

## ILUSIÓN

Mientras escribía este artículo estaba rodeada de mi familia y mis mejores amigos, aunque ya pensaba en él: ILUSION, así era como quería que empezase el encabezamiento de este boletín, palabra que en el diccionario dice; **Esperanza cuyo cumplimiento parece especialmente atractivo. || . Viva complacencia en una persona, una cosa, una tarea...**

¿Por qué esa palabra?, porque creo que nuestra Asociación Andaluza de Matronas está sumergida en ella, ya que a la vez de su propio significado, encontrábamos ese sentido acróstico que nos facilita la propia palabra, y nos da esa realidad de lo que ha-



cemos día a día y hacia donde queremos ir. Para esto hemos trabajado duro y se han realizado algunos cambios que esperamos sean del agrado de todas/os y en esta tesitura queremos seguir trabajando para que estas iniciales desarrolladas aquí en este número encuentren la evolución que para nuestro colectivo queremos. Mientras estéis ahí apoyándonos seguiremos trabajando con y para vosotras/os a fin de que la definición de matrona sea una realidad tangible.

**Ser Matrona** es una profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, acompañar a los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud". Adoptado por la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane, Australia.

**I**nnovar, con la capacidad de introducir elementos nuevos como es; la misión, la visión y el valor añadido que tiene la AAM para todas las matronas, todo este esfuerzo debe canalizarse para que revierta en la mujer desde el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.

La AAM quiere modificar y crear alternativas que nos permitan conseguir ese cambio.

**L**anzar, darse a conocer, no solo que nuestra AAM sea conocida en Andalucía sino también en toda España, ya que las matronas deben promover, difundir todas las actividades que hacemos y que la sociedad demande nuestra presencia.

**U**nir, a todas las matronas para que éstas den una atención sanitaria integral y continuada, así es como debe ser, así es como nos lo demandan no sólo la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, sino también nuestras ciudadanas.

**S**uperar, haciendo las cosas cada día mejor. Que cualquier obstáculo que encontremos tengamos la habilidad de vencer y que las dificultades sirvan para un aprendizaje continuo.

**I**ncorporar, añadiendo a nuestra labor diaria la evidencia científica, pudiendo así demostrar que nuestro trabajo está acreditado y revisado. Y que las prácticas que debemos realizar son las que la OMS nos indica.

**O**rganizar, cursos, seminarios, coloquios, congresos... todos los encuentros necesarios para llevar a cabo esa interrelación necesaria para que nuestra comunicación sea lo más fluida posible y trabajemos en la misma línea. Y conseguir ese fin único que es el que nos une a todas, el bienestar de la mujer, el feto, recién nacido y la familia.

**N**acer, cada día. Con nuestra constante presencia, paciencia y nuestras manos tenemos ese privilegio de ayudar a salir del vientre materno esas mujeres y hombres que serán nuestro futuro.

Desde la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Matronas, creemos que todo lo que hacemos lo realizamos con la ILUSION que día a día nos aporta nuestra labor, bien hecha.

M<sup>o</sup> Ángeles Álvarez Soriano. Matrona

# DEFICIT DE YODO Y GESTACION

*En el mes de Noviembre pasado la vocalía de Jaen realizó una charla-coloquio sobre las necesidades de Yodo durante la gestación. La doctora Santiago, endocrinóloga, encargada nos envia esta reseña para su publicación informativa para todas.*

Desde hace más de un siglo se conoce que en España hay deficiencia de yodo, un micronutriente esencial para la producción de hormonas tiroideas en la glándula tiroidea.

La función de estas hormonas consiste fundamentalmente, en activar el metabolismo de todos los tejidos del organismo incluido el desarrollo embrionario y fetal y el crecimiento postnatal.

Desde Gregorio Marañón, cuando fue a conocer la comarca de Las Hurdes en Cáceres, hasta nuestros días, han sido muchos los científicos que han estudiado este problema, y han trabajado para conseguir la erradicación de lo que, en su conjunto, se conoce con el nombre de "Trastornos por Déficit de Yodo" (TDY). Podemos decir que el esfuerzo de todos ellos ha quedado plasmado en el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Endocrinología (SEEN) para la erradicación de los TDY.

