

SUMARIO

- Editorial
- Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones propuestas en España
- Óxido nitroso, una alternativa eficaz para el manejo del dolor de parto
- Repercusión de prácticas relacionadas con el parto en el riesgo de aparición de depresión posparto
- Abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde el servicio de paritorio
- Tendencias actuales en la maduración cervical e inducción de parto
- Entrevista a M^a Ángeles Álvarez Soriano

Agenda

- Comunicado importante
- Precongreso-Sesiones monográficas
- Programa del congreso



matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la Asociación Nacional de Matronas pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/>

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Ma^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Ma^a Plata Quintanilla

Comité editorial

- Ma^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga



Sumario • Summary

Vol. 1 - nº 3 diciembre 2013-marzo 2014

Editorial

5

Originales

- Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones propuestas en España 6
 Coral Ballesteros Calero, Raquel Velázquez López, Magdalena Luque Díaz
- Óxido nitroso, una alternativa eficaz para el manejo del dolor de parto 13
 Estefanía Bueno Montero
- Repercusión de prácticas relacionadas con el parto en el riesgo de aparición de depresión posparto 18
 Ana Belén Laviña Castán, Javier Hernández Pérez, Miguel Ángel García Martínez, Rebeca Amayas Lorao, María Luz Gotor Colás, Sofía Gotor Colás

Artículo especial

- Abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde el servicio de paritorio 32
 Esther Viñerta Serrano, Carmen Sanz Hernández, Sofía Martínez Carballo, Pilar Isar Malo, Belén Sabater Adán, Sofía Gotor Colás

Aula

- Tendencias actuales en la maduración cervical e inducción de parto 38
 Cristina Sánchez Rojo

Aquí y Ahora

- Entrevista a M^a Ángeles Álvarez Soriano 51

Agenda

- Comunicado importante 55
- Precongreso - Sesiones monográficas 56
- Programa del congreso 57

Normas de publicación

60

bibliotecadigital

Grupo Paradigma

Ya en tu Apple

Ahora, con la **nueva app** para iPad, Ipad Mini, iPhone y iPod Touch, podrás descargarte los libros que contiene tu biblioteca personalizada, adquirir más libros a través de la App Store y consultarlos desde tu dispositivo **cuando quieras y donde quieras**, sin necesidad de estar conectado a Internet.

Y por ser miembro de la Comunidad metas
benefíciate de
grandes descuentos
EN NUEVOS LIBROS



Empieza a disfrutar
ya de las ventajas de
pertenecer a la

 Comunidad
metas

 Disponible en el
App Store

Queridos colegas:

Con este son ya tres los números editados de esta revista que pretende ser un desafío profesional e, incluso, me atrevería a decir, una aventura intelectual.

Si pensáramos que todo está dicho y hecho en nuestra profesión, no tendría sentido alguno el esfuerzo de todos y cada uno de los colaboradores. Pero, sin dudar, el equipo editorial pensamos que esta publicación tiene un lugar destacado en el panorama profesional de las matronas en general, a tenor de que su distribución está traspasando las fronteras nacionales, y de las matronas españolas en particular, porque todavía hay mucho que estudiar, debatir y poner en práctica, sin ceder a modas o dejarse llevar por la inercia de las cosas que integren en la práctica de nuestro trabajo costumbres adquiridas, aceptas y/o impuestas.

He mencionado la palabra «aventura» y, si lo hago, es porque creo que analizar los cambios de la práctica profesional, los conflictos derivados de esta, las relaciones con los usuarios y el equipo profesional, nuestra integración en el equipo sanitario multidisciplinar de asistencia obstétrica y el posicionamiento social de las matronas es, entre otras cosas, una prioridad de la investigación en Ciencias de la Salud y, específicamente, del área de la asistencia obstétrica.

Del conocimiento de las expectativas sociales y las investigaciones de los profesionales esperamos que surja una dinámica de la que **matronas hoy** quiere ser una lanzadera que mida, analice y promueva las actividades basadas en el conocimiento y la efectividad de nuestra profesión.

Estrenamos año y, aunque cualquier momento es bueno para empezar, podemos tomar este arranque del 2014 para, sin demora, con constancia y disciplina, aprovechar las oportunidades que aún, sin duda, están al alcance de todos y cada uno de nosotros, de todas y cada una de nosotras, porque es innegable que... ¡queda mucho y muy bueno por hacer en nuestra profesión!



Atención al parto normal: análisis comparativo de recomendaciones propuestas en España

¹ Coral Ballesteros Calero

² Raquel Velázquez López

¹ Magdalena Luque Díaz

¹ *Matrona. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid).*

E-mail: koralius@hotmail.com

² *Matrona. Hospital del Henares de Coslada (Madrid).*

Resumen

Introducción: a pesar de disponer de guías de práctica clínica, protocolos y recomendaciones de organismos oficiales, es bien sabida la diversidad de la actuación profesional en los diferentes centros y entre los distintos profesionales que atienden a las mujeres en el trabajo de parto normal.

Objetivo: establecer puntos comunes y discrepancias entre las principales recomendaciones en la atención al parto normal en las diferentes guías y protocolos de referencia en España.

Material y método: revisión bibliográfica de las principales recomendaciones en la asistencia al parto normal propuestas hasta el momento por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Iniciativa al parto normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Carta de Madrid de la Asociación Española de Matronas (AEM), la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Política Social, la Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como las nuevas recomendaciones a través de la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS.

Resultados: las recomendaciones establecidas respecto a la primera etapa del parto o dilatación son comunes en todos los documentos analizados, salvo en cuanto a la necesidad o no de canalizar una vía venosa periférica, el uso de perfusiones intravenosas de rutina, el uso o no de partograma, la frecuencia en el número de tactos vaginales y en la evaluación de las constantes vitales y los tiempos de referencia en cuanto al control del bienestar fetal mediante monitorización intermitente.

En cuanto a la etapa del expulsivo, no hay consenso respecto a los límites de tiempo máximos propuestos en esta etapa; tampoco en cuanto a la técnica idónea para la protección del periné.

Se recomienda un manejo activo del alumbramiento y el uso de oxitocina parenteral como uterotónico de elección, aunque no hay acuerdo en la vía de administración. Se aconseja el pinzamiento tardío del cordón umbilical (aunque hay diferencias respecto al tiempo), contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento e inicio de la lactancia materna lo antes posible.

Conclusiones: la mayoría de los puntos de mayor relevancia en la asistencia al parto normal de los diferentes organismos coinciden en las recomendaciones propuestas. Existen prácticas entre las que no hay consenso y que, por tanto, serían susceptibles de revisión para la elaboración de directrices comunes. Esto, probablemente, conllevaría una mejora de la calidad asistencial.

Palabras clave: parto normal; Guía de Práctica Clínica; parto obstétrico; revisión.

Abstract

Guidelines, protocols and official recommendations are available to professionals in natural childbirth and delivery but diverse practices are evident between different midwives.

Purpose: To establish concordances and discrepancies between different guidelines, protocols and official recommendations used in Spain in natural childbirth and delivery practices.

Material and methods: Literature review of main actual recommendations issued in natural childbirth and delivery by Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Iniciativa al parto normal de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Carta de Madrid de la Asociación Española de Matronas (AEM), Spanish guideline supported by Ministerio de Sanidad y Política Social and "Care in normal birth: a practical guide" by Department of reproductive health and research (World Health Organization) plus new WHO Reproductive Health Library (RHL) recommendations.

Results: First stage of labour recommendations are concordant in all documents but use of peripheral venous prophylaxis, intravenous infusion and use of partogram as a matter of routine, number of vaginal examinations, vital signs evaluations and frequency in periodic monitorization and control of foetal well-being.

Time-duration of expulsive phase recommendations is not solid. Discrepancies are also found in guarding the perineum practices.

During the third stage of labour active management and prophylactic use of oxytocics are encourage, but there is not agreement about administration route.

Late cord clamping is recommended, but no time concordances are issued. Early skin contact between mother and newborn and early breastfeeding are universally encouraged.

Conclusion: Most relevant points in normal birth practices analyzed in different documents are concordant. There are discrepancies that should be revised to get to solid practices. This may determine better day by day midwife practices.

Key words: Natural childbirth; Normal birth; Guideline; Delivery, obstetric; Review.

Introducción

Las actividades profesionales de la enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) incluyen numerosas competencias. Según especifica el Real Decreto 1837/2008, se incluyen entre otras: prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto, supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados, atender el parto normal, reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a este. Tras el parto, otras competencias propias de la matrona son: reconocer y prestar cuidados al recién nacido, asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados del niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido (1).

Resulta, por tanto, imprescindible conocer y disponer de guías de práctica clínica, protocolos y recomendaciones en la atención al parto normal en los que se ofrezcan unas directrices comunes sobre la práctica clínica de las matronas, de forma que permitan tomar decisiones compartidas entre profesionales. A pesar de ello, es bien sabida la diversidad en la manera de actuar en los diferentes centros, así como entre los distintos profesionales dentro de un mismo centro.

De este modo, se propone un trabajo analítico comparativo, cuyo objetivo consiste en establecer puntos comunes y discrepancias entre las principales recomendaciones en la atención al parto normal en las diferentes guías y protocolos de referencia en España.

Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales recomendaciones en la asistencia al parto normal propuestas en distintos documentos:

- Documento de consenso de la Iniciativa al Parto Normal (IPN) de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), 2007 (2).
- Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): "Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal", consensuado con la Asociación Española de Matronas 2008 (3).
- Guía Práctica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1996, así como las nuevas recomendaciones a través de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, 2006, 2007, 2009, 2010 (4,5,6,7,8,9,10,11).
- Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre la atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 (12).
- La Carta de Madrid: "Por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo", 2005, Asociación Española de Matronas (13).

Respecto a estos documentos se ha de destacar que la Guía del Ministerio de Sanidad y Política Social es la única entre ellos que clasifica sus recomendaciones en función de los niveles de evidencia científica y grados de recomendación (cuatro grados de recomendación: A, B, C, D relacionados con niveles I, II, III, IV de evidencia científica respectivamente). En la Guía Práctica de la OMS el grupo de trabajo clasifica sus recomendaciones en cuatro categorías: A (útiles), B (perjudiciales o ineficaces), C (sin una clara evidencia), D (utilizadas inadecuadamente).

Se ha llevado a cabo un análisis comparativo de aquellas recomendaciones de mayor interés, las cuales se han dividido en las tres etapas propias del parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento) y en los principales cuidados del recién nacido, estableciendo puntos comunes y discrepancias entre ellas.

Resultados

Los resultados que se han obtenido del análisis comparativo de los cuatro documentos son los siguientes:

Fase de dilatación:

Se encuentran recomendaciones de consenso entre los documentos revisados:

- Criterio de admisión en partos: dinámica uterina regular, dilatación de 3-4 cm y borramiento mayor del 50%.
- Los partos de bajo riesgo deben ser atendidos por matronas.
- Se recomienda que la mujer en el trabajo de parto sea atendida individualmente desde su ingreso y de forma continua por una matrona.
- No se recomienda como práctica rutinaria el uso de enema, rasurado perineal, ni la amniorrexis, ni la perfusión de oxitocina en partos vaginales con progresión normal.
- Se debe alentar a las mujeres en el trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas.
- Ayudar a la gestante en el alivio del dolor durante el parto (Ver Tabla 1).

Se encuentran recomendaciones con discrepancias entre los documentos revisados:

- Se recomienda facilitar el acompañamiento de la gestante durante el parto, pero hay discrepancias en cuanto a las consecuencias de esta recomendación: la GPC del Ministerio de Sanidad y la IPN de la FAME establecen que supone mayor probabilidad de parto vaginal, menor necesidad de analgesia intraparto, menor probabilidad de insatisfacción y menor probabilidad de parto instrumental y cesárea, mientras que la Guía Práctica de la OMS no establece este último punto.
- Se recomienda la ingesta de líquidos claros, preferiblemente bebidas isotónicas, durante el trabajo de parto, pero hay diferencias en cuanto a la ingestión de alimentos sólidos: la GPC del Ministerio de Sanidad no propone recomendaciones sobre sólidos, mientras que el resto de documentos determinan que se pueden ingerir comidas livianas.

Tabla 1. Alivio del dolor durante el parto a la gestante

<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto (GPC Ministerio de Sanidad). • El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe ocupar un lugar prioritario en los cuidados de la matrona (IPN de la FAME). • Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor, teniendo en cuenta los métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación (Guía Práctica de la OMS). • Informar a la gestante de los medios con los que cuenta el centro para el alivio del dolor (Protocolo SEGO). • Promover el uso de medios no farmacológicos para el alivio del dolor (Carta de Madrid-AEM).
<p>La inmersión en agua durante el trabajo de parto se recomienda como método de alivio del dolor. Se aconseja la inmersión a partir de los 4–5cm. Hay diferencias respecto al tiempo de inmersión: mantener durante 1–2 horas (Protocolo SEGO), no más de 2 horas (IPN de la FAME).</p>
<p>Se recomienda la realización de masajes y contacto físico (GPC del Ministerio de Sanidad, Protocolo de la OMS, IPN de la FAME).</p>
<p>La inyección de agua estéril se considera un método eficaz de alivio del dolor lumbar durante el parto (GPC del Ministerio de Sanidad, IPN de la FAME).</p>
<p>Técnica de electroestimulación transcutánea (TENS): no se aclara la recomendación respecto a su uso. La GPC del Ministerio de Sanidad establece que no se ofrezca su uso en el parto establecido, la IPN de la FAME determina su eficacia no demostrada y el Protocolo de la SEGO declara su ineficacia demostrada.</p>
<p>La acupuntura como método de alivio del dolor durante el parto se considera de eficacia poco o no demostrada (IPN de la FAME, Protocolo de la SEGO y Guía Práctica de la OMS).</p>
<p>Se recomienda el uso de técnicas de relajación durante el parto para el control del dolor (IPN de la FAME, Protocolo de la OMS, GPC del Ministerio de Sanidad).</p>
<p>La analgesia neuroaxial es considerada el método de alivio del dolor más eficaz. (GPC del Ministerio y Protocolo de la SEGO). Respecto a la técnica recomendada, se hace referencia a cualquiera de las técnicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada. Se recomienda informar a las mujeres en el trabajo de parto de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor y no informar solo de la analgesia epidural (Guía Práctica de la OMS, IPN de la FAME, Carta de Madrid-AEM).</p>

- Se recomienda evaluar de forma periódica las constantes vitales en la mujer durante el proceso de parto normal, pero no se establece consenso respecto a la frecuencia (cada 2 horas según el protocolo de la SEGO y cada 4 horas según la IPN de la FAME y la Guía Práctica de la OMS).
- No hay consenso respecto a la canalización de vía venosa periférica, perfusiones intravenosas de rutina, el uso o no de partograma y la frecuencia en el número de tactos vaginales. Respecto al uso del partograma la Guía Práctica de la OMS no recomienda su uso rutinario, mientras que la IPN de la FAME y el protocolo de la SEGO sí lo hacen. Respecto a la frecuencia de tactos vaginales, la Guía de la OMS y la IPN de la FAME recomiendan limitarse al mínimo el número de tactos vaginales estrictamente necesarios, la GPC del Ministerio de Sanidad determina un intervalo de 4 horas y el protocolo de la SEGO entre 2 y 4 horas.
- La monitorización electrónica fetal continua e intermitente junto con auscultación fetal intermitente (doppler o estetoscopio) son válidas en el control del bienestar fetal durante el parto. Se recomienda monitorización continua ante signos de alarma o intervención del parto. Sin embargo, se encuentran diferencias respecto a los tiempos de referencia en la auscultación intermitente (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Monitorización fetal intermitente. Tiempos de referencia

	Ministerio	FAME, SEGO/AEM	OMS
FASE DE DILATACIÓN	C/15-30 min. durante 30-60 seg	C/15 min. durante 60 seg	C/15-30 min tras la contracción
FASE DE EXPULSIVO	C/5-15 min. durante 30-60 seg tras la contracción	C/2-3 contracciones o C/5 min durante 60 seg tras la contracción	Tras C/ contracción

Fase expulsiva:

Se encuentran recomendaciones de consenso entre los documentos revisados:

- Se aconseja la posición que la mujer elija durante esta etapa.
- Esperar a que la mujer sienta ganas de empujar o concluya la fase pasiva del expulsivo.
- Se recomienda pujo espontáneo.
- No se recomienda la realización de masaje perineal, la práctica rutinaria de episiotomía, ni la maniobra Kristeller.

Se encuentran recomendaciones con discrepancias entre los documentos revisados:

- No se establece consenso respecto a los límites de tiempo recomendables en esta etapa, se encuentran divergencias muy llamativas (Ver Tabla 3).
- No hay consenso respecto a la técnica más recomendable para la protección del periné: control de la deflexión de la cabeza fetal mientras se pide a la mujer que no empuje (GPC del Ministerio de Sanidad), emplear técnica según la habilidad de quien asiste el parto y la elección de la mujer (IPN de la FAME), usar una adecuada protección del periné (Protocolo de la SEGO) o se enmarcan las maniobras de protección del periné y manejo de la cabeza fetal dentro de las recomendaciones de categoría C (Guía Práctica de la OMS).
- No se recomienda el uso rutinario de episiotomía. Sin embargo, no se establece un acuerdo en la técnica que hay que usar en caso de realizarse: mediolateral o media (IPN de la FAME) o medio lateral con ángulo de 45°-60° (GPC del Ministerio de Sanidad). Tampoco se establece un acuerdo respecto a las indicaciones para la misma.
- Realizar sutura continua en desgarros de segundo grado y realizar sutura intradérmica continua en la piel. Sin embargo, las diferencias se encuentran respecto al uso del material de sutura: uso de material sintético de absorción normal (GPC del Ministerio de Sanidad), frente a suturas sintéticas de absorción rápida (IPN de la FAME).

Tabla 3. Límites máximos de tiempo recomendados durante el expulsivo

ORGANISMO	GPC Ministerio		SEGO		OMS		FAME	AEM
	N-0 ¹	MULTÍPARA	N-0 ¹	MULTÍPARA	N-0 ¹	MULTÍPARA		
PARTOS PREVIOS								
EPIDURAL ²	4	3	3	2	2	1	-	-
NO EPIDURAL ²	3	2	2	1	2	1	-	-

1 Nulípara
2 Tiempo dado en horas

Fase de alumbramiento:

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento (disminuye el riesgo de hemorragia, la necesidad de transfusión y acorta su duración) y el uso de oxitocina parenteral como uterotónico de elección. Pero no se establece ningún acuerdo entre la vía de administración de elección (intramuscular o intravenosa):

- GPC del Ministerio de Sanidad: 10 UI IV lenta.
- IPN de la FAME: 10 UI IM.
- Protocolo de la SEGO: Oxitocina vía parenteral.
- Guía Práctica de la OMS: 10 UI vía parenteral.

