matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 3 Nº 1 AÑO 2015

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161

SUMARIO

- Editorial
- Implantación de la consulta joven en un instituto
- Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el consorcio Hospital General de Valencia (año 2013)
- ¿Cómo valoran las mujeres ceutíes su calidad de vida en el periodo de climaterio?
- Obesidad en la edad reproductiva y embarazo
- La Carta de Madrid

Aquí y ahora:

Entrevista a las matronas del Hospital de Laredo. Cantabria

Agenda

Día Internacional de la Matrona

IHAN Congreso de lactancia

Premio "Enfermería en Desarrollo" a Esther Martín Jiménez, matrona del C.S. Juan de la Cierva de Getafe

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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161

matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Mª Plata Quintanilla

Comité editorial

- Mª 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

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por DAE

Sumario • *Summary*

Vol. 3 - nº 1 abril-agosto 2015

Editorial

5

Originales

Implantación de la consulta joven en un instituto 7
María Paz Alarcón Diana, Julia Justa Puyol Lacueva

Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013) 15
Francisca Rodríguez Martínez, Ana Juliá Gisbert, ª Ángeles Celda Moret, Muñoz Izquierdo, Ana Martínez Molina

¿Cómo valoran las mujeres ceutíes su calidad de vida en el periodo de climaterio? 22
Rocío Pérez Melero, Ana Isabel Cantizano Díaz, Mª Oliva Jiménez González, Elisabet Collell i Pons, María Nieves Diego Caballer, Marín Godoy Manuela

Revisiones

Obesidad en la edad reproductiva y embarazo. Revisión de la bibliografía 32
Laura Isabel Gramage Córdoba, Adalberto Asins Cubells, Salomé Álvarez Rodríguez, Mª José Alonso Bellido

La Carta de Madrid

40

Aquí y Ahora

Entrevista a la supervisora y matronas del Hospital de Laredo 44

Agenda

Día Internacional de la Matrona (DIM, 2015) 47

La Asociacion Española de Matronas continúa apoyando la lactancia materna 51

Una matrona premiada. Premio Enfermería en Desarrollo, a Esther Martín Jiménez, matrona en el Centro de Salud Juan de la Cierva 55

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 beneficiate de **grandes descuentos** EN NUEVOS LIBROS

Disponible en el App Store

DISPONIBLE EN Google play

Empieza a disfrutar ya de las ventajas de pertenecer a la

Comunidad metas

Editorial

Esas cuestiones del destino caprichoso, más que la sacudida mediática de estos últimos días, me han puesto en la pista para escribir este editorial para encabezar este número de la revista *Matronas Hoy*.

Problemas en la profesión hay muchos, pero en los últimos tiempos, tiempos revueltos, es momento propicio para "tirar del sedal y enganchar algo en el anzuelo" porque como dice refrán "a río revuelto ganancia de pescadores". Hablo del intrusismo, bastante insidioso por denominarlo de alguna manera, ejercido principalmente por un colectivo al que no nombro para no hacerle más publicidad gratuita, ni darle más estatus que el que se arrogan desde la falta a la verdad y actitud desdeñosa con el trabajo de los asistentes obstétricos.

Sin embargo, esto, en nuestra profesión sanitaria y en nuestro ejercicio profesional como matronas, no es nuevo; repasando unos documentos sobre regulación profesional me topé con la Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprobaban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas y hoy, leída completa y con detenimiento, encontré algo que ha sido el detonante para dedicarle este espacio al asunto en cuestión.

La citada ley hace mención expresa no solo a la punibilidad de las acciones de intrusismo y consecuentemente de las/os osadas/os instrusistas: *"la persecución de quienes actúen sin título legal, como de aquellas otras personas que, con serio peligro para la salud pública, explotan las prácticas del curanderismo"* o, lo que trasladado al momento presente puede ser la intervención en el control, cuidado y atención del embarazo, parto y puerperio por personas no cualificadas para tal asistencia sanitaria.

Esta orden a la que aludo va más allá del hecho mencionado porque ataca directamente a los profesionales que colaboran en el delito, advirtiendo textualmente: *"... cuando en caso de instrusismo se pudiera sospechar la intervención de un profesor* (se refiere a los médicos) *como protector de la misma"*, y refiriéndose a las matronas especifica: *"a aquellas que de un modo evidente amparen o protejan a quienes practiquen el intrusismo"*. A renglón seguido explica las acciones legales a ejercer contra cualquiera de los "colaboradores necesarios" y la obligación del resto del colectivo de denunciar tales prácticas.

También en el siglo XXI el código penal tipifica el intrusismo como delito y el código deontológico igualmente lo condena. Sin embargo, en esta actividad que hoy denuncio hay una puesta en escena bien estudiada, cada vez más cuidadosa, por cierto, o lo que el refranero expresa como "pescar en agua turbia" en alusión a hacer su propio negocio aprovechándose de un desorden promovido para tal fin. Este colectivo ha creado una necesidad cuanto menos cuestionable, salvo para el propio colectivo y adláteres que son los que se lucran, ¿o es que pueden convencer a todo el mundo de que parejas, madres, etc., de hoy en día no son capaces ni suficientes para acompañar y consolar a las parturientas en un acto tan fisiológico como repetido a lo largo de la existencia de la humanidad?

Este colectivo ha elaborado una campaña de descrédito y menosprecio (demonización) hacia unos profesionales legalmente competentes para la asistencia obstétrica y la calidad de la asistencia al parto y nacimiento en España. Han manipulado de forma interesada la información científica creando un discurso aparentemente bien cohesionado y presentado a los ojos de los profanos como una "realidad" que nada tiene de real, sino que es producto de su producción mediática, y es que ni tantos estudios científicos, ni científicos estudiosos, como alegan, han centrado su atención profesional en este pequeño colectivo mínimamente conocido en las partes del planeta en las que existen.

¡Que no engañen más! Su actuación no es un acto altruista en pro de la salud materno-fetal, sino una compañía mercenaria (negocio) en tiempo de crisis, familiar, moral, espiritual (nicho de mercado). ¡Fíjense qué variopinta es la oferta y cómo están las cosas en esta sociedad que hasta se han abierto consultas que previo pago ofrecen abrazos incluso acompañados de palabras salidas de la boca y no del corazón!

A algunos al menos nos cuesta creer que el abrazo de "pago" tenga todo el poder sanador o, incluso peor, pensar que haya tanto desgraciado que no encuentre en el entorno próximo el abrazo sincero que, como dice la canción, *"vale más que un boleto de ida a las puertas del cielo"*.

Probablemente su marketing, como el de tantos otros demagogos actuales de otros asuntos y en otros terrenos, se asienta en el principio de "que una mentira mil veces repetida se transforma en una verdad", y esto es un mito, igual que el de que solo el 10% del cerebro humano es el que utilizamos. Este último mito durante décadas sirvió a algunos para llenarse los bolsillos haciendo libros y cursos de entrenamiento carísimos para aprender a movilizar el otro 90% del cerebro, cuya única misión —decían estos avezados gurús— era ocupar espacio si no se entrenaba bajo su método.

No me resisto a pensar que todas las matronas tengamos el 90% del cerebro en reposo y no seamos capaces de valorar lo que este intrusismo en nuestras competencias puede suponer para mujeres-niños-familias y la propia profesión. No me resisto a pensar que sectores del colectivo permanezcan

impasibles y permitan que intereses personales meramente crematísticos sean los que prevalezcan por encima de la ética profesional a la que todos estamos obligados, y el sentido común que debiera acompañarnos. No me resisto a pensar que la permisividad de algunas/es matronas/es, y una absoluta falta de responsabilidad adquirida, permita que algunos profesionales (médicos y matronas/es) amparen, justifiquen y protejan esta invasión de un terreno asistencial lícitamente ganado y honrosamente atendido por una generalidad de matronas desde que el mundo es mundo.

No es una broma, esto no es el juego de "Hundir la flota", aunque "tocado a tocado" se puede acabar hundiendo la flota.

Matronas, defendamos con orgullo, honor y trabajo de calidad todas y cada una de nuestras competencias, porque ya está visto que en este y otros tantos casos de intrusismo (algunos propiciados por la falta de interés de las matronas en determinados desempeños de algunas de sus competencias, todo hay que decirlo) siempre hay quien espera la oportunidad, el resquicio para "colocarse, instalarse y ganar cartas de soberanía".

Rosa Mª Plata Quintanilla

Directora de Matronas Hoy

[1] María Paz Alarcón Diana
[2] Julia Justa Puyol Lacueva

Implantación de la consulta joven en un instituto

[1] *Matrona en Dirección Asistencial Sureste (DASE) CS Arganda-Felicidad SERMAS (Madrid). Especialista en Terapia Sexual, Pareja y Género y monitora en Educación Sexual y Género por la Fundación SEXPOL.*

E-mail: pazalarcon@gmail.com

[2] *Matrona en DASE CS Villarejo de Salvanés SERMAS (Madrid).*

Resumen

Objetivo: actualmente el trabajo de la matrona se extiende más allá del hospital y las consultas de los centros de salud. La creación de una consulta joven en un centro educativo es muestra de ello.

El objetivo es potenciar la educación sanitaria, la prevención y la promoción de la salud del adolescente. Para ello se crea este espacio en el propio centro educativo donde pueden ser escuchados y orientados los alumnos acerca de temas de sexualidad, alimentación y adicciones, entre otros.

Método: estudio observacional, descriptivo y transversal. Se ha efectuado la recogida de datos acerca de la actividad de la consulta joven del IES Villarejo de Salvanés (Madrid), a través del registro de elaboración propia al efecto desde el curso escolar 2010-2011 al actual (2014).

Resultados y conclusiones: esclarecen que la demanda de los jóvenes va en aumento y consecuentemente se puede afirmar que es una necesidad que existe y que en muchas localidades de la periferia, en que los centros de planificación familiar están poco accesibles a esta población, no está cubierta.

Palabras clave: consulta joven, educación sexual, anticoncepción, adolescentes.

Abstract

Implementing a youngster advice service in a high school

Introduction: *midwives work is currently performed beyond hospitals and outpatient clinics. This can be illustrated by the implementation of a youngster advice service in a high school.*

Purpose: *to enhance health education, prevention, and health promotion in adolescents. A dedicated room was set up in the high school to listen to youngster and give them advice on sexuality, diet, and addiction matters, among others.*

Methods: *an observational, cross-sectional, descriptive study. Data on the performance of the youngster advice service in IES Villarejo de Salvanés (Madrid) were collected, through a specifically designed registry from school year 2010-2011 to the current year (2014).*

Results and conclusions: *findings make clear that an increasing demand exists among young people; thus, this is an existing unmet need in many peripheral places where family planning centers are not easily available to this population.*

Key words: *youngster advice service, sexual education, contraception, adolescents.*

Introducción

Para trabajar en temas de educación afectivo-sexual con alumnos de 3º de la ESO del IES Villarejo de Salvanés (Madrid), de edades comprendidas entre 13 a 18, se realizaron unos talleres de cuatro sesiones junto a la educadora social (perteneciente a la Fundación Atenea). La Fundación Atenea (fundación con estatus consultivo especial ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas) es una entidad generalista con vocación internacional, cuya misión es garantizar los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas en situación o riesgo de grave exclusión, prevenir los factores que la causan e impulsar la transformación social y económica a través de la innovación, la intervención, la formación y la investigación social.

Tras estos talleres se valoró la necesidad de actuar de forma más continuada en el tiempo, no solo con los alumnos que habían recibido el taller (Imagen 1), sino con todos los alumnos del instituto, a través de la instauración de una consulta joven en el propio centro educativo.

Imagen 1. Taller afectivo-sexual en el IES Villarejo de Salvanés

El porqué del proyecto

Se estimó importante seguir trabajando estos temas con los alumnos, puesto que en todos los acuerdos nacionales e internacionales se identifica a los/las adolescentes como grupo de población diana para el desarrollo de la educación sexual y la reducción de embarazos no deseados[1]. Además, las estadísticas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) continúan indicando que los adolescentes desconocen los métodos anticonceptivos, no los usan o los usan mal, existe desinformación acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y, por tanto, no se protegen de ellas, hay una disminución de la edad media de inicio de las relaciones coitales, muchos adolescentes carecen de las habilidades para resistir la presión de grupo y otros no se valoran lo suficiente[2-8].

