



matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 2 Nº 3 AÑO 2014

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161

SUMARIO

- Editorial
 - Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social
 - Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba
 - Influencia del cambio en las competencias de la matrona en algunos resultados obstétricos
 - Retrato de una matrona en el primer cuarto del siglo XX: D^a Dionisia Repila y Tetilla
- Informe AECOSAN*
- Aquí y ahora:* entrevista a las matronas del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla
- Noticias*
- Agenda*





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

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Comité editorial

- M^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. 2 - nº 3 diciembre 2014-marzo 2015

Editorial

5

Originales

- Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social 6
 M. José Espinaco Garrido, José Román Oliver, Juan Muñoz Jigato, Domínguez Espinaco
- Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba 13
 María Isabel Fernández Aranda
- Influencia del cambio en las competencias de la matrona en algunos resultados obstétricos 22
 M^a Cecilia Ruiz Ferrón, Estefanía Jurado García, Francisca Baena Antequera, M^a Del Socorro Arnedillo Sánchez, Manuel Jorge Romero Martínez, Nuria Barberá Rubini

Artículo especial

- Retrato de una matrona en el primer cuarto del siglo XX: D^a Dionisia Repila y Tetilla 30
 María Elena Rodríguez Herrero

Informe AECOSAN

44

Aquí y Ahora

- Entrevista a las matronas del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla 46

Noticias del sector

48

Agenda

- Dos matronas, nuevas doctoras 50
- Campaña "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe SIN". Jornada de puertas abiertas en el Hospital General de Alicante 52
- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM, condecorada con la Medalla al Mérito Militar 54

bibliotecadigital

Grupo Paradigma

Ya en tu dispositivo los y Android

Podrás consultar los libros que contiene tu **biblioteca personalizada**, adquirir más libros y consultarlos desde tu dispositivo **cuando 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



DISPONIBLE EN
Google play

Editorial

Tengo la sensación de que el tiempo corre más deprisa que hace unos años, e inevitablemente he pensado que los años que se me van echando encima son los que me dan esa sensación de rapidez, aunque para tranquilizar en parte mi ánimo he leído que existe una explicación científica denominada la Resonancia Schumann, que explica que al incrementarse el ritmo de rotación de la tierra, nuestro reloj interno se desajusta y nos parece que las cosas pasan más deprisa. Será así, pero lo real es que estamos a punto de arrancar la última hoja del calendario de 2014. Desde esta redacción también cerramos ejercicio con este nuevo número y creemos que lo más importante es dar las gracias a todos los que en este año han dado vida a este proyecto vivo, y digo vivo, porque esta revista avanza de forma constructiva, se consolida y refuerza su presencia en medio de la profesión.

Es una satisfacción saber que a día de hoy contamos con el suficiente número de artículos para asegurar muchos números más de esta publicación y que seguimos en disposición de colaborar con los autores para que sus trabajos vean la luz cumpliendo el objetivo de la calidad.

Mantenemos abierta esta puerta para todas/os las/os matronas/es, no nos cansamos de repetir que esta revista es de todos y para todos, y que hay que implicarse en todo lo relativo a la profesión para hacerla crecer y engrandecerla con un cuerpo de conocimiento propio, y publicar es una forma de contribución.

Influjo americano de larga trayectoria y bien asentado en la opinión del mundo científico actual es la frase *Publish*

or perish, publicar o perecer, que define la necesidad ineludible de publicar los resultados de las investigaciones o, lo que es lo mismo, todo aquello que no se publica, no existe. Sin embargo, al hilo de esta necesidad que para algunos desgraciadamente se está traduciendo en una fiebre incontrolada por publicar como medio de aumentar su currículum profesional y no de aumentar la base científica de la especialidad, hay que tener presente la credibilidad y la responsabilidad de los autores, sujetas a principios éticos ineludibles como son la originalidad evitando la reiteración de temas, la participación real de todos los autores que se citan en la elaboración del trabajo y la inexistencia de conflictos de intereses de cualquier índole.

Las matronas seguro que no aspiramos a estar en el Top 10 de la investigación científica, pero sí a dejar constancia de que trabajamos por mejorar la salud de la mujer y las familias y lo hacemos, probablemente, como las hormigas en medio de este mundo científico que crece sin cesar, pero eso sí: con ciencia y conciencia.

Feliz año 2015, que se cumplan todos los deseos de cada una/o y, en cualquier caso, que no falte el entusiasmo y la esperanza de que así sea.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

Anticoncepción mediante el uso del implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia y su repercusión en la mejora de la calidad de vida en mujeres en situación de exclusión social

¹ M. José Espinaco Garrido
¹ José Román Oliver
² Juan Muñoz Jigato
³ Cristina Domínguez Espinaco

¹ Matrona de Atención Primaria. Distrito Sevilla.

E-mail: pepaespinaco@hotmail.com

² Estudiante de Enfermería.

³ Enfermera.

Trabajo premiado como "Mejor Comunicación Oral" en el XVI Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas (Valencia, 2014). El Comité Científico por unanimidad distinguió este trabajo por la pertinencia y resultados de la acción sociosanitaria y el enfoque humano que pone de relieve el decidido apoyo de los autores por la igualdad de oportunidades.

Resumen

Objetivos: el problema del chabolismo en Sevilla tiene una significación especial, seguramente porque esta ciudad tiene el asentamiento más antiguo de Europa, El Vacie y es uno de los más extensos. Viven en él aproximadamente unas 800 personas en condiciones de marginación social. En el caso de las mujeres se añade el denominador común de una edad precoz de procreación y numerosos embarazos no deseados con periodos intergenésicos muy cortos. El objetivo principal es analizar la experiencia de cuatro años de colocación de implantes subcutáneos anticonceptivos en el grupo poblacional mencionado. Como objetivos secundarios destacan: conocer el perfil socioobstétrico de las mujeres, el motivo de inserción y retirada del dispositivo anticonceptivo, y la aceptabilidad y tolerabilidad del implante.

Material y método: estudio observacional y retrospectivo con una muestra de 269 implantes anticonceptivos colocados a mujeres de entre 15 y 44 años, en el periodo 2010-2013. La recogida de datos relacionados se efectuó en las revisiones, quedando anotados en el registro de inserción/retirada dispuesto al efecto.

Resultados: la media de edad de las participantes fue de 27,03 años. Se cuantificó una media de abortos de 0,68% y 0,51% de uso de anticoncepción de urgencias. En relación al motivo para la elección de este tipo de anticonceptivo, el 34,20% lo eligió por dificultad en el cumplimiento de otros métodos, el 13,40% por intolerancia y el 52,40% por bajos recursos económicos. Respecto a la retirada del dispositivo un 3,65% solicitó su retirada antes de los tres años, de estas, un 62% alegó intolerancia al patrón de sangrado y un 34,20% deseo de un nuevo embarazo. La continuidad en el empleo del método fue del 96,35%, la tolerabilidad del 97,50%; el 100% de las mujeres del estudio lo calificó como un método efectivo y el 84,32% lo puntuó como sobresaliente.

Conclusiones: se ha alcanzado un resultado excelente y similar al de otros estudios. Al 90% de las mujeres se les ha insertado un nuevo implante en el momento de retirarle el caducado.

Palabras clave: implante subcutáneo hormonal; población de exclusión social; aceptabilidad y tolerabilidad del implante.

Abstract

Subcutaneous implant-based contraception. A four-year experience and impact on quality of life improvement in socially excluded women

Purpose: The problem of shanty slums in Sevilla has a special significance, probably due to the fact that Sevilla has the oldest and one of the largest slums in Europe, the so-called "Vacie". Some 800 socially excluded people are currently living there. Women have there the added problem of a common early-age reproduction and a high number of unintended pregnancies. Our main objective was to review a four-year experience with contraceptive subcutaneous implantation in this population. Secondary aims were to understand socio-obstetric profile of women, reasons for using or withdrawing such contraceptive devices, and implant acceptability and tolerability.

Material and methods: A retrospective observational study in a sample of 269 contraceptive implants in women aged 15 to 44 years, over the period 2010 – 2013 was carried out. Relevant data were obtained during review exams and were recorded in a specifically developed registry of implantation/withdrawal.

Results: Mean age of participants was 27.03 years. Mean abortion rate was 0.68% and mean use of urgent contraception was 0.51%. Reported reasons for using such a contraceptive method were as follows: 34.20% due to difficulties for using alternative methods; 13.40% because of intolerance; and 52.40% due to low economic resources. Reasons for withdrawal were as follows: device withdrawal was decided by 3.65% of users before completing three years of use. Intolerance to bleeding patterns was the alleged reason in 62% of them and intended pregnancy was the reason in 34.20%. Contraceptive method use continuity was 96.35%, with 97.50% tolerability. All women in the study reported this was an effective method and 84.32% considered it to be excellent.

Conclusions: An excellent result, similar to the one in other studies, was achieved. A repeated implantation was performed in 90% of users after first implant withdrawal due to expiration.

Key words: subcutaneous hormonal implant; socially excluded population; implant acceptability and tolerability.

Introducción

El problema del chabolismo en Sevilla tiene una significación especial, seguramente porque esta ciudad tiene el asentamiento más antiguo de Europa (desde los años 30 del siglo XX), el Vacie y uno de los más extensos (Imagen 1). Viven en él aproximadamente unas 800 personas en condiciones de marginación social y, por lo tanto, poco dignas. Carecen de muchos servicios fundamentales y en definitiva al acceso a los recursos (incluido el sanitario) en igualdad de oportunidades (1).

Predomina una tipología familiar de tipo patriarcal, extensa y, en su mayor parte, menores de edad. De etnia gitana, tanto de origen español como portugués. El 92% se encuentra en situación de pobreza severa y el 70% de la población activa son parados de larga duración (1).

La mujer padece una particular exclusión debida, entre otras circunstancias, a la aceptación de los malos tratos como parte de la relación normal de la pareja, e integrados y aceptados por la comunidad. La prole pertenece al clan paterno y no a la familia nuclear, situación que genera la necesidad de casamientos precoces y embarazos inmediatos para asegurar la descendencia y, de este modo, pertenecer a ese grupo familiar, lo que además otorga a la mujer el correspondiente permiso a poder alejarse del asentamiento, del hogar (salir fuera de la casa).



Imagen 1. Poblado chabolista de El Vacie

La necesidad de quedarse embarazada precozmente para obtener el permiso de poder salir de forma autónoma fuera de casa y el mal acceso y utilización de los recursos sanitarios provocan en estas mujeres, además de una mala salud, que a una edad temprana tengan numerosos hijos y terminen por agravar y deteriorar su situación personal y familiar.

Las personas tienen derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables, la posibilidad de decidir tener o no hijos y el espacio entre cada nacimiento, así como el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad. La anticoncepción forma parte de la salud integral de las personas, a las que aporta un importante beneficio en su calidad de vida (2).

Este derecho, que pueden ejercer las personas sobre decisiones reproductivas, incluye el pleno acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y recibir información y prescripción de métodos anticonceptivos que permitan la plena libertad de decisión para cuando se quiera procrear y el espaciamiento en el nacimiento de la descendencia, así como el ejercicio de una sexualidad separada de la reproducción (2).

Para la elección de un método determinado por parte de una población de mujeres en edad fértil se debe considerar la conducta social y otros criterios no clínicos, especialmente las preferencias de las/los usuarias/os. Sin embargo, las elecciones de las mujeres generalmente están impuestas o limitadas por factores sociales, económicos y culturales, sean directos o indirectos. La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos generalmente requiere hacer un balance entre los diferentes métodos, considerando las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos específicos, que varían según las circunstancias, las percepciones y las interpretaciones individuales (3).

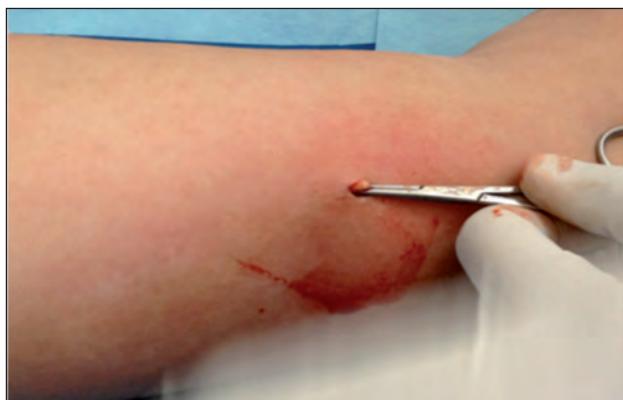
En los últimos años, la tendencia más importante en la investigación de anticonceptivos ha sido el desarrollo de una variedad de métodos diseñados para satisfacer las necesidades de las usuarias individuales. Con el desarrollo de polímeros sintéticos se ha hecho posible el desarrollo de sistemas de suministro con una larga duración de acción, que liberan continuamente pequeñas cantidades de hormonas (4).

El implante subcutáneo de etonorgestrel (Implanon®) es uno de los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces (índice de Pearl de 0,05), supone una nueva vía de administración de progestágenos solos. Generalmente se insertan bajo la piel de la cara interna del brazo no dominante, y su efecto lo ejercen liberando progestágeno (etonogestrel) de forma continua y controlada durante tres años: esto asegura el cumplimiento y colabora a su alta eficacia anticonceptiva (5). Es un método eficaz, seguro y aceptable de anticoncepción entre sus usuarias. Los trastornos menstruales fueron los principales efectos secundarios que la mayoría de las mujeres encontraron tolerables con un asesoramiento adecuado (6).



Imagen 2. Poblado chabolista de El Vacie

Los implantes anticonceptivos subdérmicos en humanos han sido estudiados y empleados desde hace más de veinte años (Imagen 3 y 4). Estos implantes proporcionan una acción prolongada y la anticoncepción reversible altamente eficaz. El implante subdérmico de más reciente introducción, Implanon® (NV Organon, Oss, Países Bajos), también conocido como el etonogestrel (ENG) implante, es un implante anticonceptivo de una sola varilla que ofrece tres años de anticoncepción. El ENG implante se ha utilizado eficazmente en más de 30 países, entre ellos Australia, Indonesia y los Países Bajos, y fue aprobado por la *Food and Drug Administration* de Estados Unidos (FDA) en 2006 (7).



Imágenes 3 y 4. Colocación del implante subdérmico

El implante ENG es una excelente opción para las mujeres con contraindicaciones a los estrógenos, que presentan abortos de repetición, difícil cumplimiento de otros métodos, discapacidad psíquica, violencia de género, embarazos no deseados llevados a término, malas cumplidoras de pautas sociosanitarias, que tienen escasos recursos económicos, uso frecuente de anticoncepción de emergencia y, además, para cualquier mujer que desee una anticoncepción reversible de acción prolongada.

Las tasas de embarazo no deseado y el aborto no han cambiado significativamente en las últimas décadas y siguen siendo un reto para la salud pública. Las razones de la alta tasa de embarazos no deseados y el aborto son multifactoriales,

pero está claro que la falta de anticonceptivos, incluyendo el uso inconsistente o incorrecto, es un factor importante. Si bien casi todas las mujeres han usado un método anticonceptivo, no todos los métodos actúan a la misma velocidad o tienen la misma eficacia inherente. Los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), incluidos los métodos reversibles más eficaces, como el dispositivo intrauterino (DIU) y el implante subdérmico, tienen el potencial de impactar de manera significativa tanto en la tasa de embarazos no deseados como en las de aborto (8).

Desde finales de 2009, en el centro de salud de Sevilla Pino Montano B (del que depende el barrio de El Vacie), las mujeres continúan en una encrucijada personal propia de otras épocas pasadas: es frecuente, por ejemplo, la asistencia a mujeres de 15 años, madre de dos hijos y/o de 28 años, madre de ocho hijos con pésima situación sociosanitaria propia de su exclusión social. Estos hechos han servido como detonante de la necesidad de actuar con el objetivo de cambiar dicha situación.

Dentro de la situación sanitaria de este colectivo se destaca la alta incidencia y prevalencia de numerosas enfermedades (diabetes, obesidad, hipertensión, etc.) en comparación con las del resto de la población de la ciudad. En relación con la planificación familiar en concreto, no poseen una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos, y en caso de usarlos, lo hacen de forma inadecuada (olvidos frecuentes de anticonceptivos orales y/o tomas discrecionales, etc.) y en otros casos no los utilizan por barreras culturales, como por ejemplo el DIU (debido a su localización) y el preservativo (por la negativa de su pareja a usarlo).

Se decide acudir a la Dirección Sanitaria del Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla para hacer la propuesta de mejora de la situación sanitaria de estas mujeres a través de la oferta de un método anticonceptivo que encaje en su situación personal y cultural. De esta forma se propone como mejor método el implante subcutáneo, dadas sus características de larga duración (tres años) y sin que su uso suponga un impedimento cultural para estas mujeres, a fin de retrasar la edad del primer hijo, ampliar los periodos intergenésicos, reducir las cifras de abortos, etc.

Un problema sobreañadido a esta intervención fue la desconfianza hacia el personal externo a su cultura (incluidos los sanitarios), lo que supuso un sobreesfuerzo al hacerse necesaria la realización de encuentros con los responsables sociales municipales del barrio y posteriormente con las mujeres, con el objetivo de ganarse su confianza para el ulterior desarrollo del trabajo, que incluiría educación para la salud y propuesta de implantación del método anticonceptivo.

La propuesta dirigida a la dirección sanitaria del distrito fue aceptada. Desde el año 2009 se puso a disposición del colectivo de las mujeres de esta barriada en situación o riesgo de exclusión social, de forma gratuita, implantes subcutáneos anticonceptivos, momento a partir del cual se inició la colocación de los dispositivos.

La puesta en marcha de este proyecto ha reportado no solamente un beneficio contraceptivo, sino que ha generado y mantenido continuidad en la confianza para con los sanitarios y el desarrollo de una serie de sesiones informativas y formativas sobre temas sociosanitarios que han permitido elevar el nivel de conocimiento y respuesta sanitaria. En definitiva, ha contribuido determinadamente a la mejora de la salud de las mujeres y sus familias.

Objetivos

El objetivo principal es analizar la experiencia de cuatro años en la colocación de implantes subcutáneos anticonceptivos en el área de salud descrita.

Los objetivos secundarios son:

- Trazar el perfil socioobstétrico de estas mujeres.
- Conocer los motivos de inserción y retirada del dispositivo.
- Cuantificar la aceptabilidad y tolerabilidad del implante anticonceptivo.

Material y método

Se trata de un estudio de seguimiento observacional y descriptivo realizado durante el periodo de enero de 2010 hasta diciembre de 2013.

Planificación de la actuación

La fase siguiente a la determinación de los objetivos fue la de establecimiento de los criterios de elegibilidad para su inclusión o exclusión en el programa de anticoncepción propuesto de la población accesible:

- Criterios de inclusión: mujeres en edad fértil de entre 15 y 44 años de la población del barrio del Vacie, con comprensión del idioma castellano, sin patología física o psíquica alguna y que hayan sido portadoras de, al menos, un implante subcutáneo anticonceptivo.
- Criterios de exclusión: mujeres con enfermedad tromboembólica activa, antecedentes de tromboflebitis, enfermedad hepática aguda, sangrado ginecológico no filiado, tumores hepáticos benignos y malignos y cáncer de mama u hormonodependiente.

Perfil sociodemográfico y nivel sociocultural de la muestra

A partir de la población accesible se seleccionó el grupo de mujeres (muestra) que iban a participar en el programa. Fueron mujeres del barrio de El Vacie de entre 15 y 44 años, con descendencia, que expresaron su deseo de usar el implante subcutáneo anticonceptivo y cumplían los criterios de inclusión. Fueron captadas en primera instancia en la propia guardería del barrio, posteriormente en consulta de la matrona y en la de planificación familiar del centro de salud.

Recursos materiales

En el proyecto inicial se solicitó al Distrito Sanitario Sevilla la disponibilidad de implantes subcutáneos anticonceptivos de forma gratuita para su utilización en mujeres en situación o riesgo de exclusión social.

Desde enero de 2009, de forma efectiva, la administración pone a disposición de forma gratuita, los implantes anticonceptivos para este grupo de mujeres.

Recursos humanos

Matrona del Centro de Salud Pino Montano B que coordina y dirige la actividad sociosanitaria con el respaldo y aprobación del centro de salud de referencia y la colaboración con agentes sociales, como el equipo de chabolismo municipal perteneciente al Plan Integral Municipal de El Vacie y ONG presentes en barrio.

Ejecución del procedimiento

Desde el momento en que la Administración Sanitaria aprobó la financiación de los implantes para cubrir gratuitamente las necesidades derivadas de la ejecución del proyecto (enero de 2009) se iniciaron las actuaciones de participación en promoción de salud. El primer contacto se estableció con el equipo de chabolismo municipal perteneciente al Plan Integral Municipal de El Vacie, compuesto por un equipo multidisciplinar, con cuyos integrantes se acuerda comenzar la puesta en marcha del plan con sesiones informativas sobre salud y explicaciones sobre los implantes subcutáneos anticonceptivos. Seguidamente se les anuncia a las mujeres candidatas a ser incluidas en el plan la posibilidad de la oferta gratuita del método anticonceptivo en un futuro próximo.

Posteriormente, estas sesiones informativas se realizaron en la guardería existente en el barrio como punto de encuentro social de estas mujeres y se empezaron a impartir charlas de promoción de salud a las mujeres y al equipo de profesionales de la guardería.

Estas charlas que se iniciaron con explicaciones sobre planificación familiar fundamentalmente, más tarde fueron

ampliadas con la inclusión de temas como prevención del cáncer de cérvix, programa de vacunaciones, control de embarazo y puerperio, etc.

Finalmente se presentó el proyecto a los profesionales del Centro de Salud Pino Montano B, a los profesionales del equipo de chabolismo municipal y ONG participantes en el barrio.

Registro de datos de la actividad

Seleccionadas las mujeres beneficiarias del plan, de forma previa a la colocación del implante, se les realizó una anamnesis, exploración y valoración para determinar el perfil de la usuaria.

Una vez realizada la inserción del dispositivo, se recogieron los datos en el Registro de Inserción y Retiradas de Implantes del centro de salud de referencia.

Evaluación

Para verificar la aceptabilidad y tolerabilidad del método se recaba información de las mujeres en las sucesivas revisiones de control: en el primer año a los 3, 6 y 12 meses y, posteriormente, a los 24 y 36 meses, coincidiendo con su retirada y posible nueva inserción.

Los datos reflejados en este trabajo corresponden al periodo de enero de 2010 hasta diciembre de 2013, aunque la actividad ha sido implementada y, por tanto, las mujeres de la zona siguen teniendo a disposición la oferta anticonceptiva descrita.

Resultados

Durante los cuatro años que ha durado el presente estudio se colocaron 269 implantes a mujeres del barrio de El Vacie de Sevilla (Tabla 1).

