrecer la interrupción del mismo junto a la retirada del dispositivo».

- *Embarazo ectópico*: Cuando una portadora de DIU, queda embarazada, hay más posibilidades de que este embarazo sea ectópico (fuera de su lugar adecuado en el útero), que en las mujeres no portadoras de DIU, uno de cada 20 a 30 embarazos en portadoras de DIU son ectópicos; la relación en las que no lo usan es de 1 en 300. Se deberá informar de esta posibilidad, un dolor abdominal importante requiere una exploración ginecológica.

- *Infección*: Es conocido que un 2-3% de todas las mujeres que emplean un DIU, presentan una inflamación pélvica crónica, y no queda ninguna duda de que por lo menos algunas de dichas infecciones son debidas a la presencia del dispositivo. La inserción de un DIU, aunque sea estéril, pueda contaminar el útero con bacterias provenientes de la vagina, causando lo que normalmente es una infección mínima, transitoria de la cavidad uterina. En algunos casos, o no se puede recuperar la esterilidad plena de la cavidad uterina, o puede aparecer una infección pélvica aguda a partir de una infección pélvica en estado latente. La infección pélvica es responsable de aproximadamente una mitad del total de muertes que ocurren en asociación con el uso de DIU, 3 fallecimientos por un millón de usuarias de DIU por un año.

El estudio de ETS (Enfermedades de transmisión sexual) previo a la colocación de DIU es fundamental para evitar estos fallecimientos.

- *Perforación uterina*: La incidencia de perforaciones en el momento de la inserción es de 1 por 1.000 inserciones. Cuando se presenta una perforación (en el momento de la colocación) es completamente asintomática en general, pasando el dispositivo a la cavidad peritoneal. Se han podido observar reacciones a cuerpo extraño debidas a la presencia del dispositivo en peritoneo.

La mayoría de los dispositivos se pueden extraer por laparoscopia, evitándose así la necesidad de laparotomía.

Seguimiento de las usuarias de DIU

- *1.ª Revisión*: Debe hacerse después de la primera regla. Evidentemente, cualquier complicación o duda que pueda surgir debe ser consultada, aunque no haya transcurrido el tiempo indicado, por ejemplo:

- dolor abdominal persistente
- sangrado abundante
- fiebre por encima de 38° C que no tenga causa aparente,
- aumento muy llamativo del flujo.

En la primera revisión además de la entrevista y la exploración ginecológica puede incluirse, si es posible, una ecografía ginecológica que nos informe si es correcta la situación del dispositivo.

- 2.^a *Revisión*: A los SEIS meses. Sistemático de sangre si las reglas han sido muy profusas, exploración y visualización de los hilos a través del cuello mediante la colocación de un espéculo.

- 3.^a *Revisión*: Al AÑO. Los mismos requisitos que la segunda, más Citología vaginal de tres tomas.

Posteriormente se harán revisiones una vez al año. Durante todo el tiempo que la mujer lleve el DIU, debe autoexplorarse después de cada regla, en búsqueda de los hilos, éste es el control más preciso que puede hacerse.

V. Métodos irreversibles (Vasectomía - Ligadura de trompas)

1. Vasectomía (en el hombre)

Es una intervención quirúrgica, consistente en la sección de ambos conductos deferentes, con lo cual se interrumpe la trayectoria de los espermatozoides que se han producido en los testículos. Esta intervención es muy sencilla, basta una incisión de 1 cm. en cada testículo. Se hace con anestesia LOCAL. No precisa hospitalización y la seguridad total se obtiene a partir de los tres meses.

- no tiene efectos secundarios
- no afecta a la eyaculación
- no afecta a la erección
- no afecta a la producción de hormonas masculinas.

Las complicaciones son las propias de toda intervención quirúrgica, por sencilla que ésta sea (Infección de la herida, hematoma).

La vasectomía requiere aproximadamente la mitad de tiempo que la ligadura de trompas, menos equipo y material quirúrgico, puede hacerse en circunstancias simples como por ejemplo en medio rural por personal de enfermería, debidamente adiestrado.

2. Ligaduras de ambas trompas (en la mujer)

Es una intervención quirúrgica, consistente en seccionar las trompas de Falopio con lo cual el óvulo no puede llegar a la cavidad uterina.

Se puede hacer:

- Por Laparotomía (incisión de las paredes abdominales).
- Por Laparoscopia (Tubo por ombligo).
- Mediante incisión vaginal.

Cualquiera de estas técnicas requiere hospitalización y anestesia general, aunque para la laparoscopia basten 24 horas de hospitalización y en algunas ocasiones pueda hacerse bajo anestesia local.

La complicación de las ligaduras incluye infección y malestar postoperatorio, así como hemorragia cuando se secciona la trompa (en el momento de sección). En los procedimientos endoscópicos puede haber lesión de vasos sanguíneos que como consecuencia de la insuflación peritoneal, inusualmente,

puede llegar a causar embolia gaseosa. La hernia en el lugar de la incisión puede ser una complicación a largo plazo.

En un país con buen sistema sanitario, la mortalidad causada por la esterilización femenina es de 1 por 10.000; por el contrario, la vasectomía realizada en las peores condiciones, nos da un índice de mortalidad de 1 por 100.000.

Capítulo 18

METODOS EXPLORATORIOS Y DE DIAGNOSTICO DE MAMA Y CERVIX

Concha Cifrián Ladislao. Ginecóloga

18.1. EXPLORACION DE LA MAMA

La matrona respondiendo a las necesidades preventivas realizará las siguientes maniobras para la detección precoz de cáncer de mama: la exploración básica de la mama, inspección y palpación.