La población joven, sobre todo en la zona rural, se encuentra con dificultades para acceder a los servicios sanitarios, entre otros motivos por restricciones horarias de acceso a los servicios (horarios incompatibles con la escuela y distancias en el ámbito rural), el miedo a la no privacidad, por las dificultades de comunicación y la falta de adecuación de la información, la falta de reconocimiento de los derechos sexuales de la población joven, la inhibición de los profesionales para tratar estos temas con este grupo de población, etc.[9]

Es difícil negar que existe una sexualidad adolescente, al igual que otra serie de problemáticas añadidas (experimentación con sustancias tóxicas, conductas de riesgo, etc.), que existe diversidad sexual y que las diferentes conductas y manifestaciones están influidas por pautas socioculturales.

La sexualidad joven, y la adolescencia en general, es una auténtica especialidad experimental, donde se adquieren los hábitos y conductas que permanecen a lo largo de la vida. Por esta razón es trascendental intervenir en estas edades para poder desechar aquellas actitudes que, como fórmula para obviar problemas, favorecen la ignorancia y la desinformación[10].

Esta es la ideología que persigue el recurso de la consulta joven del IES Villarejo de Salvanés, en el que además están presentes los objetivos de fomentar una vivencia positiva de la adolescencia y el desarrollo de actitudes responsables, favorecer conductas preventivas frente a posibles riesgos desde el punto de vista sanitario y social, facilitar el acceso a los jóvenes a servicios de información, asesoramiento y orientación en materia de salud sexual, a la vez que servir también como referente informativo capaz de solventar a los jóvenes las dudas que se planteen al respecto y responder a cualquier tipo de consultas en materia de salud (hábitos saludables, consumos de sustancias tóxicas, alimentación, etc.), relaciones interpersonales (familia, amigos, pareja) y, en general, cualquier tipo de cuestión que incida directamente en la población joven.

Sin embargo, también hay que resaltar que no solo la salud es un valor a cultivar, sino que en el mismo orden se encuentra la personalidad adolescente como dimensión humana que necesariamente, por la importancia que tiene en la vida del individuo en particular y de la sociedad en general, hay que educar, formar y desarrollar.

Por todas estas razones mencionadas, se objetiva la necesidad de la creación de un recurso, a modo de consulta para jóvenes ubicado en el IES Villarejo de Salvanés, que sirva como instrumento de información, orientación y prevención de riesgos; recurso que si no se presenta de esta manera, no existe al alcance de los/las jóvenes que viven en los municipios de la zona rural.

Datos de población joven del IES Villarejo de Salvanés

En el centro educativo cursan estudios 643 alumnos de edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los municipios de procedencia de los estudiantes son muy dispersos: Tielmes, Valdaracete, Villamanrique, Brea de Tajo, Fuentidueña, Estremera y Carabaña. Alguno de ellos está fuera de la Zona Básica a los que están adscritos los servicios de la matrona de Villarejo.

Es fácil inferir que estos jóvenes en estos grupos de edades no acuden al centro de salud para tratar temas de sexualidad-afectividad, adicciones, etc. Normalmente cuando acuden a este es por revisión de su salud o por consulta de enfermedad (pediatra o enfermero) y la gran mayoría de las veces acompañado de alguno de sus progenitores. No es el momento más adecuado para preguntar a los profesionales sus dudas acerca de su sexualidad. Es más, muchos de ellos desconocen la figura de la matrona y en qué puede ayudarles.

La dispersión geográfica es uno de los *handicaps* más importantes, que hacen muy difícil la accesibilidad de los recursos a estos jóvenes (medio de transporte, coste de ello, estudian en otro municipio distinto de donde viven, etc.).

Evolución de la consulta joven

En enero de 2010 se cierra el Centro Joven de Salud del Área 1 (proyecto piloto fruto de un convenio de la Comunidad de Madrid con el Ayuntamiento de Rivas) que daba cobertura a estos municipios rurales además de otros distritos.

Resultó importante poder seguir con esta labor dando más accesibilidad a los jóvenes a los recursos sanitarios, y así se comenzó en 2010 con una periodicidad quincenal la consulta, alternando la presencia de la matrona y la educadora social. Se realizaba una captación activa aula por aula (Imagen 2), donde la matrona y la educadora social se presentaban a la clase e indicaban qué podían consultar, dónde y el horario (en el 1er recreo) y a través de carteles. Se hacía hincapié que las consultas eran anónimas (ni profesores, padres, ni alumnos conocerían quién iba a consultar). Para ello se tuvo que ubicar la consulta en un ala del edificio más alejada de las zonas escolares más transitadas (Imagen 3 y 4). El resultado fue poco alentador al comienzo del proyecto: había días en los que no se acercaba nadie a consultar.

Imagen 2. Matrona realizando captación activa en las clases

Imagen 3. Entrada de la consulta joven del IES Villarejo de Salvanés

Imagen 4. Julia Puyol, matrona, en la consulta joven

El número de consultas aumentó en el curso 2013-2014 cuando se instaura la consulta con periodicidad semanal e interviniendo tanto la educadora como matrona de forma

simultánea, lo que hace pensar que es necesario que el recurso se implante con más frecuencia (semanalmente) y que con el paso del tiempo, la consulta en el centro se ha aceptado como una actividad/servicio más del instituto, es decir, la presencia allí se ha "normalizado" entre los alumnos. Periódicamente se insiste a los tutores/profesores para que hagan en las aulas un recordatorio de la disponibilidad y utilidad del recurso.

Objetivos

- Potenciar la educación sanitaria, la prevención y la promoción de la salud del adolescente.
- Crear un espacio de referencia, para los jóvenes del IES Villarejo de Salvanés, donde poder acudir para ser escuchados, orientados e informados (sexualidad, adicciones, alimentación, recursos, etc.).
- Fomentar la expresión verbal de sentimientos acerca de cómo viven su sexualidad.
- Favorecer el desarrollo de capacidades para la prevención de riesgos de manera autónoma y responsable, de forma que puedan disfrutar de una sexualidad desinhibida, afectuosa y lúdica.
- Desarrollar actitudes responsables y habilidades sociales y personales.
- Fomentar vivencias positivas, tanto en lo relacionado a la sexualidad adolescente, como a la utilización del tiempo libre, etc.
- Enseñar una correcta utilización de los recursos, a todos los niveles, al igual que de los métodos anticonceptivos existentes.

Método

Se trata de la descripción de una experiencia piloto acompañada de un análisis descriptivo transversal de la actividad de la consulta, realizada entre los cursos escolares del 2010-2011 al 2013-2014 en el IES Villarejo de Salvanés.

La población diana son los jóvenes (13 a 18 años) que cursan sus estudios en el IES Villarejo de Salvanés.

La descripción de los datos cualitativos fue procesada en forma de porcentajes.

Resultados

Gracias al registro de datos de elaboración propia, diseñado ex profeso para la actividad, se puede acceder a los datos consignados, tales como el motivo de consulta, edad y sexo del alumno, y analizar mediante su explotación la actividad de la consulta desde sus comienzos: se realizaron 33 consultas en el curso 2010-2011, 15 consultas en el curso 2011-2012, 34 consultas en el curso 2012-2013 y 238 en el curso 2013-2014. A tal efecto pueden observarse las tablas de frecuencia y porcentaje (Gráficos 1-13).

La frecuencia de la consulta comenzó a mejorar en el curso 2013-2014 cuando se implantó semanalmente. La distribución por sexos indica que las mujeres consultan más que los varones. Los motivos de consulta de los jóvenes se pueden englobar en dificultades con la pareja, dudas de prácticas sexuales, ITS, internet y chats, dudas en la primera vez, dependencia del consumo de tóxicos, información del ciclo menstrual, conflictos entre compañeros, falta de habilidades sociales, trastornos de alimentación, agresiones/amenazas, problemas de salud, siendo el más frecuente la información sobre métodos anticonceptivos.

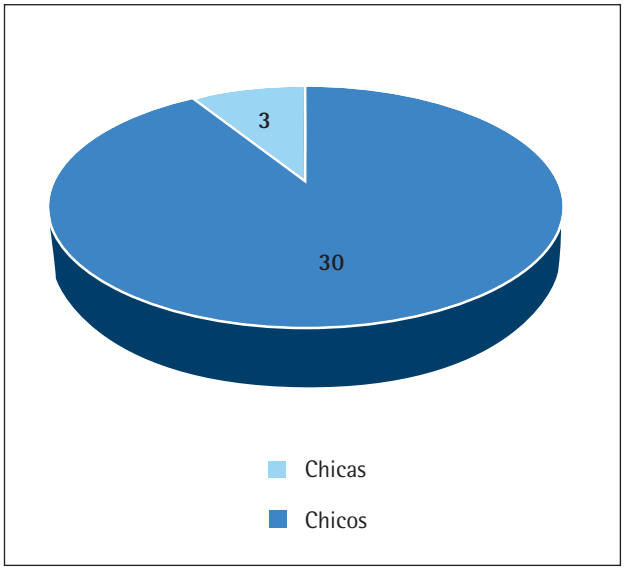


Gráfico 1. Número de visitas por sexo (curso 2010-2011)

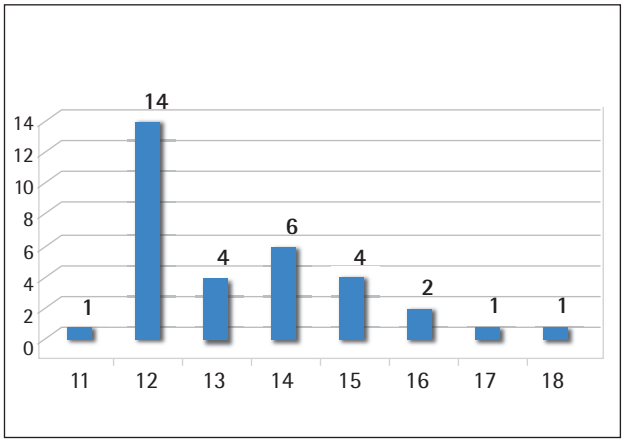


Gráfico 2. Número de visitas por edad (curso 2010-2011)

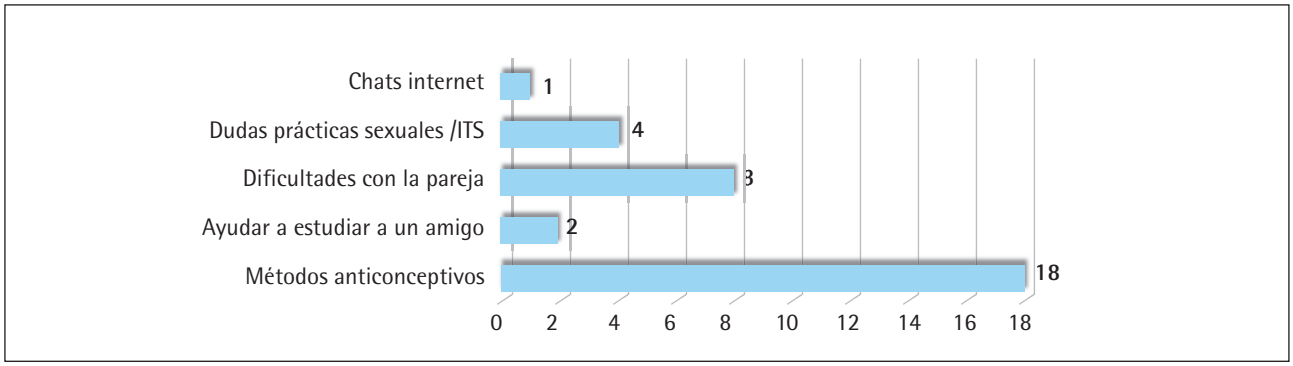


Gráfico 3. Temas consultados en 2010-2011

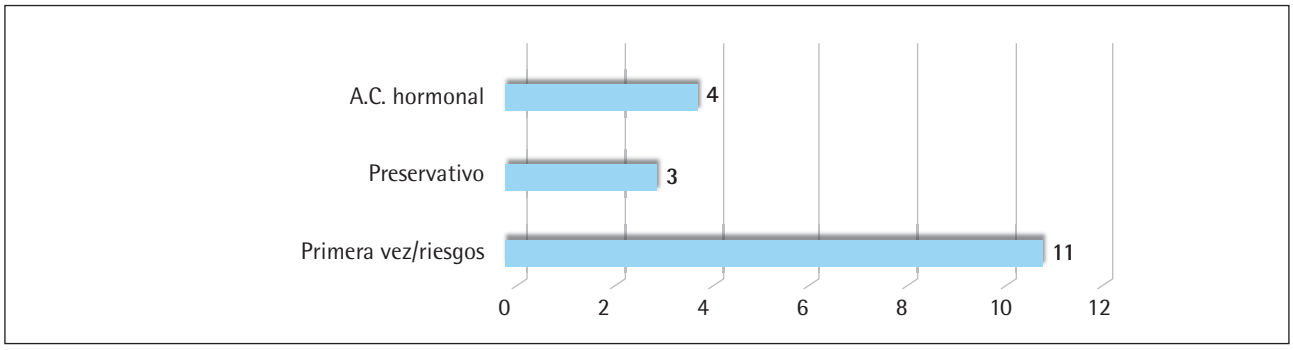


Gráfico 4. Desglose preguntas de anticoncepciún (curso 2010-2011)