El perfil de las usuarias, se corresponde con el de mujeres jóvenes en edad promedio 27,03 años, dentro de un rango de

edades extremas de 15-44 años. Todas viven en pareja, ninguna trabaja fuera de casa. El 92,30% se declaran analfabetas y el 5,25% posee estudios primarios sin finalizar. El número de hijos promedio es de 4,20/mujer, siendo la edad media a la que tuvieron su primer hijo los 16,05 años.

Solamente cuatro mujeres (0,68%) habían abortado previamente, de ellas tres se acogieron a interrupción voluntaria de embarazo (IVE) y uno fue aborto espontáneo. Del total de mujeres del estudio, el 5,82% ha empleado alguna vez un método anticonceptivo y el 0,51% ha utilizado alguna vez el anticonceptivo de urgencias.

Todas manifiestan tener información sobre el implante subcutáneo, así como conocimientos sobre el método subdérmico antes del implante, ya que se les informó conveniente y adecuadamente mediante dos charlas preimplantación sobre el dispositivo y todo lo relacionado con él, como es preceptivo para este tipo de actividades. Las beneficiarias del programa firmaron el correspondiente consentimiento informado, norma ética y jurídica de obligado cumplimiento en la práctica de cualquier procedimiento médico.

Tan solo el 7,32% de la muestra manifestó haber percibido dolor (sin cuantificar en este estudio) a la inserción del implante.

En relación con el motivo de elección del dispositivo, el 52,40% alegaron motivos económicos, el 34,20% dificultad en cumplimiento de otros métodos, el 10,80% intolerancia cultural al uso de otros métodos, el 0,72% enfermedad mental y solamente el 1,73% lo prefiere por otros motivos (Gráfico 1).

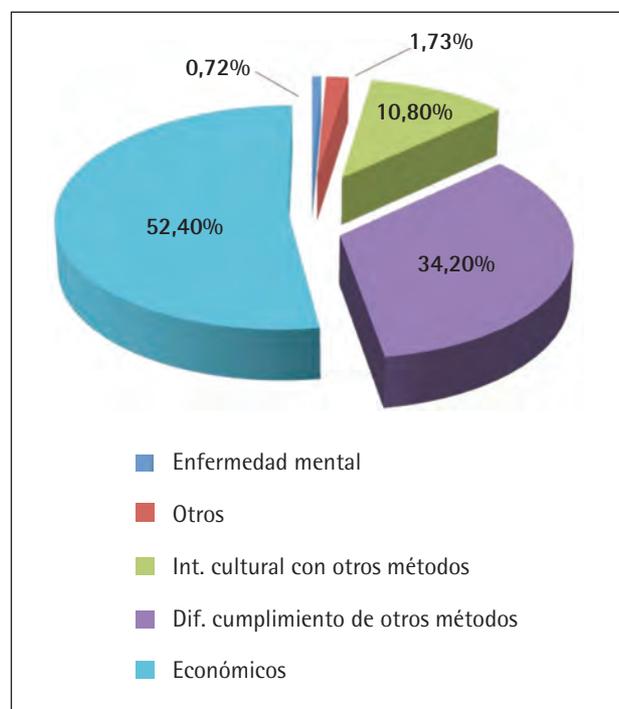


Gráfico 1. Motivo de elección del dispositivo anticonceptivo

Tabla 1. Perfil de las usuarias

Rango de edad participantes	15-44
Media de edad participantes	27,03
Número de hijos/mujer	4,20
Nulíparas	9,52%
Múltiparas	91,20%
Tasa abortos previos	0,68%
Anticoncepción de emergencia	0,51%
Edad media al nacimiento del primer hijo	16,05

En relación a la retirada del dispositivo, se registró un porcentaje del 3,65% al que se le extrajo precozmente (antes de los tres años). De este grupo de mujeres, el 62% manifestó intolerancia con el tipo de sangrado, el 34,20% expresó su deseo de un nuevo embarazo y el 3,80% alegó otros motivos (Gráfico 2).

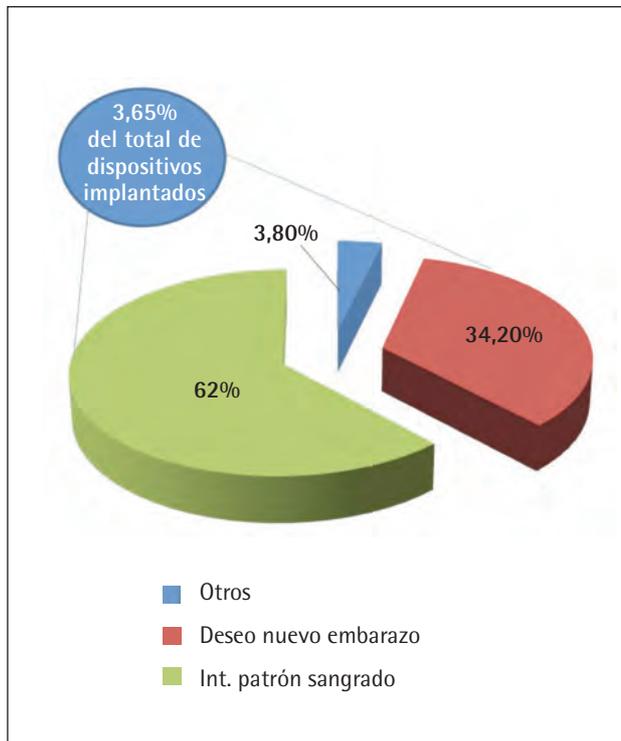


Gráfico 2. Motivos de retirada precoz del dispositivo

Al respecto de la aceptabilidad y tolerabilidad, la tasa de continuidad se cifró en el 96,35% de las mujeres; el 95,25% no manifiesta incomodidad alguna con su uso y el 96,75% coincide en afirmar la facilidad de inserción del dispositivo.

La totalidad de las usuarias lo consideró un método muy efectivo (no ha habido embarazos durante el uso), fácil de retirar (no se han presentado complicaciones, ni utilizado recursos externos) y el 84,32% lo han calificado como un método sobresaliente (Tabla 2).

Tabla 2. Valoración de las usuarias	
Inserción fácil	96,75%
Seguridad / efectividad	100,00%
Fácil retirada	100,00%
Comodidad	95,25%
Tasa de continuidad	96,35%

Discusión y conclusiones

El perfil de las mujeres corresponde al de una zona de exclusión social: mujeres jóvenes de una edad media baja, alta tasa de múltiparas y significativo porcentaje de embarazos en adolescentes (15 años). Las características obstétricas no corresponden a las descritas en otros estudios, puesto que no limitaban sus casos a mujeres en situación de riesgo de exclusión social (9).

El motivo más importante esgrimido por las mujeres para la elección de este método anticonceptivo ha sido la escasez de recursos económicos, seguido por olvidos en el cumplimiento de otros métodos y la imposibilidad cultural de libre elección de otro anticonceptivo en concordancia con el perfil de estas mujeres, sin concordancia con otros estudios.

De todos los implantes insertados en el presente estudio no se ha comunicado ningún embarazo, lo que hace referencia a una alta eficacia del método y concuerda con todos los trabajos consultados en este sentido, su índice de Pearl es de 0,05 tanto en uso ideal como real (9,10,11).

Que al 90% de las mujeres se les haya insertado un nuevo implante en el momento de retirarle el caducado, demuestra una aceptabilidad excelente, superior a los datos encontrado en otros trabajos, posiblemente derivada de la especificidad de estas mujeres, de la labor realizada por todos los profesionales comprometidos en la mejora de la situación de las mismas y por su localización (12). Otro de los logros considerables de esta acción ha sido que las mujeres, a través de la educación para la salud recibida, así como de la positiva consideración de la actitud asistencial de entrega y colaboración del equipo sociosanitario hacia ellas y sus problemas, y la eficacia comprobada de los implantes anticonceptivos que les han sido colocados, modifiquen su relación con los servicios sanitarios.

El resultado de este mejor acceso a los servicios de salud ha cristalizado en la mejora del nivel de salud personal y familiar, prueba de ello es el mayor (y voluntario) espaciamiento intergenésico, el nulo número de hijos nacidos no deseados, la mayor asistencia a consultas de promoción de salud, el seguimiento del embarazo, las visitas puerperales, la asistencia a revisiones, la prevención del cáncer de cérvix y mama, la asistencia al programa de vacunas, odontología, etc., que antes de esta intervención se producía de forma excepcional.

Por todo ello se concluye afirmando que las intervenciones de salud desarrolladas han sido altamente positivas, ya que además de conseguir ofrecer un método contraceptivo eficaz, han sido motivadoras de cambios en las condiciones de salud de las mujeres, e incluso de las familias y por añadidura han conseguido generar en esta población marcada con el estigma de la pobreza y la marginación social, la necesidad de que ellos mismos presten mayor atención a su salud en general.

Bibliografía

1. Información demográfica de la población de El Vacie y sus características. Protocolo del Distrito Sanitario Sevilla 2007/09; 98:357.
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Beijing; 1995.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª ed. Ginebra: OMS; 2005.
4. Bhatia P, Nangia S, Aggarwal S, Tewari C. Implanon: Subdermal Single Rod Contraceptive Implant India. Aug 2011; 61(4):422-425.
5. Trillo C, Navarro JA, Luque MA, Seoane J. Guía Práctica de Planificación Familiar en Atención Primaria. 2ª ed. Samfyc; 2008.
6. Aisien AO, Enosolease ME. Safety, efficacy and acceptability of implanon a single rod implantable contraceptive (etonogestrel) in University of Benin Teaching Hospital. Niger J Clin Pract 2010 Sep; 13(3):331-335.
7. Heather Hohmann. Examining the efficacy, safety, and patient acceptability of the etonogestrel implantable contraceptive. Patient Prefer Adherence 2009; 3: 205-211.
8. Madden T, Eisenberg DL, Zhao Q, Buckel C, Secura GM, Peipert JF. Continuation of the etonogestrel implant in women undergoing immediate postabortion placement. Obstet Gynecol 2012 Nov; 120(5):1053-59.
9. Arribas Mir L, Rueda Lozano D, Agrela Cardona M, Cedeño Benavides T, Olvera Porcel C, Bueno Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. Contraception 2009 Nov; 80(5):457-462.
10. Power J, Franch R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos *versus* otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención de embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus 2008 número 4.
11. Mattos I. Satisfacción, eficacia y efectos secundarios del implante subdérmico (Implanon®) en dos centros de atención a la mujer de la Comunidad de Madrid. Contracepción enero-febrero 2004; 21(1):93-99.
12. Domínguez V, Ávila P, Espinaco MJ, Román J. Estudio sobre accesibilidad y tolerabilidad del uso de implantes hormonales subdérmicos en una población de exclusión social en Sevilla. Aten Primaria 2011; 43(12):656-661.

María Isabel Fernández
Aranda

Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia ginecoobstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba

Matrona del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Experta en Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud, Nutrición en Salud Pública, Seguridad Alimentaria y Educación del Consumidor y Promoción de la Salud en la Comunidad.

E-mail: maribel.fernandez.aranda@gmail.com

Resumen

Objetivo: la evolución de las nuevas tecnologías de la información está generando una revolución en el proceso de comunicación en el ámbito general de la población y concretamente, en este trabajo, se pretende analizar su impacto en la relación profesional matrona-gestante. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos que reciben, las prácticas y actitudes relacionadas con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) de una población de gestantes en Atención Primaria y las implicaciones que estas tienen para la matrona.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal en el que participaron 50 gestantes del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Los datos fueron recogidos entre los meses de enero y septiembre de 2013 mediante la aplicación de un cuestionario.

Resultados: se observa en las gestantes una falta de conocimientos específicos sobre su embarazo, unos conocimientos aceptables en cuanto a las TIC y una actitud abierta y favorable al uso de las nuevas tecnologías como herramienta de enlace con su matrona.

Conclusiones: las nuevas tecnologías y en concreto el servicio de atención por videoconferencia en el postparto es completamente viable y se puede incorporar dentro de la cartera de servicios de los programas atención a la salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: matronas; educación para la salud; maternidad; tecnologías de la información y comunicación.

Abstract

New technologies in Primary Care as a complement to gynecological and obstetric care by midwives. Opinions, attitudes and use of ICT in women attending health centers in Northern Cordoba health care area

Purpose: The development of novel information technologies results in a breakthrough in communication processes in general life. The present work is intended to specifically review their impact on the pregnant woman-professional midwife relationship. We aimed at reviewing education on concepts, practice, and attitudes related to Information and Communications Technology (ICT) in a sample of pregnant women in a Primary Care setting, and to assess their implications for primary care midwifery.

Methods: A descriptive, cross-over study was carried out in 50 pregnant women from Northern Cordoba health care area. Data were collected from January to September 2013 by means of a questionnaire.

Results: A lack of specific knowledge on the pregnancy was observed in pregnant women. ICT understanding was acceptable and an open and favorable attitude regarding the use of new technologies as a connecting tool with midwives was observed.

Conclusions: New technologies, and specifically videoconference service in postpartum period is fully feasible and can be included in the portfolio of services for sexual and reproductive health care programs.

Key words: midwives; health education; motherhood; information and communications technology.

Introducción

El concepto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) varía según va avanzando la tecnología, pero en general se aplica a un amplio conjunto de elementos que favorecen la comunicación y el intercambio de información en el mundo. Las TIC agrupan todos aquellos sistemas y técnicas que se emplean en el tratamiento y la transmisión de la información, principalmente en los campos de la informática, internet y las telecomunicaciones (1).

El desarrollo de la informática y las telecomunicaciones durante el siglo XX, y sobre todo, la aparición de internet, han generado un inmenso impacto en todos los ámbitos que afectan al ser humano. En el año 2013 el 39% de la población mundial tiene acceso a internet (2.700 millones de seres humanos), en España se estima que el 69,8% de los hogares dispone de conexión a internet existiendo casi 11,1 millones de viviendas familiares con acceso a la red de redes. La proporción de uso de Tecnologías de Información y Comunicación es, en general, muy elevada en los hogares, siendo el uso de ordenador prácticamente universal (95,2%) (2).

En el ámbito de la salud las nuevas tecnologías tienen por delante un largo recorrido que apenas se ha iniciado. En las conexiones entre un sistema de salud cada vez más tecnificado y las personas, profesionales y usuarios, las nuevas tecnologías son un elemento imprescindible que contribuye a ofrecer potencialmente un mejor diagnóstico y tratamiento (por su rapidez y eficacia) y, finalmente, con un coste menor. Así, por ejemplo, sensores para controlar de manera más eficaz a la gestante, sistemas de diagnóstico que prevengan a tiempo potenciales enfermedades o conecten las "islas" de información que diversos proveedores tienen de un mismo usuario, podrían reducir significativamente los costes (3).

Palabras como telemedicina, teliagnóstico, videoconferencia o *apps* (programas para aplicaciones móviles tipo *smartphone*) de salud, forman ya parte del vocabulario del personal sanitario del siglo XXI y van siendo conocidas también por la población.

Por otra parte, el sistema de salud se enfrenta a grandes problemas: factores como el envejecimiento poblacional, cambios en el estilo de vida y crecientes expectativas de vida, entre otras cosas, ocasionan un incremento en el gasto sanitario determinado por una excesiva presión asistencial. Con el fin de sostener uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar, las autoridades se han visto obligadas a encontrar un modelo de desarrollo que pueda sostener o contener el crecimiento del gasto, facilitando una mayor capacidad de gestión y organización, y que sirva como elemento de mejora para hacer frente a la creciente demanda a la que se ven sometidos la mayor parte de los centros sanitarios (4). Este nuevo modelo apunta ha-

cia una medicina proactiva, con un paciente más activo e informado y centrado en la prevención y cuidado de su enfermedad (5).

Inmersos en esta situación los profesionales de Enfermería han apostado decididamente por hacer uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación pensando en los importantes beneficios que pueden aportar, no solamente en la provisión de servicios de salud a la población a través de instrumentos como la historia clínica digital, la teleasistencia y los telecuidados, sino también como herramienta de mejora en los procesos de comunicación y gestión del conocimiento e investigación, con el firme convencimiento de que este será el camino para generar mayores niveles de salud, bienestar y mejora económica.

Los avances han llegado también al Área de Atención Primaria y van en aumento. Cada vez son más los usuarios y profesionales de los servicios que hacen uso de las herramientas informáticas para obtener información sobre historias médicas, gestionar citas y trámites, solicitar recetas, aclarar dudas, etc. Así pues, dichas aplicaciones no solamente están al servicio de los usuarios, sino también de los profesionales, para quienes representa una gran herramienta de trabajo, pues les permite diligenciar con mayor agilidad las solicitudes de las/os usuarias/os del sistema de salud.

TIC y asistencia obstétrica. Un caso particular: usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba

En el ámbito de los servicios de asistencia obstétrica, las TIC cada vez están implantando más novedades que van más allá del acceso de los usuarios y profesionales a la información. Se están creando espacios de encuentro en tiempo real entre la matrona y la gestante sin necesidad de que se realice presencialmente, permitiendo a la embarazada realizar desde una entrevista hasta sesiones de videoconferencia puerperal a través del ordenador de su casa, constituyendo esta modalidad una nueva forma de llevar a cabo la atención de la gestante.

Si bien es cierto que las nuevas tecnologías están mejorando muchos aspectos de la asistencia obstétrica, no es menos cierto que la situación de los profesionales que atienden a las gestantes en algunas zonas dista mucho de acercarse a lo deseable. Tal es el caso de la asistencia obstétrica en Atención Primaria del Sistema Sanitario Andaluz, y en consecuencia, el uso de las TIC podría paliar en parte el déficit de matronas en esta Comunidad Autónoma, aunque nunca sustituir su asistencia profesional presencial.

El Sistema Sanitario Andaluz se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria, constituido por los centros de salud y los consultorios locales, y Atención Espe-

cializada, constituido por los hospitales. Las matronas en Atención Primaria están desigualmente distribuidas, siendo la plantilla total (mujeres y hombres) de 759 profesionales, solamente 190 de ellos realizan sus funciones en primaria (87,5% mujeres y 12,5% hombres) (6). La distribución provincial también es desigual, zonas como Córdoba y Almería cuentan con cuatro matronas cada una, respectivamente, para garantizar la atención sanitaria a las gestantes de su provincia. El Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba agrupa dos distritos sanitarios (Peñarroya-Pueblonuevo y Pozoblanco) con 80.374 habitantes y está estructurado en cuatro zonas básicas de salud que engloban 25 pueblos con distancias medias entre ellos de 10 y 15 km, ninguna de estas zonas básicas de salud disponen de matronas de Atención Primaria.

Las matronas son responsables de proporcionar cuidados y consejos durante el embarazo, parto y puerperio, también de dirigir los nacimientos normales y proveer cuidados al neonato y lactante. Asimismo, realizan una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud de la mujer, del seno de sus familias y de la comunidad (7). La falta de personal cualificado, como en el caso que se describe, hace que estas labores sean realizadas por otro personal sanitario que no cuenta con la formación específica. En esta situación las nuevas tecnologías de la información, aun no siendo la solución idónea, que no es otra que una dotación completa de matronas para cubrir los centros de Atención Primaria, podrían ayudar a mejorar la prestación del servicio mediante la teleasistencia o la videoconferencia atendida por una matrona, ante la imposibilidad del encuentro gestante-matrona en el centro de salud.

Objetivos

El estudio que se presenta tiene un triple objetivo:

- Conocer si la información que recibe la gestante en la zona indicada es suficiente (aun siendo impartida por personal de enfermería no especializado en sustitución de la matrona) o presenta déficits importantes de formación.
- Analizar los usos que las gestantes hacen de las TIC.
- Valorar la predisposición de las gestantes a la oferta de cobertura de ciertos servicios asistenciales de atención obstétrica mediante TIC, como complemento a la asistencia obstétrica ofertada en la zona específica del estudio.

Material y métodos

Se ha efectuado un estudio descriptivo transversal con un universo conformado por 101 gestantes en la Zona Básica de Salud de Hinojosa del Duque (10.624 habitantes) que dieron a luz en el año 2013. El tamaño de la muestra fue de 50 gestantes seleccionadas aleatoriamente que alumbraron

en el periodo comprendido entre enero 2013 y septiembre 2013. Se realizó una encuesta domiciliaria fuera del Centro de Atención Primaria a las 50 gestantes seleccionadas, entre mayo y septiembre de 2013 y la tasa de respuesta fue del 100%. El cuestionario contenía preguntas abiertas y cerradas puntuándose en una escala de tipo Likert y está dividido con dos partes, una dedicada a las gestantes y el uso de las TIC en la salud y otra que valora la formación maternal. La recolección de datos valoraba tres aspectos:

- Conocimientos adquiridos tras la formación maternal impartida por la enfermera.
- Conocimientos y uso de las TIC.
- Actitud hacia la incorporación de las TIC a la consulta de la matrona.

La escala de valoración de la confianza tiene cinco niveles designados del 1 al 5 y significados como: "muy desfavorable", "desfavorable", "indiferente", "favorable" y "muy favorable". Los conocimientos adquiridos por las gestantes también se han valorado sobre una escala de cinco niveles desde el nivel de "insignificante" hasta el de "experto", pasando por los de "básico", "intermedio" y "avanzado". No se han verificado valores perdidos en los ítems porque el instrumento fue aplicado por medio de entrevistas. La validez de las dimensiones "Conocimientos Preparación maternal", "Actitud ante las TIC" y "Satisfacción charlas formativas" se determinó mediante la técnica de juicio experto de matronas tituladas. Se determinaron indicadores estadísticos de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas. Los resultados fueron transformados en un fichero plano y tratados mediante el *software* de análisis estadístico WEKA (8) para, mediante un proceso de minería de datos, obtener posibles correlaciones, patrones o tendencias entre 14 variables seleccionadas de la encuesta.

Los datos fueron recogidos siguiendo estándares éticos y previo consentimiento informado.

Resultados

La muestra estudiada está constituida por mujeres en el tramo de edad de 20 a 40 años, con una media de 34,7 años y desviación típica de 6,4. Claramente están concentradas en dos grupos, mujeres de entre 20 y 30 años y entre 35 y 40, el 70% son primigestas.

En cuanto a la situación sociolaboral el 80% no trabaja fuera del hogar y el 60% no se plantea actualmente compatibilizar la lactancia materna y la educación del niño con un trabajo remunerado.

En relación con los conocimientos que han recibido mediante las charlas de la enfermera (no hay matrona de Atención Primaria) dominan los de tipo básico, pero carecen de

los más especializados y enriquecedores que pueden hacer del proceso del embarazo y parto una experiencia única, además de dar una visión general del funcionamiento de todo el proceso. Carecen de visita puerperal y de evaluación del riesgo obstétrico.

Respecto al uso de las TIC, el 80% de ellas son usuarias habituales de internet, los servicios más utilizados entre las gestantes son las redes sociales como *Whatsapp* o *Facebook* (84%) y la búsqueda de información (60%), siendo marginal para otros usos como la gestión de un blog o páginas web personales. Los principales dispositivos que utilizan son los *smartphone* (70%), seguidos por portátiles (20%) y PC de sobremesa (10%), se observa que la edad de la gestante condiciona mucho el tipo de dispositivo utilizado (Gráfico 1).