Cuidados del recién nacido:

- Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical, aunque no se encuentra consenso respecto al tiempo que se debe esperar para cortar el cordón: 1-3 minutos (Guía Práctica de la OMS), 2-3 minutos (IPN de la FAME), a partir del segundo minuto (GPC del Ministerio de Sanidad), cuando el cordón deje de latir (protocolo de la SEGO, GPC del Ministerio de Sanidad) o evitar el pinzamiento precoz del cordón umbilical salvo indicación absoluta (Carta de Madrid-AEM).
- Se recomienda el contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento e iniciar la lactancia materna lo antes posible, preferiblemente dentro de la primera hora posparto.

Conclusiones

La mayoría de los puntos de mayor relevancia en la asistencia al parto normal de los diferentes organismos coinciden en las recomendaciones propuestas. Sin embargo, existen prácticas entre las que no hay consenso. Las diferencias más significativas en cuanto a la fase de dilatación se encuentran en los intervalos de tiempo aconsejados para el control del bienestar fetal mediante auscultación intermitente. En cuanto al expulsivo, las diferencias más relevantes se hallan en los tiempos máximos de referencia establecidos para este periodo, lo que supone diferencias muy llamativas de hasta el doble de tiempo aconsejado como dentro de la normalidad de un documento a otro.

Las diferencias más importantes, como las señaladas anteriormente, serían susceptibles de revisión para la elaboración de directrices comunes. Esto, probablemente, conllevaría una mejora de la calidad asistencial ofrecida por las matronas en la atención al parto normal y supondría un crecimiento del conjunto de conocimientos propios de la profesión.

Bibliografía

1. Real Decreto 1837/2008 de 8 de noviembre por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado (BOE núm. 280, de 20 de noviembre de 2008). p. 46185-320.
2. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
3. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. 2008. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996.
5. Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de enero de 2014). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
6. Soni BL. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

7. Abalos E. Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
8. Amorim M. Amniotomía y oxitocina tempranas para la prevención o el tratamiento del retraso del período dilatante del trabajo de parto espontáneo en comparación con la atención de rutina: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de noviembre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
9. Wolomy JJ, Tozin RR. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo: Comentario de la BSR (última revisión: de enero de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
10. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
11. Lavender T, Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA 2009/01.
13. La Carta de Madrid. Por la mejora de la atención al parto de bajo riesgo. Asociación Española de matronas; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/LA_CARTA_DE_MADRID_ESPANOL.pdf

Estefanía Bueno Montero

Óxido nitroso, una alternativa eficaz para el manejo del dolor de parto

Matrona en el Hospital de Jerez (Cádiz)

E-mail: buenoestefania@hotmail.es

Resumen

El alivio del dolor es un tema importante para las embarazadas durante el trabajo de parto. Se conoce que el grado de dolor experimentado y la efectividad del alivio del dolor influyen en la satisfacción de la mujer con el trabajo de parto, así como directamente con el parto en sí mismo. Además, se pueden producir una serie de efectos emocionales y psicológicos, tanto inmediatos como a largo plazo, que influyen sobre la lactancia y en la interacción madre-recién nacido.

Para el alivio de este dolor encontramos métodos invasivos y no invasivos. Debido a que muchas mujeres prefieren evitar los métodos farmacológicos invasivos, se deben dar a conocer el resto de métodos a la mujer. El óxido nitroso es uno de los más efectivos dentro de los métodos farmacológicos alternativos a la epidural y con muchos menos efectos negativos para la madre y el bebé.

Palabras clave: parto; dolor; anestesia epidural; óxido nitroso.

Abstract

Nitrous oxide, an effective alternative for pain management in labor

Pain relief is a significant issue in pregnant women during labor. Pain level and pain relief achievement has a well-known impact on women satisfaction regarding labor, as well as on labor itself. Furthermore, a number of emotional and psychological effects may develop, both immediate and long-term, with a potential impact on breastfeeding and mother-newborn interaction.

Pain relief can be offered through invasive and non-invasive methods. As many women prefer invasive drug therapy avoidance, details on other methods should be given to them. Nitrous oxide is among the most effective drug methods as an alternative to epidural anesthesia, and has fewer negative effects both in women and newborns.

Key words: labor; pain; epidural anesthesia; nitrous oxide.

Introducción

Hoy en día una de las preocupaciones más comunes entre las mujeres embarazadas es el miedo al dolor durante el parto. Muchas de ellas, la gran mayoría, no quieren sentir ningún tipo de dolor, ya que les aporta un elevado grado de angustia y ansiedad.

Los esfuerzos para aliviar el dolor que surge como consecuencia del nacimiento de un ser humano, probablemente, sean tan antiguos como la humanidad misma. Desde la antigüedad, mediante los ritos, brebajes y encantamientos de las sociedades primitivas hasta la actualidad, con la presencia de las tendencias analgésicas, confirmadas por los descubrimientos de la medicina, la historia de la analgesia obstétrica desde mediados del siglo XIX, cuando se administraba éter sulfúrico en los partos, ha tenido como principal objetivo liberar a la parturienta de esa cuota de sufrimiento innecesario que, actualmente, parece destinado a desaparecer (1).

El dolor puede definirse como la experiencia tanto sensorial como emocional desagradable, única, subjetiva y multidimensional, que se encuentra condicionada por factores culturales, emocionales y sociales (2).

Muchas gestantes sienten algún tipo de miedo, en mayor medida al ver que se acerca el momento del parto debido al temor de no saber a qué se van a enfrentar. El desconocimiento ante una situación que nunca se ha vivido es el causante de generar angustia y, debido a esto, generalmente la mujer suele enfrentarse con menos temor al segundo parto, con la excepción de que la primera experiencia fuese negativa (3).

La diversidad en cuanto a tolerancia y manifestación del dolor confirma la necesidad de considerarlo como un fenómeno multidimensional (4).

Dentro de las medidas para el alivio del dolor de parto nos encontramos con medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas. Las que se usen en cada parto dependerán de las preferencias de las parturientas, así como de la disponibilidad y los medios que le brinde el centro sanitario en el cual darán a luz.

El papel de la matrona es fundamental a la hora de asesorar, explicar e informar a la gestante sobre la serie de medidas que se pueden utilizar en el parto para el manejo de este dolor, insostenible para muchas o llevadero para otras.

Objetivos

Dar a conocer a los profesionales de la salud, en especial, al gremio de las matronas, que el empleo del óxido nitroso para el alivio del dolor de parto como técnica alternativa a la epidural, en mujeres que así lo demanden y en hospitales donde se disponga de este gas, es un método seguro, eficaz y de buenos resultados.

Método

Esta revisión se ha realizado a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Se buscaron las referencias en las bases de datos Pubmed, Uptodate, Cochane, Medline y Scielo, además de en las páginas electrónicas de las siguientes asociaciones: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Federación de Asociaciones de Matronas de España y la Asociación Española de Pediatría.

- Criterios de inclusión:
 - La búsqueda se ha realizado entre los años 1982 al 2013 en español e inglés.
 - Se han utilizado artículos publicados en revistas científicas, trabajos de investigación realizados y monografías.

Resultados

La analgesia epidural parece ser eficaz para el alivio del dolor durante el trabajo de parto. Sin embargo, las mujeres que utilizan esta forma de alivio del dolor se encuentran en un mayor riesgo de acabar en un parto instrumental (5). Es por ello que, dentro de las medidas alternativas farmacológicas a la epidural, encontramos el óxido nitroso como el método más efectivo y con menor riesgo de acabar de forma distócica.

El óxido nitroso se considera una alternativa eficaz de analgesia en el trabajo de parto. Su administración, al 50% junto con oxígeno, se realiza de manera habitual en países como Inglaterra, Canadá, Australia, Finlandia y Suecia, que describen la utilización de esta técnica analgésica en el 40-60% de los partos (6).

El óxido nitroso es el primer gas empleado en medicina desde hace aproximadamente unos 175 años. Gracias a que no es un gas inflamable, es extremadamente seguro para uso medicinal. Otras características que le confieren seguridad son: bajo coeficiente de solubilidad, efecto de la concentración y del segundo gas, analgesia y sedación, no se metaboliza en el organismo y posee mínimos efectos colaterales.

Su principal aplicación es la anestesia, empleándose solo o como coadyuvante de otros agentes anestésicos inhalatorios o intravenosos. Al aplicarse se reduce la Concentración Alveolar Mínima de los agentes volátiles potentes, así como la Velocidad Mínima de Infusión de los anestésicos intravenosos, lo cual disminuye los efectos colaterales de estos últimos.

El óxido nitroso siempre se usa en forma gaseosa y debe administrarse por inhalación, mezclado con el oxígeno, en concentraciones comprendidas entre el 50% y el 70%. En la mujer embarazada, la concentración administrada es del 50% mezclada con oxígeno. De este modo se emplea en la analgesia del trabajo de parto, donde se administra inhalada a través de una mascarilla o boquilla.

Tiene una acción rápida, aunque también un rápido cese, y no ejercen influencia alguna en la disminución de contracciones uterinas. La absorción se efectúa por vía pulmonar de modo muy eficaz. Debido a la enorme capacidad de difusión y a la baja solubilidad del óxido nitroso, la concentración alveolar se halla cercana a la concentración inhalada en menos de cinco minutos. Su administración puede realizarse de forma continua o intermitente, únicamente durante las contracciones. La administración intermitente disminuye el riesgo de sobredosificación, pero a costa de un retraso en el inicio de la acción.

Como posibles efectos secundarios hay que mencionar: mareos, náuseas, somnolencia y alteración del recuerdo (7). De sus múltiples beneficios destacan:

- Reducción de la ansiedad y el miedo.
- Control de los movimientos corporales involuntarios.
- Aumento del umbral del dolor.
- Acción de rápido efecto.
- Rápida recuperación.
- No produce ningún tipo de irritación.
- Es ideal para mujeres embarazadas que requieran sedación durante la primera y segunda fase del trabajo de parto.
- Posoperatorio sin complicaciones.
- No genera alteraciones por acumulación en otros órganos, ya que no sobrecarga el metabolismo hepático ni renal.
- No es tóxico, puesto que no se metaboliza.
- Tiene mínimas contraindicaciones.

Es seguro su uso, principalmente, porque no se evidencian daños ni en la madre ni en el bebé (8-10). Pero debe tenerse en cuenta que se encuentra contraindicado, o se debe tener una especial precaución, en las siguientes situaciones: personas con hipersensibilidad, lesiones maxilofaciales, neumotórax, embolia gaseosa, infecciones del oído medio, pacientes que necesiten una ventilación con oxígeno puro, enfisema bulloso y otros aumentos de cavidades aéreas patológicas (11-12).

Hay que tener en cuenta, además, que el óxido nitroso potencia los efectos hipnóticos de los anestésicos intravenosos o por inhalación (tiopental, benzodiazepinas, morfínicos, halogenados), lo que permite disminuir sus posologías (11-13).

El modo de empleo debe ser explicado a la parturienta de forma meticulosa, ya que se debe utilizar de modo correcto para que sea efectivo. La matrona, como educadora de la mujer gestante, tiene una función muy importante en la información sobre los distintos métodos que hay disponibles, sus beneficios y desventajas, indicaciones y contraindicaciones (14).

La inhalación debe empezar antes de que comiencen las contracciones uterinas, justo cuando la mujer empieza a darse cuenta de que va a empezar la contracción, y su inhalación debe ser intermitente.

Entre contracciones, la mascarilla de inhalación debe ser retirada y se debe respirar normalmente. Hay que tener en cuenta que para aquellas mujeres que reciban óxido nitroso se deberá contar con oximetría del pulso (15).

Dentro de los estudios hallados encontramos la siguiente evidencia:

- Se incluyeron veintiséis estudios que aleatorizaron a 2.959 mujeres, donde se comparaba esta analgesia inhalada frente a un tipo diferente de analgesia inhalada. El alivio del dolor se midió con una escala analógica visual (EAV) de 0 a 100 mm, en la que 100 corresponde al mayor alivio. Se concluyó con la afirmación de que la analgesia inhalada parece ser efectiva para reducir la intensidad del dolor y para proporcionar alivio del dolor en el trabajo de parto. Sin embargo, se detectó una heterogeneidad considerable en cuanto a la intensidad del dolor. Los derivados de flurano dan lugar a una mayor somnolencia en comparación con el óxido nitroso (16).
- Tras una revisión bibliográfica, se obtuvieron un total de 230 referencias, de las cuales se seleccionaron 24 trabajos y tres ensayos clínicos que englobaron a un total de 565 mujeres con edades comprendidas entre los 25 y los 32 años. Tras esto se afirmó que el óxido nitroso se muestra como un analgésico de actividad moderada y seguridad contrastada para ser utilizado como analgésico inhalatorio al 50% con oxígeno durante el parto, por lo que se considera factible su posible instauración en la práctica clínica diaria (17).

Conclusiones

El alivio del dolor de parto es una parte importantísima del trabajo de la matrona a la hora de atender a la gestante, ya que, como se puede evidenciar si se aborda de la manera correcta según las preferencias de la mujer, el desarrollo del parto será óptimo, así como la mujer se encontrará más relajada y centrada en ella misma y en su bebé durante el trabajo de parto.

La educación sanitaria es una pieza clave en la atención a la embarazada. Es por ello que las matronas deben estar instruidas sobre las medidas alternativas a la epidural para el manejo de dolor y deben, además, conocer la evidencia científica más actualizada que avala el uso de dichas técnicas. Es nuestra obligación el conocer estas técnicas, al tiempo que es necesario darlas a conocer a las mujeres para que nuestros cuidados se aproximen (al máximo) al camino de la excelencia. Somos un gremio que debe caminar muy próximo a la investigación e ir de la mano de los cuidados y las técnicas que proporcionen a la embarazada una atención de calidad.

Debemos promover el uso del óxido nitroso para el dolor de parto en aquellas mujeres que lo demanden, puesto que tiene mucho menos efectos secundarios a largo y corto plazo que la epidural, así como una evidencia que muestra que con esta analgesia inhalatoria se consiguen unos buenos efectos terapéuticos sin influir negativamente en la salud de la madre o de su futuro bebé.

Bibliografía

1. Molina FJ. Tratamiento del dolor en el parto. Rev. Soc. Esp. Dolor 1999; 6:292-301.
2. Torres LM. Medicina del dolor. Barcelona: Masson; 1997.
3. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth 2002; 29:101-111.
4. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Profesión 2006; 7(1):14-22.
5. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library 2008; 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Ministerio de Salud de Chile (Minsal). Guía clínica analgesia del parto. Santiago de Chile: Minsal; 2007.
7. Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. Am. J. Obstet. Gynecol. 2002; 186(5 Suppl Nature):S110-126.

8. Westling F, Milsom I, Zetterstrom H, Ekstrom-Jodal B, Westling F, Milsom I, et al. Effects of nitrous oxide/oxygen inhalation on the maternal circulation during vaginal delivery. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1992; 36:175-181.
9. Stefani SJ, Hughes SC, Schnider SM, Levinson G, Abboud TK, Henriksen EH, et al. Neonatal neurobehavioral effects of inhalation analgesia for vaginal delivery. *Anesthesiology* 1982; 56:351-355.
10. Arthurs GJ, Rosen M, Arthurs GJ, Rosen M. Acceptability of continuous nasal nitrous oxide during labour: a field trial in six maternity hospitals. *Anaesthesia* 1981; 36:384-388.
11. Clyburn P. The use of Entonox for labour pain should be abandoned. *Int. J. Obstet. Anesth.* 2001; 10:27-29.
12. Chessor E, Verhoeven M, Hon CY, Teschke K. Evaluation of a modified scavenging system to reduce occupational exposure to nitrous oxide in labor and delivery rooms. *J. Occup. Environ. Hyg.* 2005; 2:314-322.
13. World Health Organization (Division of reproductive health). Care in normal birth. Ginebra: OMS; 1996. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
14. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med.* 2008; 6:7.
15. Afolabi BB, Lesi FEA, Merah NA. Anestesia regional versus general para la cesárea. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2006; 4: CD004350.
16. Klomp T, Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Analgesia inhalada para el tratamiento del dolor en el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 9: CD009351.
17. Ruiz Aragón J, Beltrán Calvo C. Eficacia y seguridad de la utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto. Informe de respuesta rápida. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2010.

Repercusión de prácticas relacionadas con el parto en el riesgo de aparición de depresión posparto

¹ Ana Belén Laviña Castán
¹ Javier Hernández Pérez
¹ Miguel Ángel García Martínez
¹ Rebeca Amayas Lora
¹ María Luz Gotor Colás
² Sofía Gotor Colás

¹ Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).
² Especialista en Obstetricia y Ginecología (Supervisora de Matronas) del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).

E-mail: anabelenlavina@gmail.com

Nota. Parte de este estudio se presentó como ponencia en el XVI Congreso Nacional de Matronas, celebrado entre los días 6 y 8 de junio de 2013 en Zaragoza.

Resumen

Objetivo: determinar si en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza existe una asociación entre la Depresión Posparto (DPP) y la no realización de prácticas recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal: limitación de analgesia epidural, episiotomía y cesárea, acompañamiento continuo, contacto precoz madre-recién nacido e inicio temprano de la lactancia materna.

Método: estudio de cohortes realizado en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza entre octubre y noviembre de 2011 a partir de una muestra de 541 puérperas.

Mediante un cuestionario, realizado antes del alta hospitalaria, se recogieron variables obstétricas, socio-demográficas y de satisfacción con el parto.

Transcurridas entre 6 y 8 semanas tras el parto, se contactó telefónicamente con dichas mujeres y se midió la presencia de una probable DPP mediante la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS); se consideró un test positivo y la presencia de DPP en los resultados con una puntuación igual o superior a 10.

Se realizó un análisis bivalente, en el que se relaciona cada una de las variables con test EPDS positivo.

Resultado: de la muestra estudiada, un 10,35% de las madres padecían una probable DPP según la EPDS. Se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre la DPP y las variables parto prematuro (RR 2,17; IC 95% 1,22-3,86; p=0,01), lactancia precoz (RR 0,58; IC 95% 0,35-0,95; p=0,03), continuación de la lactancia (RR 0,57; IC 95% 0,35-0,95; p=0,03) y nacionalidad (RR 0,50; IC 95% 0,29-0,86; p=0,01).