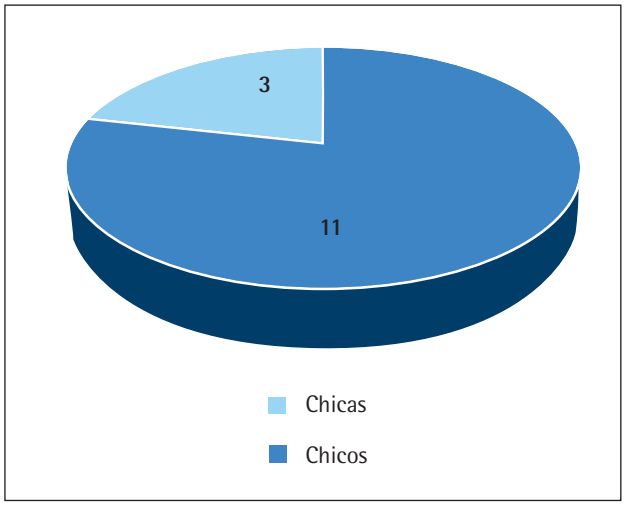


Gráfico 5. Número de visitas por sexo (curso 2011-2012)

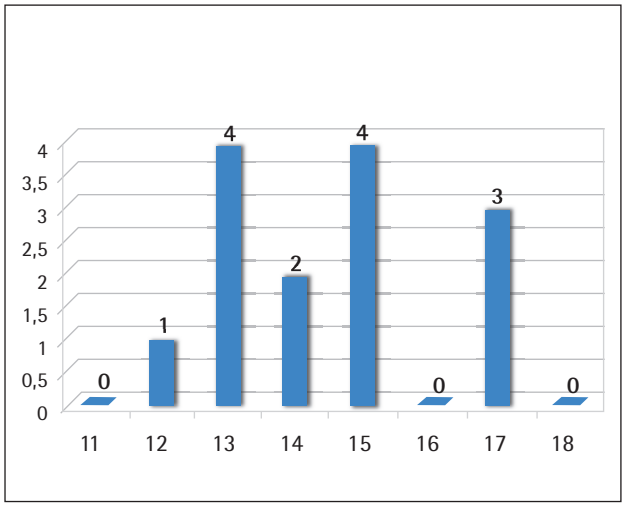


Gráfico 6. Número de visitas por edad (curso 2011-2012)

Conclusiones

El objetivo como profesionales sanitarios (matronas) es acercarse más a la gente joven, ya que se observa que a este sector poblacional le resulta difícil por diferentes motivos, acudir a las consultas por propia iniciativa; incitarles a que hablen sobre sexualidad u otro tema que les afecte; darles herramientas para aceptarse y conocerse, sin olvidar su entorno: profesores, padres y grupo.

No se trata de dar respuestas, sino de capacitarlos para que las encuentren. Al fin y al cabo, los profesionales no van a estar con ellos cuando les surjan los dilemas. Que sean capaces de expresar sus deseos y respetar los de los demás, es un punto capital de esta tarea.

Dentro del perfil competencial como matronas, está descrita la labor educativa en el terreno sexual y reproductivo, participando de forma activa en programas formativos, pres-

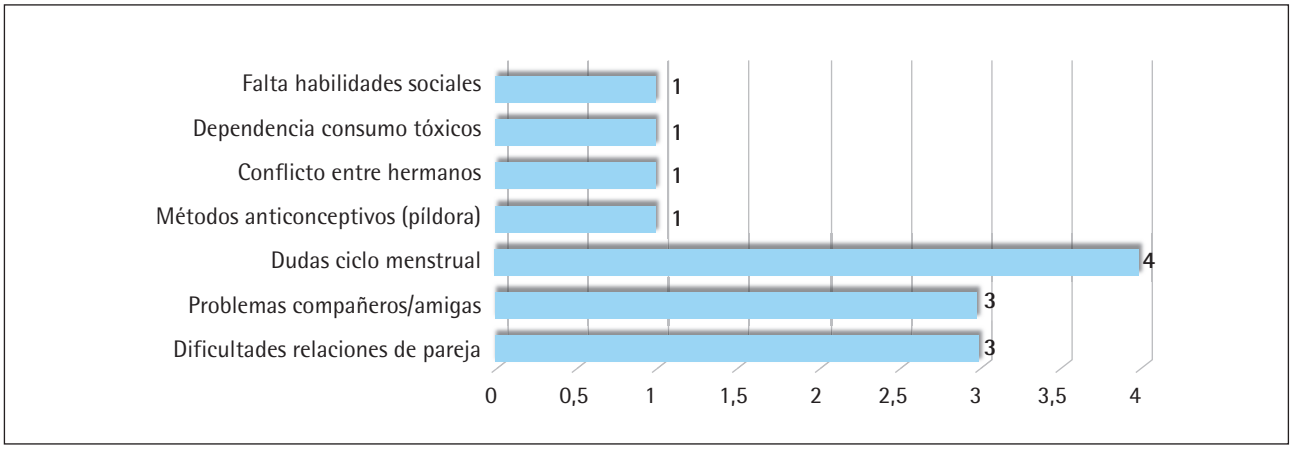


Gráfico 7. Temas consultados en 2011-2012

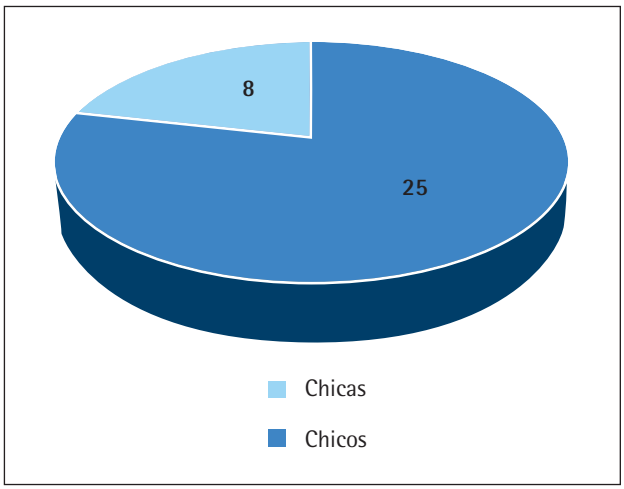


Gráfico 8. Número de visitas por sexo (curso 2012-2013)

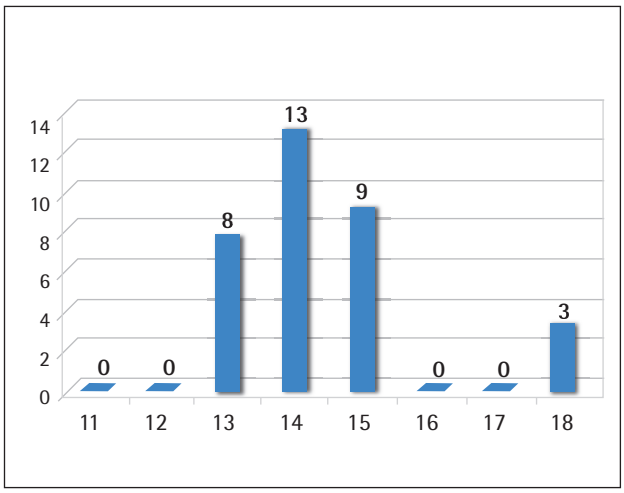


Gráfico 9. Número de visitas por edad (curso 2012-2013)

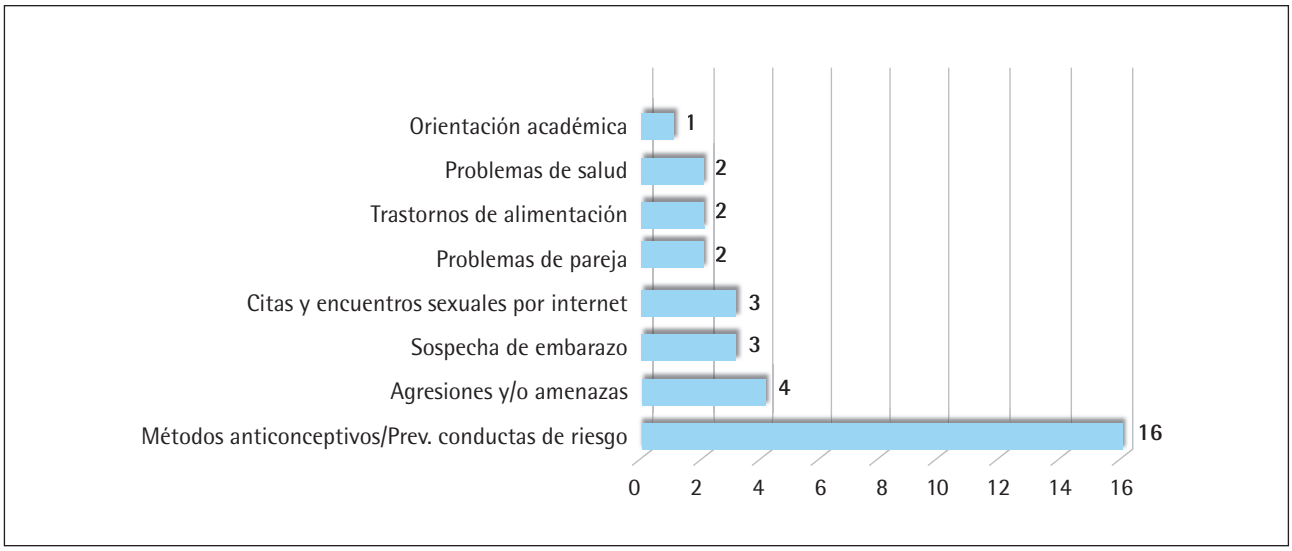


Gráfico 10. Temas consultados en 2012-2013

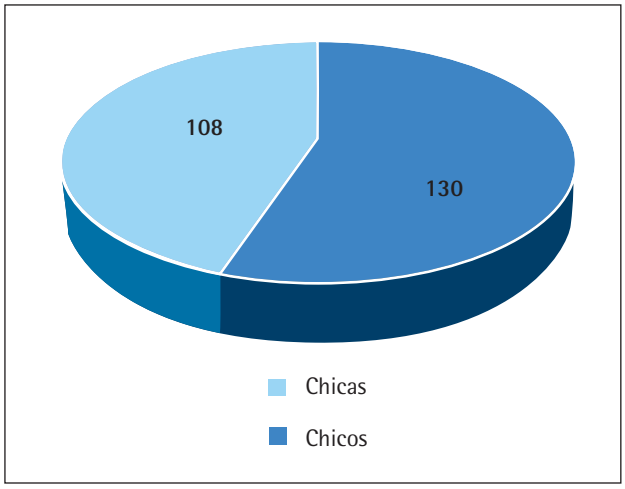


Gráfico 11. Número de visitas por sexo (curso 2013-2014)

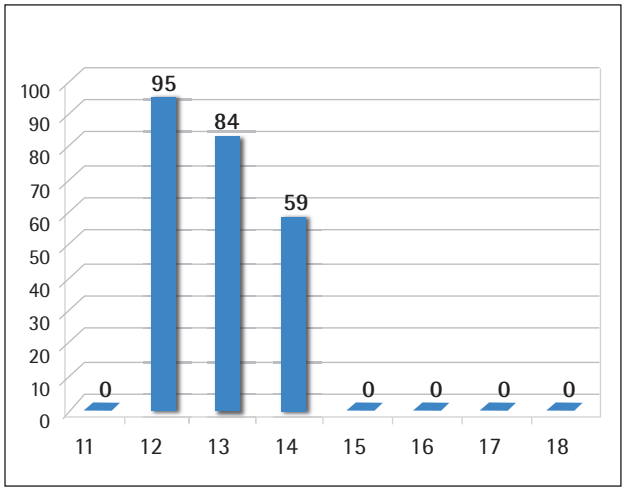


Gráfico 12. Número de visitas por edad (curso 2013-2014)

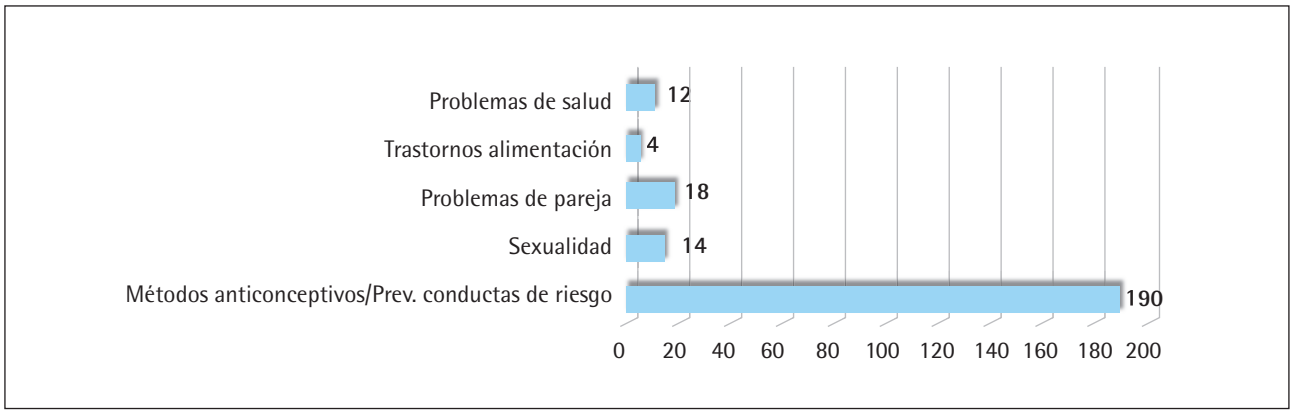


Gráfico 13. Temas consultados en 2013-2014

tando información y asesoramiento adecuado sobre planificación familiar y gestionando los recursos existentes para llevarlos a cabo[11,12].

La Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria del SERMAS (revisada en 2009) recoge varias actividades relacionadas con la prevención de los embarazos no deseados, sobre sexualidad y anticoncepción dirigidos a poblaciones vulnerables (población adolescente/joven y población inmigrante)[13-15].

Se ha obtenido un elevado grado de satisfacción con este proyecto, de hecho en el ámbito comunitario cuentan con la matrona como agente de salud en las mesas de prevención de riesgos del municipio. Obviamente es una satisfacción saber que la figura de la matrona está más presente en la vida de esta comunidad rural.

Se ha iniciado una consulta joven en otro centro de la localidad, en el IES Nuestra Sra. de la Victoria de Lepanto (Foto 5). Se continúa participando en la mesa local de carácter permanente denominada "A tu Salud" sobre prevención de consumo de alcohol y drogas de la juventud, y de forma esporádica, en mesas informativas con motivo del Día internacional del sida y de la violencia de género en los centros educativos.

Imagen 5. Nueva consulta joven del IES Nuestra Señora de la Victoria de Lepanto

Agradecimientos

A Paloma Carretero, educadora social de la Fundación Atenea por su colaboración para la puesta en marcha de este proyecto.

Bibliografía

1. Plan de Promoción de la salud y prevención 2011-2013. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352809820906&ssbinary=true
2. Informe del estado de la población de la Comunidad de Madrid 2012. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142588809240&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal
3. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009.
4. Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
5. Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.
6. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 55, de 2 de marzo de 2010.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendación sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª ed. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications-/2005/9243562843_spa.pdf
8. Análisis de las interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid (IVE, 2008). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2009; 15(4). [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142567797600&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro
9. Plan de Atención Sanitaria a la Sexualidad Juvenil en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2005.
10. Colomer J. Prevención del embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Grupo de trabajo AEPap/PAPPS semFYC; 2003.
11. 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), núm. 129. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf
12. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/rec/03_Directiva_reconocimiento_cualificaciones.pdf
13. Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
14. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria (revisión 2009). Servicio Madrileño de Salud.
15. Protocolo informatizado asistencial unificado de la Comunidad de Madrid: Adolescente (DGAP).

[1] Francisca Rodríguez Martínez
[1] Ana Juliá Gisbert
[2] Mª Ángeles Celda Moret
[2] Amparo Muñoz Izquierdo
[3] Ana Martínez Molina

Frecuencia de episiotomías en partos eutócicos en el Consorcio Hospital General de Valencia (año 2013)

[1] *Matronas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).*
[2] *Enfermeras CHGUV.*
[3] *Matrona jubilada CHGUV.*

E-mail: peypaq@hotmail.es

Resumen

Objetivos: en 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la edición de su "Guía Práctica para los Cuidados en el Parto Normal", hace mención expresa a la no justificación de un porcentaje de episiotomías superior al 30%. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia de la episiotomía en el parto eutócico en el Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia, en el periodo del año 2013.

Método: estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, de las gestantes con parto eutócico durante el año 2013. Como fuente para la recogida de datos se utilizó el Libro de Registro de Partos del Servicio y se elaboró una tabla con el programa informático Microsoft Office Excel 2007. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: se registraron un total de 1.501 partos, de los cuales el 74% fue vaginal y el 26% cesáreas. Del total de partos vaginales el 75% finalizó de forma eutócica, no precisando episiotomía el 51%. La realización de episiotomía presentó una frecuencia menor de desgarros, no se produjo ningún parto con desgarro grado IV. La relación entre las variables: grado de desgarro, peso del recién nacido y episiotomía, no presentó diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, sí que se obtuvieron al estudiar la edad materna y la paridad.

Discusión y conclusiones: los resultados con respecto a la tasa de episiotomías en la población de estudio es del 49%. Sería aconsejable revisar la política selectiva de episiotomía y unificar criterios entre los profesionales, con la finalidad de reducir esta tasa sin correr el riesgo de aumentar la morbilidad materno-fetal.

Palabras clave: parto eutócico, episiotomía, desgarros, paridad, peso del recién nacido.

Abstract

Frequency of episiotomies in eutocic births at Consorcio Hospital General de Valencia (year 2013)

Introduction: *in 1996, World Health Organisation (WHO) issued its "Care in Normal Birth: A Practical Guide"; it is specifically stated that a rate of episiotomies higher than 30% is not warranted.*

Purpose: *to establish the rate of episiotomies in eutocic births in Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia, in 2013.*

Methods: *a descriptive, cross-sectional, retrospective, study of pregnant women having an eutocic birth in 2013. Data source was the birth log at the Service. Data were tabulated using Microsoft Office Excel 2007 software. Data were processed using the statistical package SPSS 15.0.*

Results: *the number of births was 1,501: 74% vaginal deliveries and 26% C-sections. Vaginal deliveries were eutocic in 75%, and no episiotomy was required in 51%. Episiotomy was associated to a lower tear rate; no grade IV tear was observed. Relationship among variables: tear grade, newborn weight, and episiotomy did not show statistically significant differences. However, differences were significant when maternal age and parity were evaluated.*

Discussion and conclusions: *episiotomy rate in our population was 49%. It would be wise to revise current selective episiotomy policy and to use criteria shared by all healthcare workers, in order to reduce episiotomy rate with no increased maternal-fetal morbidity risks.*

Key words: *eutocic birth, episiotomy, parity, newborn weight.*

Introducción

La episiotomía es la incisión quirúrgica que se realiza en el periné de las mujeres durante el expulsivo, con la finalidad de ampliar el canal blando del parto y facilitar la salida del feto[1].

Fue introducida en la clínica en el siglo XVIII, pero hasta la primera mitad del siglo XX no se utilizó de manera rutinaria[2]. El cambio hacia una política de episiotomía rutinaria se hizo a partir de 1920, tras los artículos de Pomeroy y De Lee[3], dos prestigiosos obstetras. Estos argumentaban que esta técnica aliviaba el dolor, prevenía desgarros en el periné, disminuía la duración del parto y de esta manera se rebajaba la morbilidad perinatal y sus efectos[4]. Estas hipótesis, no probadas científicamente, cobran fuerza gracias a la mayor tecnificación en la atención al parto. Así, se consiguió que la asistencia de los partos pasara de las matronas a los médicos, de las casas a los hospitales y que se estableciera de manera definitiva el uso rutinario de la episiotomía[5]. La conducción del trabajo de parto por parte de las matronas fue desterrada por el intervencionismo y dirigismo activo de los médicos (hombres en su mayoría) haciendo del parto un proceso patológico[3].

Entre los años 70 y 80 surgió un movimiento naturalista en Estados Unidos (EE.UU.) y el uso de la episiotomía sistemática comenzó a cuestionarse de nuevo. Desde ese momento, fueron muchos los estudios que surgieron en la bibliografía científica dirigidos a analizar los beneficios y la utilidad real de la episiotomía[6]. Hasta el momento la mejor revisión sistemática disponible ha sido publicada en la Biblioteca Cochrane en 1997, actualizándose posteriormente en 1999[2], volviendo a la recomendación del uso selectivo de la episiotomía y desterrando su utilización de manera rutinaria.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) editó la *Guía Práctica para los Cuidados en el Parto Normal*, en la que se considera el uso sistemático de la episiotomía como una práctica inadecuada, no estando justificado un porcentaje superior al 30%[7]. A partir de esta declaración de la OMS, distintas asociaciones de mujeres han demandado a las organizaciones públicas y profesionales la elaboración de documentos de consenso sobre la asistencia al parto normal y la no realización de episiotomía de rutina. Fruto de ello, se está implantando en las unidades de partos, de forma gradual y con distintos grados de consecución, una política de episiotomía selectiva.

Los aspectos negativos que se asocian a la práctica de la episiotomía son: incontinencia urinaria y fecal, dolor perineal, mayor pérdida de sangre comparada con el parto sin episiotomía, infección y dispareunia[8,9].

Los desgarros se definen como laceraciones espontáneas producidas en el periné (durante el parto) de diferente gravedad dependiendo de los planos afectados, se clasifican en cuatro grados de menor a mayor gravedad, siendo uno de los principales temores de la mujer en el momento del parto[10].

Algunos profesionales consideran que los partidarios del parto fisiológico defienden una posición excéntrica con respecto a la episiotomía. Se trata de no intervenir gratuitamente, sino de favorecer en lo posible la fisiología y valerse de la intervención únicamente en los casos necesarios. Así, puede ocurrir que en partos hospitalarios, las mujeres terminen con su periné integro simplemente por no necesitar una episiotomía. Los desgarros del periné pueden ocurrir en presencia o no de episiotomía. La episiotomía debe realizarse ante determinadas indicaciones, ya sean maternas o fetales, bajo criterio del profesional que atiende el parto[11].

Objetivos

El objetivo es conocer la frecuencia de la episiotomía en el parto eutócico en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV).

También se plantea en este trabajo:

- Conocer el grado de desgarro del periné en los partos eutócicos, según se utilice o no la episiotomía.
- Describir la relación estadística entre las variables: episiotomía, grado de desgarro del periné y peso del recién nacido.
- Estudiar si existe relación entre la edad materna, paridad, mes del año que tiene lugar el parto y la episiotomía.

Material y método

- Diseño: se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.
- Ámbito: Servicio de Paritorio del CHGUV.
- Periodo de estudio: desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2013.
- Población a estudio: se incluyeron las mujeres con parto eutócico atendidas en el Servicio de Paritorio del CHGUV durante el mencionado periodo de tiempo.
- Criterios de inclusión: todos los partos con finalización eutócica.
- Criterio de exclusión: los partos con finalización eutócica, con edad gestacional inferior a 37 semanas y gestaciones gemelares.
- Tamaño muestral: se incluyeron todos los casos ocurridos en el 2013, por lo que no se calculó tamaño muestral alguno.
- Variables de estudio: se estudiaron las siguientes variables:

- Cualitativas:
  - Episiotomía, con dos opciones: episiotomía sí/no.
  - Grado de desgarros del periné, se clasificaron de la siguiente forma: I grado, cuando afecta piel y/o mucosa; II grado, abarca la musculatura del periné; III grado, hay lesión en el esfínter del ano y IV grado, cuando el desgarro afecta a la mucosa anal.
- Cuantitativas:
  - Paridad, con dos opciones: primípara (primera vez que pare) y multípara (segundo o más partos). Edad gestacional. Edad materna.
  - Peso del recién nacido.

Recogida de datos

Como fuente para la recogida de datos se empleó el libro de Registro de Partos de la Unidad de Paritorio. Se realizó una tabla de elaboración propia con el programa informático Microsoft Office Excel 2007 anotando todas las variables del estudio. La revisión de los datos la efectuó el equipo investigador, de enero a marzo de 2014.

Análisis de los datos

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 15.0.

De todas las variables estudiadas, solo la variable peso del recién nacido tuvo una distribución normal, el resto de variables presentó distribución no normal utilizando la prueba de Kolmorov-Smirnof.

Para las variables cuantitativas que no seguían la ley normal, se procedió a utilizar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney. Se tomó como valor de referencia de significación estadística, una $p < 0,05$.