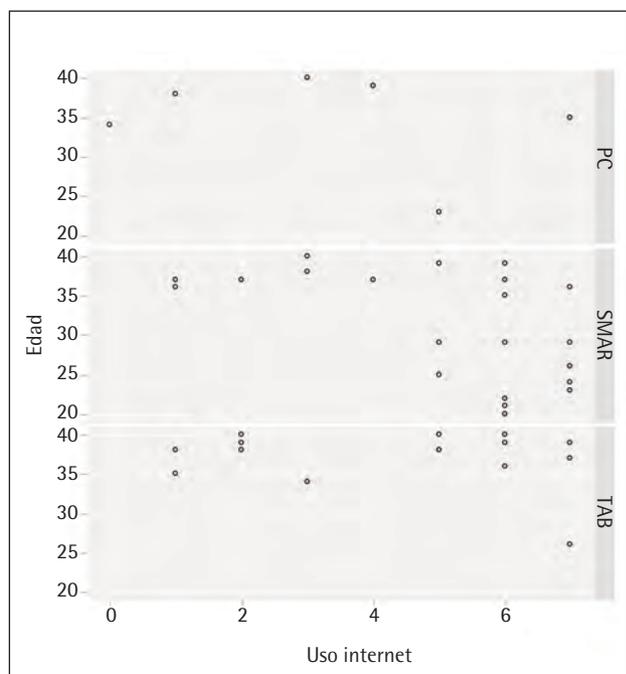


Gráfico 1. Relación edad/dispositivo utilizado/frecuencia de uso de internet

La principal fuente de información a la que acuden para realizar consultas de salud son los médicos de Atención Primaria (90%), la familia y amigos, y los medios de comunicación tradicionales ocupan una posición intermedia (50%), mientras que internet ocupa el último lugar (4%). Las fuentes de mayor confianza son los profesionales sanitarios con 8,5 puntos de media. El entorno personal les ofrece una confianza limitada (6 puntos) mientras que internet y las redes sociales es lo menos valorado (4 puntos).

Cuando se toman un medicamento durante su embarazo, la principal fuente de información, al carecer de matrona, es el médico de Atención Primaria y el farmacéutico, siguiendo en orden de preferencia la información que contiene el

prospecto (20%), la de familiares y amigos (5%), siendo apenas significativa porcentualmente la búsqueda de información sobre el fármaco por internet (2%).

Se ha detectado que en gestantes de mayor edad el uso de internet para obtener información es menor, la información buscada está relacionada principalmente con enfermedades y nutrición (70%), seguida de alimentación y estilos de vida e información sobre medicamentos (16%). La confianza en el uso que se hace de la información personal registrada en los historiales clínicos es alta (un 70%), lo que no plantea ningún problema, aunque las usuarias desconocen casi completamente cómo se gestiona (almacenamiento, custodia, accesibilidad) esa información confidencial y tampoco si es utilizada para realizar estudios o estadísticas (Gráfico 2).

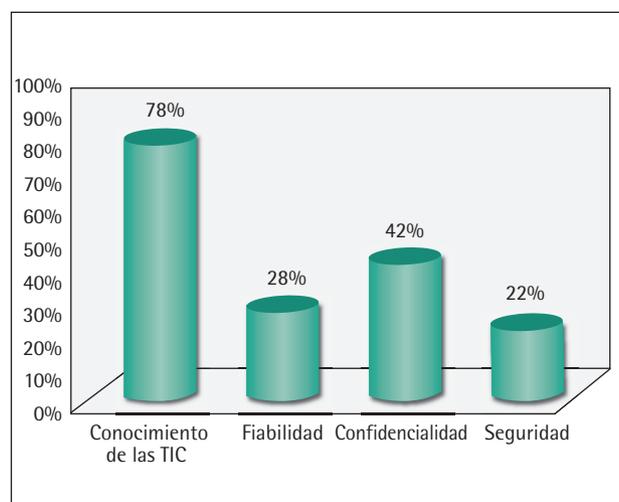


Gráfico 2. Distribución de los temas de interés y conocimiento de los mismos

Para el 54% de las gestantes la principal barrera de internet es el desconocimiento de la fiabilidad de la información que se consulta, mientras que para el 30% es el riesgo de una interpretación errónea de la información que se obtiene.

El 65% de las gestantes busca información sobre salud en internet antes de la cita médica (30%) o después (50%), de estas, el 20% comparte la información con el médico.

El 70% de las que buscan información considera que el hecho de buscar esta por su cuenta no influye en la relación médico paciente, mientras que el 16% cree que mejora y el 5% que empeora (Gráfico 3).

En cuanto a otras formas de relacionarse con su médico, al 73% de las internautas les gustaría que les recomendasen sitios de internet relacionados con su embarazo, el 72% valoraría positivamente que existiese un blog o web profesional controlada sobre consejos en el embarazo y el 63%

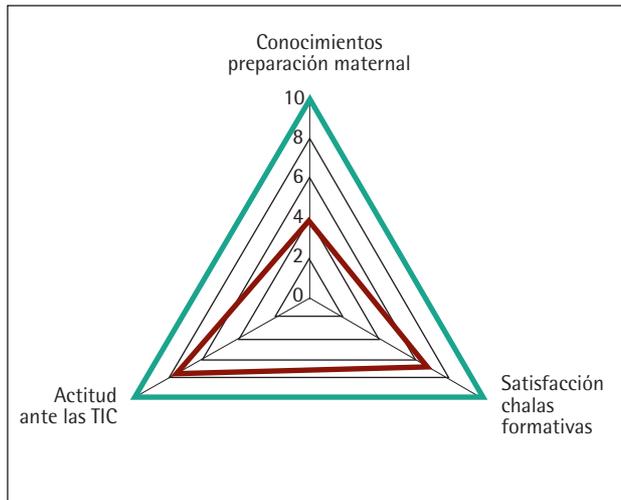


Gráfico 3. Comparación entre las medianas de las dimensiones

que se pudiera comunicar por correo electrónico con el profesional que controla su embarazo. Sin embargo, el 51% está en contra de utilizar las redes sociales para interactuar con una matrona. Las internautas más jóvenes y con mejor salud están más predispuestas a introducir estas formas de comunicación (Gráfico 4).

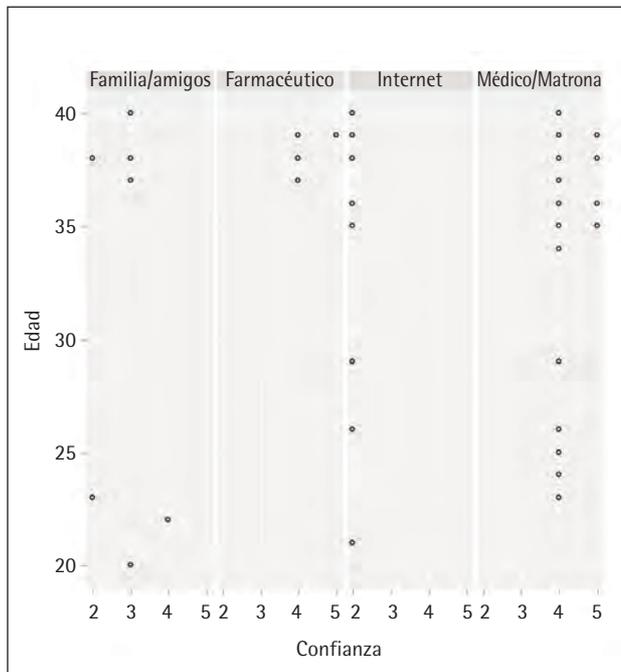


Gráfico 4. Distribución de la muestra según la confianza en la fuente de información y la edad de la gestante

En cuanto a lo que se refiere al cruce de variables a través del *software* WEKA, mediante el algoritmo *CfsSubsetEval*, se han encontrado relaciones de asociación entre las variables "edad", "temas de búsqueda", "utilidad de la informa-

ción", "conocimiento de las actuaciones sobre seguridad en datos" y "seguimiento de consejos ofrecidos en foros de internet" aunque no son concluyentes.

Se ha obtenido un árbol de decisión interesante mediante el algoritmo de clasificación J48 donde se observa que el mayor grado de satisfacción por la información recibida está en gestantes para las que la matrona es la principal fuente de información fiable, son mayores de 29 años y con un uso de internet medio (mínimo dos horas semanales) (Gráfico 5).

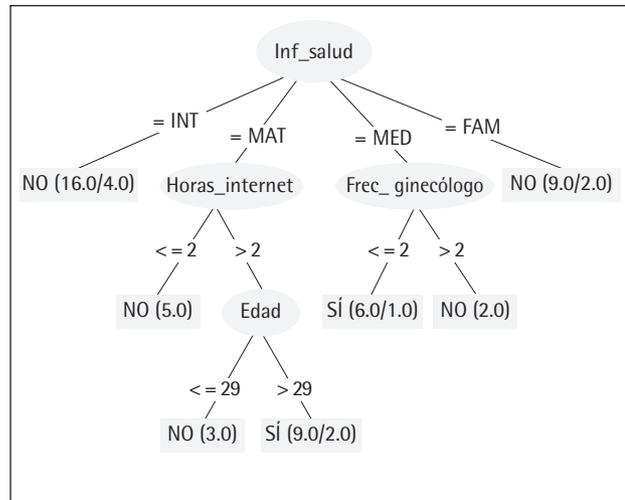


Gráfico 5. Árbol de decisión que muestra la mayor confianza de un subgrupo de gestantes en la matrona

Discusión

El estudio realizado pone en evidencia que la falta de personal cualificado afecta a la certeza, variedad y profundidad de los conocimientos que las gestantes deben de tener sobre su embarazo. Los datos obtenidos indican que la formación que han recibido las embarazadas es insuficiente, con información en muchos casos errónea y que no se ajusta a la realidad asistencial, lo que potencialmente perjudica a la comprensión, asunción y participación en el proceso de embarazo y nacimiento y a la futura relación madre-hijo en temas esenciales como la lactancia materna y los cuidados del neonato.

La carencia de matrona en los centros asistenciales de Atención Primaria impide también que se ofrezcan a las mujeres otros servicios que el sistema reconoce como actividades de la matrona en este área de asistencia básica de salud. Así, por ejemplo, actividades preventivas en salud sexual y reproductiva tales como el prediagnóstico de cáncer de cérvix, endometrio o de mama.

La Consejería de Igualdad, Salud y Servicios Sociales del Servicio Andaluz de Salud tiene publicadas la cartera de servicios en Atención Primaria en la que describe las competencias de las matronas en este ámbito e incluyen (9):

- Consejo reproductivo.
- Control prenatal.
- Educación para la maternidad y paternidad.
- Puerperio domiciliario y consulta.
- Planificación familiar y contracepción.
- Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva.
- Menopausia/climaterio. Programa de educación para la salud de la mujer durante la menopausia y climaterio.
- Control y seguimiento de embarazo.
- Actividades educativas dirigidas a la comunidad en materia de salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva: jóvenes, escuelas, asociaciones de mujeres y otros.

No obstante, la insuficiente disponibilidad de matronas en Atención Primaria en esta Comunidad Autónoma se traduce en el cumplimiento parcial de esta oferta de servicios de salud y que estas sean realizadas por otro personal sanitario que no cuenta con esa formación específica, viéndose estos profesionales en la necesidad de asumir responsabilidades y funciones que no le son propias. En este sentido, podría considerarse esta situación como una vulneración de la legalidad vigente, ya que otros profesionales están asumiendo funciones propias de la especialidad de matrona. Igualmente, esta carga de trabajo generaría en los profesionales de enfermería no instruidos en estos conocimientos y procedimientos específicos, situaciones de estrés, que irían en detrimento de sus condiciones de trabajo y de su salud laboral, todo ello debido al incremento de su actividad asistencial provocada por el déficit de recursos humanos (10).

Los conocimientos sobre TIC que tienen las gestantes son suficientes, utilizan las *apps* de forma fluida, tablets y PC según el trabajo que tengan y la edad. Para edades tempranas el uso de *Whatsapps*, *Twitter* y *Facebook* está generalizado, son parte del día a día. El perfil obtenido muestra que la introducción de las nuevas tecnologías como herramienta de salud tendría una buena acogida. Las gestantes tienen una actitud abierta a aplicar la *mHealth* con la matrona y se implican en la recepción de mensajes SMS sobre su gestación y a participar en los foros, esta predisposición ayudaría a poder ofertar todas las actividades que se brindan en Atención Primaria en el proceso de embarazo y que actualmente no se realizan por falta de matrona.

La viabilidad del servicio de atención por videoconferencia en el postparto ya ha sido analizada mediante estudios como el de Seguranyes et al. sobre intervenciones telemáticas en la atención al mismo (11) y podrían ser incorporados en la cartera de servicios de los Programas Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de otras CC.AA. Las matronas ya adscritas a esta modalidad de asistencia telemática informan sobre el servicio de videoconferencia a las mujeres en la

gestación y ellas pueden iniciar las consultas desde el embarazo hasta la visita postparto de la cuarentena, en un horario coincidente con el de atención del centro de salud. La implementación de este servicio ya se ha iniciado en centros de salud de la zona de Berga, Sabadell, Granollers y Mollet, en la provincia de Barcelona, y en dos centros de salud de esta ciudad.

A la vista de los beneficios de esta nueva modalidad de asistencia, medidos en grado de satisfacción y efectividad para usuarias y matronas, cabría plantearse su extensión a otras zonas del territorio nacional tanto más, como es el caso, de falta de profesionales cualificados (matronas), cuyo resultado es que la gestante en Atención Primaria, según la zona donde resida, no reciba los mismos servicios sanitarios, estableciéndose una marcada diferencia en la prestación equitativa de servicios sanitarios relacionada con la falta de recursos humanos asignados.

Un valor subyacente y uno de los principios básicos del sistema sanitario es que la prestación de los servicios de salud ha de ofrecerse de una forma igualitaria, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión. Se refiere, así mismo, a atender y promover la salud de toda la población, entendiendo la atención a la salud desde la igualdad de acceso a la atención disponible para igual necesidad e igual calidad para todos (12).

Internet es una herramienta de gran utilidad para difundir y educar también en el aspecto sanitario a la población, aunque no está totalmente aprovechada. En el caso de las gestantes, la mujer desde el momento mismo de la concepción comienza a tener miedos y dudas y su necesidad de información puede ser satisfecha rápida y fácilmente mediante el uso de internet. Como contrapartida, la información que proporciona cualquier buscador carece del filtro adecuado para establecer la absoluta fiabilidad de la fuente y, a la vez, que la información transmitida esté adaptada al nivel de demanda de información y comprensión de la persona que la solicita. Cuando una persona está preocupada por un problema de salud propio o de alguien cercano, su nivel de alerta es mayor y será más sensible a la información que recibe, por lo que no es infrecuente que magnifique o incluso malinterprete, tanto en sentido positivo como negativo, el contenido de la misma. Por tanto, una inadecuada información tanto en forma, cantidad, claridad y/o veracidad puede no solamente no resolver las dudas de los usuarios, sino, además, generarles un alto grado de estrés y ansiedad. Como personal sanitario se debe potenciar el acceso a la tecnología de la información, pero siempre cuidando la calidad de la misma y de forma complementaria, nunca sustitutiva, a la educación para la salud transmitida, en este caso, por la matrona.

La digitalización de los datos sanitarios de las gestantes es otro tema que genera dudas en tres campos principalmen-

te: la privacidad de esos datos, su fiabilidad y la responsabilidad en su utilización. Existe una legislación aplicable que poco a poco se va quedando obsoleta al ser más rápidos los avances en tecnologías de la información que las revisiones de los textos legales al respecto. Un importante problema que aparece en este sentido es el uso de registros clínicos de las gestantes con o sin el consentimiento expreso de las mismas. En este punto la matrona de Atención Primaria adquiere un importante rol de gestora de información reservada. Si bien existe el derecho de cada paciente a que sus datos sean confidenciales, tampoco se puede negar el beneficio potencial que tiene para la sociedad el análisis de dichos datos y la obtención de conocimiento. El cumplimiento de la normativa legal y las obligaciones de carácter ético en el marco de la deontología profesional en relación con la protección de los datos sanitarios contenidos en la historia clínica resolverán este dilema, marcando las directrices que todo profesional debe tener presente para el correcto uso, custodia y cumplimentación de la misma.

En cuanto a la administración de fármacos sin prescripción médica durante el embarazo, siguiendo indicaciones/recomendaciones de blogs o similares, los profesionales sanitarios deben ser rotundos y claros: nunca sin la supervisión de un profesional cualificado. Una actitud dubitativa a este aspecto puede traer más inconvenientes que beneficios. Proliferan en la red webs que aconsejan abundantes sustancias homeopáticas y/o fármacos que en esta o aquella ocasión sirvieron para solucionar una determinada molestia o aliviaron unos vómitos más frecuentes de lo normal, por ejemplo.

La matrona es la profesional de referencia para la atención a la mujer en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva a lo largo de su ciclo vital. Atienden a la mujer en las diversas etapas de su vida, realizan el seguimiento de la mujer embarazada y la atienden durante el parto y el puerperio. No menos importante es la atención a la contracepción y prevención ginecológica.

La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la Organización Mundial de la Salud, como por la Unión Europea, en la que la matrona es una profesión regulada, con un perfil competencial específico y con una formación mínima armonizada en todos los Estados miembros, a través de las previsiones contenidas en la sección 6 del Capítulo III de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo.

La exigencia previa del título de diplomado/graduado en enfermería determina que el profesional que accede a esta especialidad ostenta ya una amplia formación general en enfermería, que permite que este programa se centre en los conocimientos teóricos y actividades clínicas y prácticas más estrechamente relacionados con la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) y con las demandas que la sociedad actual requiere de este profesional (13).

La prevención ginecológica constituye, sin duda, una de sus funciones, en especial la realización de la técnica de la citología, cérvico-vaginal, en el programa de detección precoz del cáncer de cérvix. Es en los programas de Atención Primaria donde la matrona incluye la promoción y educación sanitaria sobre la salud individual, de pareja y familiar (14). La matrona ofrece también programas educativos y asistenciales en grupo, como preparación al nacimiento, programas en el postparto, soporte a la lactancia, educación sexual a jóvenes, y programas de atención al climaterio y de prevención de enfermedades de transmisión sexual y del cáncer ginecológico. Por este motivo, la población la reconoce como la profesional de enfermería especialista de referencia a la que las mujeres acuden, con confianza, para recibir atención en cualquier momento de su vida sexual y reproductiva, incluido el seguimiento de los protocolos de prevención ginecológica.

Conclusiones

Actualmente existen zonas en España que no disponen de matronas en los centros de Atención Primaria de referencia. Esta falta de personal cualificado (matrona), como parte del equipo básico de salud, afecta a la variedad y profundidad de los conocimientos que las gestantes deben de tener sobre su embarazo, así como a los servicios mínimos de la oferta de atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva que abarca los procesos relacionados con esta en todas las fases de la vida.

El trabajo realizado pone de manifiesto que las gestantes tienen varias inquietudes: el exceso de información existente en internet y el escaso o nulo control o guía para su consulta, la preocupación por la confidencialidad de la información que dan a su centro de salud, la aplicación de fármacos recomendados en páginas web y blogs sin conocimientos adecuados y la falta de una matrona que les ofrezca cuidados e información veraz y actualizada.

La muestra estudiada es pequeña, pero los resultados obtenidos son completamente coherentes con los de otros estudios sobre la incorporación de las tecnologías de la información a la sanidad (15,16) y sobre la situación de las redes sociales en el ámbito sanitario (17), por lo que se considera que el estudio es una buena aproximación a la realidad de la asistencia al embarazo en el ámbito de Atención Primaria de la zona, con su propia idiosincrasia, en la que se ha realizado el mismo.

Las redes sociales son susceptibles de ofrecer múltiples oportunidades para mejorar la salud de las personas facilitando la comunicación entre la población, pacientes y profesionales sanitarios, pero todavía es pronto para determinar si efectivamente mejoran la comunicación en salud, tanto a corto como a largo plazo.

Las gestantes demandan mayor cantidad y calidad de información y es vital saber aconsejarlas, para su tranquilidad y en general para un cuidado de salud correcto, sobre fuentes de información con datos verificados por un profesional cualificado.

Las actuaciones de la matrona a este respecto deben de apuntar a tres direcciones: enseñar a las mujeres a discernir qué tipo de información publicada en internet es veraz y comprensible, informar a las mujeres sobre páginas web que contrasten científicamente la información que publican y conseguir que las mujeres no inicien ninguna práctica recomendada en internet en relación con su embarazo, sin consultar con su matrona. Las matronas deben anticiparse a esta demanda de información tomando una actitud proactiva, generando y facilitando recursos fiables para que la gestante resuelva en todo momento las inquietudes que presenta su nuevo estado gestacional, pero no como sustitutivo, sino como complemento a la asistencia presencial profesional.

La seguridad y confidencialidad de los datos que manejan los profesionales sanitarios debe de estar asegurada en todo momento, bien por la administración, bien por la entidad privada que los gestiona. La participación de la matrona al respecto también está sujeta a un estricto cumplimiento legal y deontológico para salvaguardar el honor, la intimidad y la privacidad y evitar conflictos futuros.

Si usuarios y profesionales consiguen hacer un buen uso de las TIC, se podrían obtener beneficios. Por el contrario, si el uso se convierte en abuso y las TIC pasan de ser un medio, a un fin, ambos perderán en salud.

Bibliografía

1. IMSERSO. Tecnologías de la información y la comunicación. Revista autonomía personal; 2009.
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. INE Notas de Prensa 25 octubre 2013. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np803.pdf>
3. Herzlinger E. Why Innovation in Health Care Is So Hard? Harvard Business Review. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://amxinformatica.com.br/reesist2/images/projeto_saude/textos/documentos/material_bibliografico/Herzlinger_-_Why_Innovation_In_Health_Care_Is_So_Hard.pdf
4. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Aplicaciones de enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo modelo de gestión. ENE, Revista de Enfermería 2010; 4(2):10-18. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/127/110>
5. Reutskaja E, Ribera J. Gestión remota de pacientes. Un estudio sobre percepciones de pacientes y profesionales en España. Barcelona: IESE; 2013. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.ieseinsight.com/doc.aspx?id=1524&idioma=1>
6. Plantilla del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_personal
7. ICM. Internacional Confederation of Midwives. Definición Internacional de la Matrona. Durban; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20SPA-updated%20August%202011.pdf>
8. Weka 3: Data Mining Software in Java. University of Waikato New Zealand 2013. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.cs.waikato.ac.nz/ml/weka/index.html>
9. Cartera de servicios de Atención Primaria. Web Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Servicios Sociales. Cartera de Servicios/Matronas. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_IV_2_3
10. El sindicato Satse critica "déficit de matronas en atención primaria" en la provincia de Jaén. 20minutos.es 2010. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/797602/0/#xtor=AD-15&xts=467263#xtor=AD-15&xts=467263>
11. Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gómez-Moreno C, Palacio-Tauste A, Pauli A, Abella M, Postpartum Telematics Research Group (Grupo de Investigación Postparto Telemático (GIPT)GIPT). Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. Midwifery; 2013.
12. Equidad. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar social. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.calidad-saludandalucia.es/es/index.html>
13. BOE. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial

del Estado (BOE) número 129, a 28 de mayo de 2009. Sec. III. p. 44697.