Los TDY engloban un amplio abanico de patologías, que pueden adoptar expresiones más o menos graves según la intensidad de la carencia y el momento de la vida en la que el sujeto es expuesto a la misma. Pero existen ciertos grupos, como los niños recién nacidos o en periodo de crecimiento, y las embarazadas (por las consecuencias sobre el feto) donde la carencia de yodo, por la deficiencia de hormonas tiroideas que condiciona, al ser un elemento esencial de las mismas, podrían inducir trastornos graves y a veces irreversibles.

Quizá el trastorno más conocido popularmente sea la presencia de bocio en la población general. Como indicador de déficit de yodo en una población, se considera una prevalencia de bocio en los escolares de más del 5% (esto indicaría un déficit de yodo leve). No obstante, hay otros trastornos que son más graves pero que no se ven. Entre ellos, saber que el déficit de yodo conlleva un déficit en el cociente intelectual, de tal forma que los escolares con yodurias más bajas tienen un riesgo más alto de tener un cociente intelectual más bajo (1)(2).

El problema en el desarrollo intelectual de los escolares no nace con su nacimiento, sino que el agente lesivo sobre el desarrollo cerebral fetal, que es la falta de yodo, actúa desde el momento de la concepción. Gracias a los trabajos de la Dra. Lavado-Autric (3) sabemos que en el cerebro en desarrollo, cuando hay un déficit de yodo, se producen unas alteraciones en la citoarquitectura de la corte-

za cerebral que podrían explicar la aparición de este déficit intelectual.

El motivo de que esto ocurra, es debido, fundamentalmente a que el cerebro en desarrollo precisa de la presencia de T4 materna (Tiroxina) que una vez llega a la corteza cerebral fetal, se transforma por efecto de una enzima de yodinasas (D2) en T3, la cual es la hormona realmente activa, la cual se une a los receptores nucleares cerebrales y permite el desarrollo cerebral fetal de forma adecuada.

¿Qué ocurre si la madre vive en una zona de déficit de yodo?, el tiroides materno ante la escasez de yodo, producirá más T3 (que tiene tres moléculas de yodo) que T4 (que tiene cuatro moléculas de yodo) para "ahorrarse" yodo, lo cual redundará en un menor aporte de T4 al cerebro fetal, y por ende una menor cantidad de T3 en el cerebro fetal y por tanto una mayor posibilidad de que el desarrollo no sea todo lo normal que sería de desear (4).

Este efecto a nivel de la corteza cerebral fetal, no solo es importante en el tejido embrionario, sino que es igualmente importante en la segunda mitad del embarazo y en la época postnatal, ya que es a partir del nacimiento cuando se produce el desarrollo de las células de la glia. Así mismo, en este periodo de tiempo el tiroides fetal y del recién nacido también es funcionante, y por tanto requiere un aporte de yodo para poder sintetizar sus propias hormonas tiroideas.

Luego, ante estos hechos, hemos de evitar el déficit de yodo, no sólo durante el embarazo sino también durante la lactancia ya que va a ser la leche materna el único aporte yódico para el recién nacido.

Por otro lado durante el embarazo se produce una mayor pérdida renal de yodo debido al aumento del filtrado glomerular; también se produce un incremento en la producción de T4 materna durante el primer trimestre de embarazo. Por estos motivos, podemos decir que las necesidades de yodo en la mujer embarazada y lactante aumentan en un 50%, lo que equivale a desear una ingesta yódica de al menos 300 mcg de yodo al día (5). Estos requerimientos no se pueden conseguir mediante la ingesta de sal yodada en la vida diaria, sino que hay que implementar medidas eficaces de yodoprofilaxis para alcanzar los objetivos de nutrición yódica planteados.

Estas medidas pasan por la recomendación a toda mujer gestante, de la suplementación con yoduro potásico a dosis de al menos 200

mcg/d. en la Tabla 1 se recogen las recomendaciones de ingesta mínima de yodo en la población.