Conclusiones: la única recomendación de la "Estrategia de Atención al Parto Normal" que se relaciona con la DPP es el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto, ya que se considera un factor protector.

Palabras clave: Depresión Posparto (DPP); parto; cesárea; lactancia materna; episiotomía.

Abstract

Impact of birth-related practices on the risk of developing postpartum depression

Purpose: To assess potential relationships between postpartum depression (PPD) and the fact of not using some recommended strategies for normal birth care at Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Spain: epidural anesthesia, episiotomy, and Cesarean section use restrictions; ongoing support; early mother-newborn contact; and early breastfeeding onset.

Methods: A cohort study was carried out at Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Spain, from October to November 2011, based on a sample including 541 women.

A questionnaire was filled before hospital discharge; data were collected on obstetrical and sociodemographic endpoints and patients satisfaction regarding delivery.

Women were approach through a phone call 6-8 weeks after childbirth, and PPD was measured using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); a score greater or equal to 10 was considered a positive result indicating PPD.

A bivariate analysis was carried out to assess the association of each endpoint with a positive EPDS test.

Results: Among included women, 10.35% showed a probable PPD according to EPDS findings. A statistically significant association between PPD and preterm birth (RR 2.17; 95% CI 1.22-3.86; p = 0.01), breastfeeding (RR 0.58; 95% CI 0.35-0.95; p = 0.03), breastfeeding maintenance; (RR 0.57; 95% CI 0.35-0.95; p = 0.03) and nationality (RR 0.50; 95% CI 0.29-0.86; p = 0.01) was found.

Conclusions: The only recommendation on strategies for normal birth care regarding PPD is breastfeeding onset within the first two hours after birth, because breastfeeding is considered to be a protective factor.

Key words: Postpartum depression (PPD); delivery; Cesarean section; breastfeeding; episiotomy.

Introducción

El periodo de posparto es un momento especialmente vulnerable para sufrir un episodio de enfermedad mental (1).

Las alteraciones psiquiátricas del posparto se clasifican en tres categorías: tristeza o melancolía puerperal, depresión posparto y psicosis puerperal (2).

- La melancolía puerperal o "maternity blues" es un proceso leve y de corta duración. Si los síntomas persisten más de 15 días, precisa valoración, porque pueden desencadenar en un episodio depresivo mayor (2).
- La depresión puerperal es definida en el DSM-IV como 'todo episodio depresivo mayor que se presenta dentro de las cuatro semanas posteriores al parto' (3). Aparece también definida en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), donde se refleja en la F32 y F33 (4). Comienza entre la tercera o cuarta semana posparto y alcanza unas tasas que oscilan entre el 10 y el 15% (2).

Los síntomas característicos de la depresión posparto son: pérdida de interés, cansancio exagerado, disminución de la atención, pérdida de confianza en sí misma, culpabilidad e inutilidad, alteraciones del sueño y el apetito (5,6), elementos que pueden confundirse con los cambios propios de adaptación a la nueva situación (7).

Se ha observado en diversos estudios una escasa detección, tratamiento y derivación de madres con DPP (8). La mayoría de las madres con depresión no solicitan ayuda y solo una cuarta parte consulta a un profesional de la salud (9).

La DPP no diagnosticada ni tratada ocasiona una severa morbilidad, influye en la relación de pareja y en el estado de salud mental de la mujer a largo plazo (10). Además, la DPP también puede afectar al bebé. Se ha demostrado que la depresión materna es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo emocional de los hijos (11).

El embarazo y el nacimiento son periodos considerados potenciales generadores de estrés, siendo el nacimiento de un bebé un acontecimiento precipitante en mujeres predispuestas, como pueden ser, las que presentan antecedentes personales psiquiátricos (2), mujeres que padecieron DPP antes de la gestación (12), o durante la misma (12-14), la pérdida reciente de una persona significativa (12) y una actitud negativa o una gestación no deseada (15).

Debido a la alta prevalencia y a las graves consecuencias de este trastorno sería importante detectarlo precozmente, pues, según Hannah (16), el factor más claramente relacionado con la presentación de DPP es la aparición de trastornos emocionales en el posparto inmediato. Este dato también se refleja en un estudio llevado a cabo por Dennis en 2004 (17), donde una puntuación alta obtenida en un test de rastreo de DPP en la primera semana después del parto se relacionó de forma significativa con las puntuaciones altas a las 4 y 8 semanas del posparto, lo que confirma así el riesgo de DPP. No obstante, se aconseja indagar la posible presencia de DPP en todas las madres (2,7) y no solo en las de "supuesto" mayor riesgo, debido a que estudios como el de Pérez Villegas (7) y Urdaneta (18), entre otros, encuentran que algunos factores de riesgo de DPP no resultan estadísticamente significativos.

Para promover la identificación de las madres que experimentan DPP se han desarrollado instrumentos de despistaje que permiten seleccionar a las madres que precisan evaluación diagnóstica posterior. En diversos estudios (18,19) se ha demostrado que la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) es un buen método de pesquisa precoz de DPP, puesto que a la mayoría de las madres con test positivo se les ha confirmado el diagnóstico de depresión.

Actualmente, es evidente que se vive una etapa en la que existe una demanda colectiva para mejorar la calidad asistencial en la atención al nacimiento. En respuesta a esta petición surge la "Estrategia de Atención al Parto Normal" (20), que señala que la atención al parto solo se debe intervenir para corregir desviaciones de normalidad, puesto que ya en su día la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que el parto es un proceso fisiológico y normal (21).

La Estrategia de Atención al Parto Normal (20) recomienda la realización de unas prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible; entre ellas destacamos: evitar la práctica rutinaria de rasurado perineal, promover una política de episiotomía selectiva (no sistemática), no analgesia epidural de rutina, acompañamiento continuo de una persona elegida por la parturienta y/o personal sanitario, evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología, racionalización de las tasas de cesáreas, contacto precoz madre-recién nacido (al menos los primeros 70 minutos tras el parto), favorecer el vínculo materno y el inicio precoz de la lactancia. Respecto al instinto de amamantamiento, señala que se desencadena correctamente si el bebé permanece con su madre durante las dos primeras horas tras el parto, ya que realiza en este periodo de tiempo una primera toma de forma espontánea.

En el estudio de Blom (15) se muestra que cuando el proceso de gestación o parto se ve alterado por ciertas complicaciones obstétricas (cesárea urgente, preeclampsia, hospitalización durante la gestación e, incluso, el parto inducido) y/o perinatales (distrés fetal, ingreso del recién nacido), las madres presentan mayor riesgo para desarrollar DPP.

Un aspecto que hay que tener en cuenta es la satisfacción de la mujer con su parto. Las experiencias negativas incrementan el riesgo de DPP y pueden crear actitudes negativas en futuros embarazos (22).

Basándonos en la búsqueda bibliográfica, decidimos estudiar la repercusión de las prácticas obstétricas en el desarrollo de la DPP, principalmente, las prácticas recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal, señaladas anteriormente, por considerarlas más relevantes.

También estudiamos otras variables obstétricas y sociodemográficas que enriquecen nuestro trabajo a nivel de aportación de datos: edad, nacionalidad, paridad, parto prematuro, embarazo gemelar, continuación de lactancia materna y satisfacción con su parto.

La hipótesis de nuestro estudio es que la aplicación de las prácticas recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal: la analgesia epidural, episiotomía, acompañamiento continuo, tipo de parto, contacto precoz madre-recién nacido e inicio temprano de la lactancia materna, ocasionan una disminución del riesgo de presentar DPP.

Objetivos

- **Objetivo principal:** determinar si en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza existe una asociación entre la DPP y la no realización de las prácticas recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal: limitación de analgesia epidural, episiotomía y cesárea, acompañamiento continuo, contacto precoz madre-recién nacido e inicio precoz de la lactancia materna.
- **Objetivos secundarios**
 - Conocer la incidencia del riesgo de DPP en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
 - Identificar mediante la Escala de DPP de Edimburgo a las madres con riesgo de DPP entre las 6-8 semanas posparto.
 - Determinar si otros factores obstétricos, como prematuridad, patología en la gestación, paridad, gemelaridad, mantenimiento de la lactancia materna a las 6-8 semanas posparto y grado de satisfacción de la mujer con su parto, influyen en el riesgo de presentar DPP.
 - Evaluar la relación entre las variables sociodemográficas (edad y nacionalidad) y el riesgo de DPP.
 - Determinar si existe asociación entre la satisfacción con el parto y la DPP.

Material y métodos

- **Tipo de estudio:** estudio de cohortes.
- **Ámbito:** Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Este es un hospital terciario cuya maternidad asiste a las Áreas de Salud 2 y 5 del mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. Es el centro de referencia de Neonatología y Cirugía Pediátrica de Aragón, La Rioja y Soria. En el año en que se realizó el estudio el hospital atendió un total de 4.521 partos.
- **Sujetos de estudio:** la población que se estudió fue la referida a todas las madres que dieron a luz en los meses de octubre y noviembre de 2011 en el HUMS de Zaragoza. La muestra se formó con las madres que cumplían los criterios de inclusión. Se decidió un tipo de muestreo consecutivo no aleatorio, por tanto, no hizo falta realizar un cálculo muestral.
- **Criterios de inclusión y exclusión**
 - Criterios de inclusión: nacimiento de un feto vivo con una edad gestacional igual o superior a 22 semanas.
 - Criterios de exclusión:
 - Aborto: expulsión de un feto de menos de 500 g y/o menos de 22 semanas de gestación (23).
 - En el parto actual: muerte fetal (antes del nacimiento) o del recién nacido antes de la 8.^a semana del posparto.

- Dificultad para comprender el castellano.
- Mujeres que no desearan participar en el estudio y/o no firmasen su consentimiento.

Se entregó la encuesta a todas las madres, a excepción de las que cumplían los criterios de exclusión. El único criterio de exclusión que podría darse con posterioridad era la muerte del recién nacido desde el alta materna hasta la realización del test EPDS a la 8.ª semana, dato que se confirmaba al realizar dicho test por vía telefónica.

• Variables

- Variables de nuestro estudio en referencia a las prácticas recomendadas en la Estrategia de Atención al Parto Normal:

- Episiotomía: *sí/no*.
- Manejo del dolor en el parto: epidural *sí/no*.
- Percepción por la mujer de tener un apoyo continuo durante el parto y posparto por la matrona: *sí/no*.
- Acompañamiento durante el parto y posparto por la persona elegida por la mujer: *sí/no*.
- Tipo de parto: normal, instrumental (ventosa o fórceps), cesárea.
- Contacto precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido durante al menos los 70 minutos tras el parto: *sí/no*.
- Primera toma de lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto (lactancia precoz): *sí/no*.

- Variables sociodemográficas:

- Edad materna.
- Nacionalidad: española, extranjera.

- Variables obstétricas:

- Primípara: *sí/no*.
- Prematuridad: *sí/no*.
- Patología durante la gestación: *sí/no*.
- Parto gemelar: *sí/no*.
- Ingreso hospitalario del bebé: *sí/no*.
- Tipo de lactancia materna a la 6ª-8ª semana posparto: lactancia materna/lactancia mixta y artificial.

- Otras variables:

- Satisfacción de su parto; adecuación con sus expectativas: *sí/no*.
- Consulta con psicólogo o psiquiatra alguna vez: *sí/no*.

• Recogida de datos

La información se recogió, tras la firma del consentimiento informado por la madre, mediante un cuestionario diseñado específicamente para la investigación y creado sobre la base de la bibliografía consultada. En él se incluían las variables enumeradas con anterioridad.

El cuestionario fue aceptado por el equipo investigador y validado sobre un 5% de las madres que dieron a luz en el HUMS de Zaragoza en septiembre de 2011 (dos meses antes de la realización del estudio).

El cuestionario era entregado y recogido por seis matronas. Las madres lo cumplimentaban antes del alta hospitalaria (2.º-5.º día). Para mayor fiabilidad en la recogida de datos, se consultó la historia clínica para confirmar los datos obstétricos y la presencia de patología psiquiátrica previa.

Para minimizar la pérdida de datos en la recogida de encuestas, se completaban los datos que faltaban mediante la revisión de las historias clínicas. Para la obtención de aquellos no recogidos en la historia (apoyo por la matrona, acompaña-

miento por la persona elegida por ella, lactancia materna en las dos primeras horas, consulta anterior con un psiquiatra) se contactaba telefónicamente con la madre.

Entre la sexta y la octava semana tras el parto, se contactó telefónicamente con las madres para realizar la EPDS. Si no eran localizadas inicialmente, se les realizaba cuatro llamadas en días consecutivos, y se consideraba como pérdida si no se podía contactar con ellas. Se decide utilizar la vía telefónica para la realización del test, ya que un estudio publicado en 2012 (24) lo considera un método factible para la detección de DPP.

Para el uso de la escala se emplean las instrucciones dadas por Cox (25). La escala está constituida por 10 ítems que hacen referencia a cómo se ha sentido la mujer durante los siete días anteriores a su cumplimentación. Cada una de estas respuestas se valora de 0 a 3 puntos. Toda puntuación igual o mayor a 10 se considera un test positivo, que indica un probable DPP. Con este punto de corte la sensibilidad es del 79% y la especificidad del 95,5%, como indica el estudio de García-Esteve (26).

Anexo 1. La escala EPDS

Instrucciones

Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

EN LOS PASADOS 7 DÍAS:

(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Igual que siempre
 Ahora, no tanto como siempre
 Ahora, mucho menos
 No, nada en absoluto

(2) He mirado las cosas con ilusión

- Igual que siempre
 Algo menos de lo que es habitual en mí
 Bastante menos de lo que es habitual en mí
 Mucho menos que antes

(3) Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

(4) Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo

- No, en ningún momento
 Casi nunca
 Sí, algunas veces
 Sí con mucha frecuencia

(5) He sentido miedo o he estado asustada sin motivo

- Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, en absoluto

(6) Las cosas me han agobiado

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
 No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
 No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

(7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

(8) Me he sentido triste o desgraciada

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 No con mucha frecuencia
 No, en ningún momento

(9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 Sólo en alguna ocasión
 No, en ningún momento

(10) He tenido pensamientos de hacerme daño

- Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 En ningún momento

¿Está satisfecha con este proyecto de calidad?

- Sí, bastante Sí No No, en absoluto

Comentarios: _____

NO DPP: puntuación menor 10. LÍMITE RIESGO DPP: puntuación igual o superior a 10

• Estrategia: búsqueda bibliográfica

Se realizó durante el año 2011 una revisión de la evidencia científica disponible en las bases de datos: The Cochrane Library, PubMed, Medline, Scielo y Cuiden. También se han revisado manuales, revistas de obstetricia, salud mental y revistas relacionadas con nuestra profesión (Matronas Profesión, Midwifery, Journal of Midwifery & Women's Health, Birth) y las últimas recomendaciones de las sociedades científicas.

• Estrategia del análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron mediante proporciones (porcentajes). Para las variables cuantitativas se comprobó la normalidad de su distribución mediante el test de Kolmogorov-Smirnof: aquellas variables que cumplieron los criterios de normalidad se describieron mediante la media y su desviación típica (DT) y las que no cumplieron dichos criterios se presentaron con mediana y rango intercuartílico (RIC).

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con los test Chi cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher mediante el cálculo del RR y su IC para cuantificar la magnitud del efecto. Para la asociación entre variables cualitativas y cuantitativas se empleó el test estadístico U de Mann-Whitney (una vez comprobada la no normalidad de la distribución de la variable cuantitativa en cada una de las categorías de la variable categórica).

En todos los casos se fijó un nivel de significación de $p < 0,05$.

El análisis fue realizado con el software estadístico SPSS versión 15.0.

• Consideraciones éticas

El Comité de ética e investigación Clínica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza autorizó este trabajo.

Debido a que posteriormente debíamos contactar telefónicamente con las madres, el cuestionario no es anónimo, pero se asegura la confidencialidad, según las normas vigentes actualmente y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Resultados

Durante el periodo de estudio hubo un total de 737 partos en el HUMS. Fueron excluidas 71 madres por cumplir los criterios de exclusión, tal y como puede verse en el gráfico del flujograma (Ver Gráfico 1).

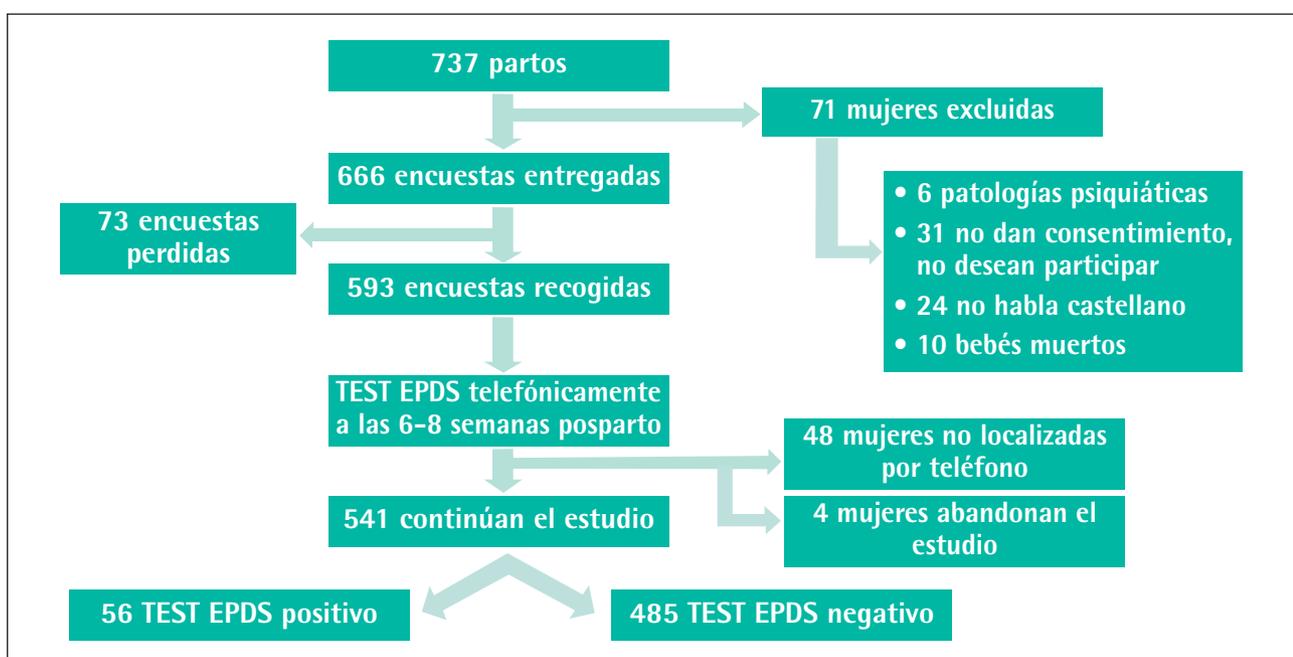


Gráfico 1. Flujograma

Se entregaron un total de 666 encuestas. De estas, se recogieron 593 (73 encuestas no pudieron ser recogidas, por lo que se perdió un 10,96%).