Es importante la detección de los tumores malignos de mama en fase precoz antes de que alcancen los 2 cms. de diámetro y sin metástasis ganglionares. Si se descubre el tumor en esta fase, mejora mucho el pronóstico.

La forma más sencilla de descubrir los tumores de la mama, consiste en enseñar a la propia mujer su autoexamen periódico. Actualmente entre el 70% y el 90% de los casos, según diversos autores, es la propia mujer la que consulta porque ha percibido la existencia de alguna anomalía.

El cáncer de mama es actualmente la forma más común de cáncer femenino y la causa más importante de muerte entre los 40 y 50 años, según A. Fernández Cid.

En España, el incremento de mortalidad por esta causa ha sido progresivo desde principio de siglo hasta la actualidad, pasando de una tasa bruta de 2,43 muertes por cien mil habitantes en 1900 a 17,71 en 1979. Esta evaluación se ha hecho con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

La mortalidad por cáncer de mama es superior a cualquier otro tipo de cáncer en las mujeres, superando incluso a la de cáncer de estómago en 1979 y a las de colon, recto y útero a partir de 1970.

La patología benigna de la mama ocupa entre el 65 y el 70% de los casos. Quizá estas cifras puedan servirnos para convencer a las mujeres de que no se dejen dominar por el pánico inconsciente al cáncer, que las lleva en algunos casos a evitar la autoexploración sistemática, que debe realizarse cada mes, en la primera mitad del ciclo. La mayoría de las anomalías de la mama son benignas pero es preciso estudiarlas para poder descartar o tratar cualquier otro proceso.

Factores de riesgo en el cáncer de mama

- Cáncer unilateral anterior.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Edad, el pico premenopáusico según Waard (1964) está entre los 45 y 49 años, con un nuevo aumento después de los 65.
- Antecedentes de intervenciones quirúrgicas por procesos benignos mamarios.
- Antecedentes de Mastopatía Fibro-quística.
- Clase social alta.
- Nuliparidad.
- Esterilidad.
- Edad de la primera gestación, cuando es después de los 30 años.
- Menarquía precoz, menopausia tardía.

- Dieta, más frecuente en consumidoras de grasa animal, no necesariamente obesas.
- Radiaciones repetidas.

Algunos de estos riesgos están en discusión.

Mamografía

Es una técnica fundamental en la patología mamaria que permite el diagnóstico del cáncer, en ocasiones en fase precoz, así como de las restantes lesiones mamarias.

Es importante que la dosis de radiación sea la mínima, sin disminuir la calidad de la imagen. Se ha discutido ampliamente sobre el valor o no de utilizarla como «screening» de rutina en mujeres a partir de los 40 años; sin embargo, parece más convincente, utilizarlas en aquéllas con algún tipo de riesgo.

La periodicidad de la exploración anteriormente citada depende de la patología encontrada.

Diagnóstico precoz

Es el que permite la identificación de la enfermedad en su comienzo; cuando se puede llevar a cabo un tratamiento eficaz y en algunos casos definitivo, como en el carcinoma cervical uterino, también es posible para vulva, vagina, endometrio y mama. Sin embargo, es muy poco lo que se puede hacer para diagnosticar precozmente el cáncer de ovario.

La citología se ocupa del estudio de la célula, tanto de las que se desprenden espontáneamente (citología exfoliativa) como de las obtenidas por punción-aspiración, cuando la estructura estudiada, como en el caso de la mama, no está en contacto directo con una cavidad natural.

El examen de estas células permite determinar si están sanas o por el contrario existe en ellas algún tipo de anormalidad, así como la severidad de esta última.

Grupos de riesgo

Son aquéllos que por su historia clínica, tienen más posibilidades de adquirir una enfermedad determinada. Teniendo en cuenta que los recursos son limitados, tenemos que aceptar el establecimiento de prioridades y aplicar nuestros esfuerzos a la definición de esos grupos de alto riesgo, para realizar campañas de detección precoz precisamente en esos grupos.

18.2. DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER GINECOLOGICO

Anteriormente hemos definido el riesgo para cáncer de mama, pasaremos ahora al cáncer de cérvix.

Bernard Lambert, Richar Morisset y Pierre Billaman de la Universidad de Montreal (Year Book), publicaron en 1980 una encuesta etiológica de factores clínicos en las neoplasias intraepiteliales de cuello uterino, estimando 14 variables epidemiológicas. La variable que más se relacionó con la adquisición de esta neoplasia fue el primer contacto sexual porque las mujeres que iniciaron precozmente esta relación, tuvieron mayor incidencia de N.I.C. El estado socioeconómico, deducido de la ocupación del marido o del padre, ocupó el segundo puesto como factor de mayor importancia.

La promiscuidad y la anticoncepción no parecieron influir mucho. Estudios clásicos, han demostrado la práctica inexistencia de este tumor en mujeres sin relaciones sexuales de coito.

De estos hechos algunos autores han concluido que el cáncer escamoso de cérvix uterino es prácticamente una enfermedad de transmisión sexual; pero desde que aparecen las primeras alteraciones celulares, denominadas Neoplasia - Intraepitelial - cervical, hasta que se transforman en un cáncer invasivo pueden pasar 30-40 años. Es posible hacer campañas de detección precoz, ya que en los lugares donde éstas se han realizado, la tendencia decreciente de la mortalidad por esta causa es indiscutible.