14. Embarazo, parto y atención puerperal. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_l_2_6_4
15. Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y de la SI. Los ciudadanos ante la e-sanidad. Estudios e informes; 2011. [En línea]

[fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf

16. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro CIS mayo 2013, Estudio nº 2.987. [En línea] [fecha de acceso: 5 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es2987mar_A.pdf
17. Moorhead A, Hazlett D, Harrison L, Carroll J, Irwin A, Hoving C. A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. J Med Internet Res 2013 April; 15(4):e85.



Influencia del cambio en las competencias de la matrona en algunos resultados obstétricos

¹ M^a Cecilia Ruiz Ferrón
² Estefanía Jurado García
² Francisca Baena Antequera
³ M^a Del Socorro Arnedillo Sánchez
³ Manuel Jorge Romero Martínez
³ Nuria Barberá Rubini

¹ Matrona. Hospital de la Mujer, Hospital Universitario Virgen del Rocío. Profesora asociada Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

E-mail: nicienfer12@hotmail.com

² Matrona y profesor del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna.

³ Matrona.

Resumen

Objetivo: el objetivo ha sido evaluar si los cambios en el paradigma de la asistencia al parto (personalización de asistencia en el proceso de parto por la misma matrona, ingreso de la gestante de bajo riesgo que se encuentra en fase activa y alta a su domicilio si se encuentra en fase latente del parto por parte de la matrona) en el Hospital de la Mujer entre los años 2007 y 2011 han propiciado cambios en el tipo de parto y la hemorragia postparto (HPP).

Método: se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de las gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer de Virgen del Rocío de Sevilla, durante los años 2007 y 2011.

Resultados: no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ni en los porcentajes de hemorragias postparto en general, ni en el porcentaje de estas en los partos eutócicos, pero sí en la distribución de los partos sin hemorragia postparto $N=15.751$ χ^2 (gl 6) = 3,041 para ($p < 0,001$), siendo en el año 2007 menor el porcentaje con respecto al total de los partos eutócicos e instrumentados con fórceps y ventosa sin hemorragia postparto que en el año 2011. En cuanto al tipo de parto en 2011, se registró una disminución de los eutócicos y, en relación con los instrumentales, un descenso en los partos con fórceps y ventosa a costa del aumento de los partos vaginales instrumentados con espátulas y del aumento de los partos por cesárea.

Discusión: cabe destacar que algunos estudios relacionan el riesgo de hemorragia severa obstétrica con la edad materna. Así, las gestantes con una edad > 30 años incrementan el riesgo de hemorragia, pero en este caso no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de HPP en general en los partos instrumentados en 2011 respecto a 2007, a pesar de que en 2011 disminuyó el número de partos pero aumentaron la edad materna (mayores de 35 años), las patologías y hubo más casos de cesáreas anteriores. En cuanto a la finalización del parto, se encuentra un descenso en los partos vaginales y un aumento (2% aproximadamente) de las cesáreas. Este dato es llamativo y contrario a lo encontrado en la bibliografía, ya que estos estudios provienen de modelos en los que la matrona trabaja con total autonomía.

Conclusiones: para que los cambios en los resultados obstétricos estudiados sean más ostensibles, la matrona necesitaría liderar completamente el cambio en el nuevo paradigma de asistencia al parto.

Palabras clave: competencias matrona, hemorragia postparto, parto.

Abstract

The impact of changes in midwives competences on some obstetric outcomes

Purpose: We aimed at assessing whether changes in the paradigm of delivery and perinatal care that were implemented in Women's Hospital from 2007 to 2011 (individually-tailored birth care by the same midwife; admission of low risk pregnant women being in active phase and discharge of those in latent phase, based on midwife's decision) resulted in changes in delivery methods and post-partum bleeding (PPB) rate.

Methods: A descriptive, longitudinal, observational study was conducted in pregnant women at the Women's Hospital Virgen del Rocío, Seville, Spain, from 2007 to 2011.

Results: No statistically significant differences were found in post-partum bleeding rates for all births and for eutocic births. A significant difference was found, however, in the rate of post-partum bleeding-free births over the years ($N=15,751$, χ^2 [degrees of freedom 6] = 3.041, $p < 0.001$) with the post-partum bleeding-free rate among overall eutocic births and among forceps-assisted or vacuum extractor-assisted instrumental deliveries being lower in 2007 than in 2011. A reduced rate of eutocic births was observed in 2011. Among instrumental deliveries, a reduced rate of those using forceps and vacuum extraction was found, at the expense of an increased rate of spatula-assisted vaginal deliveries and Cesarean section deliveries.

Discussion: Some previous studies showing a relationship between severe obstetric bleeding risk and maternal age should be highlighted. Thus, pregnant women older than 30 show an increased bleeding risk. However, in our study no statistically significant differences were found in overall post-partum bleeding rate for instrumental deliveries in 2011 compared to 2007, in spite of a reduced number of births in 2011 along with increased maternal age (older than 35 years), a higher number of comorbid diseases and an increased number of Cesarean section deliveries. Regarding the final method of delivery, a reduced vaginal delivery rate and an increased (about 2%) Cesarean section rate was observed. This is a remarkable finding as the results have been the opposite in previous studies; this is due to the fact of the studies being based on models in which midwives are fully autonomous.

Conclusions: In order to achieve more noticeable results in obstetric outcomes, midwives should have a leading role in promoting a change to the new paradigm in birth care.

Key words: midwife competences, postpartum bleeding, birth.

Introducción

El deseo de que el parto culmine con un recién nacido sano, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas sin disponer de la suficiente evidencia (1). Esto conlleva, entre otras, las siguientes consecuencias:

En el caso de España, la tasa de partos instrumentales y cesáreas está por encima de las recomendadas internacionalmente. En concreto, la tasa de partos instrumentales en España es alta (23%) si se compara con otros países occidentales (media del 10%) y las indicaciones están poco fundamentadas, ya que en el 40% de los casos son profilácticas o docentes (2). Dato este último a tener en cuenta ya que el parto instrumental está considerado uno de los principales factores de riesgo para que se produzca una hemorragia postparto (HPP).

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que cada día mueren unas 800 mujeres (289.000 en el año 2013) por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (4). La hemorragia postparto (HPP) es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo con una tasa de prevalencia de aproximadamente el 6% (lo que supone la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas), en los países de ingresos bajos, y según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), complica del 5 al 15% de todos los partos (5-8).

En España, la mortalidad materna se estima en 4/100.000 (2013) nacidos vivos (9). La hemorragia obstétrica en el periodo 2007-2011 ha sido causa de muerte directa en el 25% de los casos (los cuales suponen 20 de las 88 muertes registradas en el periodo) y de estas, 12 casos han sido registrados como HPP (10). Se ha de considerar además que los problemas derivados de una HPP para las mujeres pueden variar enormemente según la cantidad de sangre perdida y el estado previo de las reservas de hierro de esta en el momento del parto. Se calcula que un 48,1% de las mujeres embarazadas del mundo padece anemia, y se considera que como mínimo la mitad de esta carga de anemia obedece a la carga de hierro o ferropenia (11). Hay evidencias de que la anemia ferropénica puede contribuir a la aparición de atonía en el útero por la depleción uterina de los niveles de mioglobina necesarios para ejercer la acción muscular (< 11 mg/dl Hgb anteparto debe ser estudiado y tratado) y una HPP previa está considerada como un factor de riesgo (12).

La hemorragia postparto (HPP) se caracteriza por una pérdida estimada de sangre > 500 ml en un parto vaginal o > 1.000 ml tras una cesárea. La HPP puede ser: inmediata o primaria (< 24 h del parto), que representa la mitad de los casos, es generalmente la más aguda y grave y se produce en el 1-5% de los partos vaginales en los países desarrollados, y secundaria o tardía (24 h-6 semanas postparto) (7,13).

En cuanto a las cesáreas, la recomendación de la OMS es una tasa general del 15%. Se sabe que las tasas altas de cesárea pueden asociarse a potenciales complicaciones maternas y neonatales, mayores costos y sobremedicación de un acontecimiento normal como es el parto. A pesar ello, la tasa en España se encuentra por encima de los valores recomendados, concretamente, en hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía las cifras más recientes son: 2010 (22,09%), 2011 (22,19%) y 2012 (23,1%) (3). Existen factores nuevos que podrían relacionarse con ese incremento (1), como el aumento de la edad de las madres, partos múltiples, solicitud por parte de las mujeres y demandas por sospecha de mala práctica.

Teniendo en cuenta la incidencia que la asistencia hospitalaria al parto tiene sobre la calidad de vida de las mujeres, el reconocimiento del derecho a la libre elección informada y la necesidad, basada en la evidencia científica, de respetar la fisiología del parto, se induce a una reflexión sobre la mejor forma de concebir estructural y funcionalmente las maternidades hospitalarias.

La matrona es la profesional más idónea, segura y costoefectiva para el cuidado del embarazo y parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones (14-16). Asimismo, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal y otros estudios, se señala el modelo de atención por matronas como el más beneficioso para las gestantes de bajo riesgo y sus hijos, comparándolo con modelos de atención proporcionada por obstetras, o mixtos (17).

En la misma línea la revisión Cochrane (2007), cuyo objetivo fue comparar los modelos de atención al embarazo, parto y puerperio dirigidos por matronas con otros modelos de atención, concluyó que los primeros proporcionan mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida (18).

Con el objetivo de impulsar un cambio en el modelo de atención al parto en España, en el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud" (16). Posteriormente, se presenta la guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, como herramienta para facilitar la implementación de la Estrategia por los profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto (1).

Al mismo tiempo en Andalucía, en el 2006, se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal que propone un modelo del proceso de nacer más humanizado (19). En enero de 2008 se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por el que se pretenden llevar a cabo las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal. Las acciones comprendidas en dicho conve-

nio se implantaron en nueve hospitales de referencia, entre los que se encuentra el Hospital Universitario de la Mujer de Sevilla, en el cual se realizó este estudio.

El 24 de noviembre de 2008 se instaura en dicho hospital la personalización de asistencia y cuidados en el proceso de parto. Para ello, se inician diferentes cambios en el Hospital de la Mujer: se crea la personalización de asistencia en el proceso de parto con continuidad de la misma matrona y con el "Plan Funcional del Servicio de Urgencias" se permite a la matrona asumir parte de sus competencias que hasta el momento no había desarrollado tales como: "ingreso de la gestante de bajo riesgo en fase activa de parto", o "alta a su domicilio en fase latente del parto", según los criterios establecidos en el nuevo plan funcional, así como el control y valoración de la gestante de bajo riesgo.

En el Hospital de la Mujer, por tanto, se ha producido un profundo cambio en el modelo asistencial que, en relación con la matrona, implica que esta asuma una serie de competencias profesionales para las que se haya capacitada, pero que, hasta el momento, no había tenido oportunidad de desarrollar, tales como la capacidad de decisión de ingreso, la propuesta de alta y el seguimiento completo del parto de baja intervención.

Objetivos

El objetivo de este estudio es, por tanto, evaluar si estos cambios en el paradigma de la asistencia al parto en el Hospital de la Mujer entre los años 2007 y 2011 han propiciado cambios en algunas variables obstétricas estudiadas, concretamente en el tipo de parto y la incidencia de HPP.

Método

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de las gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer Virgen del Rocío de Sevilla, durante los años 2007 y 2011.

Población de estudio

En 2007 la población de referencia en la especialidad de Obstetricia fue de 551.870 gestantes y en 2011 fue de 286.558. Dichos datos se han recogido de las memorias del Hospital Universitario Virgen del Rocío de los años 2007 y 2011.

Criterios de inclusión: todas las mujeres que hayan tenido un parto de feto único en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) al alta hospitalaria.

Criterios de exclusión: finalización de la gestación antes de la semana 22 de embarazo en mujeres con feto único.

Fuente de datos

La fuente de información a utilizar fue el CMBDA al alta hospitalaria de los años 2007 y 2011, del que se obtuvo la información administrativa y clínica (motivo de ingreso, procedimiento quirúrgico principal y otros procedimientos) referida a cada episodio de atención. Los diagnósticos y procedimientos contenidos en el CMBDA están codificados siguiendo la CIE-9-MC.

El CMBDA está sujeto a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y contiene información muy valiosa para conocer la situación sanitaria de una población, ya que recoge los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), registra el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas que han sido utilizadas para tratar al paciente. Además, consta la fecha y circunstancia de ingreso y lo mismo en el caso del alta. Se hizo una explotación de los datos del CMBDA facilitados por el Servicio de Documentación Clínica Avanzada del HUV Rocío.

Puesto que se ha trabajado con todos los sujetos registrados con los criterios especificados, no se considera necesaria la realización de ningún tipo de muestreo al tratarse de datos brutos agregados.

Variables

El estudio se ha centrado en las siguientes variables: edad (edad materna en el momento del parto), semanas de gestación (en el momento del parto), el tipo de parto (vaginal no especificado, parto manual, fórceps, ventosa, espátulas, cesárea y nalgas) y la HPP.

Análisis de datos

Se ha realizado estadística descriptiva de las variables del estudio. Debido a la naturaleza de las variables de carácter cualitativo (nominal u ordinal) se usó para su representación frecuencias absolutas y relativas y se representó a través de diagramas de sectores o barras.

Se hizo una comprobación de los grupos de estudios mediante test χ^2 o el test exacto de Fischer, a través de tablas de contingencia. El nivel de significación estadística, se estableció en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM SPSS Statistic versión 19.0, de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario Virgen del Rocío (FISEVI).

Resultados

Edad materna

En cuanto a la edad materna, se observa un aumento de gestantes mayores o igual a 35 años en 2011 con respecto al 2007: 25,8% de las gestantes en este tramo de edad en 2011 frente al 21% registrado en el 2007.

Dentro del grupo de gestantes mayores de 35 años se hizo un subgrupo en atención al número de embarazos (primigrávidas y multigrávidas): el porcentaje de primigrávidas y multigrávidas de esta parte de la muestra fue un 2,9% y un 4,7% mayor en 2011. Consecuentemente, el porcentaje de gestantes menores de 35 años (sin tener en cuenta su paridad) resultó un 7,6% menor en 2011 que en 2007.

Semanas de gestación

En cuanto a las semanas de gestación se observan diferencias que son estadísticamente significativas, destacando en relación con la duración del embarazo que mientras en 2007 hay un 1,5% menos de partos que se producen entre las 37-42 semanas de gestación, hay un 1,30% más en gestantes con más de 42 semanas respecto de 2011.

Tipo de parto

Lo más destacable en cuanto al tipo de parto es una disminución en los partos eutócicos (61,50% vs 59,70%) y dentro de los partos instrumentales también se produce un des-

censo en los partos con fórceps y ventosa. El descenso de este tipo de partos es a costa del aumento de los partos vaginales mediante espátulas obstétricas y del aumento de los partos abdominales por cesárea (18,30% vs 20,50%) (Gráfico 1). Igualmente, se encuentra un dato a destacar: el incremento en el porcentaje de madres que presentaban cesárea anterior (6,8% vs 8,3%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Hemorragia postparto

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de HPP en los 2 años estudiados: en 2007 un 0,70% (N= 62) y en 2011 un 0,50% (N= 36) (Gráfico 2). (N Total= 15849, χ^2 (gl 1)= 3,041 para (p= 0,081), N (2007)= 8641, N (2011)= 7208).

En la distribución de la HPP según el tipo de parto, debido a que la muestra en determinados grupos de partos no fue suficiente, no se pudo realizar inferencia estadística. Los resultados obtenidos son: en 2011, respecto a 2007, la HPP aumentó un 3,5% en partos eutócicos, un 4% en partos con espátulas y un 16,1% en partos finalizados en cesáreas. Sin embargo, disminuyó la HPP en un 6,9% cuando se usaron fórceps y en un 16,6% cuando se usaron ventosas.

En cuanto a los partos eutócicos y HPP, las diferencias entre los grupos estudiados no son estadísticamente significativas. Destaca que en este tipo de partos, en 2007 hubo un 0,6% (N= 34) de gestantes que presentaron una hemorragia postparto y en 2011, un 0,5% (N= 21).

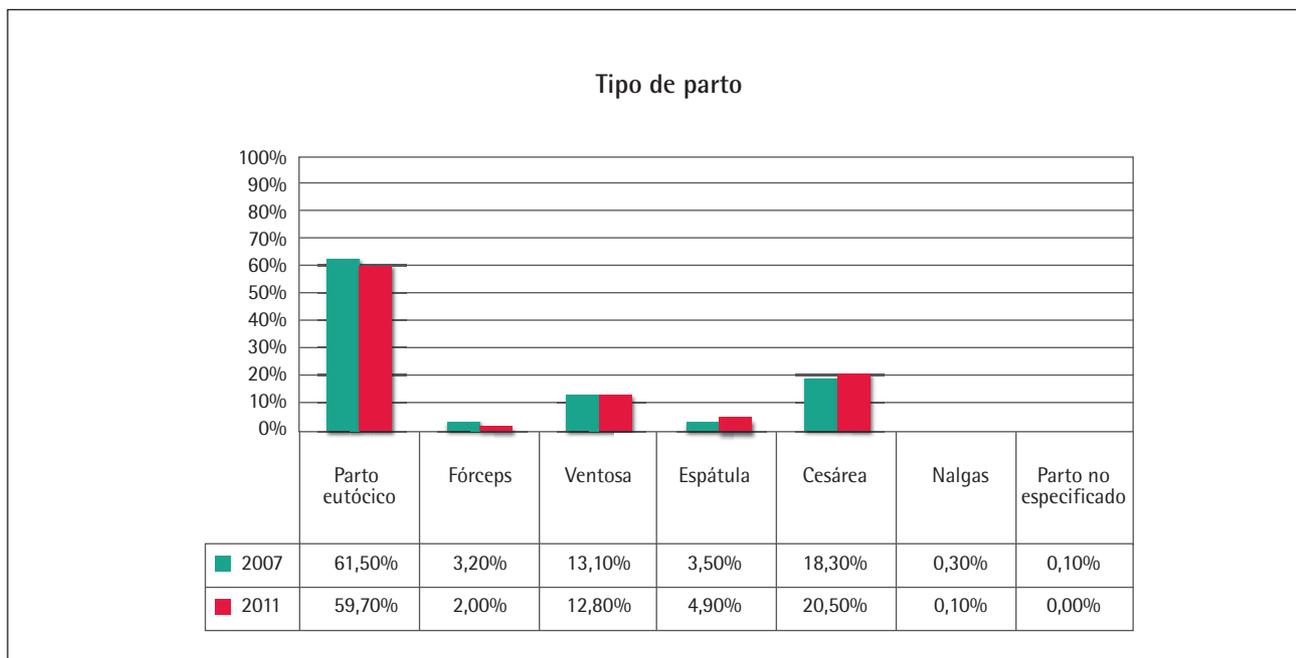


Gráfico 1. Distribución según finalización del parto (2007-2011)

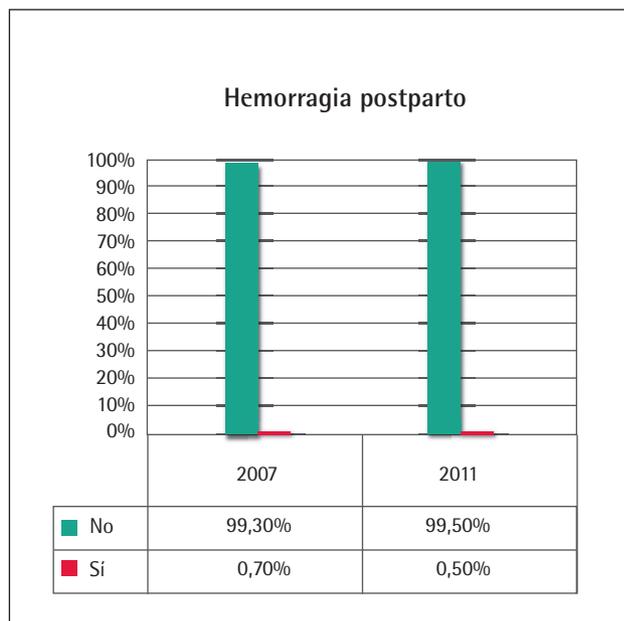


Gráfico 2. Incidencia de HPP sin especificar el tipo de parto (2007-2011)

Así mismo, se encuentra que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los partos sin hemorragia postparto, siendo mayor, en 2007, el porcentaje de los partos eutócicos, con fórceps y ventosa sin hemorragia postparto que en 2011. Sin embargo, en las cesáreas y espátulas los porcentajes de gestantes que no presentaron HPP son menores en 2011 con respecto a 2007.

Discusión

En primer lugar se constata una disminución del número absoluto de partos y un aumento de mujeres gestantes mayores de 35 años, independientemente de la paridad. Estos datos están en la línea de otros estudios donde el porcentaje de mujeres que dan a luz con 35 años o más en este medio (24,39%) es discretamente superior al publicado por la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO en la encuesta nacional de 2004 (23,32%) (20), y con los aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), donde el número de nacimientos a la edad materna de 35 años ha ido aumentando progresivamente desde el año 2000 hasta la actualidad (21.973 en el año 2000 y 33.545 en el 2013). Este es un hecho muy importante desde el punto de vista asistencial, ya que es preciso disponer de recursos adecuados para proporcionar una asistencia específica de este tipo de embarazos.

En este sentido cabe destacar que la mayoría de estudios relacionan el riesgo de hemorragia obstétrica severa con la edad materna, donde según afirman las investigaciones las gestantes con una edad > 30 años incrementan el riesgo de hemorragia.

La evidencia disponible también admite como factor de riesgo íntimamente relacionado con la HPP los partos instrumentados, a mayor instrumentalización mayor riesgo. Un ejemplo son los casos de finalización del parto en fórceps después de un vacío fracasado (21).

Sin embargo, en este estudio no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de HPP en general en los partos instrumentados en 2011 respecto a 2007, a pesar de que en 2011 aumentaron la edad materna, las patologías y los partos de mujeres con cesárea anterior.

En cuanto a la finalización del parto se encuentra un descenso en los partos vaginales y un aumento (un 2% aproximadamente) de las cesáreas, este dato es llamativo y contrario a lo encontrado en la bibliografía, donde se constata un aumento en el número de partos vaginales en los modelos de atención dirigidos por matronas (16,17,22). Hay que tener en cuenta que estos estudios provienen de modelos en los que la matrona trabaja con total autonomía. En este ámbito, se está produciendo un aumento de dicha autonomía, pero sin llegar a los niveles de los países anglosajones con unidades dirigidas solo por matronas.