De las variables cualitativas se obtuvo la frecuencia absoluta y relativa, se presentaron los resultados en diferentes tablas.

En el estudio de las diferencias estadísticas, se empleó el Chi-cuadrado, ya que se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba.

Consideraciones éticas: la realización de este trabajo fue puesta en conocimiento a la Fundación de Investigación del CHGUV, cuya comisión de investigación concedió la autorización para la utilización de los datos, no identificándose conflicto ético alguno.

Resultados

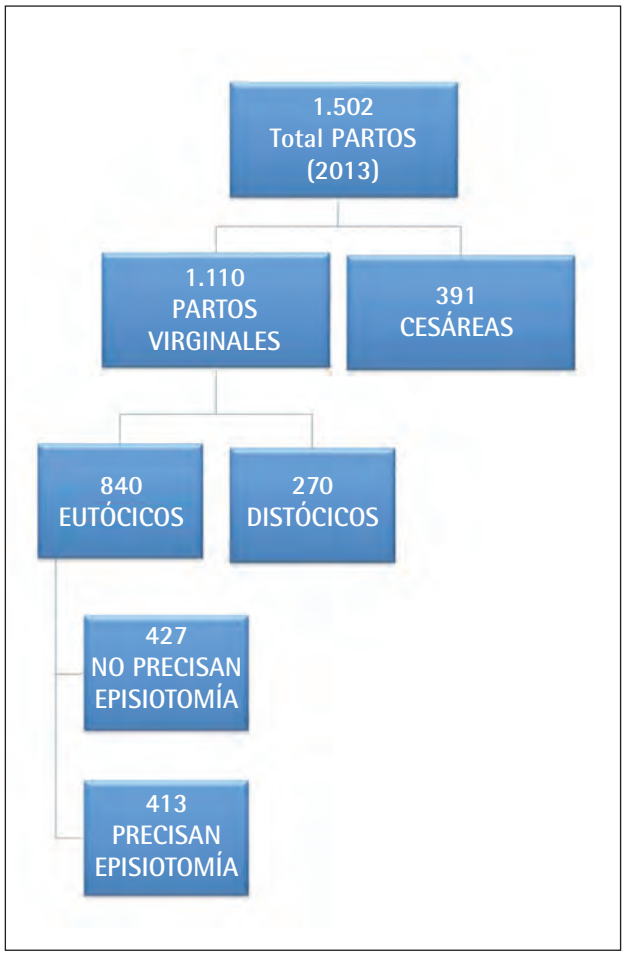
Durante el periodo de estudio se registraron en el CHGUV un total de 1.501 partos, de los cuales un 74% fue vaginal y un 26% fue cesárea. De los 1.110 partos vaginales, 75% finalizó de forma eutócica, cumpliendo los criterios de inclusión.

De estos últimos, el 51% fue parto eutócico y no precisó episiotomía, mientras que el 49% sí la necesitó (Cuadro 1).

En general, del total de partos, un 68% presentó periné íntegro, un 25% desgarro grado I, un 6% desgarro grado II, y un 4% desgarro grado III, no se produjo ningún parto con desgarro grado IV (Gráfico 1).

La realización de episiotomía presentó una frecuencia menor de desgarros, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con $p< 0,005$ (Gráfico 2). La relación entre las variables grado de desgarro, peso del recién nacido y episiotomía, no presentó significación estadística (Gráfico 3). En cuanto a la edad materna y la episiotomía, se obtuvo significación estadística (Gráfico 4). La frecuencia de episiotomía en primíparas es superior que en multíparas con una $p< 0,000$ (Gráfico 5).

La evolución mensual de la realización de episiotomía durante el año 2013 mostró una tendencia estable, durante el año de estudio.



Cuadro 1. Distribución de los partos de 2013

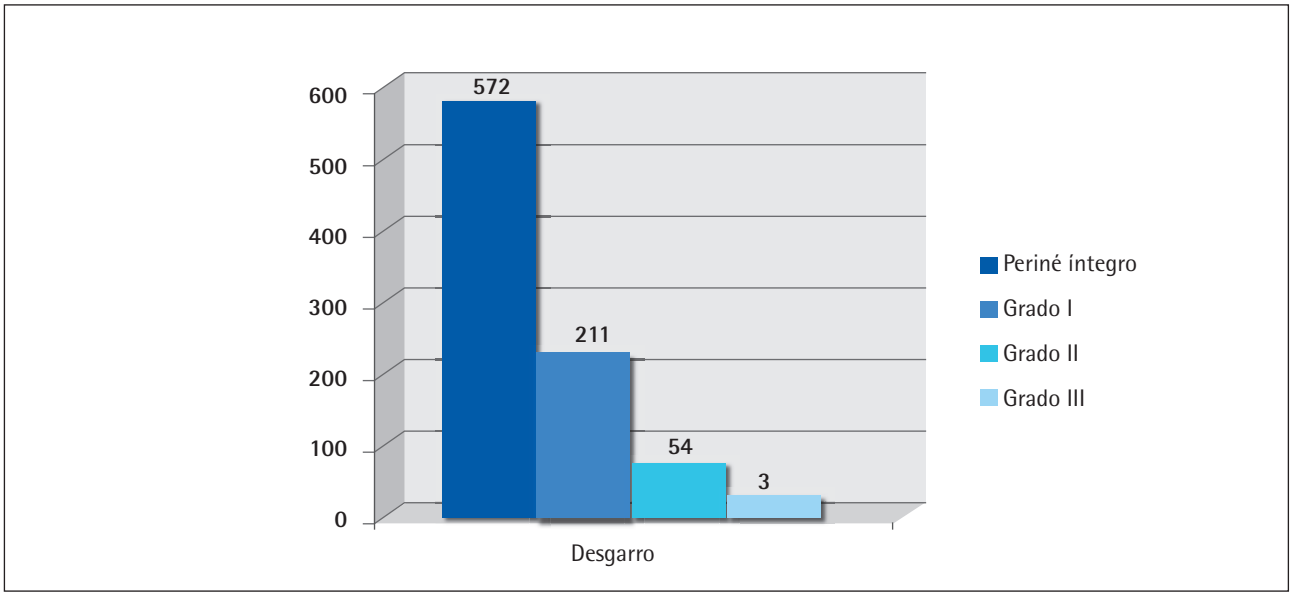


Gráfico 1. Frecuencia de perinés íntegros y desgarros (tipo)

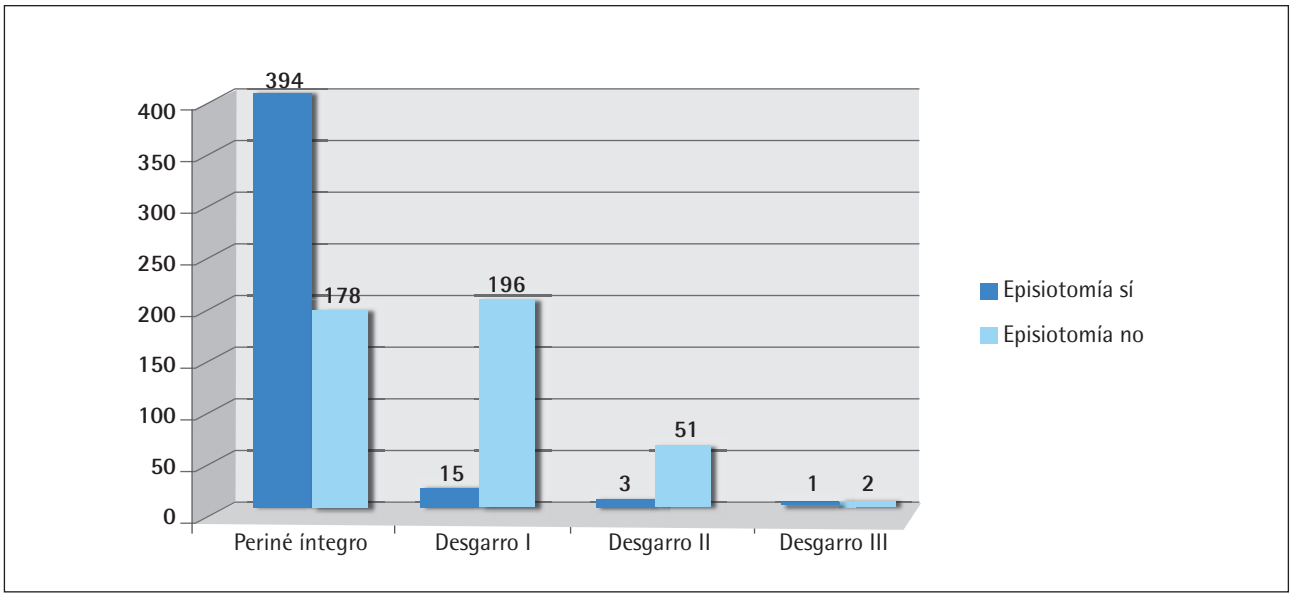


Gráfico 2. Relación entre presencia de desgarro y episiotomía

Discusión y conclusiones

Como matronas, responsables de la salud de la mujer en todo el proceso del parto, las autoras comparten lo expresado por Melchor[12] cuando afirma que "al entrar en un paritorio para atender un parto, nunca deja la ciencia ni la medicina basada en la evidencia porque eso es un bagaje que cada profesional lleva ya adquirido. Pero cuando cierra la puerta del paritorio, los libros quedan fuera de este y la atención al parto se convierte en un arte. Si tenemos en cuenta que no hay dos partos iguales, la decisión de realizar una episiotomía, el momento más adecuado para hacerla, cómo proteger el periné para evitar desgarros no se pueden explicar, ni se puede dejar escrito en un texto". Este estudio permite conocer la situación actual en el Servicio de Paritorio del CHGUV, con respecto a la realización de la episiotomía en los partos eutócicos, atendidos por matronas, obstetras y residentes de ambas disciplinas.

Se postula que la tasa de episiotomías no debería superar el 30%[2]. Los resultados obtenidos son del 49%, inferiores a los datos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) del 54%[12].