La periodicidad de estas pruebas depende del diagnóstico; no es preciso hacer la primera citología hasta un año después de haber comenzado las relaciones de coito. Si las citologías realizadas durante dos años consecutivos, son normales, puede alargarse el tiempo de la siguiente toma en dos años.

Entendemos por este screening la búsqueda de un estado patológico cuando no existen signos que sugieran su presencia.

BIBLIOGRAFIA

A. FERNANDEZ CID y COL.: Ed. Salvat, 1982.

R. DEL SOL, José: *Asociación ginecológica española*, Presidente de la A.G.E., 1984.

HAAGENSEN, C.: *Enfermedades de la mama*, Ed. Beta, 1977.

Colectivo del libro de salud de las mujeres de Boston: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Ed. Icaria, 1982.

DEXEUS, Santiago y COL.: *Anticoncepción*, Ed. Salvat, 1983.

H. NETTER, Frank: Colección ciba de ilustraciones médicas, tomo 11, Sistema reproductor, Ed. Salvat, 1979.

GONZALEZ MERLO, J.: *Ginecología*, Ed. Salvat, 1981.

GONZALEZ MERLO, J.: *«Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino»*, Ed. Salvat, 1981.

SPEROFF, Leon: *«Endocrinología ginecológica e infertilidad»*, Ed. Toray, 1981.

GIMENEZ AYALA, M.; NOGALES ORTIZ, F.: *«Citopatología ginecológica»*, Ed. Científico Médica, 1977.

MAKEITH, Nancy y otras: *«Manual de la salud de la mujer»*, Introducción al self-help, Ed. La Sal, 1983.

KASSER, O. y COL.: *«Ginecología y obstetricia»*, Ed. Salvat, 1979.

TAKAHASHI: *«Citología del cáncer»*, Ed. Panamericana, 1982.

Year Book de Obstetricia y ginecología, Ed. Panamericana, ed. 1981-1982-1983.

Capítulo 19

INFORME CRONOLOGICA DE LA LEGISLACION REFERENTE A MATRONAS

M.ª Luisa Rodríguez Oscariz. Matrona. Hospital «La Paz». Madrid

En España, al igual que en Europa, se tiene conocimiento que desde el siglo XIII al XVIII existían instituciones que agrupaban a: Médicos, Boticarios y Auxiliares de la Medicina. Fuera de las villas son: los Físicos, Cirujanos y Matronas, los autorizados para la práctica de la medicina y cirugía menor.

1523. En el reinado de Carlos V se hace referencia a las Matronas en las Cortes de Valladolid.
1527. Aunque no reconocida legalmente, parece tener importancia social la Comadrona, pues en el bautizo de Felipe II, nacido el 21 de mayo de ese mismo año, donde se las menciona, junto, con otros acompañantes «Duque de Frías» el «Gran Duque de Alba» y la Comadrona que asistió al parto.
1787. A través de la ordenación del REAL COLEGIO DE SAN CARLOS y recibiendo la aprobación del protomedicato, fueron reglamentados los estudios de Matrona.
1794. Real Orden 13 de julio. Se nombran 8 matronas para la asistencia gratuita a los pobres.
1804. Cédula 6 de mayo. Carlos IV dispuso los exámenes de Matronas, en la misma ley se dice: «Que el arte de partos y de Matronas sólo podrán ejercerlos aquéllas que obtuvieron el título respectivo y prohíbe el ejercicio a las que no teniéndolo ejercieran; estarán sujetas a multas y penas».
1845. 25 de octubre. Real Orden por la que se convalidan todos los Títulos de Matronas, expedidos por el protomedicato de Navarra, antes de 1845; podían cambiarlo para ejercer su profesión por otro nuevo de cualquier Universidad del Reino.
1857. Ley de Instrucción Pública de 1857, 9 de septiembre en sus artículos 40 y 41 hace mención de los Títulos de Practicantes y Matronas.
1860. Primeras legislaciones sobre Practicantes y Matronas ya se establece una formación que en cierto modo está orientada a atender a los individuos en sus domicilios.
1883. 16 de noviembre. Real Decreto del Ministerio de Fomento, se aprobó el reglamento para las carreras de Practicante y Matrona, como desarrollo de lo dispuesto en la ley del ministro Moyano, el 9 de septiembre de 1877, que había creado una profesión de Auxiliar de la medicina, con el título de Practicante.
1888. 10 de noviembre. Reglamento para la carrera de Practicantes y Matronas. El artículo 12 reglamenta los estudios de las Matronas. El artículo 13 observa para la Reválida de Matronas, las mismas reglas que para Practicantes.
1904. 12 de agosto. Real Orden que regula la carrera de Matronas, y deroga el de 10 de noviembre de 1888. En su artículo 12: «Para adquirir el Título