La erradicación de los TDY tiene por tanto una solución sencilla que es recomendar el uso generalizado de la sal yodada a toda la población. Así mismo, en mujeres gestantes y lactantes, el grupo de trabajo de la SEEN para la erradicación de los TDY basándose en numerosos estudios, recomiendan administrarle un aporte extra de yodo (mejor en forma de yoduro potásico para evitar las asociaciones con vitaminas que pueden no ser del todo beneficiosas). Para ello, los médicos de familia, ginecólogos y matronas son los que deben conocer este problema, siendo ellos los líderes que marquen las pautas de prescripción de yodo en mujeres embarazadas sanas, e incluso, cuando muestren su deseo de una gestación, antes de que esta sea ya un hecho.

Tabla1.

Recomendaciones de consumo mínimo de yodo (*)	
Niños hasta los 6 años	90 mg diarios
Niños de 7 a 12 años	120 mg diarios
Mayores de 13 años	150 mg diarios
Mujeres embarazadas	200-230 mg diarios
Mujeres lactantes	200-300 mg diarios

(\*) en presencia de bociógenos estos consumos deberían aumentarse para conseguir un mínimo de 200-300 mg diarios.

**Dra. Piedad Santiago**

*Especialista en Endocrinología y Nutrición*

## BIBLIOGRAFIA

- Santiago P. et al. Intelligence quotient and iodine intake: a cross-sectional study in children. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89: 3851-3857.
- Vermiglio F. et al. attention Deficit and Hyperactivity Disorder in the Offspring of mothers Exposed to Mild-Moderate Iodine Deficiency: A possible Novel Iodine deficiency Disorder in Developed Countries. 2004 the J.C. Endocrinology and Metabolism 89 (12) pp 6054-6060
- R. Lavado-Autric, E. Ausó, J.V. García-Velasco, MC. Arufe, F. Escobar del Rey, P. Berbel, G. Morreal de Escobar: Early Maternal hypothyroxinemia alters histogenesis and cerebral cortex cytoarchitecture of the progeny. *J Clin Invest* 111:1073-1082 (2003).
- Glinoer, D., and Delange, F. 2000. The potential repercussions of maternal, fetal, and neonatal hypothyroxinemia on the progeny. *Thyroid* 10:871-877
- Smallridge, R.C., and Ladenson, P.W. 2003. Hypothyroidism in pregnancy: consequences to neonatal health. *J Clin Endocrinol Metab* 86:2349-2353

# LAS MATRONAS ANDALUZAS ESTAMOS DE ENHORABUENA

Dentro de las líneas estratégicas planteadas por la Consejería de Salud en los Planes de Calidad I y II está la del "Desarrollo de los profesionales" cuyo objetivo es convertir la gestión de personas en un elemento inductor y facilitador de la calidad y la eficiencia. Así la política de desarrollo de profesionales tiene que garantizar que los centros sanitarios cuenten con profesionales competentes que ofrezcan la calidad asistencial que el ciudadano/a se merece.

Si consideramos al ciudadano como eje del sistema sanitario, los profesionales son la clave del mismo como encargados de ofrecer la asistencia sanitaria al usuario, por lo tanto la Consejería considera que la inversión más importante debe centrarse en ellos.

Dentro de los objetivos de esta línea se encuentra la Acreditación profesional, para ello la Consejería ha contado con la Agencia de



Calidad, órgano colaborador de la Consejería de Salud que ha diseñado los procesos de acreditación de los distintos profesionales de la salud mediante la organización de grupos de trabajo formados por los profesionales en cuestión.

La AAM ha formado parte del Comité Técnico Asesor de Matronas, cuya función ha sido la de participar en el diseño del proceso de acreditación de competencias profesionales, mediante la definición de los comportamientos observables asociados a cada competencia, y la definición y configuración de las pruebas y evidencias que permitan verificar la presencia de dicha competencia. El proceso de acreditación tiene como objetivo determinar que la atención prestada a los ciudadanos en materia de salud está dentro del modelo de calidad de la Consejería de Salud de Andalucía, con el único fin de impulsar la mejora continua de los profesionales. Este proceso es dinámico y continuo, en el que se puede ver la evolución y crecimiento de los profesionales.

Este programa de acreditación de profesionales no es un sistema de mínimos ni de aprobado o suspenso, sino una herramienta que puesta en manos del profesional le va a dar la posibilidad del reconocimiento de sus logros, al mismo tiempo que estar en mejora continua para conseguir el desarrollo profesional y establecer su propia carrera profesional.