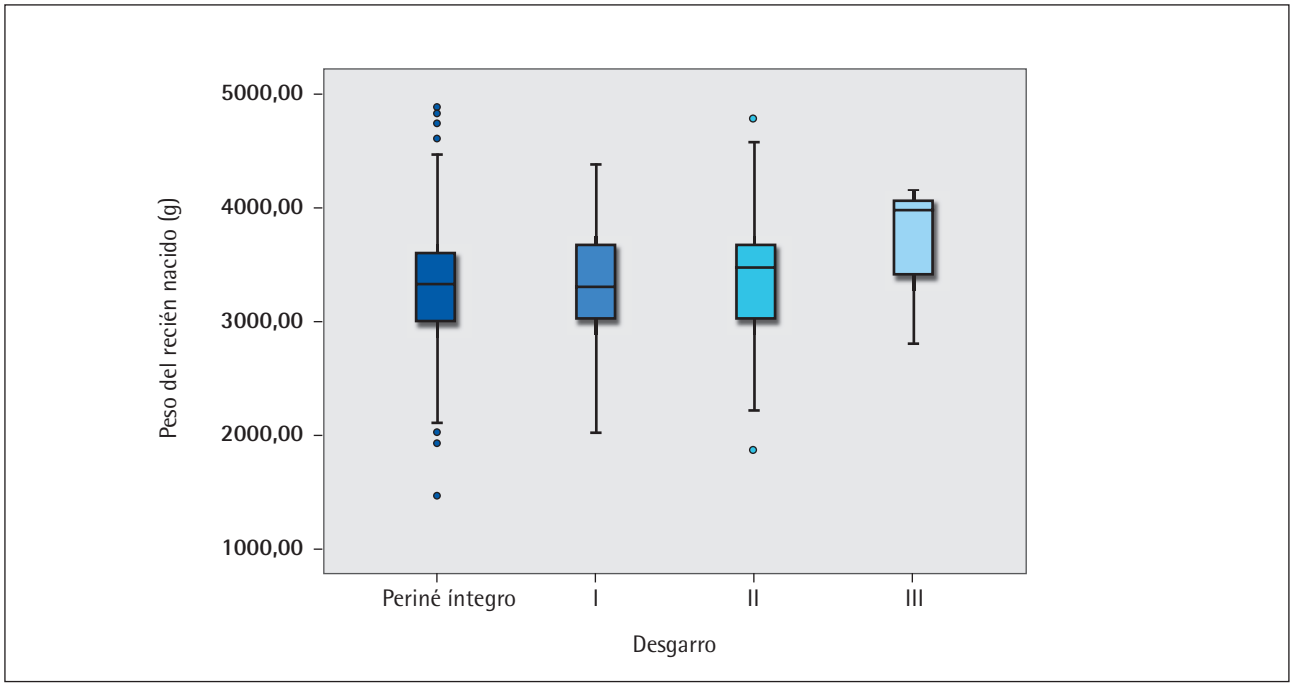


Gráfico 3. Relación entre el peso del recién nacido y estado del periné

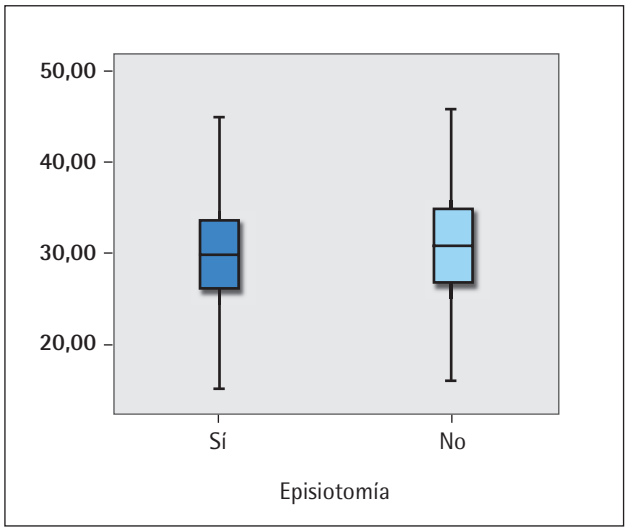


Gráfico 3. Relación entre la edad materna y la episotomía

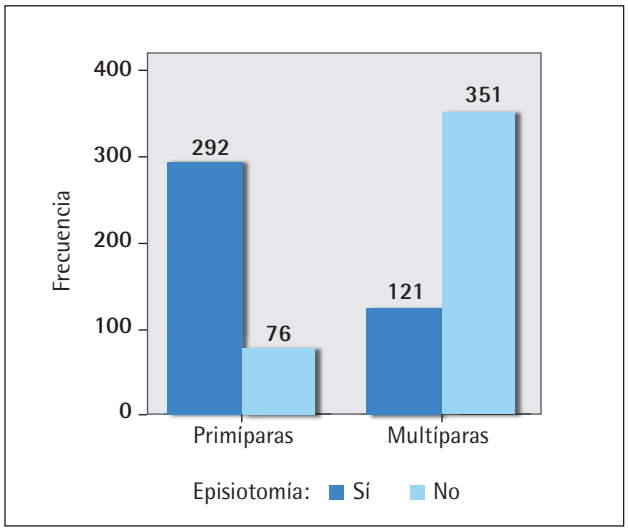


Gráfico 5. Relación entre la paridad y la episiotomía

La tasa de episiotomías en España está por encima de la de EE.UU. cifrada en el 26%. Es muy difícil indicar cuál es la tasa ideal, seguramente, lo mejor sería acercarse a la más baja posible, sin incremento de la morbilidad materna o fetal derivada de su realización inoportuna o inadecuada.

Los resultados de su uso llevados a cabo en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz, Bolivia, hospital de 3er nivel al igual que el del presente estudio, son del 49%[22].

En la bibliografía consultada se ha encontrado trabajos con resultados muy inferiores a los de este estudio, como son los obtenidos en el Hospital de Baza con la implantación de una política selectiva de episiotomía, pasando de un 60% a un 13%, aunque, hay que tener en cuenta, que se trata de un hospital comarcal de 1er nivel, y los resultados del Hospital de la Ribera, del 33%, hospital de características similares al de este estudio[1,4,21].

La incidencia de desgarros perineales graves (III y IV grado) encontrada es inferior con el uso de la episiotomía, al igual que en el estudio del Hospital de la Ribera[4], hecho que no ocurre en el estudio experimental llevado a cabo en el Hospital Escuela de Honduras donde la frecuencia de desgarros grado III y grado IV fue estadísticamente significativa en relación con el uso de la episiotomía[10].

Sin episiotomía aumentan los desgarros de I y II grado, los cuales tienen escasa morbilidad[10,13,31]. La evidencia científica lleva a la conclusión de que la episiotomía media aumenta la incidencia de padecer desgarros grado III y IV[10], técnica que no es utilizada en este hospital, hecho que puede estar relacionado con la baja incidencia de desgarros grado III y IV encontrados[30].

La técnica empleada en el servicio del hospital donde se centra este trabajo, tanto por obstetras como por matronas y residentes, es la episiotomía medio lateral.

Aunque, en este estudio el peso del recién nacido no es un determinante en el grado de desgarro, los datos apuntan a que existe una relación en los desgarros de III grado al igual que ocurre en el Hospital de Baza[1].

La paridad es una variable que influye de manera significativa en la ocurrencia de la episiotomía como evidencian otros estudios similares[4,13,24,25,31].

Con respecto a la relación entre edad y episiotomía, se encontró asociación estadísticamente significativa debido a la utilización de potencias de muestra muy grandes, pero clínicamente no fue relevante, resultado que coincide con el obtenido por Azón[15] y Molina[1].

No se ha hallado relación estadísticamente significativa en relación con la evolución mensual de la episiotomía, mostrando una tendencia estable al igual que estudios precedentes, que como este, tuvieron en cuenta dicha variable[4].

Con base en la evidencia disponible, se debe recomendar el uso restrictivo de la episiotomía[7,19,20,23,29,30,32].

Los beneficios que justificaban su realización no han podido comprobarse e incluso hay revisiones que demuestran que producen más efectos negativos que beneficiosos[6,9].

No obstante, existen parturientas que se benefician de manera importante de ella, motivo por el cual no se puede abolir completamente este procedimiento. La propia literatura sugiere que utilizada de manera selectiva, con criterios muy claros y específicos (inminencia de desgarros o compromiso del bienestar fetal), produce mayor beneficio a la gestante que perjuicio[14,33].

La valoración y la intervención del personal que atiende el parto juegan un papel importante en la prevención de complicaciones y la toma de decisiones con respecto a la práctica o no de la episiotomía[12].

Se observa que el número de episiotomías aumenta conforme es mayor la complejidad del hospital que atiende el parto. Esto se debe a la derivación de procesos complejos a los centros con mayor dotación tecnológica y humana, circunstancia que ocurre en el centro del presente estudio[16].

El grado de desgarro perineal puede ocasionar un sesgo de clasificación, ya que la valoración de este es llevado a cabo por cada profesional que asiste al parto, pudiendo existir diferencias de interpretación entre cada uno. En estudios futuros sería importante establecer un programa de formación previo para unificar los criterios de clasificación, además de la existencia de un segundo evaluador[17].

Para poder mejorar el desarrollo profesional se tiene que contar con una buena autocrítica que permita conocer las limitaciones e intentar modificar conductas obsoletas en provecho de una mejor atención al paciente. Teniendo en cuenta que aquello que alguna vez fue bueno, ahora puede no serlo o existir algo mejor. Los cambios en medicina son constantes y hay que permanecer atentos y flexibles a ellos[31].

Bibliografía

1. Molina Reyes C, Huete Morales MD, Sánchez JC, Ortiz-Albarín MD, Jiménez I, Aguilera MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. Prog Obstet Ginecol 2011; 54(3):101-108.
2. Carroli G, Belizón J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión de la Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; 3.
3. John R, Scott MD. Episiotomía y traumatismo vaginal. Obstet Gynecol Clin North Am 2005; 32:307-321.
4. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". Nure Inv 2013; 10(63):1-6.
5. Buitrago CA. Episiotomía: una visión del panorama. Rev Medicina UPB 1997; 16(1):29-40.
6. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schimied W. Episiotomía restrictiva en el parto normal. Rev Obstet Ginecol 2007; 2(2):127-136.
7. Grupo de Trabajo Técnico, Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el Parto Normal; una guía práctica OMS. Departamento de investigación y Salud Reproductiva Ginebra; 1996.
8. Borello-Franc D, Burgio K, Richter H. Fecal and urinary incontinence in primiparaus women.Obstet Gynecol 2006; 108:863-872.
9. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzy R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. Obstet Gynecol 2004; 103:669-673.

10. Lorenzana Cruz JL, Espinal Rodríguez J. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del Hospital Escuela. Rev Med Post UNAH 2001; 6(2):139-141.

11. Salas E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. Rev Enf Act. En: Costa Rica: 2012; 23:1-7.

12. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. Prog Obstet Ginecol 2009; 52(1):69-70.

13. Hernández J, Azón E. Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. Enferm Global 2014; 35.

14. Melo I, Karz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol:a randomised clinical trial. Reprod Health 2014; 14(11):66.

15. Azón López E, García Martínez M, Subirón Valera AB. Análisis de los resultados obstétricos y neonatales de los partos inducidos en nulíparas en el Hospital Clínico de Zaragoza. Matronas Prof 2013; 14(2):52-59.

16. Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad de parto en España-Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol 2010; 53(6):215-222.

17. Aceituno L, Segura MH, Ruiz E, Sánchez-Barroso MT, Acosta V, Delgado L, et al. Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto. Clin Invest Gin Obst 2011; 38(1):8-14.

18. Vidal M. Evolución de las episiotomías realizadas en el Hospital Ciudad de Coria entre 1997 y 2005. Repercusiones anatómicas y clínicas. Matronas Prof 2009; 10(1):5-9

19. Eckman A, Arman R, Gannard E, Clement MC, Collet G, Courtois L, et al. Evaluating a policy of restrictive episiotomy before and after practice guidelines by the French College of Obstetricians an Gynecologists. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2010; 39(1):37-42.

20. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención del parto normal en el SNS.

21. Luque R, Subiron AB, Sabater B, Sanz de Miguel E, Juste A, Cruz E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). Matronas Prof 2011; 12(2):41-48.

22. Escobar M, González M, Aramayo G. Frecuencia del uso de la episiotomía en el servicio de obstetricia del Hospital Materno Infantil. Rev Med La Paz; 2009.

23. Sánchez MI. Episiotomía versus Desgarros. Revisión de la evidencia científica. Enfermería Docente 2012; 97:27-32.

24. Aceituno L, Sánchez MT, Huertas M, Ruiz E, Gregorio MP. Evolución del porcentaje de episiotomías en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves del periné. Clin Invest Obst 2013; 40(4):154-161.

25. González ML, Caroci A de S, Ferreira S, Lopes de Oliveira A, Junqueira SM. Episiotomía, laceracao e integridade perineal em partos normais: Análise de fatores associados. UERJ, Rio de Janeiro. Rev enferm 2011; 19(1):77-83.

26. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: An Update. Birth 2005; 32:219-223.

27. Episiotomy. ACOG Practique Bulletin nº 71. American College of Obstetrician and Gynecologists. Obstet Gynecol 2006; 107:957-962.

28. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. Matronas Prof 2006; 7(1):12-32.

29. Bustamante S, Castillo C, Saavedra V, Schimied W. Episiotomía restrictiva en parto normal. Rev Obstet Ginecol 2007; 2(2):127-136.

30. Romero J, de Prado M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. Matronas Prof 2002; 8:33-39.

31. Montenegro MS, Blanco M, Pereiro MA, Barro E, Rico B. Episiotomía en partos eutócicos en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Matronas Prof 2005; 6(1):30-32.

32. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Prog Obstet Ginecol 2004; 47(9):414-422.

33. Mejía ME, Quintero VH, Tovar MC. ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? Colomb Med 2004; 35(2):75-81.

34. Gómez ME. Masaje perineal durante el embarazo. Revista de enfermería de Castilla y León 2009; 1(2):40-43.

¿Cómo valoran las mujeres ceutíes su calidad de vida en el periodo de climaterio?

[1] Rocío Pérez Melero
[1] Ana Isabel Cantizano Díaz
[1] Mª Oliva Jiménez González
[1] Elisabet Collell i Pons
[1] María Nieves Diego Caballer
[1] Manuela Marín Godoy Manuela

[1] Matronas

E-mail: rocpemel@hotmail.com

Resumen

Objetivo: el climaterio es considerado un periodo en la vida de la mujer donde se producen cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales. Estos cambios pueden afectar a la calidad de vida de las mujeres durante este periodo.

En este estudio se pretende analizar las características de las mujeres en el climaterio, la frecuencia y el grado de afectación con la que se presenta la sintomatología propia del mismo y evaluar cómo afecta esto a la percepción de la calidad de vida de estas mujeres. También se pretende identificar si diferentes factores, como el nivel socioeconómico o la pertenencia a diferentes grupos culturales, tienen alguna influencia sobre la percepción de la calidad de vida. Por último, comparar la percepción de la calidad de vida de las mujeres de Ceuta con la del resto de mujeres de España en el mismo periodo.