- de Matrona, se cursarán los estudios en Facultades de Medicina». Para hacer la inscripción se exige ser mayor de edad, certificado aprobado en la Escuela de Maestras de Enseñanza Primaria Superior. Los estudios serán de dos cursos académicos.
1924. Se funda por su Majestad la Reina M.^a Cristina, la Escuela de Matronas de Santa Cristina.
1925. 9 de febrero. Aprobado el Reglamento de Sanidad Municipal, se dispone un nuevo Servicio Municipal de Matronas, para la asistencia gratuita a las embarazadas.
1926. Mayo. Se establece la Licencia Fiscal para Matronas.
1928. Se crean puestos de trabajo de Practicantes y Matronas de Asistencia Pública Domiciliaria.
1930. 1 de mayo. Se hace obligatoria la Colegiación de Matronas.
1931. 3 de noviembre. Real Orden que dicta normas para poder verificar la matrícula del primer Curso de Practicantes y Matronas, siendo necesario haber aprobado el ingreso en los Institutos Normales de segunda enseñanza.
1931. 23 de octubre. Decreto por el que se adscribe a la Facultad de Medicina de Madrid, la Escuela de Matronas de Santa Cristina.
1933. 21 de febrero. Orden precisando el Plan de Estudios que han de cursar los que quieren obtener el Título de Practicantes y Matronas.
1934. 13 de diciembre. Orden que dice: «Los que comiencen los estudios en las carreras de Practicantes y Matronas tendrán tres años de bachillerato del Plan de 1934, con la Reválida correspondiente.
1935. 13 de febrero. Orden que aclara por Disposición, que los alumnos de los Planes 1903 y 1926 del Bachillerato, pueden ingresar en la Facultad de Medicina, para hacer los estudios de Practicantes y Matronas, subsistiendo este Derecho hasta el curso 1937-38.
1935. 14 de junio. En el Reglamento del Cuerpo de Odontólogos, Matronas y Practicantes, de Asistencia Pública Domiciliaria, se adjudican las funciones a realizar por éstos.
1935. 7 de diciembre. Fue publicada la Reglamentación Oficial de Federación de Colegios existentes de Matronas.
1940. Orden de 1 de marzo. Estudios Oficiales de Matronas en la Escuela Oficial de Santa Cristina.
1945. Orden de 26 de noviembre. Aprueba Reglamentos y Estatutos del Consejo General de Auxiliares y de los Colegios Oficiales respectivos.
1953. Decreto 4 de diciembre. Por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Se unifican las carreras de Practicantes, Matronas y Enfermeras, dando efectividad a la profesión y título único de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Como ampliación de los estudios generales, se establece la posibilidad de especialización para los A.T.S. La primera la de Matrona en su art. 5.º dice: «Los A.T.S. podrán obtener el Diploma de asistencia obstétrica (Matrona)». Esta especialidad requerirá dos años de estudios y prácticas en las Escuelas de A.T.S. masculinas y femeninas.
1954. Orden del 25 de enero. Mediante la cual se disuelven los Colegios de Practicantes, Enfermeras y Matronas.
1954. 29 de marzo. Consejo General de Auxiliares Sanitarios, Reglamento.
1954. Orden 30 de julio. Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios. Estatutos.

1954. 1 de diciembre. Ayudantes Técnicos Sanitarios, Distintivo de Matrona.
1955. Orden 1 de julio. Por la que se regula el tránsito de los estudios de la carrera de Matrona.
1955. Orden 4 de julio. Donde se dictan normas para los nuevos estudios para A.T.S.
1955. Orden 5 de julio. Donde se programan los nuevos estudios para A.T.S.
1957. Decreto de 18 de enero. Por el que se establece la especialización de Matronas para los A.T.S. (es la primera especialización que se crea para A.T.S.). Los nuevos estudios tendrán un exclusivo carácter de especialización, que se llevará a cabo mediante lecciones teóricas y ejercicios prácticos, durante un año íntegro. No constituye esto una reducción de las Enseñanzas, porque frente a los dos cursos de duración que tenía antes, sin exigir ninguna otra preparación, salvo el examen de ingreso, será preciso ahora, antes de iniciarlos, haber aprobado los tres años de la carrera de A.T.S.
1957. Orden de 23 de febrero. Se aprueba el programa de las enseñanzas de especialidad de asistencia Obstétrica (Matronas) para los A.T.S.
1959. Orden ministerial del 7 de enero. Por la que se dan las normas para la expedición del Diploma de la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matronas).
1960. Decreto del 17 de noviembre. Sobre el ejercicio profesional de A.T.S. Practicantes, Matronas y Enfermeras, respetando los derechos adquiridos; el artículo 4.º determina que tienen las mismas funciones las Matronas y las Diplomadas en Asistencia Obstétrica (Matronas).
1963. Decreto de 28 de febrero. Por el que se habilita a las Enfermeras para cursar las Enseñanzas de Asistencia Obstétrica.
1963. Disposición de 9 y 28 de marzo, donde se establecen las normas para las Enfermeras del Plan antiguo, que quieren hacerse Matronas.
1963. 24 de mayo. Se declara, a todos los efectos, como Técnicos de Grado Medio, los Títulos de Practicantes, Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios.
1963. Decreto 21 de noviembre. Por el que se autoriza, previo reconocimiento médico, para cursar la especialidad de Asistencia Obstétrica, de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, a los aspirantes que tengan edad superior a las fijadas en las normas legales vigentes.
1967. Orden 22 de abril. Donde se establecen normas sobre el sistema y cuantía de las retribuciones de las Matronas y A.T.S. femeninos, en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica, en la Seguridad Social.
1968. Orden del 7 de octubre. Donde se establece la asimilación del grupo II de las tarifas de bases de cotización, al Régimen General de la Seguridad Social, de los Practicantes, Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios.
1970. Ley General de Educación de 4 de agosto. Ofreció a los estudios de A.T.S., dos posibilidades en su posterior desarrollo; o bien la integración en la Universidad como Escuela Universitaria, o bien la estructuración en Formación Profesional-2.
1972. Orden del 7 de julio. Se dictan instrucciones sobre redacción de los Diplomas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
1972. 7 de julio. Orden por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