Al contactar a las 6-8 semanas del posparto telefónicamente con las 593 madres para realizar la escala de Edimburgo, 48 no fueron localizadas y 4 decidieron abandonar el estudio, lo que dio lugar a una muestra final de 541. De ellas, 56 (10,35%) dieron resultado positivo en el test EPDS.

El rango de edad osciló entre 18 y 44 años. El resto de características generales de la muestra del estudio se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la muestra

Edad	32,87 ± 4,47*
Paridad	1 (1)**
Nacionalidad española	452/541 (83,55%)
Prematuridad	59/541 (10,91%)
Patología en gestación	122/541 (22,55%)
Parto gemelar	27/541 (4,99%)
Ingreso del bebé	125/541 (23,11%)
Episiotomía	263/541 (48,61%)
Epidural	473/541 (87,43%)
Apoyo de la matrona	522/538 (97,03%)
Acompañamiento por persona elegida	428/532 (80,45%)
Tipo de parto	
Parto normal	376/541 (69,50%)
Parto instrumental	84/541 (15,53%)
Cesárea	81/541 (14,97%)
Contacto precoz en la primera hora	395/541 (73,01%)
Lactancia materna en las dos primeras horas	379/539 (70,32%)
Tipo de lactancia a las 6-8 semanas posparto	
Lactancia materna	301/540 (55,74%)
Lactancia mixta	135/540 (25,00%)
Lactancia artificial	104/540 (19,26%)
* Media ± desviación típica	
** Mediana (rango intercuartílico)	

Se analizaron los posibles factores explicativos de presencia o no de test EPDS positivo. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Se asociaron con la presencia de test de Edimburgo positivo las variables "parto prematuro" (RR 2,17; IC95% 1,22-3,86), "nacionalidad" (RR 0,50; IC 95% 0,29-0,86), "lactancia precoz" (primera toma en las dos primeras horas tras el parto) (RR 0,58; IC 95% 0,35-0,95) y "lactancia a las 6-8 semanas" (RR 0,57; IC95% 0,35-0,95).

Se analizó también la relación entre la primera toma de lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto y otras variables, lo que dio como resultado una asociación estadísticamente significativa con tipo de parto eutócico (RR 1,74; IC 95% 1,47-2,07) y con contacto precoz piel con piel en la primera hora tras el parto (RR 3,651, IC 95% 2,73-4,89).

Tabla 2. Relación depresión posparto y posibles factores asociados

Variables predictoras	Depresión posparto				Significación estadística (p)	Riesgo relativo (IC 95%)
	Sí		No			
Nacionalidad						
Española	41	9,09%	410	90,91%	0,01*	0,50 (0,29-0,86)
Extranjera	16	17,98%	73	82,02%		
Primípara						
Sí	27	9,03%	272	90,97%	- **	
No	30	12,45%	211	87,55%		
Parto prematuro						
Sí	12	20,34%	47	79,66%	0,01*	2,17 (1,22-3,86)
No	45	9,36%	436	90,64%		
Patología en gestación						
Sí	17	14,05%	104	85,95%	0,15	
No	40	9,55%	379	90,45%		
Gemelar						
Sí	0	0,00%	27	100,00%	0,09	
No	57	11,11%	456	88,89%		
Ingreso hospitalario de su bebé						
Sí	16	12,80%	109	87,20%	0,35	
No	41	9,88%	374	90,12%		
¿Se le ha realizado episiotomía en el parto?						
Sí	27	10,27%	236	89,73%	0,83	
No	30	10,83%	247	89,17%		
¿Analgesia epidural?						
Sí	48	10,17%	424	89,83%	0,44	
No	9	13,24%	59	86,76%		
¿Considera que la matrona le ha apoyado?						
Sí	53	10,17%	468	89,83%	0,08	
No	4	25,00%	12	75,00%		
¿Ha sido acompañada durante el parto por la persona elegida?						
Sí	44	10,30%	383	89,70%	0,5	
No	13	12,50%	91	87,50%		
Tipo de parto						
Parto normal	42	11,20%	333	88,80%	0,60	
Parto instrumental	9	10,71%	75	89,29%		
Cesárea	6	7,41%	75	92,59%		
¿Contacto precoz piel con piel con su bebé 1 hora tras el parto?						
Sí	40	10,15%	354	89,85%	0,61	
No	17	11,64%	129	88,36%		
¿Primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto?						
Sí	33	8,73%	345	91,27%	0,03*	0,58 (0,35-0,95)
No	24	15,00%	136	85,00%		
Lactancia materna 6-8 semanas posparto						
Materna	24	7,97%	277	92,03%	0,03*	0,57 (0,35-0,95)
Mixta y artificial	33	13,81%	206	86,19%		

Tabla 2. Relación depresión posparto y posibles factores asociados (continuación)

Variables predictoras	Depresión posparto				Significación estadística (p)	Riesgo relativo (IC 95%)
	Sí		No			
¿Está satisfecha con el parto que ha tenido?						
Sí	44	9,65%	412	90,35%	0,09	
No	13	16,05%	68	83,95%		
¿Consulta anterior con psicólogo o psiquiatra?						
Sí	15	16,30%	77	83,70%	0,07	
No	41	9,76%	379	90,24%		
* Diferencias estadísticamente significativas						
** No se cumplen los criterios para la aplicación de un test estadístico						

Al relacionar las variables de la lactancia materna precoz en las dos horas posparto y el mantenimiento de lactancia materna, se comprueba la existencia de diferencias estadísticamente significativas, por lo que el inicio precoz de la lactancia materna influye en la continuación de esta (RR 1,72; IC 95% 1,39-2,14).

También se comprobó la diferencia entre la nacionalidad y la continuación de la lactancia materna a las 6-8 semanas (RR1, 28; IC 95% 1,01-1,64).

Los datos relativos a lactancia materna se pueden ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Relación entre lactancia materna y posibles factores relacionados

Variables predictoras	Lactancia precoz				Significación estadística (p)	Riesgo relativo (IC 95%)
	Sí		No			
Tipo de parto						
Eutócico	303	80,8%	72	19,2%	< 0,001*	1,74 (1,47-2,07)
Distócico	76	46,3%	88	53,7%		
Contacto precoz						
Sí	344	87,5%	49	12,5%	< 0,001*	3,65 (2,73-4,89)
No	35	24,0%	111	76,0%		
* Diferencias estadísticamente significativas						
Variables predictoras	Lactancia materna a las 6-8 semanas del parto				Significación estadística (p)	Riesgo relativo (IC 95%)
	Sí		No			
Tipo de parto						
Sí	240	63,5%	138	36,5%	< 0,001*	1,72 (1,39-2,14)
No	59	36,9%	101	63,1%		
Nacionalidad						
Española	261	57,9%	190	42,1%	< 0,025*	1,28 (1,01-1,64)
Extranjera	40	44,9%	49	55,1%		
* Diferencias estadísticamente significativas						

Discusión

La incidencia de un test EPDS positivo obtenida en el presente estudio es de 10,35%, dentro del rango de 10-15% señalado por Fabre (2) y del estudio de Pérez (27).

Los datos obtenidos en la muestra del estudio revelan que, de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, la única que se relaciona con una puntuación en el test de Edimburgo que indique riesgo de DPP a las 6-8 semanas posparto es el no inicio de lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto.

Del resto de variables estudiadas no incluidas dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal, encontramos que el parto prematuro, el mantenimiento de la lactancia materna en las 6-8 semanas siguientes al parto y la nacionalidad influyen a la hora de presentar DPP.

De ellas podemos destacar que:

- Las madres que han tenido un parto prematuro presentan el doble de riesgo de tener un test positivo que las que han tenido un parto a término. Sin embargo, a la hora de comparar el ingreso del recién nacido con la existencia de positividad en el test, no obtuvimos relación estadísticamente significativa. Tal vez habría relación si se hubiese tenido en cuenta el motivo de ingreso del recién nacido, pues en algunos estudios, como el de Mounts (28), sí que se encontró relación entre niños ingresados en UCI y DPP.
- Estudios, como el de Mosteiro (29), encontraron relación entre DPP y bajo peso del recién nacido, dato que en nuestro estudio no se tuvo en cuenta. Otros estudios sugieren que es la depresión durante el embarazo la que puede provocar partos prematuros y/o complicados, a consecuencia del uso de medicación antidepresiva durante la gestación (30).
- Las mujeres españolas presentan un menor riesgo para la positividad del test respecto a las extranjeras. En un estudio de Ahmed (31), las mujeres inmigrantes atribuyeron sus síntomas depresivos a condicionantes sociales.
- No solo el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto (tal y como recomienda la Estrategia de Atención al Parto Normal), sino también el mantenimiento de una lactancia materna exclusiva a las 6-8 semanas posparto protege frente a un test de DPP positivo.

Sin embargo, a la hora de determinar el abandono de la lactancia materna como factor relacionado con la DPP podemos darle una doble lectura, ya que, tal y como plantean Dennis y McQueen (32), podría ser la sintomatología depresiva la que ocasionase el abandono y no al revés.

Nuestro estudio resalta la importancia del contacto precoz con el recién nacido para el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto, lo que a su vez influye en el mantenimiento posterior de la lactancia materna. Se demuestra, tal y como dicen Moore (33) y Mizuno (34), que el contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento mejora la lactancia. Por tanto, observamos que en los partos distócicos (instrumentados y cesáreas), al no producirse un contacto piel con piel precoz, tiene lugar una repercusión negativa en el inicio de la primera toma de lactancia materna. Otros estudios revisados relacionan la falta del contacto precoz en los nacimientos por cesárea con una mala instauración de la lactancia materna tras el alta hospitalaria (35).

Nuestros resultados, al igual que los obtenidos por Pérez Villegas (7), no encontraron relación entre test EPDS positivo y tipo de parto. Por otra parte, Blom (15) solamente encontró asociación significativa con la cesárea urgente.

Al establecer una relación estadística entre los resultados positivos en el test de Edimburgo a las 6-8 semanas y las características socio-demográficas, como la edad y la paridad, no encontramos relación entre ambas, lo que coincide con los resultados de otros estudios consultados (7,14). No obstante, se registran mayores tasas de DPP en mujeres de mayor edad (29).

Es llamativo en nuestro estudio el bajo porcentaje de cesáreas (15%) que se produjeron, hecho que confirma el cumplimiento de los requisitos recomendados por la OMS (36).

Otro aspecto destacable del estudio es que, a pesar de haber usado criterios para obtener el máximo de datos en el cuestionario, un 5,17% de las mujeres no contestaron si alguna vez habían consultado con un psicólogo o psiquiatra. Fue el dato menos cumplimentado, posiblemente, tal y como dice Olza (37), por la existencia de una cierta discriminación hacia las enfermedades mentales.

Como limitación más relevante de nuestro estudio hay que destacar el pequeño tamaño de la muestra de extranjeras (16,5%) que se ha podido analizar. Esto se podría haber solventado mediante la aplicación de cuestionarios traducidos a diversos idiomas, así como mediante el uso de intérpretes. Sería necesario ampliar la muestra para determinar la influencia de este grupo de población en relación con la DPP.

Otra limitación del trabajo puede ser debida al momento de aplicación del test de Edimburgo, ya que este varía según los estudios consultados (29,38), pues puede aplicarse en cualquier momento del posparto. En nuestro trabajo se aplicó entre las semanas 6.^a y 8.^a tras el parto, por ser un momento en el que ya han disminuido los síntomas atribuibles a un periodo adaptativo y, en cambio, representa el máximo de prevalencia de DPP (25). Sin embargo, sería interesante comprobar si la aplicación del test en otro momento del posparto podría modificar el porcentaje de DPP.

Por último, conviene señalar que otro posible sesgo es la influencia estacional, ya que el estudio se realizó en otoño, periodo en el que pueden ser más frecuentes los estados depresivos (39).

En la revisión bibliográfica previa al diseño del estudio se encontraron escasos artículos respecto a la relación de DPP y las prácticas del parto, lo que hace del presente trabajo un estudio novedoso del que se deberían realizar más investigaciones, que permitieran así profundizar en la lactancia materna, debido a la relevancia que ha adquirido en nuestro estudio su relación con la DPP.

Conclusiones

Nuestro estudio confirma la existencia en el HUMS de Zaragoza de una tasa de probable DPP entre la 6.^a y la 8.^a semana posparto del 10,35%.

La utilidad práctica de este estudio es el hecho de que favorece dos de los objetivos de la Estrategia de Atención al Parto Normal: el contacto precoz madre-hijo en partos distócicos y cesáreas, así como el inicio de la primera toma de lactancia materna en las dos primeras horas tras el parto.

Por otro lado, son factores protectores frente al riesgo de DPP: la nacionalidad española y la lactancia materna (tanto su inicio precoz como su mantenimiento a las sexta y octava semanas después del parto).

Asimismo, sería imprescindible realizar un programa de captación precoz de DPP en la consulta de la matrona de Atención Primaria, en coordinación con el servicio de Psicopatología del área de salud, para conseguir un adecuado diagnóstico y seguimiento de las púerperas con EPDS positivo tras el alta domiciliaria.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las madres participantes en este estudio, así como al Dr. Lapresta (Medicina Preventiva de Hospital Miguel Servet) por su orientación y ayuda en el análisis estadístico de este trabajo. También a D.^a Luz Espinosa de los Monteros, matrona de la planta de Obstetricia, por su colaboración en la recogida de los datos.

Bibliografía

1. Shepard CP, Reifler BV. Postpartum psychiatric disorders. A guide for the practicing physician. NCMJ 1995; 56:386-388.
2. Martínez J, Díaz C, Corredera F, López M, Tejerizo LC. Melancolía y depresión puerperal. En: Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza: INO; 1999. p. 671-684.
3. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.^a ed. Barcelona: Masson; 1995.
4. CIE-10. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2004.
5. Navarro G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión posnatal de Edimburgo. Int. J. Clin. Health Psychol. 2005; 5(2):305-318.
6. Miller L. Postpartum Depression. JAMA 2002; 287(6):762-765.

7. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Braganza Ulloa I, Jocelyn Coleman R. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2007; 67(3):187-191.
8. Janice H, Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J. Womens Health* 2010; 19(3):477-490. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: <http://online.liebertpub.com/toc/jwh/19/3>. Doi:10.1089/jwh.2008.1352
9. McIntosh J. Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J. Adv. Nurs*. 1993; 18(2):178-184. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: <http://www.online.library.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1993.18020178.x/abstract>
10. Ferrando L. La depresión en la mujer. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2003; 4(4):4-9.
11. Lartigue T, González I, Vázquez M, Schnaas L, Ibarra P, Flores Q, et al. La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el 1^{er} año de vida. Proyecto de investigación entregado en la dirección de investigación del INPer; 2003.
12. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la Depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas prof.* 2006; 7(4):5-11.
13. Dennis CL, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane Plus*, 2006; 4. Oxford: Update Software Ltd. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.update-soft-ware.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2006; 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2000; 38(2):84-93.
15. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hoffman A, Ratt H, Jaddoe VW, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. *The Generation R Study*. *BJOG* 2010; 117(11):1390-98.
16. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br. J. Psychiatry* 1992; 160:777-780.
17. Dennis CL- Preventing postpartum depression part II : A critical review of nonbiological interventions. *Can. J. Psychiat.-Rev. Can. Psychiat.* 2004; 49(8):526-538.
18. Urdaneta MJ, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010; 75(5):312-320. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014] URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007&lng=es
19. Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Coloma Obstet Ginecol*. 2007; 58(4):277-283. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000400003&lng=es
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia atención parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
21. OMS. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 1999.
22. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK: Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008; 35(2):121-128.
23. López Hernández C, Herreros López JA, Pérez-Medina T. Aborto: Concepto y Clasificación. Etiología, Anatomía patológica, clínica y tratamiento. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: SEGO; 2007. p. 415-424.
24. Kim HG, Geppert J, Quan T, Bracha Y, Lupo V, Cutts DB. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. *Matern. Child Health J*. 2012; 16(4):921-928.
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPP). *Br. J. Psychiatry* 1987;150:782-786.
26. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J. Affect. Disord*. 2003; 75:71-76.
27. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2007; 67(3):187-191.
28. Mounts KO. Screening for maternal depression in the neonatal ICU. *Clin. Perinatol*. 2009; 36(1):137-152.

29. Mosteiro Díaz MP, Díaz Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López A, Villaverde Fernández S. Depresión puerperal y percepción del parto. *Tocología y ginecología práctica* 2001; 60(2):59-64.
30. O'keane V, Marsh M. Depression during pregnancy. *BMJ*. 2007; 334:1003.
31. Ahmed A, Stewart DE, Teng L, Wahoush O, Gagnon AJ. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Arch. Womens Ment. Health* 2008; 11(4):295-303.
32. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 2009; 123(4):736-751.
33. Moore ER, C Anderson GC, Bergman N. Early Skin-to-Skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3: CD003519.
34. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin to skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr*. 2004; 93:1640-45.
35. Otal Lospaus S, Morera Liáñez L, Bernal Montañés MJ, Tabueña Acín J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13(1):3-8.
36. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. *Lancet* 1985; 2:436-437.
37. Olza Fernández I, Gainza Tejedor I. Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión posparto en atención primaria. *Revista de trabajo social y salud* 2003; 45:231-243.
38. Maestro González MB, Pascual Tomé RM, Martín Marín C. Prevalencia de depresión posparto y factores sociodemográficos y obstétricos asociados. *Metas Enferm.* 2009; 12(9):50-54.
39. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J. Affect. Disord.* 2011; 3. [En línea] [fecha de acceso: 8 de enero de 2014]. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377210>

Un enfoque independiente para estar al día en el ejercicio de nuestra profesión



Recibe toda la información en tu correo electrónico
Suscríbete al Boletín

Conoce nuestra nueva web
Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes **HACERTE OÍR.**

COMPARTE tu opinión con los miles de profesionales que leen cada día DICEN.