De otra parte, y debido a que el estudio recoge datos de una base secundaria con una serie de variables concretas, no es posible saber a qué son debidos, como el que en 2007 haya un mayor número de partos que ocurren a las 42 o más semanas y que en los tipos de partos instrumentales hayan aumentado las espátulas y disminuido el uso de fórceps y ventosas.

En cuanto a las gestaciones prolongadas, la primera razón puede ser la existencia de un mayor número de gestaciones no controladas. La segunda es que la inducción en los embarazos prolongados se suele producir sobre las fechas 41^{+4/5} de gestación. Aunque el proceso se inicie en ese momento, según el método que se emplee para provocar el parto (por ejemplo prostaglandinas de lenta liberación por vía vaginal, método usado en el hospital que constituye el ámbito de estudio), es posible que durante el proceso del parto se alcancen las 42 semanas que quedan registradas en el informe de alta y que es el documento que posteriormente se transcribe al CMBD.

Por último, y en relación a la fecha de inicio de la inducción, se ha observado, en el ámbito asistencial de referencia del estudio, un inicio más precoz de la inducción en aquellos embarazos que son prolongados en los últimos años, hecho que puede explicar que un menor número de ellos puedan llegar a la semana 42.

En cuanto al mayor uso de espátulas, las causas también pueden ser diversas. La principal se cree que es debido al hecho de que efectivamente se describe una menor morbilidad materna y fetal resultando de primera elección en el parto instrumental complejo y para los fetos prematuros

(23), ya que para las situaciones en las que no hay ninguna indicación clínica clara para un instrumento específico los resultados de la Biblioteca Cochrane, sobre una revisión sistemática con el objetivo de evaluar los diferentes instrumentos destinados al logro de un parto vaginal y la prevención de una morbilidad significativa para la madre y el recién nacido publicada en el año 2010, apoyan el uso de la ventosa obstétrica como método de primera elección en aquellos casos en los que se prevea una extracción relativamente fácil (24).

A esto hay que añadir que el hospital cuenta con una amplia plantilla de personal sanitario en formación especializada que requiere la práctica obstétrica de las diferentes formas de instrumentación del parto.

De todas formas, la elección del instrumento a usar en un parto presenta una enorme variabilidad y las razones por las que se utiliza uno u otro no quedan reflejadas en ningún registro (secundario como el CMBD o primario como la historia de la mujer), por lo que para determinar cuáles son los motivos que llevan al obstetra a elegir unas espátulas o fórceps requerirían de estudios que analizaran y recogieran específicamente en cada parto las variables relacionadas al respecto (altura de la presentación fetal, presencia de distocia de presentación, urgencia obstétrica por sospecha de pérdida del bienestar fetal, etc.).

Conclusiones

Para concluir, se puede apuntar que los cambios en este centro no son tan contundentes como los llevados a cabo en otros países, de ahí que estos resultados sean más limitados. Ha aumentado la autonomía de la matrona y el desarrollo de sus competencias en algunos sectores, pero no se hace líder del proceso en unidades de parto de bajo riesgo supervisadas solo por estas profesionales, como pudiera ocurrir en casas de parto o en hospitales comarcales del entorno más próximo. Además, harían falta estudios analíticos más complejos para intentar delimitar la responsabilidad que tiene cada colectivo profesional y qué variables están condicionando estas intervenciones.

Quizás, estudios cualitativos darían luz sobre las causas que dificultan el cambio de algunos profesionales e instituciones sanitarias a modelos de asistencia menos intervencionistas a pesar de las evidencias científicas.

Limitaciones del estudio

Al ser un estudio observacional, descriptivo y longitudinal los resultados obtenidos únicamente servirán como generadores de hipótesis, y deberán ser contrastados con otro tipo de diseño analítico.

Otra limitación ha sido incluir en el estudio mujeres de bajo

y alto riesgo, mientras que el metanálisis revisado solamente contemplaba partos de bajo riesgo.

De otra parte, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de HPP en los partos eutócicos, hecho que probablemente se deba a que no se contemplaron determinadas variables, como si se trataba de embarazos de riesgo o partos inducidos, lo que supone otra limitación de este estudio.

Agradecimientos

Este artículo forma parte del proyecto titulado: "Influencia de las Competencias de la Matrona y el Modelo de Atención a la Gestante en proceso de parto" N° Expediente PI-0134-2012, convocatoria 2012 y financiado por la Consejería de Salud.

Agradecemos enormemente la ayuda prestada por todos y cada uno de los profesionales implicados en el estudio, sin la cual no hubiera sido posible ejecutarlo.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social: Guía de Práctica clínica sobre la Atención al Parto Normal. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
2. Aceituno Velasco L. Tasa de partos instrumentados en España. Prog Obstet Ginecol 2009; 52(10):609-615.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Información y Estadísticas Sanitarias. Evolución de las tasas de cesáreas en los hospitales generales del sistema nacional de salud: años 2001-2011. Serie Informes Breves; 2013. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>
4. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348. Mayo de 2014 [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
5. Fawole B, Awolude OA, Adeniji AO, Onafowokan O. WHO recommendations for the prevention of postpartum hemorrhage: RHL guideline (last revised: 1 May 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
6. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. Ginebra; 2014. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
7. Fernández Valero MJ, Martínez Galiano JM, Herrera Gómez A. Hemorragia tras un parto eutócico. Matronas Prof 2011; 12(1): 24-27.

8. SEGO P. Hemorragia posparto precoz. *Prog Obstet Ginecol* 2008; 51(8):497-505.
9. WHO. World Health Statistics. Geneve. Mayo 2014 pp. 86-180. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1
10. Rodríguez Rozalén MA, Plata Quintanilla RM. Cuidados obstétricos en situaciones críticas. *Mortalidad Materno-Infantil*. Madrid. *Difusión Avances de Enfermería (DAE)*; 2014. p. 49-349.
11. OMS. Directriz. Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra; 2014 [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/124650/1/9789243501994_spa.pdf
12. RCOG Postpartum haemorrhage, prevention and management. Green-top Guideline Nº 52. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt52postpartumhaemorrhage0411.pdf>
13. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28:202-207.
14. Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Sección 6. Artículo 42. Ejercicio de las actividades profesionales de matrona. *Diario Oficial de la Unión Europea*.
15. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD004667.pdf>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
17. Sandall J. The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. The Royal College of Midwives; 2014.
18. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3).
19. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. [En línea] [fecha de acceso: 1 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F12%2FPresentacion_Proyecto_Humanizacion_Perinatal_2013.pdf
20. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Prog Obstet Ginecol* 2011; 54(11):575-580.
21. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:449.e1-7.
22. Symon AG, Paul J, Butchart M, Carr V, Dugard P. Self-Rated "No-" and "Low-" Risk Pregnancy: A Comparison of Outcomes for Women in Obstetric-Led and Midwife-Led Units in England. *Birth* 2007; 34 (4):323-330.
23. Lattus O, Paredes V, Frez Ba JP. Las Espátulas de Thierry *Rev. Obstet. Ginecol* 2006; 1(1):30-38.
24. O'Mahony F, Hofmeyr G, Menon V. Elección de instrumentos para el parto vaginal asistido. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010.

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

Retrato de una matrona en el primer cuarto del siglo XX: D^a Dionisia Repila y Tetilla

María Elena Rodríguez Herrero

Matrona del Hospital General Universitario Elche, especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

E-mail: heroelena@hotmail.com

Resumen

Este trabajo repasa la historia profesional de una matrona, Dionisia Repila Tetilla (mi bisabuela), probablemente, si no la primera (extremo que aún no se ha podido confirmar), sí una de las primeras matronas titulares de la Beneficencia Municipal de Ciudad Rodrigo (Salamanca) su villa natal, y cuyo ejercicio profesional está circunscrito a un periodo pobre y atrasado de España, que duró buena parte del siglo XX (1922-1969).

Con esta recopilación, por un lado se pretende preservar del olvido la importante labor de esta profesional y, por otra parte, como participante en la evolución y contribución de continuidad en la asistencia obstétrica de las matronas españolas con su trabajo de más de cuatro décadas, aportar datos, actitudes y acciones que ayuden a las nuevas generaciones de profesionales a comprender la evolución de la profesión, pasado y presente configurados en su contexto social, político, cultural y sanitario.

Desafortunadamente, la historiografía sobre las matronas es exigua a pesar de que su práctica asistencial (primero como oficio y más tarde como profesión regulada) se remonta al inicio de los tiempos; de ahí también el interés de agregar con esta biografía un fragmento más a la Historia de las Matronas españolas, reflejo de la identidad de estas profesionales a través de siglos de asistencia a las mujeres y sus familias.

Palabras clave: matrona; historia profesional; partos; formación; desigualdad de género; biografía.

Abstract

A portrait of a midwife in the first quarter of the 20th century: Mrs. Dionisia Repila Tetilla

The professional life of a midwife, Dionisia Repila Tetilla, is described. Although not yet being confirmed, she was probably the first (or at least one of the first) certificated midwife at Beneficencia Municipal de Ciudad Rodrigo (Salamanca), her home town. Her professional practice was limited to a poor and backward period of time in Spain, persisting over a large part of the 20th century (1922-1969).

The present report aims both at preserving the memories of her significant work and, based on her involvement in the development and continuity of obstetric care by Spanish midwives along four decades, at providing details, attitudes, and actions helping new generations of professionals to understand midwifery past, present, and evolution in its social, political, cultural and health setting.

Unfortunately, historical data on midwives are scarce, even though their healthcare practice (initially as a trade and later on as a regulated profession) dates back to dawn of time. Thus, the present biography is intended to add a new item to the History of Spanish Midwives and to reflect the identity of these professionals through the ages in helping women and their families.

Key words: midwife; professional history; births; education; gender inequalities; biography.

Objetivo

Dar a conocer y preservar la historia profesional de una matrona, en su contexto histórico y social.

Metodología

A lo largo de las siguientes páginas, va tomando forma la vida de una mujer, la historia de vida de una matrona desde su nacimiento hasta su muerte.

El alcance temporal de esta amplia visión adquiere un carácter claramente longitudinal o diacrónico, de desarrollo completo de las circunstancias que nos ocupan.

El hecho de haber contado con la gran influencia del contexto causa-efecto esencial en la final resolución de ciertos hechos, motiva que se dedique un apartado al contexto histórico-social y académico-legislativo y de normativa de desempeño profesional, sin por ello obviar la finalidad descriptiva.

En cuanto a las fuentes de información, y siempre dentro de un campo cualitativo, las principales han sido informantes directos. Se procedió a registrar mediante grabación de voz todas aquellas preguntas y respuestas consideradas esenciales para el trabajo, partiendo de una guía elaborada, si bien, una vez iniciadas las entrevistas, iban surgiendo otras muchas cuestiones alternativas, parte de las cuales han sido incluidas.

La mayor parte de la información procede de los recuerdos de la hija pequeña de D^{ña}. Dionisia, Socorro, quien contaba solamente con 4 años de edad cuando su madre consiguió el título de matrona; vivió con ella hasta el día en que murió. De los cinco hijos, fue la que más en contacto estuvo con la profesión de su madre, acompañándola en ocasiones a los partos, lo que le reportó una experiencia que le permitió asistir varios nacimientos. El mundo de la medicina no fue un campo totalmente desconocido para esta, puesto que durante la Guerra Civil trabajó junto a sus dos hermanas como enfermera voluntaria dentro de la Falange, asistiendo a los heridos de guerra. Estuvo dentro pues del proceso de formación de las enfermeras de entonces, lo cual, junto con la dedicación de su madre, le impulsó a plantearse seguir sus pasos. Sin embargo, tal y como ella misma reconoce, tres fueron los motivos principales que finalmente le frenaron: el sentimiento de "asco" e incomodidad que en muchas ocasiones experimentaba al asistir o presenciar un parto, los consejos y advertencias de su madre acerca de lo sacrificado de la profesión y, por último, la negativa de su marido a que trabajara.

La información más personal, y también profesional, que así se consiguió se fue completando con otros informantes. Su hija mediana, Nieves, y la consuegra de esta, Cristina

(mis dos abuelas respectivas), las cuales rebuscaron en su memoria recuerdos acerca de cómo las atendió a ellas en varios de sus partos.

Pequeña figura, característico peinado, inseparable muletín y abrigo negro, es la descripción que de ella hacen esa primera generación que vio la luz con su intervención. Uno de sus nietos mayores constituye el claro reflejo de cómo entonces se fortalecía el tabú en torno a todo lo concerniente al nacimiento. Como niño de los años 40 y 50 experimentó los engaños para impedir que pudiera ver cualquier pequeño resquicio del trabajo de su abuela, principalmente cuando a su madre o familiares más allegadas les llegaba el momento. Como estudiante de Medicina de los años 60 recibió de manos de su abuela alguno de aquellos libros que ella utilizó y que también le han servido de referencia y apoyo.

En un afán de profundizar en la cuestión académica, me acerqué hasta la Universidad de Salamanca con el fin de intentar recopilar algún dato más de interés sobre el contenido de los estudios que ella tuvo que realizar. Sin embargo, según los Libros de Registro, solamente existe constancia de la matrícula de matronas a partir del curso 1946-47 donde el 100% de las estudiantes eran mujeres (1), obviamente, ya que hasta 1981 no se permitió el acceso de los varones a esta disciplina. Por tanto, la conexión con esta institución académica queda limitada al sello en el reverso del título, en donde consta registrado en la Secretaría General de esta universidad (Imagen 1 y 2).

A partir de la entrevista hecha a la primera informante nombrada, y con el dato de quién fue el médico con el que hizo prácticas en Salamanca, D. Casimiro, intenté localizar posibles descendientes en Salamanca que pudieran aportar alguna información vinculada con la formación que ella, la entonces "aprendiz de matrona", hubo de realizar. Finalmente conseguí entrevistarme con su nuera, quien me informó de



Imagen 1. Título de matrona

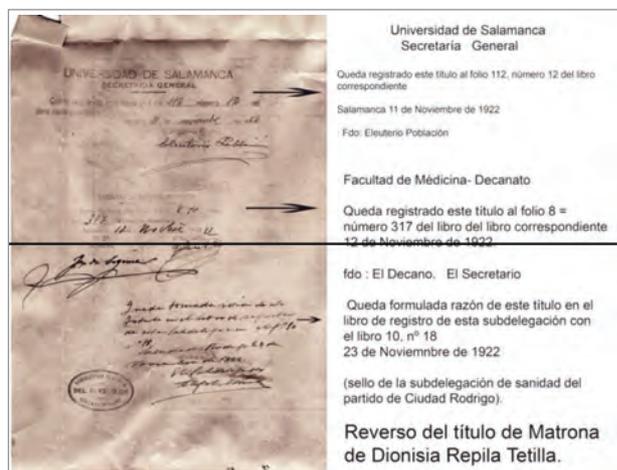


Imagen 2. Reverso del título de matrona

que uno de los hijos de D. Casimiro también fue médico ginecólogo, Casimiro Población del Castillo, aunque no pudo ofrecerme ninguna otra aportación interesante para mi investigación.

Otra fuente importante de información de la que me he servido ha sido la prensa local, que en sus páginas ha dejado constancia de la especial consideración y relevancia dada por el pueblo a Dña. Dionisia, incluyendo más de una vez, y en distintos periódicos, noticias referentes a ella.

Contexto académico-legislativo

Estamos en 1920, este año la aspirante a matrona empieza su formación, a caballo entre Ciudad Rodrigo y Salamanca.

En ese momento de la historia ya ha transcurrido más de un siglo desde que se iniciara la instrucción formal en el establecido Real Colegio de San Carlos, por la cédula de 24 de febrero de 1787, circunstancia esta que no se dio en los colegios de Cádiz y Barcelona creados con anterioridad a este (1748, 1760, respectivamente), en los que se examinaban a las matronas sin que se les instruyese en estas instituciones.

Con todas las limitaciones de la época se muestra un adelanto en la instrucción (hasta la fecha había sido una transmisión oral de saberes de mujer a mujer) y en la consideración de la profesión de matrona, aunque fueran de modo subordinado a la medicina.

El texto de esta cédula dice:

CAPÍTULO II VI

Como la asistencia de las matronas al parto es tan conveniente, y precisa muchas veces: es justo que en este estu-

dio público se las proporcione la instrucción necesaria para que procedan en todas las urgencias con acierto y utilidad; a cuyo fin deberá este mismo profesor dedicarse, en tiempo y horas que pueda, sin perjuicio de los alumnos del colegio, a instruir en una de las piezas de este edificio, y a puerta cerrada, a las mujeres que quieran aprender y tomar estas lecciones.

VII

A ellas no será admitida mujer alguna que no sea casada, cuya fe deberá presentar al maestro de partos acompañada de la licencia de su marido.

VIII

La instrucción que ha de darse a estas matronas consistirá en el conocimiento de aquellas partes blandas que tienen relación con las funciones propias del sexo femenino, y de las que componen el feto y facilitan o retardan el parto; las señales positivas de la preñez; todas las noticias necesarias para conocer el verdadero parto, y distinguir el natural del laborioso o preternatural: el modo de asistir a las parturientas en estos casos, y socorrer a las criaturas cuando necesitan el auxilio del arte; y asimismo las impondrá también este profesor en el modo y forma de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida.

VIII

Siendo este colegio la escuela que es mi voluntad establecer la enseñanza bajo el método más útil, y disponerla para que todas las partes de la facultad quirúrgica reciban la posible perfección; evitando que la ejerza quien no tenga el debido conocimiento, de cuyo abuso se han seguido tantos daños y perjuicios a la Humanidad. Mando que ninguna de las matronas avencidadas en Madrid pueda alcanzar en adelante la aprobación del Protomedicato para asistir a las parturientes sin hacer constar en él, al tiempo de presentarse a examen, el que ha concurrido a esta enseñanza, y recibido su instrucción del Maestro de Partos de este Colegio. (2).

A esta cédula le siguió la de 1804 promulgada por Carlos IV, con pocas variaciones:

Las que soliciten aprobarse de parteras o matronas serán examinadas en un solo acto teórico-práctico, de la misma duración que el de los sangradores (un cuarto de hora por cada examinador), de las partes del arte obstétrica en que deben estar instruidas, y del modo de administrar el agua de socorro a los párvulos, en qué ocasiones podrán ejecutarlo por sí: en la inteligencia de que debiendo admitirse solamente a este ejercicio a viudas o casadas, deberán presentar las primeras certificación de hallarse en aquel estado, y las segundas licencia por escrito de sus maridos, además de

la fe de bautismo, y de su buena vida y costumbres, dada por el párroco, información de limpieza de sangre, y de práctica de tres años con cirujano o partera aprobada, que se ha de recibir en las mismas circunstancias que las de los sangradores, pues el estudio que han de hacer las que se dediquen a este arte, se entiende solamente con las que residieron en los pueblos donde hubiere establecidos Colegios Reales de Cirugía; disponiendo la Junta superior Gubernativa, que se publique un tratado que comprenda toda la instrucción que se requiere en estas mujeres parteras. (3).

Años más tarde, en 1827, Fernando VI firma un Real Decreto por el que se aprueba el reglamento para el régimen científico, económico e interior de los Colegios de Medicina y Cirugía y para el gobierno de los profesores que ejercen el Arte de Curar, con indicaciones precisas sobre la obtención del título y materias para las matronas:

El catedrático supernumerario de los Colegios de Medicina y Cirugía que enseñe la obstetricia a los cirujanos sangradores, les dará a puerta cerrada en el mes de junio de cada año, de cinco a seis de la tarde, todos los días que no sean feriados, las lecciones que necesiten para instruirse en lo que deben saber, que se reduce al conocimiento sucinto de las partes duras y blandas que tiene en relación con las funciones propias de su sexo, y de las que componen el feto y facilitan o retardan su salida; de las señales positivas de la preñez y noticias precisas para conocer el verdadero parto y distinguir el normal del laborioso o preternatural; del modo de asistir a las parturientas en estos casos, y de socorrer a las criaturas cuando necesitan el auxilio del arte, como cuando nacen apopléticas o asfíticas; y finalmente de la manera de administrar el agua de socorro a los párvulos cuando pelagra su vida. Estas materias se explicarán en dos cursos como queda prevenido en el párrafo anterior, y durante ellos las matronas asistirán con el catedrático de partos a la enfermería de las parturientas.

Las que se hallasen en estos requisitos, además de saber leer y escribir, y solicitasen aprobarse de parteras o matronas, serán examinadas por tres catedráticos de los colegios, o en la Subdelegación que la Junta nombrase si hallare un justo motivo para ello, en un solo acto teórico-práctico de la duración de tres cuartos de hora, de las partes de la obstétrica en que deben estar instruidas y del modo de administrar el agua de socorro a los párvulos, y en qué ocasiones podrán ejecutarlo por sí; en la inteligencia de que debiendo admitirse solamente a este ejercicio a viudas o casadas, deberán presentar las primeras certificado de hallarse en aquel estado, y las segundas licencia por escrito de sus maridos, además de la fe de casamiento, y unas y otras su fe de bautismo, y certificación de su

buena vida y costumbres dada por su párroco, y la información de limpieza de sangre y de práctica con arreglo al párrafo 1º de este capítulo. (4).

La gran influencia que la religión católica ejercía sobre la mayoría de ámbitos sociales sería la razón de peso por la cual las clases se impartían "a puerta cerrada". Esta premisa en el ámbito académico puede considerarse, además, como un reflejo de la moral y la mentalidad de la época, para las que constituía un hecho excepcional que hubiera mujeres en instituciones que existían solamente por y para los hombres. Con esos condicionantes, que prevalecieron por muchos años en la sociedad española, pueden entenderse las exigencias religiosas y morales inexcusables de cumplir, y ajenas al orden formativo que imponían los centros de formación de la época a la formalización de la matrícula.

Habrían de pasar tres décadas para que en 1857 se promulgara la Ley de Instrucción Pública (5) (Moyano), por la que desaparecía el título de cirujano ministrante y se creaban las carreras de practicante y matrona. Importante destacar al hilo de lo que esta ley supuso para las matronas, la declaración de la enseñanza elemental como obligatoria para todos los españoles, un hito que en la teoría incluía a las niñas en el sistema educativo, entre los seis y diez años (aunque las enseñanzas impartidas en este nivel eran diferentes para cada sexo), en una España que tenía el índice de analfabetismo mayor de Europa. Aún las mujeres no podían asistir a la universidad ni a las enseñanzas medias, dado que no podían asistir a institutos masculinos y los femeninos en la práctica no existían.