1973. Orden del 26 de abril. Por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.
1974. Ley de Colegios Profesionales de 15 de febrero. Art. 4.º apartados:
1. La creación de Colegios Profesionales se hará mediante Ley, a petición de los profesionales interesados, y sin perjuicio de lo que se dice en el párrafo siguiente.
 2. Dentro del ámbito territorial que venga señalado a cada Colegio, no podrá constituirse otro de la misma profesión.
 3. Cuando estén constituidos varios Colegios de la misma profesión, de ámbito inferior al nacional, existirá un Consejo General.
 4. No podrá otorgarse a un Colegio denominación coincidente o similar a las de otros anteriormente existentes, o que no corresponda a la titulación poseída por sus componentes, o sea, susceptible de inducir a error, en cuanto a quienes sean los profesionales integrados en ellos.
1977. Orden del 1 de abril. Sobre adaptación de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, a las normas de la Ley 2/1974 del 13 de febrero de Colegios Profesionales.
1977. El Ministerio de Educación y Ciencia publica bajo la forma de Orden Ministerial «Directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.
1977. Julio. Aprobación de Real Decreto 2128/77 sobre «Integración en la Universidad de las actuales Escuelas de A.T.S. como Escuelas Universitarias de Enfermería».
1978. Real Decreto de 29 de junio. Por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
1980. Decreto 111/1980 del 11 de enero sobre homologación del Título de Ayudante Técnico Sanitario, por el de Diplomado en Enfermería. «Con los mismos derechos profesionales, corporativos y nominativos».
1980. 15 de julio. Normas curso de Nivelación para A.T.S. por la que se establece un Curso de Nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del Título de A.T.S. por el de Diplomado en Enfermería.
1984. Circular de matronas 10/1984 (8-11).
ASUNTO: Matronas de Equipos Tocológicos de Instituciones Abiertas, Matronas de Equipos Tocológicos que no actúen en Instituciones de la Seguridad Social y Matronas que actúan en Servicios Sanitarios Locales.
AMBITO: Servicios Centrales y Direcciones Provinciales del INSA-LUD.
ORIGEN: Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral.

CIRCULAR 10/1984 (8-11)

ASUNTO: Matronas de Equipos Tocológicos de Instituciones Abiertas, Matronas de Equipos Tocológicos que no actúen en Instituciones de la Seguridad Social y Matronas que actúan en Servicios Sanitarios Locales.

AMBITO: Servicios Centrales y Direcciones Provinciales del INSALUD.

ORIGEN: Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral.

El Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliares de Clínica de la Seguridad Social del 26 de abril de 1973, en los artículos 51, 52, 65, 66, 68 y 69 establece la dedicación horaria y las funciones y actividades de las Matronas que prestan servicios a los beneficiarios de la Seguridad Social, excepto en Institución cerrada. Por otro lado, el Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social del 7 de julio de 1972, en los artículos 9, 10, 13, 97, 118 y 125, establece las funciones y la coordinación de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como la dedicación horaria del personal médico en la consulta.

De acuerdo con la expresada legislación y ante la necesidad de prestar una atención integral a la mujer en edad fértil, así como al recién nacido, conforme ha sido potenciado por la creación de Centros de Orientación Familiar (Convenio Ministerio - INSALUD 27-10-83), esta Dirección General haciendo uso de las facultades que posee conferidas, ha resuelto establecer las siguientes

INSTRUCCIONES

1. FUNCIONES DE LAS MATRONAS

- 1.1. Todas las Matronas de la Seguridad Social deberán realizar cuantas funciones se señalan para las mismas en el Estatuto de 26-4-73 y en especial las actividades de:
 - a) Educación sanitaria en las áreas de psicoprofilaxis obstétrica, educación maternal y orientación familiar tanto a grupos como individualmente.
 - b) Colaboración en la consulta tocológica y visitas domiciliarias para la captación, control y seguimiento de la mujer embarazada, puérpera y recién nacido.
 - c) Coordinación y colaboración con otros miembros del equipo e Instituciones Sanitarias para el mejor cumplimiento de las actividades arriba mencionadas.
- 1.2. Estas actividades se realizarán, de forma sistemática y planificada, tanto en los Centros donde se presta asistencia como en el domicilio. En los Equipos Tocológicos con dos Matronas estas actividades se realizarán de forma rotatoria.

- 1.3. En el Centro donde se presta la asistencia, la Matrona:
- Colaborará con el Tocólogo prestando una atención integral a la embarazada mediante actividades asistenciales, preventivas y educadoras, teniendo en cuenta las necesidades físicas, psíquicas y sociales.
 - Impartirá educación sanitaria, preferentemente en lugar próximo a la consulta, a grupos en las áreas de:
 - Psicoprofilaxis Obstétrica.
 - Educación maternal.
 - Orientación Familiar.
 - Realizará actividades de coordinación y colaboración con otros miembros del equipo a través de reuniones periódicas, registro de las actividades realizadas y recepción de informe, altas y bajas.
- 1.4. La Matrona visitará –comunicándosele previamente–, a toda puerpera y recién nacido como mínimo una vez dentro del período comprendido entre el alta hospitalaria o parto en el domicilio, y los diez días siguientes, debiendo valorar la necesidad de visitas posteriores.
- 1.5. En todas las visitas domiciliarias, ya sean para el control del embarazo o el puerperio, la matrona constatará en la ficha-tarjeta la fecha de la visita y el resultado de la misma para su posterior registro en la historia.
- 1.6. En la visita puerperal la Matrona realizará:
- Educación Sanitaria a la madre y familia para la adecuada recuperación de madre y cuidado al recién nacido.
 - Reconocimiento del estado físico de la puerpera:
 - Toma de constantes vitales.
 - Control de la involución uterina, loquios, episiotomía y aseo genital.
 - Valorará la relación madre e hijo y el ambiente físico y familiar, detectando los posibles riesgos para la salud de la madre y el niño.
 - Prestará apoyo psicológico ante posible depresión post-parto.
 - Realizará el reconocimiento físico del recién nacido (hidratación, alimentación, reposo, estado del cordón umbilical, nivel de desarrollo psicomotriz, etc.).
 - Orientará e informará a la madre y la familia sobre la importancia del control post-parto, control del recién nacido y la prevención de enfermedades y accidentes.
 - Preparará y estimulará a la madre en la lactancia materna y el cuidado de las mamas valorando las necesidades nutricionales de la madre y el recién nacido.