OPINA sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuéntanos tus experiencias.

En DICEN tú tienes el protagonismo.



TU **NUEVO** DIARIO INDEPENDIENTE

Abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde el servicio de paritorio

¹ Esther Viñerta Serrano
¹ Carmen Sanz Hernández
¹ Sofía Martínez Carballo
¹ Pilar Isar Malo
¹ Belén Sabater Adán
² Sofía Gotor Colás

¹ *Matronas de Atención Especializada del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).* E-mail: evinnerta@salud.aragon.es

² *Supervisora de matronas del Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza).*

Resumen

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica tradicional sociocultural y no esencialmente religiosa, históricamente extendida por los cinco continentes. La mayor incidencia se registra en África, región de la que la OMS calcula que tres millones de niñas y mujeres corren el riesgo de ser mutiladas cada año. Aunque en menor número, esta práctica ancestral se sigue practicando en otros países de Asia, Oriente Medio y también se detecta en porcentajes sensiblemente inferiores en comunidades de inmigrantes de Europa, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos.

Las matronas en Zaragoza, ciudad de importante recepción de inmigrantes, fundamentalmente de personas procedentes de países del oeste de África en los que es habitual la MGF, afrontan el reto de contribuir a erradicar esta práctica, detectan a las mujeres que a su llegada a paritorio han sido objeto de MGF o pertenecen al colectivo de riesgo en relación con esta práctica. El abordaje del problema se centra en el trabajo directo con ellas para hacerles comprender (y a sus parejas y familias) que esta práctica nociva, además de una violación de los derechos humanos, puede ocasionar graves consecuencias para la salud de las mujeres. Evitar esta práctica significa romper una cadena que, a muchas de ellas, las ha condenado de por vida.

Palabras clave: mutilación genital femenina; protección a la infancia; violencia de género; matronas.

Abstract

Approaching and preventing female genital mutilation beginning at the delivery room

Female Genital Mutilation (FGM) is a traditional sociocultural, not essentially religious, practice that has been historically widespread over five continents. The highest incidence occurs in Africa, with three million girls and women being at risk for mutilation each year according to WHO estimates. In spite of being less common, such a practice is still present in other countries in Asia, the Middle East, and even in some immigrant communities in Europe, Canada, Australia, New Zealand and the United States, although at a substantially lower rate.

Midwives in Zaragoza, a city with a significant immigrant population, mostly from West African countries where FGM is a common practice, face the challenge of helping to eradicate such a practice. Women having undergone FGM or belonging to a population at risk for FGM are identified upon arrival in delivery room. The issue is approached through a direct work with such women to help them, their partners and their families understand that this is a harmful practice and a human rights violation, and can have a serious impact on women health. Preventing FGM may break a chain that has condemned many of them for life.

Key words: female genital mutilation; child protection; gender violence; midwives.

Introducción

La Mutilación Genital Femenina (MGF) incluye todas las prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de estos, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón terapéutica (OMS).

La MGF es un rito ancestral que aún conservan muchas culturas africanas, es un acto doloroso y vejatorio para las mujeres e implica consecuencias fatales para el resto de sus vidas. Su práctica se realiza en el contexto de grupo y de la comunidad. Se justifica por criterios o creencias como la costumbre y la tradición, el control de la sexualidad y el fundamento de la castidad, funciones reproductivas, razones de higiene, razones de estética y por motivos religiosos.

Se practica en 40 países, aproximadamente, de los cuales 28 son de África, donde se lleva a cabo de forma bastante generalizada, siendo común en países de Oriente Medio y en algunos países de Asia pertenecientes a comunidades musulmanas. Algunos de estos países no tienen legislación al respecto (Nigeria, Mali, Gambia, Guinea Ecuatorial, Guinea Bissau, Camerún, Mauritania...), según los datos del último Manual para Profesionales (2010), pero sí en otros, aunque se realiza de forma clandestina (Senegal, Ghana, Burkina Faso, Costa de Marfil, Sudán, Togo, Kenia...).

Las sociedades occidentales actuales se caracterizan por la integración y convivencia de diferentes culturas. Fruto de los flujos migratorios, la riqueza multicultural es una de las señas de identidad de las sociedades avanzadas. En los países industrializados, la MGF se asocia a comunidades de inmigrantes y se realiza de forma clandestina por personas que residen en sus comunidades o al viajar al país de origen. En España, esta práctica se considera una violación de los derechos de las mujeres y en ninguna circunstancia se puede justificar basándose en el respeto de las tradiciones culturales.

Aragón es la quinta comunidad con mayor población de inmigrantes de origen subsahariano, según los datos del último Manual para Profesionales de 2010, y la mayor concentración de ellos se produce en la provincia de Zaragoza. La mayoría de las mujeres inmigrantes que acuden al centro hospitalario Miguel Servet de Zaragoza proceden de países del oeste de África, donde la práctica de la MGF es habitual, siendo las más practicadas las de tipo 1 y 2 (Ver Imagen 1).



Imagen 1. Tipos de mutilación genital femenina

Ante el incesante aumento de la población de origen subsahariano en nuestra área, y la comprobación de que muchas de estas mujeres tenían practicadas MGF, se planteó la posibilidad de realizar un proyecto de prevención para evitar su práctica en la población femenina infantil, a través de la información, asesoramiento y promoción de buenas prácticas a la población de riesgo, así como a las comunidades. Para ello contactamos con Médicos del Mundo que realizan en Aragón varios proyectos dirigidos a la población inmigrante dentro del primer Plan de Atención de Salud de la Mujer 2010-2012. Se programó la forma más adecuada para realizar la captación de las mujeres, así como su asesoramiento a través de mediadoras culturales y, finalmente, la inclusión de unos talleres educativos en la sede. Hasta la fecha actual, se han realizado en 2011 un total de siete talleres, en 2012 se llevaron a cabo nueve y en los tres primeros meses de 2013 se han organizado dos talleres más.

Objetivo

Prevenir la práctica de la mutilación genital femenina en la población inmigrante de origen africano que acuden de parto al servicio de Paritorio del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Material y método

Estudio descriptivo realizado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, Servicio de Paritorio, entre febrero de 2011 y marzo de 2013. La muestra está compuesta por mujeres que ingresan en el servicio con trabajo de parto activo o bien con indicación médica de inducción de parto o cesárea electiva, que estén incluidas dentro de población de riesgo en relación con la práctica de la mutilación genital femenina o con MGF practicada. Se incluye a todas las mujeres que acuden al servicio que cumplan estos criterios, independientemente de su edad gestacional o paridad.

La recogida de datos se efectúa a través del libro de partos del servicio, donde se deja constancia del país de origen, así como de la fecha de parto, hora, sexo del recién nacido y habitación de destino de la hospitalización. Se registran los datos en otro libro de registro del estudio y se avisa a Médicos del Mundo para que envíen a una mediadora cultural al centro. Se le proporciona información escrita sobre prácticas saludables, la encuesta sobre MGF para madres y padres, un compromiso de prevención de la MGF e información sobre talleres de promoción de la salud, respeto de los derechos humanos y prevención de la MGF. Posteriormente, al alta, acuden a la sede de Médicos del Mundo en Zaragoza para realizar los talleres informativos. También se registra el número de casos nuevos de MGF practicada en niñas a través de los servicios de atención primaria de Zaragoza.

El material empleado consiste en un tríptico divulgativo sobre prácticas saludables (Ver Imágenes 2 y 3), las fotocopias de la encuesta sobre MGF para madres y padres (Ver Imagen 4), la hoja de compromiso de prevención de la MGF (Ver Imagen 5) e información de talleres; a ello hay que sumar la línea telefónica para contactar con Médicos del Mundo desde el hospital, los libros de registro de parto y del estudio.



Imagen 2. Folleto divulgativo sobre la MGF



Imagen 3. Folleto divulgativo sobre la MGF

ENCUESTA SOBRE MGF PARA MADRES Y PADRES

Sexo del recién nacido: V M

1-Nombre _____

2-País de origen _____

3-Medio rural, campo ciudad

4-Grupo étnico, idioma _____

5-Edad _____

6-Mutilación: sí no

7-Motivo por el que fue realizada:
Religión cultura otras

8-Recuerdos que se tienen (buenos, festivos, dolorosos, ninguno...)

9-Número total de hijos _____
Número de niñas _____ cuántas viven en España _____
Edad de las hijas _____

10-Años de residencia en España _____

11-Religión practicada sí no cual _____

12-¿Dónde vives? _____

13- Centro de Salud: _____
Fecha de entrevista _____
Mediadora/or _____

Valoración de riesgo de MGF: sí no

Teléfono de contacto: _____
Hospital:

Imagen 4. Encuesta sobre MGF para madres y padres

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA.

Desde el Centro de Salud:
se informa a los familiares/ responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAIS AL QUE VIAJA

acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Mali, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005. La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

- **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña-s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.**

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña Firma. Peditra/ Médico

Imagen 5. Hoja de compromiso de prevención de la MGF

Resultados

En el año 2011 se registraron 117 casos de mujeres procedentes de países de riesgo o con MGF practicada en el libro de partos, de las cuales 89 fueron captadas por las mediadoras culturales antes del alta (76%). La procedencia fue: Senegal (30,7%), Gambia (15,38%), Nigeria (14,5%), Ghana (12,7%), Mali (11,1%), Guinea Ecuatorial (6,8%), Guinea Bissau (2,56%), seguidos de Guinea Conakry, Camerún, Mauritania, Burkina Faso y Costa de Marfil (1,7%). De la población captada en el hospital, acudieron a los talleres de Médicos del Mundo 56 mujeres (63%). No se registró ningún caso nuevo de práctica de MGF en niñas en el 2011.

En el año 2012 se registraron 113 mujeres de procedencia de países de riesgo o con MGF practicada, de las cuales se captaron 92 (81%). La procedencia fue: Senegal (23%), Gambia (21,2%), Nigeria (17,6%), Ghana (10,6%), Mali (8,85%), Guinea Ecuatorial (7%), Guinea Conakry y Camerún (2,65%), Burkina Faso (1,7%), seguidos de Costa de Marfil, Sudán, Togo y Angola (0,08%). De la población captada en el hospital, acudieron a los talleres de Médicos del Mundo 54 mujeres (58,7%). No se registró ningún caso nuevo de práctica de MGF en el año 2012.

En el año 2013, solo en los tres meses estudiados, se han registrado 26 mujeres procedentes de países de África subsahariana, de las cuales únicamente se han captado a 13 (50%). Su procedencia ha sido: Senegal (26,9%), Gambia (23%), Nigeria y Ghana (11,5%), Guinea Ecuatorial y Guinea Conakry (7,6%), Mali, Togo y Kenia (3,8%). Hasta la fecha actual no se han registrado casos nuevos de MGF.

Tabla 1. Resultados de actividad del Programa de prevención de la MGF del Paritorio Miguel Servet (2011-2013)

Año	Nº total mujeres registradas	% mujeres captadas	% mujeres asistentes talleres
2011	117	76%	63%
2012	113	81%	58,7%
2013*	26	50%	--

*Solamente se han computado tres meses del año 2013

Conclusiones

- Se ha registrado el 100% de las mujeres de procedencia de algún país de riesgo donde se practica la MGF, así como si tenían realizada una MGF previa antes de llegar a España.
- Se han captado unos porcentajes muy altos (alrededor del 69%) de estas mujeres antes del alta hospitalaria, aunque se ha observado que la falta de captación del 100% es debida a problemas de logística (partos que coincide con fechas festivas o fines de semana, así como periodos vacacionales de las matronas que llevan a cabo el proyecto).
- De las mujeres captadas en el centro hospitalario, se ha facilitado al 100% la información en papel descrita en la introducción y métodos.
- El indicador de la asistencia a la sede de Médicos del Mundo es alto (63%). La participación de las mujeres y sus parejas en dichos talleres y en la encuesta sobre MGF ha sido alta también, aunque todavía faltan por integrar aquellas familias que no han sido captadas o que proceden de etnias donde no se practica la MGF.
- Tampoco se ha registrado ningún caso de MGF practicada en la provincia de Zaragoza donde se está realizando el proyecto y ninguna negativa por parte de las familias a firmar el consentimiento informado cuando realizan un viaje a su país de origen. Esto nos conduce a pensar que el proyecto que estamos realizando, de forma altruista y a coste cero, está obteniendo buenos resultados en cuanto a la prevención y promoción de hábitos saludables para aquellas comunidades más vulnerables de sufrir MGF como una forma manifiesta de violencia de género.
- Como medidas que hay que mejorar, creemos que pueden ser la necesidad de involucrar a otros profesionales (tanto matronas como ginecólogos y pediatras) en la captación y vigilancia de la MGF, con el fin de poder dar cobertura a la totalidad de estas mujeres que acuden a nuestro centro. También creemos que es necesaria la formación de los profesionales a través de los organismos competentes en materia de violencia de género y la concienciación de su importancia, no solo a nivel profesional, sino también social, haciéndonos partícipes de su erradicación.

Agradecimientos

Desde estas páginas queremos expresar nuestra profunda y sincera gratitud a muchos profesionales y colaboradores, gracias a los cuales este proyecto se ha podido implementar y continúa desarrollándose:

- A nuestras compañeras matronas del Hospital Universitario Miguel Servet, que nos ayudan en la recogida de datos.
- A Médicos del Mundo y, de forma especial, a Julia Moreno y Cristhian Losada, nuestros contactos en la sede, que nos resuelven cuantas dudas nos surgen y nos ofrecen formación continuada siempre que se la solicitamos.
- A las mediadoras culturales de Senegal, Nigeria y Gambia, siempre disponibles (de forma voluntaria) a nuestra llamada para su intervención.

Bibliografía

- Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Madrid: Amnistía Internacional; 1999.
- Gobierno de Aragón. STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención. Aragón: Gobierno de Aragón; 2006.
- Gobierno de Aragón. Primer Plan de Atención a la Mujer 2010-2012. Aragón: Departamento de salud y consumo; 2010.
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina. Aragón: Gobierno de Aragón; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 12 de enero de 2014]. URL disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf
- Kaplan A, Bedoya H. Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En: Lucas J (coord.). Europa: derechos, culturas. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch; 2006.
- Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009. Barcelona: Serveis de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
- Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ (coords.). Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Barcelona: Serveis de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
- Kaplan A, Torán P, Bedoya MH, Bermúdez K, Moreno J, Bolívar B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria* 2006; 38(2):122-126.
- Kaplan A, Torán P, Bermúdez K, Castany MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones* 2006; 19:189-217.
- Medicus Mundi Andalucía. Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud. Granada: Grupo Editorial Universitario; 2008.

Tendencias actuales en la maduración cervical e inducción de parto

Cristina Sánchez Rojo

Obstetra-Ginecóloga. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid). E-mail: cristina.sanchez.rojo@gmail.com

Resumen

Esta presentación se ha realizado con el objetivo de aportar una visión actual sobre los distintos métodos de inducción, sus indicaciones, efectos adversos y vías de administración. En primer lugar, importante es recordar el valor como pronóstico para el parto vaginal del test de Bishop. Después se realiza un recordatorio sobre los distintos métodos farmacológicos, destacando la función de las prostaglandinas E2 y la emergente utilización de la prostaglandina E1 o misoprostol. También se nombran otros métodos no farmacológicos, entre ellos la utilización de la sonda de Foley, en la maduración cervical ambulatoria. Finalmente, se exponen distintos ejemplos de protocolos de actuación para cada procedimiento y un apartado final de situaciones especiales.

Palabras clave: inducción de parto; maduración cervical; test de Bishop; prostaglandinas; sonda de Foley.

Abstract

Current trends in cervix ripening and labor induction

The present work aims to report a contemporary overview on available induction methods, including their indications, adverse effects and routes for administration. Bishop test value as a prognostic test for vaginal delivery should be highlighted. Available drug methods are reviewed, and prostaglandins E2 and emerging use of prostaglandin E1 or misoprostol is emphasized. Alternative non-pharmacological methods, such as the use of a Foley catheter for outpatient cervix ripening, are also reported. Finally, several examples of protocols for each procedure and a final section on special scenarios are included.

Key words: induction of labor; cervix ripening; Bishop Test; prostaglandins; Foley catheter.

Introducción

La *inducción de parto* (IDP) es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas mediante mecanismos físicos, médicos o ambos, con el fin de que el parto se produzca por vía vaginal. No hay que olvidar que dicho proceso se inicia o acompaña de cambios en el cérvix. Tal procedimiento es muy común en la práctica obstétrica.

Las modificaciones en consistencia, posición y dilatación del cérvix constituyen lo que habitualmente denominamos *maduración cervical*. Tanto en la técnica de inducción de parto como en el inicio espontáneo del mismo, los cambios cervicales son un proceso activo, resultado de la degradación del colágeno por acción de las proteasas y peptidasas.

De forma global, aproximadamente el 20% de los partos son inducidos, práctica que, por otra parte, se ha incrementado en todas las edades gestacionales (1). Esto es así, en primer lugar, porque se dispone de métodos farmacológicos seguros y eficaces, pero también por el apoyo de una buena asistencia pediátrica.

La inducción de parto se va a realizar en aquellas situaciones en las que se valora que la finalización voluntaria del embarazo es más beneficiosa que dejar que este siga su curso natural. Es la única práctica médica que adelanta un proceso natural e inevitable, como es el inicio del parto. Las indicaciones de finalizar el embarazo son, en su mayoría, indicaciones terapéuticas, bien por causa materna o bien fetal. Pero también existen indicaciones electivas, sociales o geográficas, por ejemplo, las pactadas paciente-obstetra.

Como en todo procedimiento médico, existen unos riesgos o complicaciones, por lo que es requisito indispensable realizar una valoración riesgo-beneficio de la situación y siempre asentar bien la indicación, el momento de realizarla y el método que se va a emplear para tal fin.

Es indudable que la inducción médica del parto tiene un impacto emocional sobre la madre, sin embargo, esta circunstancia no es considerada habitualmente por los profesionales que acompañamos a la paciente en todo su proceso. Sería recomendable elaborar un protocolo de cuidados específicos en la asistencia a estas gestantes.