Desde esta fecha las matronas fueron objeto de diferentes regulaciones profesionales y formativas a través de nuevos decretos y ordenanzas, aunque estas no variaron en esencia la formación hasta llegar a 1904, año en que promulga la Ley de Instrucción General de Sanidad Pública, en la que se expresa la legitimación y regulación del ejercicio de los profesionales sanitarios (se denomina a partir de esta ley al Arte de los Partos Profesión Sanitaria) prohibiendo a su vez el ejercicio a las personas carentes de título profesional (6).

En este mismo año, por Real Decreto se reorganizan las carreras de practicantes y matronas nuevamente (7). En esta situación de reconocimiento legal de la profesión (no oficio como había sido considerado hasta la fecha) y bajo este plan de estudios cursó su carrera Dionisia:

Carrera de matrona

Art. 12. Los estudios para adquirir el título de matrona pueden ser oficiales o no oficiales; aquellos se harán en las Facultades de Medicina, y unos y otros requieren la correspondiente inscripción en las Secretarías Generales de las

Universidades para lo que habrá dos libros de matrícula, uno destinado a las alumnas oficiales y el otro para las no oficiales.

Art. 13. Para hacer la inscripción en el primer curso, se exigen estos requisitos: primero ser mayor de edad (en 1909 a propósito de un recurso de matrona, se dictó una R.O. disponiendo con carácter general que la mayoría de edad, en lo que a Instrucción Pública se refiriese, era la de veintitrés años, en toda España); segundo certificado de aprobación en una Escuela Normal de Maestras de la enseñanza primaria superior; tercero autorización del marido si fuese casada.

Art. 14. Los estudios oficiales se darán en dos cursos académicos, rigiendo los mismos preceptos que para la carrera médica respecto de la época de inscripciones y de exámenes y de la duración de los cursos.

Art. 15. El primer curso comprenderá las materias siguientes: rudimentos de Anatomía, de Fisiología y de Higiene y prácticas generales de asepsia y de antisepsia y especialmente del aparato sexual femenino; y el segundo curso, nociones de Obstetricia normal, de asistencia a los partos normales y de cuidados a la madre con anterioridad y posteridad al parto. En ambos cursos es obligatoria la asistencia a la Clínica de Obstetricia para en ella hacer las prácticas, bajo la dirección del profesor auxiliar y la inspección del catedrático

Art 16. Después de aprobados los dos cursos se verificará un examen general teórico-práctico de reválida para obtener el título de matrona, el cual solo autoriza para asistir a los partos normales, constituyendo la infracción de este precepto un caso de responsabilidad personal, debiendo la matrona en toda anomalía o accidente requerir la dirección del médico.

Art 19. Es obligatoria la asistencia a prácticas durante dos cursos académicos, a las alumnas no oficiales, son en la Clínica de Obstetricia de una Facultad de Medicina, o en

Casas de Maternidad que tengan carácter oficial, siendo necesario en todo caso un certificado del catedrático o del médico jefe para solicitar el examen de los dos cursos.

Art. 20. Los exámenes de curso de las alumnas oficiales se verificarán ante el profesor auxiliar. Los de alumnas no oficiales, ante el tribunal formado por el catedrático de Obstetricia, el auxiliar y otro catedrático nombrado por el Decano de la Facultad.

Desde 1920 a 1922, y bajo estos requerimientos de índole académico-legislativa e incluso exigencias morales y sociales como hemos apuntado, se desenvolverían los años de formación de nuestra recordada matrona.

De una memoria de hemeroteca se ha rescatado unos datos académicos realmente interesantes que pueden situarnos en la situación que 20 años más tarde del inicio de los estudios de D^{ña}. Dionisia se daba en la Universidad de Salamanca a la que estaba adscrita nuestra biografiada (Tabla 1):

Alumnos de la Universidad de Salamanca a quienes se les expedieron los títulos de licenciados, practicantes y matronas, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 1942 a 30 de septiembre de 1943 y el 1 de octubre de 1943 a 30 de septiembre de 1944 (8,9).

Apenas han transcurrido 70 años y en esta misma universidad la diferencia se traduce en el curso académico 2012-2013, en la oferta de 74 titulaciones de grado adaptadas, 25.831 estudiantes matriculados en las titulaciones de grado y licenciatura, de los cuales 14.949 de ellos han sido mujeres y 10.882 hombres, lo que implica que el número de estudiantes mujeres de nuevo ingreso sigue siendo superior al de hombres y el dato global, como apuntan, más pudiera deberse a que egresan muchas más mujeres que hombres cada año. El papel de las mujeres en la educación superior es fundamental para suprimir definitivamente las barreras económicas y sociales que, nos guste o no, siguen existiendo entre géneros (10).

Tabla 1. Relación de facultades y licenciados, practicantes y matronas

Facultades	Licenciados 1942-1943		Practicantes 1942-1943		Matronas 1942-1943		Total 1942-1943	
Filosofía y Letras	31	17					31	17
Ciencias	70	28					70	28
Derecho	106	79					106	79
Medicina	140	90	87	40	25	12	252	142
TOTAL	347	240	87	40	25	12	459	266

Estos datos nos dan pie a hacer un recorrido más pormenorizado por ese rol o posición que a lo largo del tiempo, y más concretamente de los años que nos interesan, la sociedad ha permitido que la mujer ocupe. La importancia de este hecho radica en la ruptura de expectativas que supuso la profesión y particular relevancia de la persona intérprete de esta historia de vida en una época de coacción moral y religiosa.

Contexto histórico-social

"Una antigua leyenda hebrea cuenta que no fue Eva la primera mujer de Adán sino Lilith quien, como él, fue creada del polvo de la tierra. Pero Lilith no permaneció mucho tiempo al lado de su esposo, pues insistía en disfrutar de una igualdad plena con él y hacía derivar estos derechos del idéntico origen de ambos (...)".

1891 es el año en el que Doña Dionisia Repila Tetilla venía al mundo siendo reina regente María Cristina, y a las puertas de que diversas crisis políticas y sociales empezaran a quedar reflejadas en el genio creativo de la generación del 98. Mientras grandes acontecimientos como la Primera Guerra Mundial convulsionaban a Europa y al mundo entero, su infancia transcurrió bajo el reinado de Alfonso XIII, apartada del movimiento de las grandes urbes y en medio de un ambiente mucho más ajeno y relajado, en su villa natal Ciudad Rodrigo.

Sin embargo, pronto le llegó el momento de hacer frente a cambios significativos que afectarían a su modo de vida. Tras su casamiento, trasladó su domicilio desde la casa que la vio nacer, extramuros, en el arrabal de San Francisco, muy cerquita del monasterio del mismo nombre, a otra en el centro de la ciudad, en la calle Madrid, que desde una de las puertas de la muralla desemboca directamente en la Plaza Mayor.

Sería allí donde estudiaría y conseguiría el título, a caballo entre la inestabilidad provocada por la Guerra de Marruecos en 1921 y el golpe de estado de Primo de Rivera de 1923.

Las posibilidades de emancipación de la mujer por mucho tiempo chocaron con el peso de la religión católica. Pensemos si no en las palabras recogidas por Pío XI en la Encíclica Cuadragésimo Anno de 1931: *"Las madres de familia trabajarán principalísimamente en casa o en sus inmediaciones, sin desatender los quehaceres domésticos. Constituye un horrendo abuso, y debe ser eliminado con todo empeño, que las madres de familia, a causa de la cortedad del sueldo del padre, se vean en la precisión de buscar un trabajo remunerado fuera del hogar, teniendo que abandonar sus peculiares deberes y, sobre todo, la educación de los hijos"* (11).

La actitud de Dionisia al respecto podría inducir a considerar que sus creencias religiosas eran débiles de base. No fue cierto, puesto que fue una mujer creyente y muy vinculada con el espíritu de la iglesia católica, si bien a su manera.

La primera mitad de la década de los 30 se caracterizó, en definitiva, por un cierto debilitamiento de esa hostilidad referida a la incorporación de la mujer al ámbito laboral. Se condicionó esta apertura a situaciones muy específicas en las cuales existía una necesidad económica extrema, y siempre y cuando se tratara de medidas transitorias que nunca fueran a poner en peligro la institución familiar. Es importante tener esto en cuenta, pues el paso que dio Doña Dionisia constituyó toda una ruptura para con las expectativas de la época, así como una muestra de valentía.

La presión contra la mujer por muchos años estuvo reforzada por una legislación asentada en la discriminación de esta, con un control social ejercido por la reconocida superioridad masculina, que dictaba la función social que había de cumplir la mujer: la de madre y esposa, y un código de conducta determinado: la sumisión al hombre y a los dictados sociales.

Los derechos y libertades reflejados en la Constitución de 1931 que la II República quiso otorgar a la mujer con la pretensión de conseguir la igualdad entre los hombres y las mujeres, ni siquiera tuvieron una implementación completa en la práctica. Inició pues su andadura como matrona en una época en la cual las mujeres empezaban débilmente a ampliar su posición y reconocimiento social, continuando el camino abierto por figuras como Concepción Arenal, Clara Campoamor o Victoria Kent.

Sin embargo, la guerra civil y la dictadura franquista borró de un plumazo todos estos logros, colocando de nuevo a la mujer en una sociedad que le negaba el acceso a las mismas posibilidades sociales destinadas a los hombres, y que aún hoy sigue luchando por erradicar la desigualdad por razón de género.

El Régimen de Franco fortaleció el ideal de mujer cristiana, abnegada y entregada a la familia, cuya supervisión pasaba por el control de la Sección Femenina. Se obstaculizó de nuevo el camino, pero para entonces "la profesora en partos" ya había colgado su placa en la puerta, el pueblo la conocía, quería y respetaba (Imagen 3). Se labró una confianza hecha a base de demostrar su profesionalidad, tal y como hizo a lo largo de las tres décadas siguientes. Se avecinaban tiempos duros de postguerra y otros más esperanzadores de cierta recuperación y estabilidad, de cambios sociales y alternativas políticas que no llegó a conocer, pero ella supo adaptarse, y solamente cuando las fuerzas le fallaron, dejó de trabajar.

Esa fue exactamente la circunstancia que rodeó el principio de esta historia de vida que nos ocupa, y ciertamente, como a continuación se puede comprobar, los resultados de la misma nunca podrán ser calificados de nefastos.



Imagen 3. Placa de "profesora en partos" de Dionisia Repila

Historia de una vida

Nació en Ciudad Rodrigo en 1891, hija de Ignacia y Vicente fue la cuarta de siete hermanos. Su padre tenía un negocio de artesanía de carros de importancia considerable para aquella época, lo que situaba a la familia en una posición socioeconómica medio-alta que, entre otros beneficios, le permitió realizar unos estudios básicos.

Vivió con sus padres hasta que se casó con Manuel, fruto de este matrimonio nacieron cinco hijos: Vicente, Carmen, Nieves, Manuel y Socorro.

Una cierta inestabilidad económica fue el principal motivo que, junto a la orientación prestada por uno de los médicos del pueblo, amigo y vecino de ella, le llevó a Salamanca a informarse acerca de los estudios requeridos para ser matrona. Estos consistían en una formación teórica de dos años (sin obligada asistencia a las clases teóricas, habida cuenta de que había cabida en el plan de estudios de entonces, tanto la enseñanza oficial como la no oficial) y los preceptivos exámenes orales. Así pues, tomó la decisión y comenzó a estudiar en Salamanca gracias en parte a Doña Rosa, la dueña de la fábrica de harinas, uno de los más florecientes negocios de entonces y, por tanto, persona muy influyente que le ayudó para que pudiera ir a estudiar a la capital.

Refiere su hija Socorro, que se sacó los dos años en uno y nos cuenta como la recuerda estudiando unos "libros blancos" hasta acostarse. Vestigios de la influencia religiosa in-

cluso en el terreno académico, es el recuerdo de esta entonces niña, que hace en referencia al examen de Salamanca en el que le hicieron la pregunta "¿Quién fue el marido de la Virgen?", a lo que su madre respondió, "que eso no lo ponía en los libros que estaba estudiando".

Además de la formación teórica exigida, realizó prácticas con D. Casimiro Población Sánchez, ginecólogo que ejercía su profesión en Salamanca, brillante catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Salamanca siempre preocupado por la docencia que se impartía a sus estudiantes, así como la atención prestada a los enfermos. Años más tarde, tendría su propio sanatorio ginecológico (1926) (13) y en 1933 accedería a la cátedra de Obstetricia en la Universidad Central de Madrid sustituyendo por jubilación al anterior, Dr. Recasens (12). Ella le acompañaba a los partos domiciliarios y en alguna ocasión fue al hospital a ver cesáreas.

Así, entre la crianza de cinco hijos y sumergida en la gran presión social que suponía en aquella época el que una mujer estudiase y trabajase, pero con esa tenacidad que cuentan sus familiares le caracterizaba, consiguió a sus 31 años el título de matrona expedido por S.M. el Rey Don Alfonso XIII el 7 de septiembre de 1922 (dos años antes de que se abriese la primera escuela de matronas en España, Sta. Cristina, 1924) (14).

Comienza entonces una nueva etapa en su vida y en la de Ciudad Rodrigo, pueblo salmantino en el que aún hoy en día la gente la recuerda con cariño por su gran hacer durante más de 40 años ayudando a las mujeres a traer niños al mundo. Muchos son los testimonios populares que podrían dar fe de ese recuerdo todavía vivo en el pueblo mirobrigense, muchos de los cuales han quedado para la historia, recogidos en las hemerotecas de los diarios locales.

Ejercicio profesional

En el momento en que D^{ña}. Dionisia inicia su actividad laboral, no existía la obligación de colegiación a la que estamos sujetos actualmente los profesionales sanitarios, de hecho, la de los practicantes se exigió en 1929 (15), mientras la de las matronas data de 1930 (16). Por tanto, en 1922 apenas existían colegios de matronas, en este primer cuarto de siglo (se sabe que el primero fue el de Madrid en 1922 con el antecedente del Colegio de Profesoras Titulares de Partos de Madrid, que duró de 1895 y 1896) (17). Por contra, se puede precisar que en año 1927 se había constituido un Colegio de Practicantes en casi la totalidad de todas las provincias españolas, aunque alguno de ellos tuviera un funcionamiento relativamente inoperante (18).

Aunque no se dispone del documento de colegiación de Dionisia, cabe la posibilidad de que en un principio estuviera adscrita al por entonces Colegio de Practicantes y Ma-

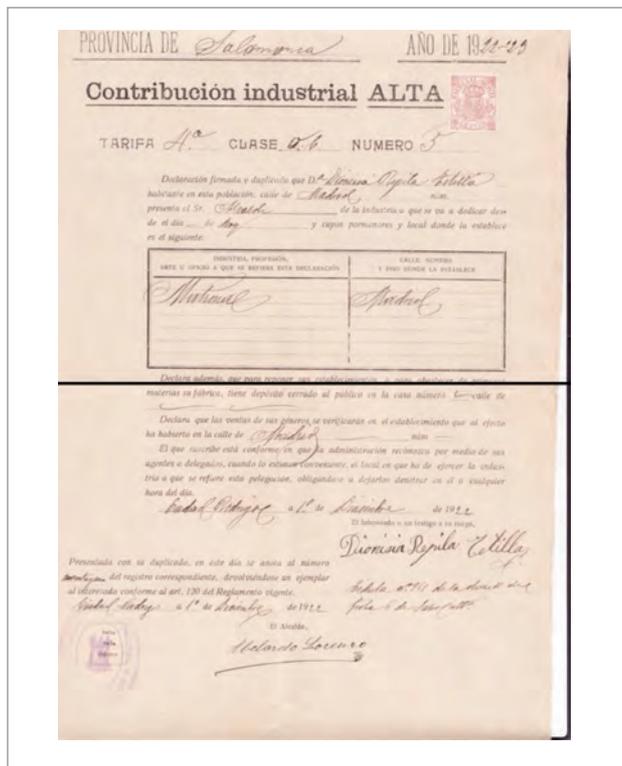


Imagen 4. Alta para el ejercicio profesional

tronas de Salamanca, como así se denominaba, según hemos encontrado en la Revista Colegial titulada *El Practicante Salmantino*: órgano oficial del colegio de practicantes y matronas (19).

Sí hemos rescatado el carnet del Consejo Nacional de Matronas fechado en 1955, por el interés que tuvo el proceso de Colegiación Oficial y Obligatoria de Matronas (bien distinta a la actual) (Imagen 5).

En 1935 se constituyó la Federación de Colegios oficiales de Matronas de España de carácter obligatorio para todos



Imagen 5. Carnet del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios

los colegios y a la que se le atribuyó el carácter del Consejo General de Colegios de Matronas de España (20).

En 1944 se dicta la Orden Ministerial para que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes se denominen, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios, y estén formados por estos, las comadronas y las enfermeras tituladas (21).

Se suceden las acciones normativas y en 1951 se aprueban los estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas (22) y el 22 de enero de 1952 se constituye el Consejo General de los Colegios de Matronas de España según consta en las actas de esta organización a las que he tenido acceso (23).

De lo expresado en la citada Orden Ministerial inferimos que para entonces las matronas de Salamanca habrían abandonado la vinculación con el Colegio de Practicantes de la provincia sin que ello hubiera representado ningún problema, circunstancia que sí se produjo en otros casos de los que se da cuenta en las actas mencionadas, al arrogarse los colegios de practicantes la imposición de que las matronas siguieran cotizando en los colegios bajo su representación (ej. Colegio de Practicantes de Tarragona y Ciudad Real). También se deduce que las matronas de Salamanca y provincia no tenían colegio profesional en su provincia todavía (extremo que confirmamos más adelante) por insuficiencia numérica para constituirlo, tal y como expone la orden de 1930 en el Art. 2 del Estatuto de los Colegios Oficiales de Matronas) y se repite en la de 1951:

Para constituir colegio se establece como minimum el número de cincuenta colegiadas, debiendo agregarse cada uno, en los casos de insuficiencia numérica, al colegio más inmediato a la localidad de residencia y ejercicio.

De hecho, revisando esta última Orden Ministerial se entiende que las matronas de Salamanca habrían sido integradas en la primera Provincia Matronal (así denominada), que era Madrid, y que se consignaba del siguiente modo: Primera: "Madrid y provincias que no haya más de cincuenta Colegiadas (Delegación Albacete)".

Esta orden de carácter obligatorio es muy explícita al respecto de la obligación de colegiación, siendo así que las Juntas de Gobierno de los colegios con los poderes otorgados por las autoridades civiles y sanitarias podían sancionar a las matronas que incumplieran la orden, con penas de multa e incluso suspensión del ejercicio profesional. Así mismo, se hace mención a la persecución de los casos de intrusismo en los que se incluye no solo a quienes no tuvieran título para el ejercicio de la profesión, sino a aquellas que teniéndolo no lo hubieran registrado, competencia esta del director general de Sanidad, los inspectores provinciales de Sanidad y los gobernadores civiles de las provincias, y por

poder delegado de estos, como se ha dicho, de los Colegios Oficiales de Matronas.

Finalizando el año 1952, el 5 de diciembre queda reflejada en las actas del todavía Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas, un oficio cursado desde el Ministerio de la Gobernación para el cese de este consejo e inicio de la reorganización de los Colegios de Auxiliares Sanitarios conforme a la todavía vigente Base 34 de la Ley de Sanidad (24).

En 1954 se aprueban los estatutos y el Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios (25), bajo cuya denominación se incluían matronas, practicantes y enfermeros y en ese mismo año, el 14 de abril, ya nombrada la nueva directiva del Consejo General de Auxiliares Sanitarios, Sección Matronas (26) inicia su andadura y en cuyas actas, concretamente en la del 12 de octubre de 1954, se da noticia de la creación del Colegio de Matronas de Salamanca. Esta organización colegial desaparece tras la O.M. de 1977 (27) en la que se estableció la colegiación en un único colegio, desapareciendo las tres secciones. Contra esta orden se interpusieron numerosos recursos por parte del Consejo Nacional de Matronas que continuó la Asociación Española de Matronas tras la desaparición de este consejo a partir de 1978, logrando una sentencia del Tribunal Supremo (22/09/1978) positiva a la petición de las matronas de tener su propio colegio profesional, sin que a día de hoy la justicia haya ejecutado la citada sentencia, y por tanto, las matronas sigamos integradas en el Consejo General de Enfermería.

Su etapa laboral la inicia trabajando para la Beneficencia Municipal (Imagen 6), pasando posteriormente a atender a mujeres de MUFACE y, por último, trabajó también para la Seguridad Social. Su asistencia abarcaba a Ciudad Rodrigo y múltiples pueblos de alrededor, estando el único hospital de referencia en Salamanca.

Básicamente su campo asistencial se centraba en el parto, dado que el embarazo era considerado como un periodo en el que "poco había que hacer". Sin embargo, su hija Socorro recuerda la atención que se le prestaba a la aparición de la albúmina: "una de las cosas peores que podía pasar en el embarazo era la albúmina; mi madre aconsejaba a las mujeres que tuvieran cuidado con las comidas pesadas y que debían orinar con frecuencia, especialmente si notaban que se les hinchaban las manos, pies y cara". Las mujeres también iban a su casa para que les hiciera el "tacto por fuera", para ver cuál era la posición del niño; "ella les pasaba entonces a una habitación donde las reconocía y les hacía, en caso necesario, un tacto por dentro, pero raramente las molestaba".

En cuanto al momento del parto se refiere, iba a buscarla a casa algún familiar de la parturienta (que generalmente era



Imagen 6. Concesión de la plaza de matrona de la Beneficencia Municipal

el marido) a cualquier hora del día o de la noche. En ocasiones llegaban en carros o mulas, pero ella, especialmente si era tarde, se trasladaba a la casa de la mujer en los llamados "coches de punto", actuales taxis. Iba cargada siempre con un maletín en el que llevaba todo lo necesario para el parto: pinzas para romper bolsa, "trompetilla" para escuchar a los niños, hilo para el cordón, alcohol, jabón, guantes, jeringas, agujas y fármacos: ergotina y pituitrina. Durante todos los años que se dedicó a la profesión nunca cambió de maletín y, claro, de tanto usarlo al final se le hizo un agujero en el fondo que tuvieron que remendar con un cartón. Al llegar a la casa de la mujer, la reconocía en la cama y veía si estaba o no de parto. En caso de que sí estuviera, disponía todo el material que iba a usar, incluidos unos guantes de goma que ponía a hervir. A continuación, se lavaba las manos minuciosamente con agua y jabón y hacía lo mismo con el periné de la mujer, la acompañaba y cuidaba durante toda la dilatación, cambiándole periódicamente las sábanas dobladas que le ponían debajo y dándole caldos y agua si el parto se prolongaba. En ocasiones cuando iba a atender a mujeres sin recursos, ella misma les llevaba sábanas de su casa. En todo momento si el marido lo deseaba estaba junto a su mujer, siendo también fre-

cuenta la presencia de la madre de la parturienta en la habitación.