El día 13 de febrero del 2006 fue una fecha inolvidable para las Matronas. En un acto emblemático se realizó la presentación de este modelo de acreditación de competencias profesionales y además se firmó un convenio Marco entre la Consejería de Salud y las Asociaciones científicas, resultó emocionante ver como un colectivo de profesionales como el nuestro, por fin, estuvo presente entre sociedades como la SEGO, la de Anestesiología etc. Creo que todos los que acudimos sentimos algo en nuestro interior al ver a nuestra Presidenta Dña. Casilda Velasco Juez firmar el Convenio Marco con las Sociedades Científicas.





## JUAN CARLOS HIGUERO

Matrona. Supervisor Asistencial del Área de Partos del Hospital Comarcal Costa del Sol.

**N**uestro boletín intentará entrevistar en cada número a una matrona. Con ello queremos; saber cómo se encuentran en sus puestos de trabajo, qué es lo que desean, cuales son sus inquietudes y qué cambios ven necesarios para que nuestra profesión siga avanzando y que nuestras usuarias y sus familias estén acompañadas e informadas en todo momento por una MATRONA.

Hemos tenido la gran suerte de poder iniciar este proyecto con Juan Carlos Higuero, que además, de ser un gran amigo es un excelente profesional.

### ¿Cuándo finalizaste la especialidad?

En diciembre de 1996

### ¿Dónde la realizaste?

En la Unidad Docente de Cataluña. La formación clínica en el Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona).

### ¿Cuáles fueron los principales temores a los que te enfrentaste cuando empezaste a trabajar como Matrona?

No recuerdo empezar con temores, ya que tuve la suerte de estar siempre apoyado por un grupo de personas que no escatimaron lo más mínimo en ayudas y consejos a todos los que, entonces, empezábamos a trabajar en paritorio. Empecé, y sigo en la actualidad, con ilusión, ganas y fuerza, mucha fuerza. Me he visto desde los inicios muy motivado para el ejercicio de mi profesión y eso es lo que creo que ayuda a salvar o incluso, a no tener temores.

### ¿Has visto cumplidos tus objetivos, desde tus principios a la actualidad?

Si, gracias a mucha gente que me ha apoyado y, como te decía a las ganas de hacer las cosas bien. He podido desarrollarme en tareas asistenciales, investigadoras, formativas y ahora en la gestión. ¿Puedo pedir más? Espero que si. (risas)

### ¿Cuáles crees que son los principales retos a los que deben enfrentarse las matronas?

Formación a través de acceso directo y formar tantas como sean necesarias, con lo cual debemos conocer realmente cuántas hacen falta; ocupar puestos de gestión; investigación y ampliar campos de acción en tareas tales como adolescencia, educación sexual, planificación familiar y climaterio.

### Ahora que estas ligado a la gestión, ¿crees que es importante el papel de la matrona en la misma?

Como todo el mundo sabe, la gestión no es tarea fácil; pero lo que no se conoce tanto, es que puede llegar a ser apasionante.

Para gestionar y, sobre todo, gestionar recursos humanos, es importante, que el que gestiona "hable el mismo idioma", que el personal que está a tu cargo. Creo que, sin menospreciar a la enfermería que ha ocupado puestos de gestión, por ejemplo, supervisión en partos por falta de matronas, ha provocado, por desconocimiento de nuestra profesión, situaciones de desconcierto durante muchos años. No conozco un servicio de cirugía vascular gestionado por un traumatólogo. Conocer el medio que

**// Empecé, y sigo en la actualidad, con ilusión, ganas y fuerza, mucha fuerza. //**

gestionas es importantísimo. Por lo tanto, cada vez más es necesario que las matronas vayan ocupando cargos gestores que garanticen una asistencia a la mujer individualizada, de calidad, en la que se respeten sus derechos y se le proporcionen todas las garantías posibles de un entorno seguro.

Con estas premisas se conseguirá reducir riegos para la mujer, el recién nacido, la familia y las matronas.