Es necesario tener presente que el proceso de inducción de parto puede ser menos eficiente y, en ocasiones, más doloroso que el inicio del parto espontáneo, suele requerir más analgesia epidural y mayor número de intervenciones durante la dilatación (número de exploraciones, alteraciones en el registro cardiotocográfico fetal -RCTG-, hiperdinamias, medicación...) y el parto (instrumentalizaciones).

Los resultados globales, de las inducciones de parto, según las características de la población que se asiste, son que el 60% paren sin intervención médica, mientras que un 15% tienen partos instrumentales y un 25% acaban en cesáreas intraparto (2).

Finalmente, queda por reseñar que la paciente ha de ser informada de las circunstancias de su proceso y hay que explicar-le los fundamentos de la indicación de finalizar la gestación, siendo preciso incidir en la evidencia de que la intervención genera beneficios tanto para la madre como para el feto, así como hay que recabar la firma del consentimiento, ofrecer a la mujer y su pareja la información que necesiten y planificar los cuidados que deben recibir.

Requisitos para la inducción de parto

Antes del inicio de la maduración cervical es recomendable evaluar:

- Constancia de la indicación (revisar contraindicaciones)
- Evaluar pelvis y tamaño fetal por si existiera sospecha de DPC
- Revisar la historia clínica (HC): edad gestacional (EG), paridad, antecedentes de cesárea
- Condiciones obstétricas mediante test de Bishop y membranas
- Informar a la paciente y recabar el CI
- RCTG previo 20-30 min para descartar perfil biofísico (PBF) y dinámica uterina (DU)

Indicaciones

Como se ha comentado anteriormente, siempre que se decida finalizar un embarazo es necesario asentar correctamente la indicación, elegir cuidadosamente el momento y el método y, en general, establecer una relación riesgo-beneficio de la situación concreta.

Se distinguen dos tipos de indicaciones:

I. Terapéuticas

Existe dicha indicación si los beneficios de finalizar la gestación tanto para la salud de la madre como para la del feto son mayores que permitir que la gestación continúe (3).

Y esto es así, siempre que no existan contraindicaciones y que se cumplan las condiciones necesarias para su realización. Se aceptan como indicaciones terapéuticas (4) aquellas condiciones clínicas en las que se debe finalizar el embarazo en un periodo de tiempo razonablemente corto:

- Causas maternas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), nefropatías, enfermedad cardiovascular (ECV) grave...
- Causas fetales: riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF), crecimiento intrauterino (CIR), macrosomía, isoimmunización, muerte fetal, anomalías congénitas...
- Complicaciones obstétricas: rotura prematura de membranas (RPM), corioamnionitis, gestación cronológicamente prolongada (GCP), desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), muerte fetal intraútero...

II. Electivas

Comprenden las indicaciones de finalizar una gestación a término por conveniencia y sin prescripción médica: historia obstétrica desfavorable, infertilidad o esterilidad de larga duración, antecedente de parto rápido, primípara añosa > 40 años, domicilio lejos del hospital, presión social sobre el médico y conveniencia gestante-obstetra.

Las indicaciones electivas suponen una de las causas más importantes del incremento de la tasa de IDP actuales. Las preocupaciones principales asociadas a este tipo de indicación de IDP son: el potencial aumento de la tasa de cesáreas, la morbilidad neonatal derivada y el incremento de los costes, aunque también se ha propugnado una serie de ventajas potenciales, como la reducción de la tasa de muerte fetal a término, de macrosomía fetal y la presencia de meconio en líquido amniótico (5).

En estas situaciones debe recabarse el consentimiento informado y la indicación electiva debe cumplir una serie de requisitos:

- Embarazo a término.
- Ausencia de complicaciones médicas u obstétricas.
- Ausencia de intervenciones previas (cesáreas u otras).
- Ausencia de signos de RPBF.
- Presentación cefálica.
- Ausencia de sospecha de DPC.
- Bishop > 7.

Actualmente, existe un consenso en que la inducción electiva (IDP) no debería realizarse antes de las 39 semanas de gestación. Sin embargo, no hay datos suficientes para que exista tal recomendación hasta que no se disponga de una mayor evidencia.

Tampoco se dispone de estudios con suficiente nivel de evidencia, respecto al impacto de tal indicación, en la tasa de cesáreas. La mayoría de los estudios informan que las mujeres con cérvix favorable no tienen mayor riesgo de cesárea (6). Por lo tanto, cualquier incremento en el riesgo de cesárea parece estar relacionado con condiciones obstétricas desfavorables al inicio de la inducción.

Otro de los puntos importantes alrededor de la IDP electiva es el de la morbilidad neonatal, especialmente los RN entre las semanas 37 y 38,6. Aunque los datos disponibles también son limitados, la IDP electiva en gestaciones bien datadas de 39 semanas en adelante no asocia mayor riesgo de taquipnea transitoria del RN, sepsis, convulsiones, hipoglucemia, ictericia o Apgar < 7 a los 5 min (7).

Contraindicaciones

Las contraindicaciones para la inducción de parto son aquellas situaciones en las que el trabajo de parto y el expulsivo fetal vía vaginal son más peligrosas para la madre y/o el feto que la realización de una cesárea (2).

- Absolutas:
 - Placenta o vasa previa.
 - Situación o presentación fetal anómala (transversa, oblicua...).
 - Prolapso de cordón o procidencia persistente de cordón.
 - Antecedente de cesárea clásica o corporal, con incisión uterina en T invertida.
 - Antecedente de incisión uterina transmural con entrada en la cavidad uterina.
 - Herpes genital activo.
 - DPC absoluta (estenosis pélvica, anomalías estructurales de la pelvis, macrosomía fetal).
 - Signos de RPBF.
 - Ca de cérvix invasor.
- Relativas:
 - Dependen de cada centro hospitalario, más que por razones estrictamente médicas; están determinadas según la capacitación, experiencia y dotación del centro.
 - Contraindicación ligada al método de inducción/maduración.
 - No aceptación de la paciente.

Valoración cervical

Sabemos que la madurez cervical y la altura de la presentación son los factores más importantes relacionados con el éxito de la inducción y que se valoran con el test de Bishop (1964). El resultado del test es una estimación cuantitativa de las posibilidades de éxito de la inducción. Así, cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el resultado. Por tanto, con un Bishop < de 6, la inducción de parto con administración de oxitocina y/o amniotomía es difícil y hay que recurrir a otros procedimientos para favorecer la maduración del cérvix.

El objetivo de la maduración cervical será mejorar los resultados de la inducción, lo que se traduce en una disminución del tiempo de parto, tasa de cesáreas, estancias hospitalarias, costes y un descenso de la morbilidad materno-fetal. El procedimiento o técnica ideal será la que produzca cambios cervicales más parecidos a los que acontecen en la maduración espontánea, sin modificar el flujo útero-placentario o causar efectos adversos maternos.

Pronóstico de parto vaginal: test de Bishop

	0	1	2	3
Consistencia	Dura	Media	Blando	
Posición	Posterior	Central	Anterior	
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Dilatación	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Presentación	Sobre E.S.	1 ^{er} plano	2 ^o plano	3 ^{er} plano

Estimación de las posibilidades de éxito de la inducción:

Bishop > 7: éxito en 95-99%

Bishop < 3: éxito en 50-55%

Bishop 4-6: éxito en 80-85%

Métodos de inducción de parto

No hay evidencia para considerar la maduración cervical como proceso independiente de la inducción de parto. Por lo tanto, la maduración cervical, cuando esté indicada, se considerará parte del proceso de IDP.

La valoración objetiva de los distintos métodos es compleja. Esta dificultad podría explicarse por la falta de estudios que comparen los distintos métodos, la difícil frontera entre maduración cervical e inducción de parto y la falta de conocimiento sobre la fisiología del inicio y mantenimiento del parto, entre otros factores.

- Métodos farmacológicos:
 - Oxitocina vs. Amniotomía + oxitocina.
 - Prostaglandinas (PG):
 - Dinoprostona o PGE2.
 - Misoprostol o PGE1.
 - Otros:
 - Hialuronidasa, corticoides, estrógenos.
 - Fármacos donantes de óxido nítrico.
- Métodos no farmacológicos:
 - Maniobra de Hamilton o despegamiento manual de las membranas.
 - Dilatadores osmóticos o tallos de laminaria.
 - Dilatadores sintéticos.
 - Sonda Foley.
 - Otros:
 - Suplementos de hierbas.
 - Aceite de ricino.
 - Homeopatía.
 - Acupuntura.
 - Estimulación del pezón.
 - Relaciones sexuales.

Métodos farmacológicos

Oxitocina

La oxitocina es el principio activo más conocido por su utilización durante años. Se ha utilizado sola o en combinación con amniotomía (método Cardiff) o tras la maduración cervical con métodos farmacológicos y no farmacológicos. Es importante destacar su principal uso: la estimulación y mantenimiento de la dinámica uterina durante el trabajo de parto, no como inductor del parto.

La oxitocina como inductora de parto, especialmente en pacientes con cérvix desfavorable y bolsa íntegra, asocia peores resultados respecto a cambios cervicales e incremento en la tasa de cesáreas en comparación con la PGE2 (8). La amniotomía más la administración de oxitocina mejora los resultados en la consecución de parto en < 24 horas, sin evidenciarse diferencias frente al uso de PGE2 cuando el cérvix es desfavorable (9). En los casos de cérvix favorable, se describe un incremento en este grupo de hemorragia posparto (10).

Por todo lo anterior y existiendo mejores métodos de inducción, deberíamos dejar la indicación de amniotomía + oxitocina a las pacientes en las que el uso de PG está contraindicado. A continuación, se expone un ejemplo del protocolo de inducción de parto con oxitocina (11).

Procedimiento de inducción al parto

- Monitorización externa continua:
 - Antes de administrar oxitocina para valorar FCF y DU.
 - Durante la perfusión IV de oxitocina.
 - Indicación de catéter interno de presión en caso de no registrar bien la DU, si el parto no progresa o hay riesgo alto de rotura uterina.
- Dosificación:
 - 10 UI de oxitocina en 1.000 ml de solución salina o Ringer lactato o 5 UI en 500 ml: concentración 10 mU/ml.
 - Administrarse en bomba de infusión para una dosificación precisa.
 - La respuesta uterina se presenta a los 3-5 min y se requieren 20-30 min para alcanzar una concentración plasmática estable, por lo que la dosis se aumenta en ese intervalo.
 - Ajuste de la dosis: mínima dosis eficaz, para obtener una actividad uterina adecuada, progresión del parto con un RCTG tranquilizador.
 - La FCF y DU deben ser evaluadas y documentadas con cada aumento de la dosis.
 - A partir de 48 ml/h (8 mU/min), el incremento de la dosis se reducirá a 2-3 mU/ml (12-18ml/h) cada 20 min.
 - La dosis máxima será de 30 mU/ml (180 ml/h).
 - Nunca se debe superar los 240 ml/h (40 mU/ml).
 - Cuando se suspende la oxitocina, la concentración plasmática disminuye rápidamente porque su vida media es de 5-12 min.

Prostaglandinas

La gran revolución ha sido, sin duda, la introducción de la prostaglandinas en el proceso de maduración cervical. Se trata de sustancias derivadas del ácido araquidónico. Es el método más estandarizado para la maduración cervical en el medio hospitalario.

Los primeros trabajos sobre el efecto oxiótico de las PG y su utilidad para inducir el parto fueron publicados por Karim (1968) y Embrey (1969), utilizando la PGF₂ y PGE₂. Posteriormente, otros estudios corroboraron el efecto anterior y propusieron distintas vías y pautas de administración (IM, intramniótica, oral, intranasal, etc.) con el fin de obviar los efectos colaterales y tener una dinámica más fisiológica y eficaz.

Según su farmacodinamia, las PG producen cambios histológicos en el cérvix similares a los del inicio del parto espontáneo, como son la disolución de los haces de colágeno, aumento del contenido hídrico de la submucosa y cambios en los glicosaminoglicanos de la matriz extracelular. Son sustancias de acción fundamentalmente local, por lo que los investigadores se inclinaron más por las aplicaciones intravaginales e intracervicales.

Han popularizado la técnica de inducción ya que, según la evidencia clínica disponible:

- Incrementan las posibilidades de parto vaginal al aumentar la puntuación del test de Bishop en las 12 horas siguientes a su uso.
- Disminuyen el intervalo de tiempo para el inicio del parto, las dosis de oxitocina y el índice de fracasos de inducción.
- Desencadenan el parto en el 25-75% de los casos en las siguientes 12 horas.

Diversos metanálisis han comprobado que las PG son superiores a la oxitocina en el proceso de maduración cervical en ausencia de contracciones molestas, aunque con frecuencia desencadenan el parto. Dichos efectos beneficiosos ya fueron constatados en estudios desde 1978 con preparaciones magistrales de dinoprostona (PGE₂) realizadas por los servicios farmacéuticos hospitalarios. Actualmente, contamos con dos presentaciones de aplicación local:

- Endocervical (Prepidil® gel) 0,5 mg de PGE₂, dinoprostona en gel (jeringa de 2,5 ml). Aplicación cada 6 horas. Dosis má-

xima de 1,5 mg/día. Si se administra oxitocina, se debe esperar un mínimo de 6 horas desde la última dosis. Se puede aplicar sobre el OCE o en el fondo del saco vaginal posterior.

- Dispositivo vaginal (Propess) 10 mg de PGE₂, dinoprostona en reservorio de 10 mg con una liberación constante de 0,3-0,4 mg/h y una dosis media de 4 mg a las 12 h. Se suele administrar en una dosis única y se coloca en la parte alta del fondo del saco vaginal posterior. En caso necesario, puede extraerse rápida y fácilmente tirando de la cinta. Se puede administrar oxitocina a los 30 mi de su retirada.

Los resultados de los estudios que comparan ambas prestaciones no han sido concluyentes a favor de una u otra. Con respecto al régimen de administración, la presentación con dispositivo vaginal puede ser más adecuada, porque el tiempo de inducción es a veces prolongado y la posología es más cómoda. Por otro lado, la posibilidad de retirar el dispositivo en cualquier momento lo hace más seguro, ya que el resto de presentaciones se tendrían que utilizar tocolíticos para frenar los efectos adversos.

No existen diferencias, a partir de estudios pequeños, entre PGE₂ y amniotomía con oxitocina, pero sí se ve incrementado el riesgo de hemorragia posparto en esta última técnica, como se ha comentado anteriormente (10).

En los siguientes supuestos estaría contraindicado el uso de prostaglandinas:

- Trabajo de parto instaurado.
- Administración simultánea de oxitocina.
- Multiparidad (6 o más partos).
- Contraindicación de parto vaginal.
- Antecedente de hipersensibilidad a PG.
- Cardiopatía moderada-grave: estenosis mitral o aórtica, Fallot, IAM previa, prótesis valvular, síndrome de Marfan, coartación aórtica.

Existen otras situaciones en las que debemos tener ciertas precauciones:

- Hemorragia uterina de causa desconocida.
- Asma, glaucoma.
- Patología pulmonar, hepática o renal.
- Hidramnios y macrosomía.
- Epilepsia.
- Cesárea anterior y gemelaridad.

En la figura siguiente se detalla un ejemplo de protocolo de maduración cervical con prostaglandinas (11).

Procedimiento de maduración cervical con PG

- Dispositivo vaginal PGE₂: base de polímero con 10 mg de dinoprostona y cadena de poliéster que se coloca en el fondo de saco posterior de vagina mediante TV.
- Se puede retirar fácilmente.
- Libera 0,3 mg/h en pacientes con bolsa íntegra y 0,4 mg/h con RPM.
- **Dosis máxima:** única dosis (12-24 horas).
- **Monitorización basal y posterior:**
 - Durante 1-2 horas para valorar FCF y DU.
 - Ventanas cada 8 horas +/- 2.
 - Si se establece DU regular, la monitorización ha de ser continua.

- **Retirada:**

- Cérvix favorable para administrar oxitocina: intervalo de 30 min.
- DU de parto, hiperestimulación uterina, hipertonía, sospecha de PBF o evidencia de efectos adversos maternos (náuseas, vómitos, hipotensión taquicardia).

Actualmente, está resurgiendo en algunos centros el empleo de derivados sintéticos de la PGE1:

- **Misoprostol o PGE1 sintética:** puede administrarse por vía oral, vaginal o sublingual. Es eficaz como inductor de dinámica uterina. Recientemente la Agencia Española de Medicamentos ha aprobado la indicación para inducción de parto al misoprostol 25 µg comprimidos vaginales y el de 200 µg para maduración cervical en intervenciones ginecológicas. En mujeres con cérvix desfavorable, el misoprostol vaginal de 25 µg es más eficaz que el misoprostol oral de 50 µg en la consecución de parto vaginal dentro de las 24 horas (12).

Se encuentra en desarrollo un dispositivo vaginal de liberación prolongada de misoprostol (100-200 µg), pero todavía no se ha comercializado en España.

Procedimiento de maduración cervical con misoprostol

- El misoprostol administrado por vía oral (50 mcg/4 horas) es tan eficaz como la dinoprostona para inducir el parto con tasas de hiperestimulación similares (4-12%).

- **Contraindicaciones:**

ABSOLUTAS	RELATIVAS
PE grave, eclampsia	Macrosomía, PEG, CIR
Cesárea anterior	Hidramnios
EG < 37 semanas	Gemelares

- **Dosis máxima:** 5 dosis (250 mcg v. oral).
- **Monitorización basal.**
- **Monitorización posterior:** después de la primera dosis se monitorizará la FCF y la DU durante 2 horas. A continuación, se realizan monitorizaciones en ventana de 60 min (coincidiendo con la administración cada 4 horas) hasta DU regular, que entonces ha de ser con monitorización continua.
Se interrumpirá la administración de misoprostol si la DU es regular, hiperestimulación uterina, hipertonía, RPBF o evidencia de efectos sistémicos adversos maternos (náuseas, vómitos, hipotensión o taquicardia).
- **Si amniorrexis espontánea:** valorar condiciones cervicales, DU y FCF antes de proseguir con la pauta.
- **Si DU regular:** la monitorización ha de ser continua.
- **Contraindicada la administración de oxitocina simultánea** y otros medicamentos que produzcan contracciones. El intervalo entre la última dosis y su administración debe de ser > 4 horas.

Complicaciones y efectos adversos de las prostaglandinas

- **Frecuentes (1/10-1/100):** alteraciones de la FCF, hipertonía, taquisistolia, hiperestimulación uterina, hipotensión o taquicardia.
- **Poco frecuentes (1/100-1/1.000):** náuseas, vómitos, diarrea, RPBF.
- **Raros (1/1000-1/10.000):** CID, rotura uterina, reacción anafiláctica, asma, glaucoma, aumento de la presión intraocular, hipersensibilidad a PG, hemorragia vaginal, etc.