Cuando veía que el nacimiento iba a producirse, se preparaba para "acompañar muy bien la parte de la mujer y así evitar que se desgarrase" (tal y como le había enseñado el Dr. D. Casimiro Población). En los casos que así lo requerían, ella rompía la bolsa de las aguas bien con los dedos o con una pinza que tenía para ello. En aquellas situaciones de niños "atravesados", nalgas o presentaciones de cara, cuenta su hija Socorro que "ella los colocaba bien metiendo las manos" y solamente cuando veía que no podían nacer avisaba al médico para que les hiciera un fórceps o una cesárea. Las intervenciones quirúrgicas se realizaban en una clínica llamada popularmente "Los Marianos", por dos ginecólogos que vinieron de Salamanca: D. Mariano y D. Paco. Otra de las situaciones en las que también intervenía el médico era en los "partos de placenta previa, es decir, cuando la sangre venía antes que el parto, ya que eran muy peligrosos", relata su hija.

Una vez nacía el niño, ataba el cordón con una seda y lo cortaba. Al recién nacido lo secaba y cubría con sábanas limpias para evitar que se enfriase. Si nacía un poco "dormido" lo masajeaba bien para que llorase y luego lo ponía junto a su madre en la cama o bien se lo daba al marido o a la abuela. Mientras se esperaba a que la mujer "librase", es decir, expulsase la placenta y una vez lo hacía, ella daba un suave masaje y ponía compresas de agua fría sobre el abdomen de la mujer para evitar que sangrara, a pesar de lo cual sobrevenían en ocasiones hemorragias para las cuales ponía inyecciones de pituitrina y ergótina. Finalizado el parto, limpiaba cuidadosamente el periné de la mujer con agua templada y jabón y las enfajaba con el fin de que no sangrasen. A continuación realizaba los primeros cuidados al recién nacido: los lavaba con aceite y agua templada para quitarles los restos de sangre del parto y los secaba minuciosamente. En cuanto al cordón umbilical, revisaba si sangraba y en caso de que lo hiciera volvía a atarlo con otra seda para luego curarlo con "polvos de licopodio" y pomada de los laboratorios Geve y cubrirlo con una gasita: a los niños también los enfajaba para evitar que les saliesen hernias y les ponía unos pañales que consistían en un envoltorio a modo de tubo que les impedía mover las piernas (es a partir de los años cincuenta cuando empezó a usar "pañales a la inglesa", es decir, entre las piernas).

Así, una vez que la mujer y el recién nacido se quedaban arreglados, ella se iba pero no sin antes explicarle que debía dar el pecho lo más pronto posible, y en caso de que el niño fuera de bajo peso les indicaba ayudarle con tomas de "Peligón" (primera leche infantil disponible en España, 1944). Volvía a cuidarlos cada día hasta que el niño "daba el cordón".

Cuando llegaba a su casa tras un parto nunca contaba nada, a menos que alguien le preguntase y entonces ella respondía escuetamente "pues se arregló bien o mal" y luego sacaba un libro en el que llevaba registrados todos los partos que asistía y allí apuntaba el nombre de la mujer, el mote, sexo del bebé y la fecha del parto.

En lo referente al postparto, la mujer debía pasar la cuarentena durante la cual permanecía en casa sin salir y además los tres o cuatro primeros días en cama. Durante este periodo de tiempo, la alimentación de la puerpera era esencialmente a base de caldos, filetes, chocolates y dulces.

Asistió a mujeres de todas las clases sociales, desde las más adineradas hasta aquellas que vivían debajo de un puente, a las cuales, la gran mayoría de veces cuando iban a verlas al día siguiente, ya no estaban.

Recibía un sueldo fijo del Ayuntamiento y posteriormente de la Seguridad Social, además de lo que cada mujer le diera, cantidades estas que eran de lo más variopintas: desde un duro hasta 500 pesetas, que fue lo máximo que le ofrecieron. Cuando atendía a mujeres que no tenían cartilla ni recursos económicos, no les cobraba nada, aunque por lo general se empeñaban en pagarle en especias que ella raramente aceptaba.



Imagen 7. Noticia de prensa

Toda su vida transcurrió entre contracciones, partos y el llanto de los niños recién nacidos, hasta que a los 70 años la llamaron de Salamanca para hacerle un examen y comprobar que se encontraba en buenas condiciones físicas y psíquicas para seguir ejerciendo; así se lo permitieron, pero al transcurrir cinco años más recibió su jubilación, hecho que le causó, según cuentan sus hijos y nietos, un gran enfado y decepción, pues no entendía cómo tras una vida dedicada a su profesión estuviera obligada a abandonarla sin más motivo que una orden. Fue entonces cuando llegó a Ciudad Rodrigo otra matrona, Doña Joaquina. A pesar de su jubilación y por pura vocación, siguió ejerciendo por cuenta propia hasta tres meses antes de morir a los 77 años de edad, un triste día de julio de 1969, víctima de un cáncer hepático.

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a mi familia, sin cuya colaboración e interés no hubiese sido posible la realización de este trabajo y a la Asociación Española de Matronas por el apoyo institucional a la petición propuesta, la oportunidad de publicar este trabajo y el soporte bibliográfico de las Actas del Consejo (inéditas) a las que me han permitido el acceso. Una mención especial de reconocimiento a Rosa M^a Plata por su entusiasta ayuda en el planteamiento y redacción de la nueva versión de este trabajo.

Bibliografía

1. Pando Ballesteros MP. Estudiantes Universitarias en Salamanca. *Revista de Historia da Sociedade e da Cultura*, 2011; 11: 359-376. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.uc.pt/chsc/rhsc/rhsc_11/rhsc11_359-376_mppb.pdf
2. Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. Biblioteca UCM. Dioscóridos. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=B20514268&idioma=0
3. Novísima recopilación de las leyes de España: dividida en XII libros. En que se reforma la Recopilación publicada por el Señor Don Felipe II en el año de 1567, reimpressa últimamente en el de 1775: se incorporan las pragmáticas, cédulas, decretos, órdenes y resoluciones reales, y otras providencias no recopiladas y expedidas hasta el de 1804. (Con tres índices generales) / mandada formar por Carlos IV. PUBLICACIÓN Madrid: [s.n.], 1805-1829. Tomo IV. Libros VIII. y IX. p. 99. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://fama2.us.es/fde/ocr/2006/novisimaRecopilacionT4.pdf>
4. Reglamento aprobado, y mandado observar por el Rey Nuestro Señor para el régimen científico, económico, e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía, y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas partes de la ciencia de curar en todo el reino. Rey de España Fernando VII. En la Imprenta Real, 1827. 219 páginas. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://books.google.es/books?id=VzPaemqBDpoC&dq=reglamento+aprobado+y+mandado+observar+por+el+rey&hl=es&source=gbs_navlinks_s
5. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de Fomento. Ley de Instrucción Pública. núm. 1710, de 10 de septiembre de 1857. p 1-3. (Referencia 1857/9551). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1857/1710/A00001-00003.pdf>
6. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Instrucción general de Sanidad pública núm. 23, de 23 de enero de 1904. p. 290-295. (Referencia BOE-A-1904-40001). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/023/A00290-00295.pdf>
7. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes Real decreto reorganizando los estudios de la carrera de Practicantes y la de Matronas. núm. 225, de 12 de agosto de 1904. p. 529. (Referencia BOE-A-1904-5062). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/225/A00529-00529.pdf>
8. Universidad literaria de Salamanca. Memoria correspondiente al Curso Académico de 1942-43 y actividades académicas de 1942-43. Imprenta y Librería Hijos de Francisco Núñez Ramos del Manzano, 36, y Rúa Mayor, 13. Salamanca. 1944. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.google.es/url?url=http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/84102/1/bg_revistas_1178_13-34_3.pdf&rc=t=j&frm=1&tq=etsrc=s&tsa=U&tei=xAVuVIC2NsjaavLlgkg&ved=0CB8QFjAC&usg=AFQjCNHBNmEotYUUVee0jRaY4KztSvE8Q
9. Universidad Literaria de Salamanca. Memoria correspondiente al Curso Académico de 1943-44 y actividades académicas de 1944-45. Imprenta y Librería Hijos de Francisco Núñez Ramos del Manzano, 36, y Rúa Mayor, 13. Salamanca. 1944. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/84103/1/bg_revistas_1178_13-34_4.pdf
10. Universidad de Salamanca. Resumen de la memoria del curso académico 2012-2013. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://campus.usal.es/~memoria/1213/00_apertura/0_1_resumen_memoria.html
11. Pío XI. Carta Encíclica quadagesimo anno sobre la restauración del orden social en perfecta conformidad con la ley evan-

- gética al celebrarse el 40º aniversario de la encíclica "rerum novarum" de su santidad León XIII. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.vatican.va/holy_father/pius_xi/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragésimo-anno_sp.html
12. Rodríguez-San Pedro Bezares LE. Historia de la Universidad de Salamanca. Volumen I: Trayectoria histórica e instituciones vinculadas. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2002. p. 309.
 13. Salamanca AL día RTVE. En blanco y negro. El sanatorio del doctor Casimiro Población. Noviembre 2013. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://salamancartvaldia.es/not/61390/el-sanatorio-del-doctor-casimiro-poblacion/>
 14. Web Hospital Universitario Santa Cristina. Reseña Historia-Madrid org. Hospital Santa Cristina. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155304130403&language=es&tpagename=HospitalSantaCristina%2FPage%2FH-CRL_pintarContenidoFinal
 15. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. núm. 363, de 29 de diciembre de 1929. p. 2027-2029. (Referencia BOE-A-1929-13544). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/363/A02027-02029.pdf>
 16. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Real orden concediendo la colegiación obligatoria a la clase de matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid, núm. 129, de 09 de mayo de 1930. p. 913-915. (Referencia BOE-A-1930-5260). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1930/129/A00913-00915.pdf>
 17. Ruiz Berdún MD. Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cultura de los Cuidados; XV (31):69-76
 18. Montesinos Vicente F. Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932). Tesis Doctoral. Gerona: Universitat de Girona. Departament d'Història i Història de l'Art; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/31835>
 19. Colegio de Practicantes de Salamanca. El Practicante Salmantino: Órgano Oficial del Colegio de Practicantes y Matronas. Año I Número 9 - 1926 septiembre. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://prehistorica.mcu.es/es/publicaciones/numeros_por_mes.cmd?id-Publicacion=17524.
 20. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad. Orden concediendo carácter oficial obligatorio a la Federación de Colegios de Matronas de España. núm. 351, de 17 de diciembre de 1935. p. 2345. (Referencia BOE-A-1935-11783). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1935/351/A02345-02345.pdf>
 21. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Orden por la que se dispone que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes se denominen, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios, y estén formados por estos, las Comadronas y las Enfermeras tituladas. núm. 361, de 26 de diciembre de 1944. p. 9666. (Referencia BOE-A-1944-11881). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/361/A09666-09666.pdf>
 22. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. núm. 180, de 29 de junio de 1951. p. 3060-3064. (Referencia BOE-A-1951-7105). URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/180/A03060-03064.pdf>
 23. Asociación Española de Matronas (AEM). Hemeroteca. Documentos Antiguos. Actas Consejo General de los Colegios de Matronas de España/Consejo Nacional de auxiliares Sanitarios. Sección Matronas. (1952-1985).
 24. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Jefatura del Estado. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. núm. 331, de 26 de noviembre de 1944. p. 8.908-8.936. (Referencia BOE-A-1944-10938). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
 25. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatutos o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de los Colegios provinciales. núm. 99, de 09 de mayo de 1954. p. 2.259-2.261. (Referencia BOE-A-1954-4938). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/099/A02259-02261.pdf>
 26. BOE (Boletín Oficial del Estado). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación. Orden de 5 de abril de 1954 por la que se nombran las Directivas del Consejo General de Auxiliares Sanitarios. núm. 99, de 09 de abril de 1954, p. 2261. (Referen-

cia BOE-A-1954-4939). [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1954/099/A02261-02261.pdf>

27. BOE (Boletín Oficial del Estado). Ministerio de la Gobernación. Orden sobre adaptación de la organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios a las normas de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales. núm. 79, de 2 de abril de 1977, p. 7.425-7.426. Referencia: BOE-A-1977-8452. [En línea] [fecha de acceso: 24 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/02/pdfs/A07425-07426.pdf>

Bibliografía de apoyo

- Cruz Blanco. "La cátedra es cosa de hombres". El País. Madrid, 19 de Abril de 1998.
- Diccionario Enciclopédico Larousse. Tomo 3. Barcelona: Planeta; 1997. p. 876-880.
- Gómez Ruiz MD. "Matronas, ¿cómo ha evolucionado la profesión?". Rev ROL Enferm 1997; 221:71-74.
- Hammer D, Wildausky A. "La entrevista semiestructurada de final abierto. Aproximación a una guía operativa". Historial y Fuente Oral 1990; 3:23-62.
- King Dunaway D. "La grabación de campo en la historia oral". Historia y Fuente Oral 3:69-145.
- Mercado F, De la Fuente I. "Cifras de mujer". El País. Madrid, 8 de marzo de 1998.
- Morcillo Gómez A. Feminismo y lucha política durante la II República y la Guerra Civil. El Feminismo en España: dos siglos de historia. p. 57-83.
- Valle Racero JI, García Martínez MJ. Las matronas en la historia. Un estudio del siglo XIX. Revista ROL Enferm 1994; 187:61-67.
- Vázquez Chamorro G. Embarazo y parto en México Precortesiano (I y II). Jano 1986; (68):43-45 / 9:51-63. nº 8 y 9 respectivamente, marzo y abril 1986. p. 43-45 / 51-63.



LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS

INVITA

A TODAS LAS MATRONAS/ES

A sumarse a la Campaña de Firmas solicitando al Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Rodrigo, ciudad natal y en la que por más de cuarenta años atendió a sus mujeres y familias Dña. Dionisia Repila, un espacio público digno de llevar su nombre, como tributo de reconocimiento institucional por la calidad y calidez de sus servicios profesionales como Matrona, a los vecinos de esta ciudad y pueblos circundantes.

La petición popular ha solicitado al Consistorio que, un espacio de especial concurrencia de niños, la zona infantil de La Glorieta, sea designada con el nombre de esta Matrona mirobrigense que ayudó a nacer a más de 20.000 de niños a lo largo de su carrera profesional.

Pon tu firma, entra en **change.org** y apoya esta petición, junto al reconocimiento a esta matrona, implícitamente, hay un reconocimiento a toda la Profesión.

Gracias por tu colaboración

Asociación Española de Matronas



enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO
PORTAL

Portal líder en información para estudiantes y
profesionales en Enfermería



Biblioteca Digital Textos y documentos **encuentra@**
Test de Enfermería **aulaeir** Pack de revistas
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda online
auladae Información de estudiantes **aulaope**
Diario **Dicen** Ofertas de empleo **Congresos**



www.enfermeria21.com

Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) en relación con los riesgos microbiológicos asociados al consumo de determinados alimentos por mujeres embarazadas (versión resumen)

Número de referencia: AECOSAN-2014-001

Documento aprobado por la Sección de Seguridad Alimentaria y Nutrición del Comité Científico en su sesión plenaria de 21 de mayo de 2014

Reference number: AECOSAN-2014-001

The present document was approved by the Food Safety and Nutrition Section of the Scientific Committee in a plenary meeting on May 21, 2014

Resumen

Las mujeres embarazadas están consideradas como un grupo de especial riesgo ante las toxiinfecciones alimentarias, debido a la gravedad de las complicaciones que pueden sufrir y a su susceptibilidad específica a algunas enfermedades infecciosas. En España, los brotes declarados de las principales enfermedades transmitidas por alimentos en este grupo de población son escasos. Sin embargo, debido tanto a su especial vulnerabilidad como al control sanitario asociado al embarazo, las mujeres gestantes constituyen un grupo poblacional sobre el que se pueden realizar actividades muy eficaces de prevención basadas en la comunicación del riesgo.

Entre las enfermedades transmitidas por alimentos de especial relevancia durante la gestación destaca la listeriosis, ya que, aunque poco frecuente, provoca alteraciones graves en el feto que pueden terminar en aborto, nacimiento de prematuros o de mortinatos, meningitis o sepsis. También el toxoplasma gondii puede producir una infección fetal grave, provocando abortos, mortalidad perinatal o lesiones congénitas en el cerebro, ojos y otros órganos del feto. Otros patógenos transmitidos por alimentos que, aunque con poca frecuencia, pueden afectar gravemente a la mujer embarazada o al feto son *Brucella* spp., virus de la hepatitis E, *E. coli* verotoxigénicos, *Salmonella* spp. y *Campylobacter* spp.

La educación para la salud de la población es, junto con las medidas de prevención tomadas durante la producción, elaboración y distribución, el principal factor para disminuir los riesgos microbiológicos por consumo de alimentos. Así pues, con el objetivo de establecer las bases sobre las que realizar actividades de gestión y comunicación del riesgo, el comité científico ha estudiado los principales patógenos transmitidos por alimentos de especial riesgo durante el embarazo, analizando en cada caso los factores que afectan a su supervivencia y crecimiento, así como los alimentos más frecuentemente implicados en su transmisión.

Se acompaña este informe de una relación de alimentos a evitar durante el embarazo, a fin de minimizar el riesgo de infección por listeria monocitogenes y toxoplasma, fundamentalmente, pero también del resto de patógenos estudiados.

Se destaca la necesidad de incluir en cualquier campaña de comunicación instrucciones relativas a la manipulación higiénica de los alimentos en el hogar.

Palabras clave: embarazo; riesgos microbiológicos; listeria; toxoplasma; patógenos alimentarios; contaminación cruzada; manipulación de alimentos.

Abstract

A report by the Scientific Committee of the Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) regarding microbial risks associated to use of some specific foods by pregnant women (shortened version)

Pregnant women are considered to be a high risk group due to the serious complications they can have and their specific susceptibility to some infectious diseases. In Spain, reported outbreaks of the main infectious foodborne diseases are scarce. However, because of their particularly high vulnerability and to the health monitoring associated to pregnancy, pregnant women are a specific population group in which highly effective preventive measures can be applied based on transmission risk.

Among foodborne diseases being particularly relevant during pregnancy, listeriosis must be highlighted. In spite of being uncommon, listeriosis causes serious fetal changes that can result in miscarriage, stillborn or premature birth, meningitis, or septicemia. Toxoplasma gondii can also cause serious fetal infections resulting in miscarriages, perinatal lethality, and congenital abnormalities involving brain, eyes and other organs in fetus. Other pathogens being uncommonly transmitted by food that can result in serious changes in pregnant women and/or fetuses include Brucella spp., hepatitis E virus, verotoxigenic E. coli, Salmonella spp. and Campylobacter spp.

Public health education, along with preventive measures in food production, elaboration, and distribution, are the main factor to reduce microbial risks resulting from food consumption. Thus, with an aim to define the foundations for management actions and risk reporting, the scientific committee has reviewed main foodborne pathogens causing a particular risk during pregnancy. For each one, factors influencing survival and growth, as well as food items most commonly involved in transmission are reported.

A list of food items to be avoided during pregnancy to minimize infection risk mainly by Listeria monocytogenes and toxoplasma, but also by other pathogens being considered, is included in the paper.

The need to include instructions for healthy handling of food at home in any communication campaign on infections risk is highlighted.

Key words: pregnancy; microbial risks; listeria; toxoplasma; foodborne pathogens; cross contamination; healthy food handling.

Introducción

Las toxiinfecciones alimentarias son un problema de salud pública grave y creciente (Van de Venter, 2009). La mayoría de los países con sistemas de información de brotes alimentarios han detectado un aumento significativo de las enfermedades producidas por microorganismos transmitidos por los alimentos en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) cifra en 200 las enfermedades que pueden transmitirse por los alimentos. Entre los principales patógenos destacan: *salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *E. coli* enterohemorrágico o verotoxigénico (VTEC), parásitos como *Cryptosporidium*, *Cryptosporidia*, algunos platelmintos y nematodos, y virus como los de la hepatitis A y E y de gastroenteritis como norovirus. Solamente en la Unión Europea, en 2012, se reportaron 5.363 casos de brotes de toxiinfecciones alimentarias, que afectaron a más de 55.000 personas (EFSA/ECDC, 2014).

La importancia en salud pública de las toxiinfecciones alimentarias no depende únicamente de su incidencia en la población humana. Diversos factores, como la gravedad de la enfermedad, la tasa de mortalidad, las complicaciones posteriores y la posibilidad de prevención son también claves a la hora de determinar la importancia de una u otra enfermedad (EFSA/ECDC, 2013).

Determinados grupos poblacionales pueden verse afectados en mayor medida por todos estos factores, lo que los convierte en los denominados "grupos poblacionales vulnerables". La Universidad de California define las poblaciones vulnerables como subgrupos de población con un riesgo relativamente mayor (una mayor exposición a los factores de riesgo) o una mayor susceptibilidad a determinados problemas de salud (UCLA, 2013). Es decir, un grupo vulnerable presenta de alguna manera una mayor susceptibilidad a una determinada enfermedad, o en ellos las consecuencias de la misma son más graves.

Las mujeres embarazadas están consideradas como un grupo poblacional vulnerable debido a la gravedad de las complicaciones que pueden sufrir y a su susceptibilidad específica a algunas enfermedades infecciosas. Esta susceptibilidad parece relacionada con una situación inmunológica única derivada de la gestación. Durante mucho tiempo se consideró que las mujeres embarazadas presentaban una supresión del sistema inmune. Sin embargo, se ha comprobado que esto no es cierto. Por tanto, algunos autores prefieren considerar que el sistema inmune de estas mujeres se encuentra modulado. Los cambios hormonales durante la gestación parecen alterar diversos mecanismos de inmunidad celular, así como de la respuesta innata. Este comportamiento único explicaría por qué responden de manera diferente a la presencia de microorganismos o sus metabolitos, siendo, por ejemplo, más susceptibles a parásitos intracelulares (Pejčić-Karapetrovic et al., 2007) (Mendz et al., 2013) (Sapenfield et al., 2013). La respuesta inmunológica de la placenta y su tropismo para virus y otros patógenos específicos

favorecen esta susceptibilidad a ciertas enfermedades infecciosas que, además, tienden a presentarse en forma de cuadros de mayor gravedad (Mor y Cárdenas, 2010).

Vista por tanto la especial consideración de las mujeres embarazadas como grupo poblacional de riesgo para determinados riesgos microbiológicos y con el objetivo de proporcionar una información rigurosa y completa, dirigida tanto a los profesionales sanitarios como a las mujeres embarazadas, y con el fin de realizar, en última instancia, actividades de gestión y comunicación del riesgo, se ha solicitado al Comité Científico por parte de la Dirección Ejecutiva de la AECOSAN que dé respuesta a las siguientes cuestiones:

- Para los casos concretos de listeria monocytogenes y toxoplasma gondii:
 - Principales alimentos que pueden vehicular estos microorganismos.
 - Otras vías de infección.
 - Medidas preventivas que se pueden tomar, con especial referencia a los alimentos a evitar y las condiciones de manipulación y preparación de los mismos.
 - Efectos sobre las mujeres gestantes y/o los fetos.
- Otros patógenos relevantes que deban ser incluidos en campañas de comunicación del riesgo.