Material y método: se han seleccionado dos cuestionarios para este propósito: una escala de valoración de síntomas de menopausia, MRS, y un test que valora la calidad de vida, SF-36. El tamaño de la muestra es de 148 mujeres con los siguientes criterios de inclusión: mujeres de los tres centros de salud del Área Sanitaria de Ceuta que aquejen algún síntoma relacionado con el climaterio o diagnosticadas de menopausia.

Resultados: de las tres esferas que componen la escala MRS, la más afectada fue la psicológica y el dominio más afectado del cuestionario SF-36 fue la vitalidad. Cuando la mujer sufre algún síntoma del climaterio, se observa que todos los dominios de la calidad de vida se ven afectados. En cuanto al nivel socioeconómico, cuanto más bajo es este, peor es la percepción de la calidad de vida. Sin embargo, la pertenencia a un grupo cultural diferente no modifica los resultados.

Discusión: hay autores que han determinado también que el aspecto psicológico es el más afectado de todos los síntomas del climaterio, debido a la disminución del nivel de estradiol. Otros autores explican que el grupo étnico/cultural sí influye en la percepción de la calidad de vida. Es posible que en la población de este estudio esto no suceda porque todas las mujeres se benefician de los mismos recursos de salud.

Conclusión: la esfera más afectada en la mujer menopáusica es la psicológica. El nivel socioeconómico influye de manera negativa en la percepción de la calidad de vida cuando este es bajo, pero no hay diferencias en función a la pertenencia a uno u otro grupo étnico/cultural. La percepción de la calidad de vida de las mujeres de Ceuta es peor comparada con la del resto de mujeres de España en el mismo periodo de la vida.

Palabras clave: calidad de vida, percepción, menopausia, perimenopausia, climaterio.

Abstract

How women perceive their quality of life in climacteric in Ceuta, Spain?

Purpose: *climacteric is a period in life when women have physical, psychological, familial, and social changes. Such changes may have an impact on their quality of life.*

In the present study, women characteristics during climacteric are evaluated; menopausal symptoms rate and grade are assessed; and its impact on quality of life perception is investigated. Additionally, potential influence of several factors, such as socioeconomic level or different cultural backgrounds on quality of life perception is identified. Finally, quality of life perception by women in Ceuta is compared with perception by women in the rest of Spain during the same period.

Material and methods: *two survey tools were selected: a menopausal symptoms assessment scale, MRS, and a test to evaluate quality of life, SF-36. Sample size was 148 women meeting the following inclusion criteria: women being cared in the three healthcare centers in Ceuta Healthcare Region due to any climacteric symptom or being diagnosed with menopause.*

Results: *among the three domains included in MRS scale, the psychological one was the most severely affected; and the mostly affected domain in SF-36 was vitality. When women suffer any symptom due to climacteric, all quality of life domains are affected. The lower the socioeconomic level, the worse the perception of quality of live. However, the fact of belonging to a different cultural group has no influence on the results.*

Discussion: *other authors have also found that psychological symptoms are the most severely affected in climacteric, due to the decreased estradiol levels. Other workers have reported that ethnicity/cultural background influences quality of life perception. The fact that this was not found in our population could be due to the use of the same healthcare resources by all women.*

Conclusion: *most severely affected domain in menopausal women is the psychological one. Low socioeconomic level has a negative influence on the perception of quality of life. However, no differences were observed based on different ethnicity/cultural group. Quality of life perception by women in Ceuta is lower than perception by women in the rest of Spain during the same period.*

Key words: *quality of life, perception, menopause, perimenopause, climacteric.*

Introducción

El inicio de la vida fértil en la mayoría de las sociedades es un acontecimiento de vital importancia para las mujeres; por el contrario, la menopausia y el conjunto de cambios que rodean a este periodo son considerados como negativos y vividos como una época de crisis. Es una época en la vida de la mujer donde se producen cambios no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, familiar y social.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia existen los siguientes conceptos que engloban esta etapa:

- El climaterio: periodo que precede y sigue al cese de la función genésica.
- La premenopausia: periodo anterior a la menopausia con menstruaciones regulares.
- La perimenopausia: engloba el periodo alrededor de la menopausia, que incluye fases de alteraciones endocrinas previas al cese de las menstruaciones como consecuencia de la anovulación y también incluye el periodo inmediatamente después de la menopausia (12 meses).
- La menopausia: cese de sangrado menstrual. Se denomina menopausia "natural" cuando han transcurrido 12 meses de amenorrea sin otra causa. Por tanto, el diagnóstico es retrospectivo.
- La posmenopausia se inicia aproximadamente 12 meses después de la instauración de la menopausia.
- Síndrome climatérico: conjunto de signos y síntomas provocados por el hipoestrogenismo.

La menopausia fisiológica ocurre entre los 45-55 años de edad con una media en torno a los 50-51 años. La menopausia precoz antes de los 40 años y la menopausia tardía después de los 55 años. No existe una edad exacta que indique el fin de la vida fértil de la mujer.

En cuanto a la fisiopatología, se estima que en el momento del nacimiento el número total de ovocitos varía entre 600.000 y 800.000, durante la infancia la mayoría de ovocitos se vuelven atrésicos. Al inicio de la pubertad solo quedan unos 40.000, de los cuales llegarán a la madurez unos 400. Los otros se desarrollarán durante el ciclo, pero convirtiéndose en folículos atrésicos. Los procesos que conducen a la atresia se aceleran a través de los años, por lo que el envejecimiento ovárico ocurre mucho antes de la menopausia. Esta disminución de la fertilidad se expresa con el envejecimiento del ovario, que se traduce en una disminución de peso a partir de los 25-30 años, llegando a la senectud con un tercio del peso que tenía en plena madurez sexual.

El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y un aumento de los niveles de gonadotrofinas. Los principales acontecimientos que condicionan el climaterio son un agotamiento de los folículos primordiales de los ovarios o ausencia de estos folículos que son capaces de responder a estímulos de las hormonas FSH y LH; caída de la secreción de estrógenos, el más importante que es el 17 beta-estradiol, que desciende en el suero a niveles de 10-20 ng/litro unas 7-8 veces menos que en el ciclo menstrual normal. La estrona que representa junto con la androstenodiona un 5% de la conversión periférica en estradiol (frente al 95% que produce el ovario en edad reproductiva), pasa a ser el estrógeno más importante de la época posmenopáusica con niveles de suero de 35 ng/litro. Los andrógenos androstenodiona y testosterona siguen produciéndose en los ovarios de la mujer posmenopáusica aunque la cantidad secretada disminuye (la androstenodiona desciende de 60-300 a 30-150 ng/dl, la testosterona desciende de 20-80 a 15-70 ng/dl). La producción de progesterona es muy baja, semejante a la producida en la primera mitad del ciclo de la mujer sexualmente madura. La FSH y LH están elevadas porque se pierde el efecto de retroacción que ocasionan los estrógenos y la progesterona. El descenso de los niveles de estradiol y el aumento de la FSH en suero constituyen la modificación endocrina más precoz en el climaterio. Los niveles séricos de gonadotrofina alcanzan valores 10-20 veces superiores de FSH y 3 de LH. La prolactina sufre una leve disminución probablemente por el descenso de los estrógenos. El resto de hormonas hipofisarias no experimenta alteraciones significativas. La hormona hipotalámica GnRH está aumentada en la posmenopausia.

La sintomatología del climaterio engloba una serie de alteraciones, síndromes, síntomas y cambios que son los siguientes:

- **Alteraciones menstruales:** debidas a insuficiencia luteínicas y a la anovulación, siendo las insuficiencias luteínicas las que se producen en un principio y posteriormente las anovulaciones.
- **Síndrome premenstrual:** se produce sobre todo por causa de insuficiencias luteínicas. Pueden presentar de forma más frecuente distensión o sensación de gases, sensibilidad en las mamas, torpeza, estreñimiento o diarrea, deseos por ciertos alimentos, dolor de cabeza, menor tolerancia al ruido y las luces. Otros síntomas son confusión, fatiga, tristeza, tensión, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, pérdida del impulso sexual, altibajos del estado de ánimo, baja autoestima y problemas para dormir (por exceso o por defecto).
- **Alteraciones psicógenas:** cuya etiología aparece influenciada por la sociedad y la cultura. Se manifiestan en forma de inseguridad, ansiedad, irritabilidad e insomnio, depresión, crisis de angustia y tristeza. Ante todo se debe tener dos supuestos claros teniendo en cuenta las funciones que ejercen las diferentes sustancias. Por un lado la edad, la cual disminuye los niveles de triptófano plasmático, aumenta la actividad MAO, COMT y disminuye la

recaptación neuronal de catecolaminas. La MAO inactiva a la noradrenalina, triptófano y serotonina. Por otra parte, la deficiencia estrogénica, ya que los estrógenos tienen un efecto inhibidor MAO, por lo tanto, aumenta la noradrenalina, el triptófano y la serotonina.

Por ello, una edad avanzada y una deficiencia estrogénica contribuyen al progreso de alteraciones metabólicas cerebrales que favorecen a la depresión, la falta de sueño profundo y el predominio del sueño REM.

- **Síntomas neurovegetativos:** siendo los más comunes las crisis vasomotoras o también llamadas "sofocos", cefaleas, vértigos, palpitaciones y fatiga. Entre estos los que requieren especial atención son las crisis vasomotoras. Pueden afectar a la gran mayoría de las posmenopáusicas durante 1-2 años, en algunos casos se pueden prolongar unos cinco años. Actualmente, se atribuye a una alteración del centro termorregulador hipotalámico por alteración en los neurotransmisores centrales (catecolaminas, prostaglandinas y endorfinas) se activan los mecanismos que promueven la pérdida del calor corporal para disminuir la temperatura central, que se manifiesta por vasodilatación y aumento de la temperatura cutánea periférica asociado a sudoración y taquicardia. Se estimulan los núcleos hipotalámicos productores de LHRH (hormona luteinizante) y CRH (hormona liberadora de corticotropina, involucrada en la respuesta al estrés), que provocarán el pico de liberación de LH y el aumento de las hormonas suprarrenales. El desequilibrio de los neurotransmisores es debido a la desaparición del retrocontrol hormonal.

- **Involución genital:** produciéndose una involución y atrofia del aparato genital femenino debido a las deficiencias endocrinas. Los ovarios son los primeros en experimentar esta atrofia, en forma de retracción, esclerosamiento y atresia. Morfológicamente se producen surcos en su superficie. Las trompas de Falopio se vuelven de menor tamaño debido a la fibrosis esclerosa que sufren se retraen y pasan a ser un órgano rígido sin movilidad. El útero disminuye su tamaño y su peso, sus paredes vasculares se engrosan y aumenta el tejido conjuntivo. El endometrio se adelgaza y se atrofia. En algunos casos pueden mantener su proliferación normal o aumentada provocando una hiperplasia endometrial. El orificio cervical externo del cuello del útero se hace más estrecho y la ectopia cervical desaparece. La vagina se estrecha y acorta, las arrugas son menos pronunciadas. La vascularización disminuye y las mucosas se vuelven más pálidas. Desaparecen los bacilos de Döderlein y disminuye la acidez. Existe sequedad vaginal. Los genitales externos pierden turgencia y elasticidad. Disminuye el grosor de los labios, que se hace más pronunciado en los menores, lo que produce defectos en el cierre del introito vaginal. Se pueden relajar los músculos del suelo perineal, provocando una disfunción del suelo pelviano, que puede llegar a manifestarse en forma de cistocele o rectocele. La atrofia de los genitales externos deja el meato uretral más exteriorizado, y junto con la deprivación hormonal hay mayor propensión a la cistitis e incontinencias urinarias de esfuerzo.

- **Cambios en la sexualidad:** pudiéndose en un inicio verse aumentado la libido y la actividad sexual debido al hiperestronismo y al aumento de los andrógenos. Pero los problemas psicológicos y la dispareunia relacionada con la atrofia vaginal producen una disminución importante de la actividad sexual.

- **Cambios metabólicos:**

  – Síndrome doloroso menopáusico: dolor muscular difuso que puede deberse a la relajación músculo-ligamentaria, y la descompensación de patologías que hasta entonces eran bien toleradas. Artropatías climatéricas que se producen por una degeneración general de los cartílagos a consecuencia de la mala irrigación y el déficit de estrógenos. Dolor vertebral óseo-osteoporósico y en general la osteomalacia climatérica que se produce porque la falta de estrógenos produce alteraciones en el metabolismo del calcio, de modo que está aumentada la sensibilidad de la parathormona, y así mismo la calcemia, calciuria, fosfaturia y la hidroxiprolina urinaria. Como consecuencia se pierde matriz ósea proteica, se fija menos calcio y fósforo.