Métodos no farmacológicos

Despegamiento de las membranas o maniobra de Hamilton

Consiste en la separación digital de las membranas fetales del segmento uterino inferior, es decir, en el espacio extraovular por encima del OCI. Actuaría estimulando la síntesis de PG intraamnióticas y liberando PG locales.

Para su realización sabemos que necesitamos cierto grado de maduración cervical. Por ello, se considera más un método que favorece la aparición de dinámica uterina que un método para madurar el cérvix. Puede producirse: hemorragia, RPM, hiperdinamia o infección.

La exploración vaginal en la gestante a término nos permite evaluar las condiciones cervicales, facilitando la toma de decisiones y posibilitando la realización de esta maniobra (2).

Dilatadores cervicales

Entre los métodos mecánicos utilizados para la inducción del parto se incluyen varios tipos de catéteres con balón o tallos de laminaria que son introducidos en el canal endocervical o espacio extraamniótico. Se han revisado dichos métodos en comparación con placebo, con PGE₂, con oxitocina y misoprostol en una revisión sistemática (2385 mujeres). El uso de balón cervical para la inducción de parto en mujeres con cérvix desfavorable mostró resultados maternos y fetales similares al compararlos con las PG vaginales. El uso de balón se asoció a menores índices de hiperestimulación uterina con cambios en la FCF en comparación con el misoprostol.

Los métodos mecánicos, cuando se comparan con las prostaglandinas por cualquier vía, no mejoran la tasa de parto vaginal dentro de las primeras 24 horas ni reducen la tasa de cesáreas. Pueden reducir la tasa de taquisistolias, pero incrementan el riesgo de infección neonatal. Todos estos métodos mecánicos son procesos lentos (más de 12 horas), con riesgo de RPM e infección materna y/o fetal.

Existen distintos métodos:

- **Dilatadores mecánicos:** sonda de Foley, balón de Cook.
- **Dilatadores osmóticos:** tallos de laminaria. Es un producto natural procedente de algas de Japón deshidratadas que, al rehidratarse en el canal cervical, aumentan su diámetro. No pueden emplearse durante más de 24 horas y su principal riesgo es la infección. Debe administrarse un antibiótico conjuntamente. Actualmente no se utilizan.
- **Dilatadores sintéticos:** polímeros hidrofílicos que permiten aplicaciones seriadas. Tienen menor riesgo de infección.

Procedimiento no farmacológico: sonda de Foley

- La sonda de Foley es una alternativa para la maduración cervical con una eficacia comparable a las PG.
- Ventajas: confort, deambulación, potencialmente reversible, menos efectos secundarios (hiperestimulación uterina), eficaz.
- Requisitos:
 - Gestación bajo riesgo.
 - Domicilio < 30 km.
 - Acompañante.
 - Membranas íntegras.
 - SGB negativo.
 - < 2 partos previos.
- Se realizará RCTG basal previo de 20-30 mi para valorar FCF y ausencia de DU.
- Ecografía para valorar LA (PB modificado), placenta, presentación y PEF.
- Firma de CI para maduración cervical no farmacológica ambulatoria e información acerca de:

- Aspectos relacionados con la colocación del dispositivo.
- Situaciones por las que acudir a urgencias: amniorrhexis espontánea, hemorragia, contracciones uterinas >3/10 mi, expulsión del balón.
- Controles posteriores.
- **Procedimiento:**
 - Colocación del catéter endocervical o sonda:
 - Con ayuda de un espéculo y pinza de Pean se coloca sonda de calibre 16 a través del canal endocervical, sobrepasando el OCI. Posteriormente, se infla el balón con 30 cc de SF y se fija la sonda al muslo.
 - En casos determinados (mínima dilatación cervical, obesidad...) puede resultar de ayuda fijar el labio anterior con pinza de Pozzi, una guía rígida a través de la sonda o la utilización de una sonda de silicona.
 - Si no fuera posible, debe remitirse a la paciente para la maduración farmacológica.
 - Monitorización posterior inmediata durante 1 hora:
 - Si se da un RCTG reactivo, se envía a la paciente a su domicilio. Se darán instrucciones/signos de alarma para acudir a urgencias.
 - Si se presenta un RCTG no reactivo, o poco tranquilizador, se remite a urgencias.
 - Programar ingreso a las 12 horas posteriores a la colocación de la sonda:
 - Si el Bishop < 6 y no se objetiva DU regular, se mantendrá el balón 12 horas más (administrar misoprostol 50 mcg por vía oral a las 4 horas).
 - Si el Bishop > 6 el uso de oxitocina después de la retirada/la expulsión del balón puede ser inmediata.
 - Si se produce la expulsión del balón y Bishop < 6, se inicia la maduración cervical farmacológica.

Complicaciones

Complicaciones de la inducción con oxitocina

- Hiperestimulación uterina:

Se recomienda si la frecuencia de las contracciones es de 1 cada 2 min o menos y duran más de 60 o 90 seg, o bien si el tono uterino en reposo es superior a 20 mmHg.

La polisistolia o la hipertonia pueden causar hipoperfusión placentaria e hipoxia fetal. También pueden producir o favorecer la rotura uterina, DPPNI, parto precipitado o hemorragia posparto por atonía uterina.
- Rotura uterina:

Los signos de sospecha pueden ser: alteración de la FCF brusca, desaparición de DU y pérdida de altura de la presentación.
- Intoxicación hídrica:

En altas dosis, por sus propiedades antidiuréticas, puede originar: hiponatremia sintomática, convulsiones, coma, insuficiencia cardíaca...
- Otras:
 - Puede producir hipotensión si se administra en bolo, sin diluir.
 - Tiene etanol como excipiente, por tanto, es necesaria mucha precaución en casos de enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, etc.
 - En altas dosis puede producir hiperbilirrubinemia neonatal.

Actuación ante actividad uterina excesiva durante el proceso de maduración cervical

- Taquisistolia: más de 5 contracciones en 10 min.
- Hipertonía: contracción uterina mantenida más de 2 min (120 seg) sin producirse relajación completa.
- Hiperestimulación: actividad uterina excesiva con alteraciones en la FCF fetal.

Medidas:

- Retirar dispositivo liberación vaginal.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Si continúa la hiperactividad uterina con repercusión en la FCF: administrar tocolisis (Ritodrine 60 ml/h= 12 mg/h= 200microgr/mi, diluyendo dos ampollas (100 mg) en 490 ml de S. Glucoslano 5%, en una concentración de 1mg/5 ml).

Fracaso de inducción

La situación más frecuente tras una inducción suele ser el parto vaginal, aunque en menor porcentaje que las mujeres que inician el parto de forma espontánea. La estimación global para el fracaso de inducción con cérvix desfavorable es del 15% (13).

Un índice de Bishop desfavorable, antes o después de la maduración cervical, es un factor de mal pronóstico para el parto vaginal.

Según la ACOG, el fracaso de inducción se puede definir como 'la incapacidad para generar contracciones regulares y cambios cervicales tras la administración de oxitocina durante 12 horas siguientes a la rotura prematura de membranas'.

Inducción hospitalaria vs. ambulatoria

La tendencia actual de "humanizar el parto" también se traslada a la inducción de parto y se plantea su realización de forma ambulatoria. Esto solo sería posible en el caso de métodos mecánicos, no farmacológicos, como la sonda de Foley o el balón de Cook. Existen pocos estudios que analicen la seguridad y eficacia de esta tendencia. En una revisión se incluyeron 3 ensayos y 612 mujeres; cada uno examinó un método diferente de inducción y no fue posible agrupar los resultados de los ensayos (14):

- PGE2 vaginal (201 mujeres). No hubo diferencias entre las mujeres tratadas de forma ambulatoria vs. hospitalaria para la mayoría de los resultados de la revisión. Las mujeres del grupo ambulatorio tuvieron una mayor probabilidad de tener partos instrumentales (cociente de riesgos [CR] 1,74; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,03 a 2,93). La duración general de la estancia hospitalaria fue similar en los dos grupos.
- Liberación controlada de 10 mg de PGE2 (300 mujeres). No hubo pruebas de diferencias entre los grupos para la mayoría de los resultados de la revisión, incluido el éxito de la inducción. Durante el propio periodo de inducción, las mujeres del grupo ambulatorio tuvieron una mayor probabilidad de informar niveles altos de satisfacción con su atención (la satisfacción se clasificó como 7 o más en una escala de 9 puntos; CR 1,42; IC del 95%: 1,11 a 1,81), pero las puntuaciones de satisfacción medidas en el periodo posnatal fueron similares en los dos grupos.
- Sonda de Foley (111 mujeres). No se analizan las diferencias entre las tasas de cesárea, el tiempo total de inducción y el número de recién nacidos ingresados en cuidados intensivos neonatales.

Los datos disponibles para evaluar la eficacia o los riesgos potenciales de la inducción ambulatoria son limitados. Por lo tanto, aún no es posible determinar si la inducción del trabajo de parto es efectiva y segura en el contexto ambulatorio.

Situaciones especiales

- Cesárea anterior:
 - El riesgo de rotura uterina (1%) se ve aumentado en este grupo.

- El parto vaginal puede evitar las complicaciones a corto y largo plazo de la repetición de cesárea.
- Maduración cervical: PG vaginal.
Si periodo intergenésico < 6 meses está contraindicado (nunca misoprostol).
Si cérvix favorable o fracaso de maduración cervical: inducción oxitócica.
 - Monitorización externa continua de la FCF y DU.
 - Administración de oxitocina en bomba
 - Dosis inicio: 6 ml/h (1 mU/mi).
 - Aumento de dosis: 1-2 mU/mi (6-12 ml/h) cada 20 min.
- El **parto estacionado o prolongado** se asocia a un aumento de rotura uterina.
- La **analgesia epidural** no enmascara los síntomas de rotura uterina.
- La sospecha de rotura uterina requiere realizar una cesárea urgente para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.
- En el período expulsivo no es necesaria la instrumentalización sistemática ni el examen de la cicatriz o histerorrafia.
- **Gemelares:**
 - No existen protocolos específicos.
 - Mayor riesgo de rotura uterina.
 - Método para maduración cervical: PG dispositivo vaginal.
 - Si cesárea anterior: inducción oxitócica.
 - Con los datos actuales NO se puede establecer la recomendación.
- **CIR:**
 - PEG, CIR tipo I y II: finalizar a partir de la 39 semana. No contraindicado el parto vaginal.
 - CIR tipo III y IV: finalizar a partir de 34 semanas: cesárea electiva.
- **Muerte fetal anteparto:**
 - El misoprostol es el fármaco de elección.
 - La administración vaginal es más eficaz con menos efectos GI secundarios.
 - No hay consenso sobre la dosis óptima ni el intervalo adecuado entre dosis.
 - Se recomienda:
 - Gestaciones entre 24-34 semanas: 200 mcg/6 horas vaginal.
 - Gestaciones > 34 semanas: 100 mcg/6-12 horas.
 - Gestaciones a término: 50 mcg/6-12 horas.
 - Contraindicado en pacientes con cesárea anterior.

Conclusiones

- La maduración cervical y la inducción de parto son procesos habituales en nuestra práctica clínica, por lo que cada centro debería sistematizar el proceso y elaborar su protocolo.
- El objetivo de la maduración cervical es disminuir las tasas de cesáreas por FI y, secundariamente, reducir costes hospitalarios.
- Las PG son el método farmacológico más eficaz para realizar la maduración cervical hospitalaria. Tiene bajas tasas de hiperestimulación y pocos efectos secundarios.

- Los principales inductores del parto son la administración de oxitocina y la amniotomía conjuntamente. Requieren un control clínico y cardiotocográfico continuo.
- Como todo proceso obstétrico, tiene sus complicaciones. Es importante conocerlas para hacer un diagnóstico precoz y actuar con urgencia.
- Actualmente, se valora la posibilidad de una maduración cervical ambulatoria no farmacológica, pero únicamente aplicable en gestaciones de bajo riesgo.
- Existen gran variedad de métodos que requieren de más estudios para valorar su eficacia y establecer su seguridad.

Bibliografía

1. Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Trends in induction of labor at early-term gestation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2011; 204(5):435.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Induction of labour. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
3. Obstetrics. ACoPB. Induction of labor. *Obstet. Gynecol.* 2009; (114):386-397.
4. Mozurkewich E, Chilimigras J, Koepke E, Keeton K, King VJ. Indications for induction of labour: a best evidence review. *BJOG* 2009; 116(5):626-636.
5. Ehrenthal DB HM, Jiang X, Ostrum G. Neonatal outcomes after implementation of guidelines limiting elective delivery before 39 weeks of gestation. *Obstet. Gynecol.* 2011; (118):1047.
6. Laughon SK, Zhang J, Grewal J, Sundaram R, Beaver J. Induction of labor in contemporary obstetric cohort. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2012; (206):486.
7. Clark SL, Miller DD, Belfort MA, Dildy GA, Frye DK, Meyers JA. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2009; 200(2):156.
8. Kelly AJ, Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; (3):CD003246.
9. Howarth GR, Botha DJ. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; (3):CD003250.
10. Kelly AJ KJ, Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; (4):CD002865.
11. Materno-Fetal SdM. Inducción de Parto y Métodos de Maduración Cervical. Barcelona: Institut Clinic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clinic; 2011.
12. Alfirevic Z, Weeks A. Oral misoprostol for induction labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; (2):CD001338.
13. Rayburn WF. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and induction of labor: A critical analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 160(3):529-534.
14. Dowswell T KA, Livio S, Norman J, Alfirevic Z. Diferentes métodos para la inducción de parto ambulatorio. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; (8):CD007701.

ENTREVISTA a M^a Ángeles Álvarez Soriano

Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia-Ginecología del Área Este de Málaga-Axarquía



M.ª Ángeles Álvarez Soriano nace en Sabadell, en la provincia de Barcelona. Recibe su formación como matrona en el Hospital Clínic de Barcelona. Es además licenciada en Antropología Social y Cultural, Máster en Bioética, Máster en Gestión y Calidad... y una enamorada de Málaga. Hoy día, ostenta el cargo de Matrona Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia-Ginecología del Área Este de Málaga-Axarquía.

Su trayectoria es la de una profesional incansable, luchadora e incombustible que trabaja por y para la sociedad.

Se trata de una mujer afortunada e inteligente, que como ella dice: "cree en lo que hace, sabe lo que quiere, vive lo que siente y cuando trabaja lo hace actuando con evidencia y buenas prácticas".

Con una intensa vida laboral, formativa e investigadora y, hallándose, en la plenitud de su carrera, sigue aportando con su esfuerzo líneas de mejora social y profesional. Con rigor, constancia y carácter busca la excelencia en la calidad sanitaria, ya que cree en una Sanidad Pública.

Pregunta. Preséntanos el hospital, M.ª Ángeles.

Respuesta. El Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía depende del Servicio Andaluz de Salud, organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud. Una de las líneas de avance que se han aplicado con la conformación del Área es la integración, bajo una misma estructura de gestión, de todos los recursos y centros adscritos, con el objetivo de impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria. De esta forma, el Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía comprende la planificación, organización y gestión de la Atención Hospitalaria del Hospital Comarcal y la Atención Primaria, que se ordena en siete Unidades de Gestión Clínica (UGC) con sus respectivos centros de salud y consultorios locales y auxiliares según la dispersión de la zona. Nuestro distrito Málaga Este-Axarquía comprende siete demarcaciones o Zonas Básicas de Salud y el Hospital General Básico de La Axarquía: (1) Colmenar, (2) Viñuela, (3) Algarrobo, (4) Nerja, (5) Torrox, (6) Vélez-Málaga y (7) Axarquía Oeste.

El volumen de partos desde el año 2010 ha ido descendiendo en torno a un 5% y un 6%, sin embargo, podemos decir que se han ido dando pasos importantes en el proyecto de humanización de la asistencia obstétrica. Así, en 2013 hubo un total de 1.053 partos, en los que el 100% de las mujeres estuvieron acompañadas por un familiar y se ha mejorado también la disponibilidad de analgesia epidural, que se sitúa en un 61,34%. Además, se respetan los deseos de la gestante sobre las posiciones durante el trabajo de parto y la posibilidad de deambulación.

El porcentaje de urgencias ingresadas en nuestra unidad oscila entre el 32% y el 39% según los años, mientras que en el total del hospital el porcentaje de urgencias atendidas que precisan ingreso ronda el 8%. El final del embarazo es el proceso que genera mayor número de ingresos, fundamentalmente, para la asistencia al parto. El número de camas que forman parte de nuestra unidad son 32, de ellas 18 se destinan a obstetricia y 14 a ginecología. Se intenta, siempre que la ocupación lo permita, que las mujeres estén solas en las habitaciones y se procura darles la mayor intimidad que precisen.

Los recursos humanos que forman la unidad son:

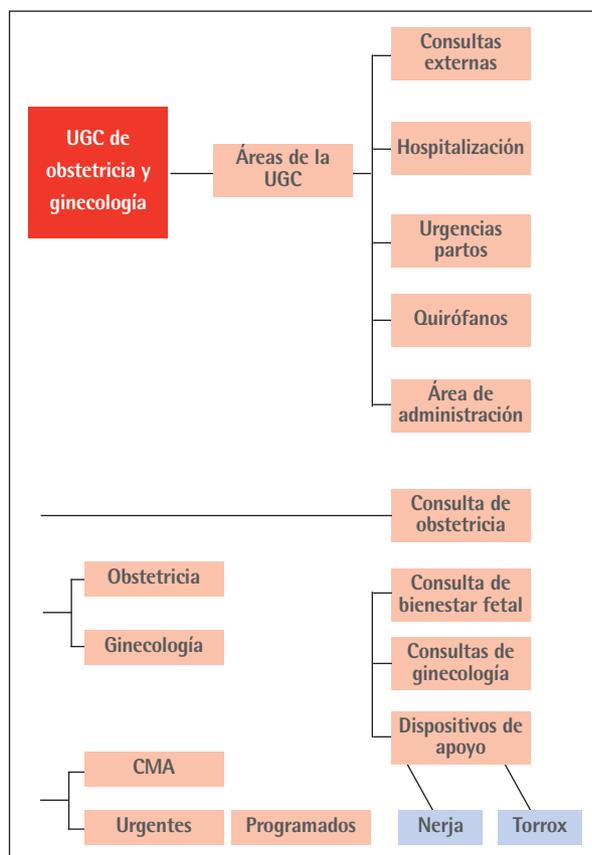
- 8 Ginecólogos/as.
- 11 Matronas en el hospital.
- 6 Matronas en Primaria.