El artículo completo puede descargarse en la web de AECOSAN:

http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/evaluacion_riesgo_s/comite_cientifico/MICROBIOLOGICOS_GESTANTES.pdf

La Asociación Española de Matronas (AEM) ha puesto un especial énfasis en el valor de la educación nutricional como agente determinante en la Seguridad Alimentaria, la Nutrición Comunitaria y las intervenciones en materia de salud. Desde el convencimiento de que la capacidad de la educación nutricional mejora el comportamiento dietético y el estado nutricional, y a la vez es generadora de efectos beneficiosos sobre los hábitos de los progenitores que por extensión influyen en la salud de los hijos, ha realizado numerosas intervenciones en este sentido, la última de ellas, las I Jornadas de Divulgación Científica Multidisciplinar bajo el título "Cuestiones controvertidas en torno a la alimentación durante el embarazo y la lactancia".

En esta ocasión, por la importancia del trabajo destinado expresamente a la atención a las gestantes y respondiendo a la petición formulada a la AEM desde la Subdirección General de Promoción de la Seguridad Alimentaria, hemos incluido en el presente número de la Revista "Matronas Hoy" este resumen del Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) en relación con los riesgos microbiológicos asociados al consumo de determinados alimentos por mujeres embarazadas.

ENTREVISTA a las matronas del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

La historia de este hospital militar se remonta a 1890, cuando se trataba de un establecimiento destinado al uso exclusivamente del ejército y otras fuerzas, pasando diversas modificaciones arquitectónicas y organizativas.

Hasta 1973 el hospital estaba compuesto por varios pabellones dedicados a distintas especialidades médicas, y otros a gestión.

En 1979 concluyen las obras de hospital con una imponente torre central de 22 plantas en superficie y otros bloques anexos, entre los que se encuentra el edificio de ocho plantas que es el dedicado a obstetricia y ginecología. Desde 2008, mediante convenios posteriores con la Comunidad Autónoma de Madrid, las puertas del hospital militar se abren para la atención de la población civil del barrio de Carabanchel.

En el bloque de maternidad se utilizan tres plantas destinadas a consultas, bloque obstétrico y hospitalización.

El Área de Ginecología y Obstetricia está integrada por un coronel jefe del servicio y 13 ginecólogos (algunos de ellos militares de carrera), 15 matronas, cinco auxiliares y una enfermera (todos personal civil), además del *staff* de consultas y de planta de hospitalización.

La zona obstétrica dispone de seis salas de dilatación/parto equipadas con camas convertibles, dos paritorios y dos quirófanos, dos salas de urgencias, un aula y una sala de reuniones.

Matrona 1

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

Respuesta. En el Hospital Central de la Defensa las matronas se distribuyen en el área de urgencias obstétrico-ginecológicas, área de dilatación/partos y hospital de día.

Durante las últimas semanas de gestación, las matronas atendemos los RCG de protocolo en la vigilancia de embarazos prolongados.

Además, las matronas realizamos en el tercer trimestre una sesión informativa con visita guiada al área maternal para informar a las gestantes/parejas de los protocolos de asistencia al parto y la realización de un plan de parto si lo desea, todo ello siguiendo la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). En la sesión informativa participan también un anesestesiólogo y un pediatra.

En la urgencia es responsabilidad de la matrona, en colaboración con el médico de guardia, la atención de las gestantes a término con gestación de curso normal.

En el área de partos las matronas son las responsables de la atención de la dilatación, expulsivo y el puerperio inmediato.



Plantilla fija de matronas del Hospital Gómez Ulla

Matrona 3

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

R. Trabajamos con soporte físico sobre el partograma y también con el sistema informatizado *Trace view*. En el hospital todo está conectado mediante el programa BALMIS.

Matrona 4

P. En relación a la lactancia materna (LM), ¿se realiza algún programa específico de apoyo a las mujeres durante su estancia en el hospital?

R. Desde hace dos años se constituye la Comisión de Lactancia bajo la presidencia de una matrona, existe un ambiente de mucha motivación entre todo el equipo para el fomento y apoyo de la LM. Hace tres años que se implantó también en paritorio el protocolo contacto piel/piel precoz en los partos.

Matrona 5

P. Si hablamos de modelo o política asistencial, ¿en qué forma ha cambiado 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 modelo asistencial del hospital responde a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y al compromiso de la Carta de Madrid. Es una atención personalizada y, en general, no se realizan prácticas de dudosa eficacia ni medicalización innecesaria.

Matrona 6

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

R. Casi el 90% de nuestras usuarias son de nacionalidad extranjera procedentes de países del Este, África, América Latina y China.

Matrona 1

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

R. Nuestra relación con la Dirección de Enfermería actual es muy cordial, pero no siempre ha sido así. Hemos pasado unos años bastante incómodas con el trato recibido.

Matrona 2

P. En relación con las incidencias de la plantilla (bajas,

permisos, etc.), ¿cuál es la política de cobertura que se puede aplicar?

R. En los dos últimos años hemos podido contar con la cobertura necesaria por bajas a través de contratos temporales que cubren la duración de la incidencia, pero las jubilaciones no han sido cubiertas.

Matrona 3

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

R. La plantilla actual está compuesta por 10 matronas estatutarias fijas, una laboral fija y cuatro contratadas.

Matrona 4

P. La Asociación Española de Matronas promueve la retribución 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 debería estar a cargo de las matronas. ¿Existe alguna iniciativa para hacer realidad dichas retribuciones a corto, medio y largo plazo?

R. En la actualidad no hay plantilla suficiente para abordar un plan de estas características, pero en cuanto sea posible buscaremos la manera de hacerlo porque forma parte de nuestros objetivos. No obstante, aunque no estamos en la planta de hospitalización, nuestras visitas a las puérperas son habituales y la colaboración en la urgencia ginecológica es continua.



Matronas contratadas del Hospital Gómez Ulla

Salud bucal durante el embarazo



¹ Ainhoa Liaño

¹ Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona)

² Xavier Calvo

² Medical Advisor de *Dentaid*

El embarazo es un momento único en la vida de una mujer y se caracteriza por cambios fisiológicos complejos, que afectan también a la salud bucodental. En este periodo, las mujeres están muy receptivas a los consejos de los profesionales, por lo que es un buen momento para informarles sobre la prevención de las enfermedades bucodentales que pueden cursar durante el embarazo y valorar su prevención para evitar posibles complicaciones, recomendando a sus pacientes visitar al odontólogo antes y durante la gestación (1).

Principales cambios y enfermedades bucales en el embarazo

A lo largo del embarazo acontecen los principales cambios hormonales y fisiológicos en la vida de la mujer, que repercuten directa o indirectamente sobre la cavidad bucal (2).

Las enfermedades o manifestaciones bucales más comunes en el embarazo son: **gingivitis**, inflamación de la encía que rodea los dientes por la acumulación de la placa dental, la más común en el embarazo, con una prevalencia del 60-75% (3); **periodontitis**, inflamación destructiva del periodonto que afecta a cerca del 25% de las mujeres en edad fértil (4); **caries**, por una mala higiene bucal, un aumento de la acidez en la cavidad oral, el "antojo" de ciertas comidas, etc. (5); **movilidad de los dientes**, debido al aumento de los niveles de progesterona y estrógenos que afectan al periodonto (3); y **erosión del esmalte** de los dientes y sensibilidad dental debido a las náuseas y vómitos característicos del primer trimestre de la gestación (6).

El incremento de los niveles hormonales produce también una dilatación de los capilares gingivales, un aumento de la permeabilidad vascular y exudación gingival, que junto a cambios en la microbiota oral, por sobrecrecimiento de determinadas bacterias orales, pueden incrementar la enfermedad periodontal preexistente. Esta patología en estudios recientes se ha visto relacionada con alteraciones en el embarazo como bajo peso al nacer y parto prematuro (7).

Recomendaciones

Por ello, resulta fundamental informar a la mujer embarazada de los cambios bucales más comunes y cómo prevenirlos (8), así como de las visitas al odontólogo que debería hacer (9) antes y durante el embarazo. En casa es fundamental realizar una correcta eliminación del biofilm dental, cepillándose los dientes dos veces al día o después de cada comida con un cepillo de filamentos suaves y perfil recto que respete las encías. Es recomendable el uso de una pasta dentífrica y colutorio específicos con antisépticos como el cloruro de cetilpiridinio, seguro y eficaz durante el embarazo (10,11), para prevenir y ayudar a tratar la gingivitis. Prestar una adecuada atención a la higiene bucodental y a la prevención de las enfermedades bucales en una etapa tan importante de la vida de la mujer como es el embarazo ayudará a evitar posibles riesgos para la madre y el bebé (12).

Bibliografía

- Kumar J, Samelson R (eds). Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines. New York: New York State Department of Health; 2006.
- Amar S, Chung KM. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontol* 2000 1994; 6:79-87.
- Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008; 77: 1139-44. [En línea] [fecha de acceso: 26 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2008/0415/p1139.html>
- Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE 2006; 11(4):409-456.
- Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J Calif Dent Assoc* 2003; 31:135-138.
- American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. Women's oral health issues. Chicago: American Dental Association; 2006.
- Madianos PN, Bobetsis YA, Offenbacher S. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. *J Clin Periodontol* 2013; 40(Suppl. 14):S170-S180.
- Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP). Embarazo y salud bucodental. [En línea] [fecha de acceso: 26 de noviembre de 2014]. URL disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/embarazo_y_salud_bucodental
- Bretón Márquez V. Voy a ser mamá. ¿Cómo cuida mi boca? [En línea] [fecha de acceso: 26 de noviembre de 2014]. URL disponible en: <http://healthcommunity.com.mx/salud/odontologia5.html>
- Oral health care drug products for over-the-counter human use. Antigingivitis/antiplaque drug products; establishment of a monograph proposed rules. Federal register 2003; 68:32231-87.
- Jeffcoat M, Parry S, Gerlach RW, et al. Use of alcohol-free antimicrobial mouth rinse is associated with decreased incidence of preterm birth in a high-risk population. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:382.e1-6.
- Panadés L, Calvo X. La importancia de un buen consejo en salud bucodental durante el embarazo. *Salud bucal y embarazo. Matronas Prof* 2014; 15(3):73-74.

CUIDAR
SUS ENCÍAS,
ES CUIDAR
A SU BEBÉ



¿Eres matrona?

Consigue muestras gratuitas
para tus pacientes entrando
en www.vitis.es



encías

Previene y ayuda a tratar
la inflamación y el sangrado
de encías por gingivitis



DENTAID

Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com

www.vitis.es

Dos matronas, nuevas doctoras

Desde la redacción de esta revista, nos complace felicitar a estas dos colegas que han conseguido finalizar el ingente trabajo de investigación y estudio que culminó en la lectura de sus respectivas tesis doctorales. Han llegado al final del camino cansadas por un esfuerzo sobreañadido a su labor cotidiana, robando muchas horas al descanso y al sueño, en medio de un mar de dudas y temores, empleando dosis inconmensurables de dedicación, tesón.

Pero hoy, ya disfrutando del merecido descanso, pueden sentirse felices y orgullosas de haber logrado el reto que se propusieron tiempo atrás, aunque haya quienes desdeñen la idea de plantearse este sacrificio e incluso se cuestionen la necesidad y la utilidad de esta formación alegando que no siempre, o pocas veces, se traduce en aportaciones para la asistencia clínica, otros tenemos la certeza de que este esfuerzo no es en vano. Más allá de la lícita satisfacción personal, de la propia adquisición de conocimientos, estas investigaciones son una contribución al corpus del conoci-

miento. Por otra parte, no se puede olvidar que la consecución de la tutela de las Unidades Docentes por matronas, es un logro que no se debe estar dispuestas/os a perder y es necesario que las matronas se doctoren para garantizar su continuidad en la docencia de las Escuelas Universitarias de Enfermería, evitando que estas plazas puedan ser ocupadas por titulados en otras disciplinas.

Por último, el colectivo debería contar a corto y medio plazo con doctoras/es suficientes, requisito en el perfil del profesorado, que garantice un cuerpo docente propio en el ámbito universitario si en un futuro la obtención del título de matrona se modifica en otra carrera distinta.

¡Enhorabuena a ambas!

María José Alemany Anchel. Matrona. Licenciada en Geografía e Historia (Especialista en Hª Contemporánea). Profesora titular de la E.U. "La Fe" en Salud de la Mujer, de la Sexualidad y Reproducción y Sociología de



María José Alemany Anchel

Agenda – Dos matronas, nuevas doctoras

Género y Salud, ha presentado en la Universidad de Valencia, el pasado mes de junio, su tesis para optar al Grado de Doctora en Historia por el Institut Universitari d'Estudis de la Dona: "Matronas y Cambio social de Mujeres y Partos en la segunda mitad del siglo XX".

Esta investigación profundiza en el análisis de los cambios producidos en la asistencia al parto en la segunda mitad del siglo XX en España, como consecuencia de las transformaciones políticas, culturales, económicas y sociales. (Tesis completa, disponible en red).

María Sanz Falcón. Matrona de Atención Primaria (Madrid), ha presentado en la Universidad de Rey Juan Carlos el pasado mes de octubre la tesis para optar al Grado de Doctora en Ciencias de la Salud (Enfermería), titulada "Dolor de la cintura pélvica de la embarazada como predictor de la depresión postparto".

La más importante de las conclusiones de este trabajo ha sido encontrar una relación entre el dolor la cintura pélvica y la depresión postparto a través de la discapacidad producida por el dolor. En esta tesis, y al hilo de los hallazgos realizados, se describen una serie de tests y estrategias a modo de recomendación a seguir para la prevención del dolor lumbopélvico en la mujer embarazada, de la discapacidad y de la depresión postparto.



María Sanz Falcón

Campana "Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe SIN". Jornada de puertas abiertas en el Hospital General de Alicante



En 2011 fue publicado el artículo "Efecto de la cerveza sin alcohol sobre la leche materna", elaborado por investigadores de Hospital Universitario Doctor Peset, Departamento de Salud 10 y el Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología de la Universitat de València con el apoyo de la Fundación para la Investigación del Hospital Universitario Doctor Peset y el Centro de Información Cerveza y Salud, entidad esta última de carácter científico promovida por la asociación Cerveceros de España, que fomenta la investigación sobre las propiedades nutricionales de la cerveza y su relación con la salud.

El documento completo está disponible en: http://www.cervezaysalud.es/inv_biblioteca.php

Las conclusiones de este artículo son:

- Se ha observado un descenso progresivo de la actividad antioxidante de la leche humana, comparando la muestra basal con la tomada a los 15 y a los 30 días, siendo dicho descenso menor en las madres con una dieta suplementada con cerveza sin alcohol.
- La madre que ha seguido la dieta suplementada con cerveza sin alcohol presenta un menor daño oxidativo y un aumento en la defensa antioxidante, tanto en plasma como en orina.
- Los niveles de CGC (contenido grupos carbonilo) y MDA (malondialdehído) son inferiores en la orina de los niños cuyas madres han seguido la dieta suplementada.

En definitiva, la suplementación con cerveza sin alcohol reduce el estrés oxidativo al que está sometida la madre tras el parto, aumenta la actividad antioxidan-

te en la leche materna y, por tanto, reduce el estrés oxidativo del niño tras el nacimiento.

La Asociación Española de Matronas a raíz de esta publicación suscribió un acuerdo de colaboración con la Unión Cervecera de España que ha cristalizado en la puesta en marcha de la campaña bajo el lema: **“Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe SIN”**, avalada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Esta campaña de divulgación sanitaria tiene por objeto reforzar la información sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol durante el periodo de lactancia, así como guiar sobre pautas de alimentación saludables y equilibradas para las madres que se encuentran en este periodo.

“Su alimentación depende de ti. Durante la lactancia, bebe SIN” llegará a las matronas de toda España a través de unos trípticos informativos que se difundirán en las consultas de estas profesionales en los principales centros de Atención Primaria. En el documento se exponen los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y la importancia de cuidar la nutrición en esta etapa de la vida de la mujer.

Siguiendo las conclusiones del artículo mencionado, se puede hacer la recomendación de incluir la cerveza sin alcohol en la alimentación de la madre lactante.

Esta campaña ya ha sido presentada en Madrid, Granada, Murcia, Valladolid, Tarragona, Pamplona, Ciudad Real, La Coruña, Badajoz, etc. la última de las cuales se ha realizado en Alicante.

La presentación de esta campaña en esta ocasión tuvo lugar en el Hospital General y fue inaugurada por D. José Antonio Viudas, gerente del hospital. Consistió en una jornada de puertas abiertas, dirigida a más de un centenar de mujeres embarazadas y lactantes y matronas de Atención Primaria, en la que se ofreció una conferencia sobre hábitos de alimentación, impartida por Dña. Rosario Sánchez Garzón, representante de la Asociación Española de Matronas, matrona del Hospital Central de la Defensa de Madrid, y el profesor Jesús Román Martínez, presidente de la Fundación Alimentación Saludable y miembro de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA). Esta presentación se complementó con un taller práctico sobre nutrición y la valoración del IMC (índice de masa corporal).

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM, condecorada con la Medalla al Mérito Militar



Formación académica

Enfermera. Matrona por la Universidad de Valencia.
Master en Dirección de Hospitales.
Master en Marketing.

Experiencia profesional: más de cuarenta años en ejercicio de matrona. Actualmente en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid) compaginando tareas en la asistencia privada.

Actividad docente e investigadora

Profesora invitada en distintas universidades españolas.
Ponente en más de 50 congresos nacionales e internacionales.
Promotora de campañas de marketing para el reconocimiento del rol de las matronas.

Autora de varios libros y un importante número de artículos científicos.
Coordinadora y coautora del Código Deontológico de las Matronas Españolas.

Otros méritos

Presidenta de la AEM.
Miembro de la EMA.
Miembro de la ICM.
Primera Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Matronas y miembro del Comité redactor del Plan de Estudios actual de la Especialidad de Matrona.
Representante de la AEM en el Ministerio de Sanidad y el de Educación para los asuntos de salud de la Mujer y la Formación de las Matronas.
Fundadora de *Matronas Profesión* y *Matronas Hoy*.

Con profunda alegría, desde estas páginas informamos del galardón otorgado, a propuesta del Ministerio de Defensa, a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM.

En un acto celebrado en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid, con motivo de la celebración de la patrona de la Sanidad Militar, fue condecorada con la Cruz al Mérito Militar con distintivo blanco.

Agenda – M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM, condecorada con la Medalla al Mérito Militar

Pensar en un trabajo de matrona en un ámbito castrense, como es el trabajo en un hospital militar, es probable que cause extrañeza, pero hemos de advertir que la sanidad militar presta una atención sanitaria global a las Fuerzas Armadas y los Cuerpos de Seguridad del Estado, de ahí la inclusión de la asistencia ginecológica y obstétrica. Esta prestación primeramente destinada a las familias del personal militar y, posteriormente, a partir del último cuarto de siglo del pasado siglo XX, ha sido ampliada para las mujeres que de manera efectiva se han incorporado a las Fuerzas Armadas.

El Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, centro histórico de la sanidad militar, desde 1957 ha contado con un servicio de obstetricia que ha seguido un curso paralelo al crecimiento demográfico español, mientras que su servicio de ginecología (en el que las matronas en colaboración con los obstetras- ginecólogos del *staff*, también prestan su asistencia), ha experimentado una mayor demanda con la presencia de las mujeres en el ejército. En una y otra especialidad, desde el año 2011 la demanda se ha visto incrementada con la atención a la población incluida en el convenio de colaboración firmado entre la Comunidad de Madrid y este hospital.

Situados en el contexto en que se otorga esta distinción es hora de centrarse en la homenajeadada. Actualmente, con muchísima frecuencia se escucha que el objetivo del ser humano, cada vez más longevo, es pasar de "poner años a la vida, a poner vida a los años" algo que M^a Ángeles Rodríguez ha entendido hace mucho tiempo y por ello mismo no es sencillo resumir su trayectoria profesional, a pesar de lo cual se tiene la obligación de intentar, al menos, hacer un bosquejo de esta.

Hablar de M^a Ángeles Rodríguez Rozalén es sinónimo de distinción. En el ámbito profesional se la ha labrado con su propio trabajo, largo y fructífero y un compromiso incuestionable con la profesión y en el ámbito personal, por ese trato humano, solidario y generoso que la impulsan a vislumbrar las necesidades, carencias y posibilidades de quienes la rodean y prestarles la ayuda conveniente con afecto y discreción. Es una matrona "de a pie" que cada día se enfrenta con impecable resolución a la realidad asistencial de la atención obstétrica ginecológica, haciendo al unísono un auténtico "trabajo de campo", que le

permite en primera persona hacer un diagnóstico de las experiencias de la realidad social, de la práctica y desarrollo de la profesión, y de las expectativas sociales y profesionales.

Mujer dotada de gran talento, creatividad, iniciativa y grandes dotes de reflexión, la han convertido en una matrona polifacética, atenta al cambio continuo de los contextos y de las necesidades, por lo que ha sabido manejar como pocas/os la emergencia de nuevas competencias y aceptar el reto de mantenerse en un proceso constante de actualización de conocimientos propios y ajenos a la especialidad de Matrona, que por añadidura le ha posibilitado desarrollar también labores docentes, investigadoras y de gestión dentro y fuera de la institución que hoy la premia.

El Dr. Cruz Hermida, obstetra y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina, en su libro *Las Matronas en la Historia: (desde la mitología a nuestros días)* la definió como "*competente profesional, de rica personalidad y vocación admirable para la gestión político-corporativa en favor de sus compañeras*" y cierto es que posee un talante firme y decidido que la impone constantes y lícitos retos sin detenerse ante los obstáculos ni dolerse del cansancio del esfuerzo. Su labor como impulsora del asociacionismo de matronas es incuestionable y quedarán para la historia las múltiples aportaciones y acciones que ha hecho para el bienestar de la mujer y la cualificación y consideración de las matronas en estos más de 30 años al frente de la Asociación Española de Matronas.

La proverbial honestidad, coherencia y lealtad con que se desenvuelve en la vida es un "traje", que encima de tantas otras cualidades y méritos reconocidos en el ámbito profesional, la invisten como matrona principal en el panorama profesional de nuestro tiempo.

Con este importante galardón del que hoy se da cuenta, se ha hecho una puesta en valor no solo de una competencia laboral y un compromiso con la institución, sino de toda una trayectoria profesional y humana: un ejemplo vivo de una persona que dedica su vida a servir a las mujeres y a las matronas, una matrona, que merece todo el respeto y el reconocimiento de la profesión de España.

Desde la redacción de esta revista, recibe nuestra más cordial y sincera felicitación por este merecido reconocimiento.

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA

ONLINE



Calidad

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



Método

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



Flexibilidad

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



Garantía

Más de 25.000 exalumnos 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