### ¿Crees que es importante el papel que tiene la Asociación Andaluza de Matronas para nuestro colectivo?

Para conseguir los retos de los que te hablaba antes, es necesario unirse, ya sabes, la unión hace la fuerza. L@s matron@s necesitamos desde hace muchos años que definan nuestras competencias, que se mejore nuestra identidad profesional, que aparezcamos en más proyectos de investigación, que ocupemos cargos con capacidad de decisión que ayuden a mejorar la salud de la mujer, y todo esto lo lleva trabajando la AAM desde sus inicios.

M<sup>a</sup> Ángeles Álvarez Soriano

# LA AAM SENSIBILIZADA CON LA DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN,

organiza en Málaga un seminario científico.



Dña. Felisa Samanes Larraga. Matrona del Hospital Materno Infantil de Málaga, realizó una exposición sobre Metodología y experiencia de la recogida de sangre de cordón umbilical.

De la donación al trasplante por la Dra. M<sup>a</sup> Carmen Hernández Lamas. Hematóloga.

Eficiencia de la sangre de cordón umbilical. Dr. Isidro Prat Arrojo. Hematólogo

Debido al gran interés que despierta el tema tanto Felisa como Trinidad, ambas Matronas han tenido la deferencia de realizar esta aportación informativa para los que no tuvieron la suerte de estar presente el día de la charla:

## *“DONACIÓN DE CORDÓN EN ANDALUCIA, concretamente en Málaga”*

El interés terapéutico de la sangre de cordón reside en que muchas personas desarrollan una enfermedad grave de la médula ósea o nacen con alteraciones genéticas de la misma que comprometen su capacidad de vida.

Para ellos, la única vía de curación es un trasplante de médula ósea. La tasa máxima de éxito se produce cuando el donante de médula ósea es compatible con el paciente.

Ese donante se busca habitualmente entre los hermanos del paciente o a partir de una lista de donantes voluntarios, pero solo el 30% de los casos encuentran un donante compatible.

Sin embargo, las células de la sangre del cordón umbilical dada su inmadurez, permiten la realización de trasplantes no totalmente compatibles con menor riesgo para el paciente. Todo ello facilita el que un mayor número de pacientes se beneficie de la posibilidad de un trasplante.

La ventaja adicional de la sangre del cordón es que se puede disponer de ella en un Banco de Cordón, lo que facilita que le pueda ser trasplantada inmediatamente, evitando retrasos innecesarios.

Después del nacimiento, el cordón umbilical y la sangre que contiene son desechados.

Esta sangre contiene gran cantidad de células hemopoyéticas, que son células especializadas en la renovación permanente de las células de la sangre y consideradas como una fuente de hemopoyesis alternativa en el tratamiento de ciertas enfermedades hematológicas, obteniendo éxitos terapéuticos prometedores.

Los bancos de sangre de cordón se han creado para confirmar la esperanza nacida con este nuevo tratamiento.

En España solo existen cinco (Barcelona, Málaga, Madrid, Galicia y Valencia), es decir, es el único banco en Andalucía. En la actualidad en nuestro banco de Málaga hay unos 4000 cordones guardados, este banco está conectado a una red internacional que es la Fundación Carreras.

Esta sangre de cordón umbilical es empleada para la realización de un trasplante a cualquier paciente anónimo del mundo que lo precise, sin otra preferencia que la mayor compatibilidad posible entre donante y receptor.

No se entrega ninguna indemnización económica ni de ningún otro tipo por la donación de la misma.

Los datos sobre la sangre del cordón son incluidos de forma codificada en las bases de datos del banco de cordón y la información puede ser intercambiada con otros datos similares de otros países. Todos los datos serán tratados de forma confidencial, que como contrapartida nos imposibilitan saber cuándo su donación será utilizada, para qué paciente y con qué resultado.

En la provincia de Málaga, tanto en los Centros de Salud como en el Hospital Materno-Infantil, se recurre a las clases de educación maternal, que en dicho lugares se imparten, para concienciar a la población de mujeres gestantes.

En muchas ocasiones, estos cordones son dirigidos, es decir, son mujeres que tienen un hijo previo que tiene leucemia y se quedan embarazadas para que esa sangre de cordón sea para él.