- 11 Enfermeras.
- 19 Auxiliares de Enfermería.
- 4 Residentes de matronas.
- 2 Celadores compartidos.
- 1 Administrativa.
- 1 Director de la Unidad.
- 1 Supervisora de la Unidad.

P. ¿Cuál es la distribución del trabajo en este hospital? Además del paritorio, ¿las matronas tienen bajo sus cuidados otras plantas o servicios?

R. El nacimiento de un hijo o hija es (o debe ser) una de las experiencias más gratificantes de la vida. Siempre digo: "hagámoslo posible, todas y todos juntos". Si las matronas incorporan su "empoderamiento" a sus buenas prácticas y evidencias científicas, los ginecólogos también podrán avanzar realizando otras intervenciones y tareas que estarán encaminadas a la mejora de la salud de la mujer en todas las etapas de su vida. Este es principalmente mi sentir, el que a veces me gustaría, o tal vez desearía, que tuviesen todas las matronas.

En nuestra unidad, los profesionales están muy implicados en que las ciudadanas y sus familias tengan la mejor y mayor atención en sus cuidados. Las matronas de nuestra unidad están ubicadas en el área de partos, desde aquí dan cobertura a las mujeres que acuden remitidas desde el servicio de urgencias. En ocasiones, las matronas se desplazan a la hospitalización a realizar las monitorizaciones de las gestantes ingresadas, realizan también las revisiones puerperales y dan apoyo e información sobre la lactancia materna. Es cierto que no todas las matronas realizan este desplazamiento, pero sería excelente que todas lo hiciesen, ya que este hecho daría paso a que en las plantas de maternidad hubiese al menos una matrona, aumentando la satisfacción de nuestra usuarias al no tener que desplazarse ellas, sino los profesionales. Aún nos queda mucho camino. Las que gestionamos, a veces, tenemos la sensación de que las cosas van muy lentas y que podrían realizarse algo más deprisa, teniendo claro que hemos de trabajar en equipo.



P. ¿Cuál es el sistema de registros de datos, por ejemplo, el partograma, en el hospital?

R. Hemos de tener claro que la cumplimentación adecuada de los registros, sea en el formato que sea, es de lo más eficaz en nuestra unidad, contribuye a proporcionar una adecuada comunicación interprofesional y, por ende, una atención con calidad.

Actualmente, el registro de los datos clínicos y la asistencia sanitaria se lleva a cabo mediante un sistema doble, es decir, combinando papel con medios electrónicos.

Paulatinamente van desapareciendo las tradicionales hojas de registros para ser sustituidas por registros informáticos e ir así dando lugar a la historia clínica digital.

Los registros más utilizados por las matronas en nuestra unidad son:

- El partograma.
- Registro del recién nacido.
- Consentimientos informados.

- Registro de analgesia.
- Registros múltiples para la donación de cordón.
- Registro de nacimiento.
- Registro de las actividades de la matronas.

En definitiva, nuestro reto es llegar a conseguir una historia clínica digital de calidad capaz de proporcionar información sanitaria completa en cualquier unidad clínica asistencial donde se requiera.

Toda la documentación de la embarazada, o de la usuaria en estos casos, debería tener una continuidad desde los módulos informáticos, con el fin de que todos y todas podamos partir de datos fehacientes y precisos, y que a la vez vertamos los datos igualmente necesarios. Eso ahorraría mucho tiempo y nos daría una información excelente y más precisa. Además de saber que son un soporte legal y administrativo, docente y, cómo no, de investigación a la hora de saber qué, cómo y quién lo hizo. En resumen, se trata de dirigirse siempre hacia la mejora continua.

P. En relación a la LM, ¿se realiza algún programa específico de apoyo a las mujeres durante su estancia en el hospital? El primer paso para promocionar la lactancia materna es favorecer el contacto físico de la madre con el niño/a recién nacido/a y todavía es de mayor importancia si el recién nacido/a es prematuro o está enfermo.

R. Basándonos en esta frase, en el área hay una gran implicación en la lactancia materna por parte de la enfermería en general. Hemos realizado cursos, talleres... en fin, todo lo más preciso para dar a la mujer la mejor información y para que dé a su bebé la mejor alimentación, aunque siempre respetando las decisiones que ella misma tenga o desee. Desde nuestro centro, y más ahora al incorporarse las matronas de Atención Primaria con las de hospital y todo el equipo multidisciplinar, se intenta que todos den el mismo mensaje a las familias, igualmente los pediatras. Como bien sabemos en la actualidad, los tiempos de estancia de la mujer en los centros son cada vez más cortos y eso hace que las matronas de Primaria sean el centro de apoyo a la mujer en este programa tan específico, pues son profesionales altamente implicadas. En los paritorios, más del 90% de las mujeres salen con contacto piel con piel y más del 90% con lactancia materna. Considero que esto es fruto de una labor sumamente importante de todo el equipo.

P. Si hablamos de modelo o política asistencial, ¿en qué forma ha cambiado el modelo después del año 2005 con la Carta de Madrid o con el Documento de Estrategia de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad de 2007?

R. El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal se desarrolla en el entorno de un gran número de iniciativas en relación al proceso de embarazo, parto y nacimiento. En este contexto y ante la necesidad de abordar nuevas situaciones, como la de la mujer inmigrada, desde una perspectiva de discriminación positiva en colectivos vulnerables (discapacidad, marginación, población rural) o desde una perspectiva de género que permita una mayor equidad en los roles asignados al proceso del nacimiento y la crianza, se precisan intervenciones específicas y en nuestro centro las hemos relacionado con la atención al embarazo, parto y puerperio. Pretendemos incorporar a la ciudadanía desde el inicio del proyecto, con el fin de priorizar y adecuar el desarrollo de este y sus líneas de mejora a las necesidades y expectativas de nuestra población, buscando con ello, extremar la efectividad y el impacto de las medidas implantadas, y siempre enmarcado dentro de la evidencia científica disponible.

Nuestro centro desde 2006-2008 entró dentro del proyecto y, en la actualidad, como otros muchos, dispone de autonomía de gestión y capacidad jurídica para implantar el proyecto en los servicios de atención perinatal.

Es cierto que los comienzos no fueron fáciles, ya que teníamos una forma de llevar a cabo la profesión. Fueron muchas las conjunciones que se debieron unir para llegar donde estamos. Ha sido necesario mucho esfuerzo desde las propias mujeres, asociaciones y, cómo no, desde las propias direcciones de los centros para que este empezase a caminar. Ha llovido ya un poco y parece que algunas de aquellas cosas, como son los enemas, rasurados..., están aparentemente casi olvidadas.

P. ¿Cuál es el perfil y nacionalidad promedio de las gestantes que se atienden en este hospital?

R. El perfil de la mujer que acude a nuestro centro es, mayoritariamente, de mediana edad, entre 20 y 30 años. Hubo entre 2009 y 2012 un nuevo resurgir de embarazo en mujeres con edades comprendidas entre 35 a 40 años. En la actualidad, y es un reflejo nacional, hay un dominio de los diferentes países: Marruecos, Argentina, Colombia, etc., aunque nuestra zona sigue teniendo su punto autóctono.

Afortunadamente, es una zona donde las personas que lo habitan son de una calidad humana excepcional.

P. ¿La relación con la Dirección de Enfermería es satisfactoria?

R. La relación que mantengo tanto con la Dirección Gerente como con la Dirección de Enfermería es excelente. Considero que soy una profesional afortunada al poder contar con profesionales dentro de la Dirección tan implicados con la ciudadanía. Ellos hacen que lo difícil se haga fácil y que lo incomprensible se haga comprensible. Tienen un alto grado de implicación con los profesionales que están a su cargo. Aunque tal vez parezca este hecho difícil de conseguir, sin embargo, es cierto.

P. En relación con las incidencias de la plantilla (bajas, permisos, etc.), ¿cuál es la política de cobertura que puedes aplicar?

R. La cobertura en general de todos los procesos existentes en cada uno de los profesionales se cubre mayoritariamente al 100%, teniendo en cuenta, siempre y sobre todo en la hospitalización, la carga asistencial del momento.

Los puestos de matronas se cubren al 100% en todos los casos, incluso en la actualidad.

P. De la totalidad de la plantilla que gestionas, ¿cuál es la situación laboral de la misma?

R. La plantilla de matronas es, prácticamente, fija. Las matronas se sustituyen ante casos de baja o incidencia laboral en un 100% de los casos.

La plantilla de enfermeras tiene un porcentaje alto de reducciones de jornada por cuidado de hijos. Estas también son en su mayoría fijas.

La plantilla de auxiliares es fija en su totalidad, siendo igualmente sustituidas en los casos de incidencias.

Son en nuestra unidad los ginecólogos los que están exentos de guardias en algunos casos por motivos de edad, pero estos puestos también son cubiertos.

P. Como sabrás, la Asociación Española de Matronas promueve la "re-atribución" de competencias que siempre fueron de las matronas y que nunca pudieron ejercer por falta de efectivos. Es decir, en el caso de un hospital maternal, desde la primera a la última planta deberías estar a cargo de las matronas. ¿Existe alguna iniciativa por tu parte para hacer realidad dichas retribuciones a corto, medio y largo plazo?

R. Es curioso que este tema lo hemos hablado a veces hasta la saciedad. Me dedico a la gestión desde hace ya algunos años y, créeme, he tenido apoyo siempre de todas las direcciones que han pasado por mi centro y, concretamente, como ya comentaba al principio, con la que tengo en la actualidad. Es la que más aboga por una personalización directa hacia todos y cada uno de los cuidados de las personas, así como en nuestro caso concretamente, por ese binomio tan importante como es la madre-bebé y el entorno familiar.

Soy matrona hace también todos esos años y siempre he creído que la matrona es la profesional más cualificada, adecuada para la atención, cuidados, formación e información de la mujer, bebé, pareja y familia. Te pregunto, les pregunto, invitando a unas reflexiones: ¿se lo creen?, ¿nos lo creemos?, ¿lo tienen empoderado?, ¿se presentan e identifican a la población?, ¿la población y, sobre todo, las mujeres las conocen laboralmente, es decir, las competencias, la legislación...? Todo está a favor de nuestra profesión, ¿existe ahora más movimiento?, ¿o es porque, no había sucedido antes nunca, que hubiese matronas en paro?... En fin, un arduo trabajo, aunque seguro que conseguiremos llegar.

Como bien sabes, llevo muchos años también trabajando con la Asociación Andaluza de Matronas, desde matrona "de a pie" hasta estar a la Junta Directiva y puedo decirte que, desde la Presidenta hasta toda la Junta, se trabaja con pasión por nuestra profesión.

Y claro que existe desde mi posición de matrona y gestora un enorme deseo de que las matronas asuman sus competencias y de que estén cerca, al lado, junto a una mujer, un bebé, una familia y la comunidad. Y también es cierto que me gustaría ver que las matronas asumen todas y cada una de sus competencias.

Tenemos la profesión más antigua, más bella, más delicada y maravillosa que pueda existir, asímanos competencias y avancemos todas y todos juntos con esa evidencia, buenas prácticas y, aun más, seamos capaces de compartir las decisiones con la mujer. De ella es ese momento, hagámoselo mágico y único.

COMUNICADO IMPORTANTE

Estimada compañera:

Como sabrás, ya hace dos años que desde la Asociación Española de Matronas comenzamos la andadura por el camino de ofrecer a nuestro colectivo un documento de compromiso ético con la sociedad y entre nosotras mismas, por ello, se elaboró el primer Código de Deontología de las Matronas Españolas.

Dando continuidad al documento, se planteó la oportunidad de hacer un trabajo de investigación, que partiese de una encuesta, para conocer cuál es la situación real del conocimiento en esta materia dentro de nuestro colectivo.

Por eso, te agradeceríamos enormemente que participaras, de manera voluntaria y anónima, respondiendo al cuestionario que encontrarás para su descarga en la página web de la Asociación: www.aesmatronas.com

Una vez cumplimentado, debes remitirlo a la siguiente dirección: aemdeontologia@gmail.com

Al mismo tiempo, queremos comunicarte que se va a crear una Comisión Nacional en Ética y Deontología en la Asociación Española de Matronas, cuyo fin será asesorar, como organismo nacional, en temas que impliquen a nuestra ética profesional, bien a nivel particular bien solicitada por algún organismo o colectivo.

Para participar únicamente se requieren dos cosas: motivación y formación en estos temas. De estar interesada en participar, puedes enviar tu CV a: asociacionnacionalmatronas@gmail.com

Se hará una elección de los aspirantes (grupo reducido) y se comunicará la decisión lo más pronto posible.

Recibe, de antemano, un cordial saludo y nuestro mayor agradecimiento por tu participación.

Fdo.: M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
Presidenta de la Asociación Española de Matronas

PRECONGRESO-SESIONES MONOGRÁFICAS

Miércoles 14 de mayo de 2014

SESIONES DE MANAÑA			
8.00 a 9.30 h	Entrega de la documentación		
9.30 a 11.30 h Sesión A	A.1	Aspectos prácticos para la comunicación de resultados científicos	D. Antonio Oliver
	A.2	Ergonomía: prevención del riesgo laboral en las matronas	D. Juan Antonio Arias
	A.3	Suturas y anudados	Dña. Remedios Climent y Dña. Marta Benedí
11.30 a 12.00 h	Pausa-café		
12.00 a 14.00 h Sesión B	B.1	Técnicas y habilidades en la comunicación	Dña. Yolanda Espinosa
	B.2	Constelaciones familiares: familia de origen y salud	D. Vicente Cuevas
	B.3	Risoterapia: soltando el estrés	Dña. M.ª Teresa Ahuir
14.00 a 16.00 h	Comida de trabajo		
SESIONES DE TARDE			
16.00 a 18.00 h Sesión C	C.1	Manejo del duelo perinatal	D. Javier Velasco
	C.2	Cuidarse para cuidar: dando lo mejor	Dña. Mar Sánchez Marchori
	C.3	Confeccionemos un póster	D. Daniel Andrés
18.00 a 18.30 h	Pausa-café		
18.30 a 20.30 h Sesión D	D.1	Violencia de género: rol de la matrona	Dña. M.ª Ángeles Aparicio
	D.2	Osteopatía en el RN	D. Raúl Guzmán Mora
	D.3	Manejo de las emociones en el embarazo, parto y puerperio	D. Baldí Figueras
FIN DE LAS SESIONES DEL PRECONGRESO			

PROGRAMA DEL CONGRESO

Jueves 15 de mayo de 2014

SESIONES DE MANAÑA		
8.00 a 9.30 h	Entrega de la documentación	
9.30 a 10.30 h	Acto inaugural	
HORA	ACTIVIDAD	PONENTE
10.30 a 11.30 h	Conferencia Inaugural: El arte del Cuidar	Prof. Agustín Domingo
11.30 a 12.00 h	Descanso	
12.00 a 14.00 h	Mesa 1: La matrona, ¿empleada o profesional? - Conciencia profesional - Ética del cuidado	D. Vicente Bellver Dña. Montserrat Busquets
13.15 h	Visita guiada	
SESIONES DE TARDE		
16.00 a 17.30 h	Mesa 2: Competencias profesionales - Estrategias de recuperación de las competencias de la matrona - Protocolo de control del cáncer de cérvix: rol de la matrona - Claves del éxito en la profesión	Dña. Montserrat Angulo Dña. Leticia del Valle D. Jesús Sánchez Martos
17.30 a 18.00 h	Descanso	
18.00 a 19.30 h	Mesa 3: La matrona: educadora y docente - Actualización en la Educación para la Salud Materna y Filial - La matrona: formadora de formadores y educadores - Recursos para la creación del vínculo y el apego durante la gestación	Dña. Clara Moreno Llopis Dña. M ^a José Alemany Dña. Mar Sánchez Marchori
17.30 a 18.00 h	Salida: cóctel de bienvenida (Palacio de Cristal-Ayuntamiento)	

Agenda

Viernes 16 de mayo de 2014

SESIONES DE MANAÑA		
HORA	ACTIVIDAD	PONENTE
9.30 a 11.30 h	Sesión de comunicaciones orales 1	
11.30 a 12.00 h	Descanso	
12.00 a 13.00 h	Mesa 4: El recién nacido, 28 días de nuestros cuidados - Puerperio domiciliario, cuidando a la familia - Cuidados de la piel en el RN	Dña. Dolores Viñas Dña. Isabel Manzano
13.00 a 14.00 h	Actividad grupal-concurso	
SESIONES DE TARDE		
16.30 a 18.00 h	Mesa 5: Complicaciones obstétricas - Reanimación fetal intraútero - Prevención de la prematuridad - Nuevas complicaciones en las FIV: rol de la matrona	D. Rafael Vila Dña. Teresa Cabrera Dña. Carmen Molinero
18.00 a 18.30 h	Descanso	
18.30 a 19.30 h	Mesa 6: Actualidad en ginecología - Situación actual de las disfunciones del suelo pélvico - Investigando: ¿ciencia de la evidencia o evidencia de la ciencia?	D. Francisco Nohales D. Javier González de Dios
21.00 h	Salida: cena del congreso	

Agenda

Sábado 17 de mayo de 2014

SESIONES DE MANAÑA		
HORA	ACTIVIDAD	PONENTE
9.30 a 11.00 h	Sesión de comunicaciones orales 2	
11.00 a 11.30 h	Descanso	
11.30 a 12.30 h	Conferencia de clausura: El ser matrona en el siglo XXI	M ^a Ángeles Rodríguez Rozalén
12.30 a 13.00 h	Entrega de premios	
13.00 a 14.00 h	Acto de clausura	
SESIONES DE TARDE		
16.30 h	Asamblea AEM	
PROGRAMA OPCIONAL		
14.30 h	Paseo en barco con picoteo	
19.30 h	Visita al oceanográfico	



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^a Paz Mompant, Pilar Arroyo, José M^a Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua



Actualidad

Todos nuestros contenidos han sido editados entre 2008 y 2012



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Sólo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas



Garantía

Más de 25.000 ex alumnos avalan nuestra experiencia docente



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la **FORMACIÓN ACREDITADA** de mayor CALIDAD al mejor PRECIO



auladae
Grupo Paradigma

www.auladae.com