2. DEDICACIONES HORARIAS

- 2.1. Las Matronas de los Equipos Tocológicos de las Instituciones Sanitarias Abiertas de la Seguridad Social realizarán guardias en los Centros Hospitalarios al que estén adscritas (Departamento Materno-Infantil) no superándose las 12 horas semanales. Las guardias no excederán de 7 horas diarias, si bien el horario se ajustará a las necesidades de dicho Centro.

- 2.2. Las Direcciones Provinciales del INSALUD determinarán el Hospital al que las Matronas queden adscritas para el cumplimiento de las guardias.
- 2.3. Los turnos de guardia y la frecuencia de los mismos, serán establecidos de acuerdo con la planificación del servicio correspondiente, por las Jefaturas de Enfermería de la Institución Cerrada y las Jefes de Enfermeras de las Sectoriales que dependan de cada Centro.
- 2.4. Cada Matrona rotará entre la asistencia que prestan en los Centros, en los domicilios y la realización de los turnos de guardia en la Institución Cerrada.
- 2.5. La jornada laboral no podrá exceder de 7 horas diarias, incluidas las guardias.
- 2.6. Para desarrollar las actividades indicadas en la instrucción primera y realizar las guardias hospitalarias, las Matronas de equipos tocológicos de las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social, tendrán una dedicación no inferior a 27 horas semanales (cómputo de las 12 horas de guardia semanales y las 2 horas y 20 minutos de consulta diaria, Art. 66 apartado 2 y 4 del Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario).

3. SERVICIOS SANITARIOS LOCALES

Al personal comprendido en el artículo 47 punto 2 del Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica les será de aplicación las presentes normas en virtud de lo establecido en el artículo 49 de dicho Estatuto.

4. APLICACION NORMATIVA

- 4.1. Será competencia de la Dirección de la Sectorial a través de las Jefaturas de Enfermería de las Instituciones Sanitarias Abiertas, el cuidar que estas actividades y dedicaciones horarias se cumplan, así como prestar el apoyo y la colaboración necesarias.
- 4.2. Las Direcciones Provinciales del INSALUD, a través de los órganos competentes, crearán y/o adecuarán los sistemas de comunicación permanente entre las Instituciones Abiertas y Cerradas de la Seguridad Social sobre todo en lo referente a remisión de informes, notificaciones de altas y nacimientos y cumplimentación de las Cartillas Maternal e Infantil.
- 4.3. Las Direcciones Provinciales de este Instituto, adoptarán cuantas medidas sean precisas para la cumplimentación de las instrucciones de esta Circular, que entrará en vigor a partir de su recepción.

Madrid, 8 de noviembre de 1984
EL DIRECTOR GENERAL,

Capítulo 20

EVOLUCION HISTORICA DE LA PROFESION DE MATRONA

M.ª Luisa Rodríguez Oscariz. Matrona. Hospital «La Paz». Madrid

La matrona ha sido reconocida como tal, en todas las Civilizaciones.

Es probable que las mujeres se asistieran mutuamente en sus partos, terminando por elegir entre ellas aquélla que reuniera las mejores condiciones para tal labor, dando lugar a la Partera primitiva.

Entre los antiguos las Comadronas eran las que dirigían los partos, se les exigían amplios conocimientos y carácter adecuado.

Después de la desaparición de la Cultura Antigua, la asistencia de las parturientas fue confiada a manos femeninas, tanto entre los cristianos como, en el mundo islámico. Ningún hombre podía presenciar un parto.

Los problemas maternos y sexuales son aludidos en los libros del Antiguo y del Nuevo Testamento.

La fertilidad era considerada entre los israelitas como bendición divina y la esterilidad se consideraba con desprecio.

La Biblia narra cómo las Comadronas se niegan desobedeciendo órdenes del Faraón, a provocar la muerte de los varones de su pueblo (Exodo cap. I). Se lee aludiendo a las Comadronas «ellas asistirán a la parturienta y remontarán su moral. También comprobarán los accidentes obstétricos y darán el nombre al niño» (Exodo cap. XIII). «Se refiere al Parto de Raquel y al Parto doble de Tamar, ambas asistidas por Comadronas» (Génesis Caps. 35 y 38).

Moisés gran legislador y profeta del pueblo hebreo, estableció un código de sanidad por el cual la higiene se aplicaba, no sólo a la familia, sino a toda la colectividad. Se le consideraba uno de los grandes higienistas de la historia. Sus prescripciones prácticas más conocidas son, entre otras, las que conciernen a la mujer, durante la menstruación, embarazo y puerperio. En su Código de Sanidad establece que tiene que haber personas específicas que atiendan a la mujer durante la menstruación, embarazo y puerperio.