## PROCEDIMIENTO DE LA DONACIÓN DE LA SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Para poder realizar una Donación de sangre de Cordón Umbilical, es necesario que la gestante firme un consentimiento, que permita esta recogida.

Cuando la mujer llega a paritorio se le extraen unos tubos de sangre para serología.

La sangre del cordón umbilical se recoge después del nacimiento del niño y tras la sección del cordón umbilical cuando la placenta está aun dentro del útero, antes del alumbramiento. Puede ocurrir, que si la placenta se desprende muy deprisa, no se pueda realizar la recogida.

La técnica consiste en la recogida de la sangre mediante venopunción y drenaje por gravedad.

La matrona controla el proceso y la auxiliar de enfermería agita la bolsa para que se mezcle con el anticoagulante.

Se pasa un rodillo y se sella el sistema con grapas.

Todo se manda al Banco de Cordón:

- Consentimiento firmado por la madre.
- Bolsa de la sangre recogida (mínimo 150 ml).
- Muestra de cordón.
- Tubos con sangre materna (serología).

En muchas ocasiones es preferible realizar la técnica y el Banco de Sangre se encargará de desecharla o no. Pues con las que desechan, en muchas ocasiones, se realizan estudios para ver si se pueden en el futuro utilizar estos cordones para trasplantes de médula en adultos, pues en la actualidad solo se realizan en niños.

Además en algunas ocasiones de dichas extracciones se utilizan las membranas amnióticas que una vez tratadas adecuadamente en el banco, sirven como apósito para intervenciones de cornea, ya que de una sola membrana se pueden sacar unos 200 apósitos.

Todo esto nos demuestra la gran labor que las matronas podemos realizar informando a las mujeres y realizando estas extracciones.

Trinidad Ramos Rodríguez. Matrona  
Felisa Samanes Garrafa. Matrona

# EL RINCÓN DEL RESIDENTE

## DISPAREUNIA: ABORDAJE DEL PROBLEMA POR LA MATRONA

### INTRODUCCIÓN

El 20 % de las mujeres que van a las consultas de ginecología presentan quejas de relaciones sexuales dolorosas, lo más a menudo con la penetración y más raramente durante el coito, durante el orgasmo o tras la relación. Y entre ellas, existe un 20 % de casos en los que el examen ginecológico no pone de manifiesto ninguna causa orgánica.

La dispareunia es el dolor que aparece durante las relaciones sexuales. Se da tanto en hombres como en mujeres, pudiendo ser en éstas un dolor tanto superficial (que ocurre durante la penetración, a nivel vestibular y/o entrada de la vagina) como profundo (en abdomen o pelvis), incluso si la mujer está deseosa, receptiva y en pleno orgasmo. Estas pacientes aceptan de buena gana los exámenes ginecológicos, por el deseo de encontrar una solución al problema.

El dolor experimentado puede incluir un amplio grupo de sensaciones que van desde el escozor, el dolor constante, una especie de ardor o quemazón, picor, o una simple molestia o desagrado. En esta ocasión, nos centraremos en la dispareunia femenina.

### ETIOLOGÍA

#### 1. Causas orgánicas:

- A nivel del introito vaginal: cicatriz dolorosa o cirugía reciente, atrofia menopáusica, vestibulitis vulvar...
- A nivel de vagina: infección, lubricación insuficiente...
- A nivel de pelvis profunda: endometriosis, cáncer de cuello, distensión del ligamento ancho...
- Otras: hemorroides, ITU (infección del tracto urinario)...

#### 2. Causas psicológicas:

- Miedo: de tipo irracional al embarazo, el parto, el tener un niño anormal, o al acto sexual en sí mismo, pues vive la penetración como una agresión.
- Culpabilidad: con origen en problemas de la infancia, antecedentes traumatizantes y culpabilizadores, una educación rígida...
- Malestar frente a la sexualidad: tendencias homosexuales inconfesadas, fracaso de las primeras relaciones sexuales...
- Agresividad frente a la pareja o frente a los hombres/mujeres en general.

### TRATAMIENTO

Tratamiento etiológico de las causas orgánicas y psicológicas: hormonoterapia, antibióticos, analgésicos, cirugía, lubricantes hidrosolubles durante el coito, psicoterapia...

Tratamiento sexológico: que siempre irá enfocado en función de la pareja, mediante consultas individuales y en pareja cada 8 ó 15 días, de una duración de 3 meses (dependiendo de la evolución del caso) y mediante la aplicación de ejercicios sensoriales y sexuales por etapas sucesivas, adaptadas a la pareja.

### ACTUACIÓN DE LA MATRONA

La matrona, sobre todo a nivel de atención primaria, puede identificar, resolver o derivar estos problemas. Generalmente estos temas suelen ser obviados por la mujer a pesar de todas las consecuencias físicas y psíquicas que pueden acarrearle en su quehacer de la vida diaria. La matrona debe ofrecer confianza a la mujer, establecer una relación terapéutica adecuada con ella, y aprovechar cualquier momento para brindarle solución a este tipo de problemas que poco suelen consultar. Nuestra actuación consta de dos partes: una entrevista clínica para identificar las posibles causas, duración del episodio, etc.. y una exploración física para observar las posibles anomalías genitales.

#### 1. Entrevista clínica, orientada con este tipo de preguntas y en este orden:

- ¿Tiene alguna enfermedad?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Dónde se presenta específicamente el dolor?
- ¿Cuándo comenzó a presentarse el dolor?
- ¿Las relaciones sexuales siempre han sido dolorosas?
- ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales sin dolor con su pareja?
- ¿Y con otras parejas?
- ¿Se presenta el dolor cada vez que se intenta tener relaciones sexuales?
- ¿En qué momento de la relación sexual?
- ¿Cuál es su actitud hacia el sexo en general?
- ¿Se ha presentado algún evento emocional significativo recientemente?
- ¿Ha tenido algún evento traumático en el pasado (violación, maltrato infantil o similares)?

#### 2. Exploración física.

- Examen visual de genitales externos.
- Colocación de espéculo y visualización de órganos internos.
- Exploración de zonas dolorosas mediante tacto vaginal.
- Valoración de la musculatura pélvica:
  - Inversión del mandato (empuja hacia fuera).
  - Contracción no palpable.

- Contracción débil, dudosa.
- Contracción claramente detectable.
- Contracción claramente mantenida contra oposición digital débil.
- Contracción máxima, resiste fuerte oposición digital.

Para evitar la aparición de estos síntomas tan molestos, la matrona recomendará una buena higiene, preludeo y estimulación erótica adecuada, lubricantes hidrosolubles (no vaselina), prácticas de sexo seguro para prevenir ETS, establecer relaciones sexuales postparto a las 6 semanas tras el nacimiento, crema con estrógenos en la premenopausia, medidas profilácticas en cuanto a hemorroides e infecciones de orina.

La matrona es una pieza fundamental en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La relación profesional y personal que las mujeres establecen con la matrona, propicia el ambiente adecuado para todo tipo de consultas, incluso sobre temas marcados con connotaciones tabú para muchas de ellas, y sobre todo en el ámbito rural donde no tienen otros lugares donde acudir en busca de solución y respuesta ante este problema.

#### Residentes:

Justo Martínez León y Juan Miguel Martínez

### BIBLIOGRAFÍA

- Masters, W. Johnson, V. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Intermedica, 1976.
- García García, M. J. Factores orgánicos, sexuales y psicológicos que intervienen en la dispareunia. Granada: Universidad de Granada. Tesis doctoral, 1988.
- Bancroft, J. Human sexuality and its problems. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993.
- Kaplan, H. S. La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Madrid: Alianza, 1993.
- Labrador Encinas, F. J. Disfunciones sexuales. Madrid, Fundación Universidad-Empresa, 1994.
- Ladouceur, R. Terapia cognitiva y comportamental. Barcelona: Masson, 1994.
- Carrobbles, J. A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1998.
- Davis, Yarber, Bauserman. Handbook of sexuality. Related measures. Sage Publications, 1998.
- Carrasco, M. J. Disfunciones sexuales femeninas. Madrid: Síntesis, 2001.





COMITÉ COMUNICACION BARCELONA

U N A   v e z   m á s   c o n   L a s   m a t r o n a s

**NUK** ServicePro  
PROFESSIONAL SUPPORT