En Egipto, las fuentes de la Historia de la Medicina, están recogidas por una serie de papiros; entre los más importantes destacan los de EBERS, SMITH, y LEIDE, ofreciendo abundante información sobre el tema.

El papiro descubierto por el sabio alemán Dr. Ebers, es considerado como una Enciclopedia de la Medicina.

Se encuentran referencias sobre parteras y nodrizas, en inscripciones jeroglíficas halladas en algunas excavaciones.

En Mesopotamia tenemos testimonio escrito en el Códice de HAMMURABI, rey de Babilonia (2.000 años a. C.), donde estaba regulado el ejercicio de la Medicina, que en esta época fue encargada a castas superiores como la médica, las Comadronas ocupaban una posición inferior limitándose a la asistencia en los Partos normales.

También hay indicios de la asistencia de la Comadrona en el Maharabata indio y en diversas crónicas del Celeste Imperio.

Hay autores que afirman la existencia de documentos del siglo VI a. C. que rebelan los conocimientos y adelantos de los hindúes en medicina y enfermería.

El rey Asoka en el año 225 de la era precristiana, mandó construir 18 edificios para cuidar enfermos e inválidos. Son los primeros hospitales de que hallamos referencia en toda la Historia del mundo.

El médico hindú Susruta, practicó muchas intervenciones, entre ellas la intervención Cesárea.

En tiempos del esplendor griego ya se habla de la Comadrona, reconociendo sus técnicas.

Platón habla de las funciones de las Comadronas griegas. La madre de Sócrates, llamada Fenareta, era Comadrona y éste en sus Diálogos destaca que él en el alumbramiento de la verdad, ejercía de partera, al igual que su madre, en los partos de las mujeres (470 años a. C.).

El concepto griego de que el hecho de nacer o morir ofendía al dios, y envilecía el templo no permitía la presencia de las mujeres para dar a luz.

Hipócrates, considerado el Padre de la Medicina, menciona a las Comadronas como muy hábiles.

La esencia del arte de Hipócrates, es el estudio del paciente, no la teoría o la búsqueda de la fórmula mágica como el resto de sus contemporáneos.

Hipócrates sugiere que «Para conocer la enfermedad, es necesario estudiar al hombre en su estado normal, y en relación con el medio en que vive; investigar al mismo tiempo las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio, que son agentes externos como el aire, el clima, el agua y los elementos.

Galeno cita una mujer llamada Antioquis de Telos que ejercía como Comadrona y hacía curas menores.

Algunos errores de las Comadronas griegas, dan lugar a que El Aerópago prohíba este arte a la mujer griega; sin embargo, éstas se opusieron al decreto por lo que se revocó, permitiéndoles el ejercicio. En diversos escritos quedan constancia del nombre de una gran Comadrona llamada Agnocide, que durante la época de la prohibición asistía a las mujeres vestida de hombre para evitar el castigo del Areópago.

En la Medicina Clásica griega, se permitía el aborto y la muerte del feto siempre que peligrara la vida de la madre.

Para la Iglesia Cristiana, la nueva vida era más importante que la de la madre; de no conseguir el Parto por vía normal, la Iglesia ordenaba la práctica de la cesárea aunque hubiera de sacrificarse la vida de la madre.

Como sea que las Comadronas retrocediesen ante la idea de tener que efectuar una cesárea, cuando se daba un parto retrasado dejaban morir al niño y luego lo extraían destrozándolo previamente en la matriz. Esta es la razón por lo cual adquirieron la triste reputación de brujas que tenían pacto con el demonio «Para matar mediante perversas y peligrosas manipulaciones al inocente niño a fin de que se viera privado del Santo Sacramento del Bautismo» (Johann Hietprand, 1595).

En tales circunstancias, la responsabilidad de las Comadronas ante Dios y ante la Iglesia, era muy grande no podían ayudar a las parturientas en los peligros del parto, pues no existía la Obstetricia.

Las célebres escuelas de medicina de la Edad Media de Salerno, Padua, Pavía, Paris y Montpellier pasaron de largo y en silencio ante las prácticas de la asistencia al parto de las que estaban excluidos por la costumbre, el pudor y los preceptos eclesiásticos.

En un principio la Medicina romana, heredada de los etruscos, fue casi exclusivamente mágica. En el siglo IV antes de Cristo, se comenzó a conocer la existencia de médicos griegos, que llegaban para ejercer su profesión y enseñarla. Sin embargo durante mucho tiempo la medicina en Roma fue considerada como profesión indigna, privativo de esclavos, libertos y extranjeros.

En la época del esplendor del Imperio Romano, alcanzó gran renombre Sorano de Efeso considerado como padre de la Ginecología y Obstetricia. Pero el verdadero maestro fue Galeno de Pérgamo, que dio al concepto de observación y experimentación su justo valor. Fue realmente el creador de la Filosofía médica.

Existían profesiones sanitarias menores, como obstétricos, farmacópolos, yatroliptos (masajistas), que estaban severamente disciplinados y sometidos a duro aprendizaje.

Existían, también, médicos designados permanentemente para atender a los militares y atletas; y se cita especialmente a las Comadronas como las personas que podían asistir a las Vestales cuando éstas padecían una enfermedad o circunstancia requerida a la mujer.

En España en el siglo XIII, Alfonso X el Sabio señalaba en sus Partidas «que la Comadrona debería ocuparse de la atención de la madre durante la gestación y de la atención al niño», enumerando las cualidades que debe reunir una buena nodriza.

En 1258, en las Cortes de Valladolid, se sabe de algunas mujeres que ejercieron con notable experiencia el arte de los Partos, tales como la que asistió a la reina Doña Jimena, en el nacimiento del rey. Fernando II de Aragón, llamada la Herradera. No fue reglamentada la existencia de las Comadronas como gremio, hasta mucho más tarde.

Las Cortes de Zamora en 1434, y las Ordenanzas de Madrigal de 1448, dan cartas de aprobación a médicos, Cirujanos y Parteras para que puedan ejercer libremente.

Aunque no se sabe nada seguro de la existencia en estos tiempos de las Parteras, como profesión oficial, parecen tener cierta importancia social por el testimonio histórico del bautizo de Felipe II, hijo de la infanta Isabel de Portugal, nacido en Valladolid en 1527, «llevó a cristianar al príncipe el Duque de Frías, a su derecha caminaba la Comadrona que asistió el Parto y a la izquierda el Gran Duque de Alba».

Existen referencias de exigencias para ejercer a las Comadronas como las Ordenanzas del Colegio de Médicos y Cirujanos de Zaragoza, Ordenanzas del Real Colegio de Cirujanos de Madrid, ambos Colegios eran los encargados de dictar normas para la Enseñanza de las Comadronas.

Se conoce en el siglo XVIII la creación en Londres de un Hospital para embarazadas, donde se instruían las Comadronas, y es en esta misma época, cuando la Duquesa de Sajonia fundó en Sena una Escuela de Comadronas.

Entre la literatura profesional relativa a la Patología Obstétrica y Ginecológica, destacan las obras escritas para la educación teórica de las Comadronas del mallorquín Dr. Damián Carbón «Libros del Arte de las Madrinan». En su primera parte, defiende la necesidad de las Comadronas y las condiciones que deben tener. Trata del embarazo-parto y sus accidentes, cuidado de la puérpera y del niño. La 2.ª parte de su libro trata sobre esterilidad.

Otros trabajos importantes son los Tratados de Luis Lobera y Francisco Núñez de Coria, este último escribió un libretto que trata del parto humano.

Después del siglo XVII, se autoriza a los Cirujanos del Hotel-Dieu de Paris, a asistir a los partos normales, terreno hasta entonces vetado a los hombres. Esta autorización vino obligada por los deseos de Luis XIV, impulsor de la asistencia de los partos por médicos. Comienza tímidamente en todos los países y también en el nuestro esta labor profesional a transformarse, dando un impulso nuevo a la especialidad obstétrica.

Es de señalar que en estos tiempos las Comadronas en España, no tenían importancia científica, en contraposición de lo que sucedió en Francia y Alemania donde existen figuras como Justine Segismund y Madame La Chapelle, Louise Bourgeois y Margarita Du Tertre que ejercían su profesión cerca de reinas y princesas adquiriendo una influencia enorme.

Según opina el Profesor M. Usandizaga en su Historia de la Obstetricia y Ginecología, no es que no tengamos Matronas de gran prestigio en España sino que no hay libros publicados por ninguna de ellas ni se conservan sus nombres.

Sin embargo, existen como señaló el profesor Granjel en Madrid, en el siglo XVI Doña Ana de Blanes que tuvo renombre como partera y Doña Quince de Toledo que actuó en el nacimiento del futuro Felipe II.

El historiador Granjel (1787) dice: Existió en España, si bien con vigencia transitoria una regulación del ejercicio profesional de las parteras a cargo del Tribunal del Real Protomedicato, el cual las examinaba basándose en una particular interpretación de la Pragmática, firmado por los Reyes Católicos en Alcalá en 1498. Tal atribución del Protomedicato, fue objeto de críticas en las Cortes de Toledo (1538) y en las de Valladolid (1558), censura a la que sigue la disposición firmada por Felipe II en la que se prohíbe al Tribunal del Real Protomedicato examinar a Parteras. Desde esta fecha y hasta 1750 el oficio de Partera puede ejercerse libremente.

Cuando la Justicia pretendió prohibir el ejercicio o cometido sanitario de las Parteras, bastaba a éstas acudir al Protomedicato en demanda de licencia que se les otorgaba atestiguando dicho Tribunal como las Leyes del Reino prohibían su examen; la prohibición de que fueran examinadas en Castilla subsistió desde 1548 hasta que el Rey Fernando VI dispuso se levantase en Ley publicada el 21 de junio de 1870.

Antonio Medina publicó «Cartilla del Arte de Partear», por la que fueron examinadas las Comadronas.

Leídos numerosos textos y escritos tanto antiguos como actuales queda claro la antigua existencia de las Comadronas y de su reconocimiento profesional a través de los tiempos y de las distintas civilizaciones.

Existen datos suficientes para afirmar que desde el siglo XVI las Comadronas eran preparadas para la práctica del Parto.

La actuación de la Matrona es, a la vez, un arte y una Ciencia, un «arte» pues requiere condiciones y habilidades naturales y una «ciencia» porque es necesario el conocimiento científico que será contrastado con la experiencia.

Las Matronas se encuentran entre las primeras profesionales a las que se les exigió una completa formación teórico-práctica.

BIBLIOGRAFIA

FRANK ELIZONDO: *Desarrollo histórico de la Enfermería.*

VENTOSA: *Historia de la Enfermería.*

TERESA MARIA MOLINA: *Historia de la Enfermería.*

Documento elaborado en el Consejo General de A.T.S. y Diplomados en Enfermería, en la Vocalía de Matronas por un grupo de estudio 1979/1980.



INSALUD
SECRETARIA GENERAL