  – Síndrome parestésico-cinestésico. Se pueden producir alteraciones en la sensibilidad de la piel (parestesias) que la mujer describe como "hormigueo" en manos, pies y, a veces, cara. Su etiología parece deberse a alteraciones osteoporóticas que afectan a la columna vertebral y consecuentemente se producen compresiones de las raíces nerviosas.

  – Obesidad climatérica. La mujer tiende a engordar a partir de la menopausia. Se pueden producir dos tipos de obesidad denominada: obesidad superior pletórica y obesidad inferior hipogenital. Hay una predisposición familiar, pero el cambio de hábitos, los síntomas depresivos y otros, contribuyen a su aparición. Su etiología podría ser más de origen psíquico que endocrino. Esta obesidad también puede ser debida a una polifagia reactiva de autorecompensa o por un mecanismo compensatorio a la situación depresiva. La obesidad influye en el metabolismo de los estrógenos, ya que hay una mayor conversión periférica.

  – Alteraciones cardiovasculares y ateromatosis. Las mujeres en edad fértil presentan menos riesgo de infarto que los hombres, pero en las mujeres posmenopáusicas se ve aumentada su incidencia así como la de hipertensión arterial, de modo que se ha descrito que la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular están entre las principales causas de mortalidad de la mujer menopáusica.

- **Otras alteraciones climatéricas:** en la piel se produce un adelgazamiento de la epidermis y de la dermis con disminución del número y función de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Los estrógenos tienen una acción trófica sobre el colágeno, por lo tanto, con la deficiencia de estrógenos y el simple envejecimiento se puede explicar la etiología de estos cambios.

Objetivos

Objetivos generales:

- Identificar las características de las mujeres que se encuentran en periodo climatérico.
- Identificar la frecuencia con la que se presentan los síntomas propios del climaterio y la menopausia.
- Evaluar la calidad de vida percibida.
- Estudiar si existe relación entre el grado de afectación de la sintomatología del climaterio y la percepción de la calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de afectación de los síntomas propios de la menopausia y la percepción de la calidad de vida en los diferentes grupos culturales.
- Evaluar la percepción de la calidad de vida en los diferentes niveles socioeconómicos.
- Comparar el nivel de calidad de vida percibida por las mujeres incluidas en el presente estudio con el nivel de calidad de vida en las mujeres entre 45-65 años a nivel español.

Método

Se trata de un estudio transversal descriptivo correlacional.

Para la selección de las participantes a estudiar se definieron los siguientes criterios de inclusión: mujeres con una edad comprendida entre 50 y 59 años del área sanitaria de Ceuta, que presentaran trastornos menstruales o algún tipo de sintomatología propia del climaterio o mujeres con diagnóstico de menopausia establecido (más de 12 meses de amenorrea) y que tuvieran activa la tarjeta sanitaria. En el caso de que la mujer no estuviese en el rango de edad mencionado, prevaleció la presencia de sintomatología climatérica antes que cumplir con la edad estrictamente establecida en el mismo.

Tanto para la obtención de la muestra poblacional objeto de estudio, como para la recogida de datos, se solicitó permiso a la Dirección de Enfermería de Atención Primaria del Área Sanitaria de Ceuta. Se cursó petición al servicio de informática, solicitando la cifra de población total que cumplía con los criterios de inclusión entre los tres centros de atención primaria del Área Sanitaria de Ceuta. Se obtuvo una suma total de 8.633 mujeres que cumplían los requisitos mencionados. Según la cifra de mujeres que conformaban la población diana y realizando una estimación de una proporción en poblaciones finitas, se trabajó con un error muestral del 8%, que corresponde a una muestra de 148 mujeres.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante dos cuestionarios, validados ambos, que son el cuestionario de salud SF-36 y la *Menopause rating scale* (MRS), los cuales se realizaron en las consultas de las matronas de los tres centros de salud del área sanitaria de Ceuta, previo consentimiento verbal por parte de la mujer seleccionada. Este proceso se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 15 de febrero de 2013 al 15 de abril de 2013. Con respecto a los cuestionarios usados en la recogida de datos, por un lado, el cuestionario de Salud SF-36, una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, detectando tanto estados positivos de salud como negativos, siendo aplicable a la población en general mayor o igual a 14 años de edad. Este cuestionario consta de 36 preguntas que exploran ocho dimensiones o escalas del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario de salud SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los trastornos del sueño o la función sexual, por todo ello se decidió usar otra escala para valorar específicamente la calidad de vida en la etapa climatérica, para lo que se escogió la *Menopause Rating Scale* (MRS), después de analizar los diferentes instrumentos disponibles para valorar la calidad de vida de las mujeres durante el climaterio. La escala MRS consta de 11 ítems que valoran síntomas somáticos, psicológicos y urogenitales.

La persona encargada de proporcionar el cuestionario registraba en la consulta los datos incluidos en la portada del mismo: centro de salud al que pertenece, edad, edad de menopausia/perimenopausia (cuantificada en meses), talla, peso, paridad, grupo cultural (musulmana, cristiana, hebrea, hindú), nivel socioeconómico, motivo de consulta (problemas propios de la menopausia u otros motivos) y si recibían o no tratamiento hormonal sustitutivo.

Resultados

La media de edad de las mujeres incluidas en el estudio fue de 52,9 años, su índice de masa corporal de 27,6 (kg/m^2), y la paridad de media de 2,3 hijos/mujer.

Clasificando la sintomatología propia del climaterio en tres esferas: psicológica, somática y urológica, se observa que en la que existía mayor afectación severa fue en la psicológica, seguida de la urológica y finalmente de la somática (Gráfico 1).

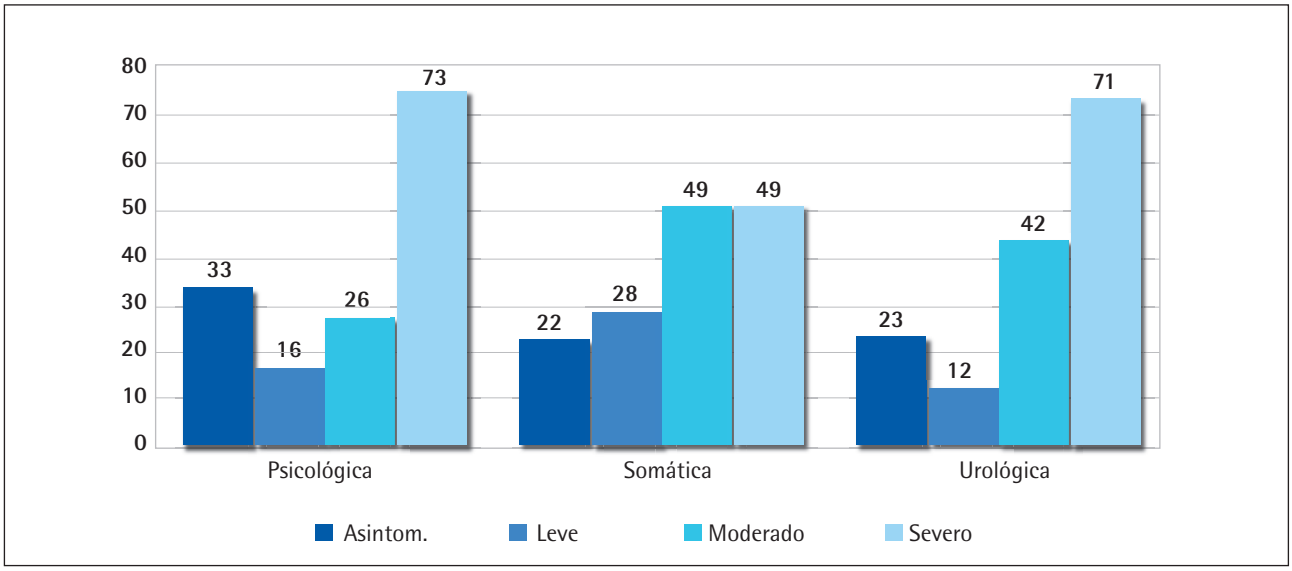


Gráfico 1. Frecuencia de los síntomas propios del climaterio

Con respecto a la percepción de la calidad de vida valorada en sus diferentes dimensiones, con una puntuación entre 0 y 100 (siendo 0 la peor y 100 la mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud), se observó que las más afectadas eran: en primer lugar la vitalidad (56,1), en segundo lugar la salud general (56,6), en tercer lugar el dolor corporal (56,9) y, por último, la salud mental (63,3) (Grafico 2).

Al relacionar la percepción de la calidad de vida con respecto a la presencia de sintomatología climatérica percibida en sus diferentes esferas, a nivel general se observó que todas las dimensiones resultaban significativamente afectadas.

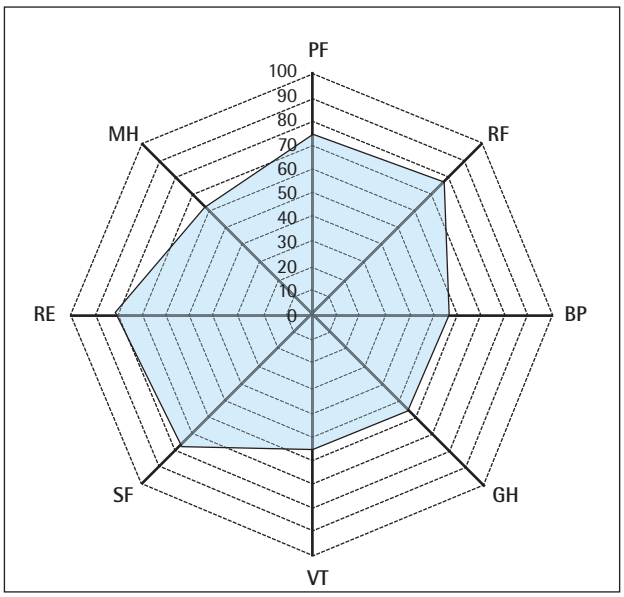


Gráfico 2. Percepción de la calidad de vida. Escala SF36

Comparando la percepción de calidad de vida, con cada una de las esferas estudiadas, con respecto a la sintomatología climatérica se observaron diferencias significativas en todas las esferas, siendo los resultados los siguientes:

- En la esfera psicológica, cuando la sintomatología resultaba relevante, la dimensión más afectada fue la vitalidad (47,9), seguida del dolor corporal (48,1), la salud general (51) y la salud mental (54,1). Si la sintomatología no era relevante las dimensiones más afectadas fueron la salud general (68), vitalidad (72,7) y dolor corporal (74,6).
- En la esfera urológica cuando la sintomatología fue relevante, las dimensiones más afectadas fueron el dolor corporal (51,6), la vitalidad (52,2), la salud general (53,7) y la salud mental (59,4). Si la sintomatología no era percibida de forma relevante, los dominios más afectados fueron la salud general (66,2), y la vitalidad (68,6).
- En la esfera somática, cuando la sintomatología fue relevante, las dimensiones más afectadas fueron la vitalidad (50,1), dolor corporal (50,2) salud general (52,1) y salud mental (58,1). Cuando la sintomatología no fue relevante se observó que las dimensiones más afectadas eran la salud general (65,6) y la vitalidad (67,8).

Al establecer el nivel de afectación de los síntomas propios de la menopausia y la percepción de la calidad de vida en los diferentes grupos culturales, no se observan diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida ni en la sintomatología climatérica entre los diferentes grupos culturales.

Al evaluar la percepción de la calidad de vida en los diferentes niveles socioeconómicos, se observaron diferencias significativas con respecto a la dimensión del dolor corporal y la salud mental. En cuanto al dolor corporal, hubo una peor percepción de la calidad de vida relacionada con este en aquellas mujeres con un nivel socioeconómico bajo (42,3) en comparación con aquellas pertenecientes a un nivel socioeconómico medio (57,7) o alto (66,9). En cuanto a la salud mental, también se observó una peor percepción de calidad de vida en aquellas mujeres con nivel socioeconómico bajo (51,1), a diferencia del nivel socioeconómico medio (65,5) y alto (61,8) (Gráfico 3).

Comparando el nivel de calidad de vida percibida por las mujeres incluidas en el presente estudio con el nivel de calidad de vida en las mujeres entre 45-65 años de España, se observa que todas las dimensiones se encontraban por debajo de la media española, exceptuando el rol físico. Siendo la salud física (-0,45) y el dolor corporal (-0,43) los dominios más afectados con respecto a la media española (Gráfico 4).

Discusión

La media de edad de las mujeres que han participado en este estudio es de 52,9, la cual se acerca a la edad de refe-

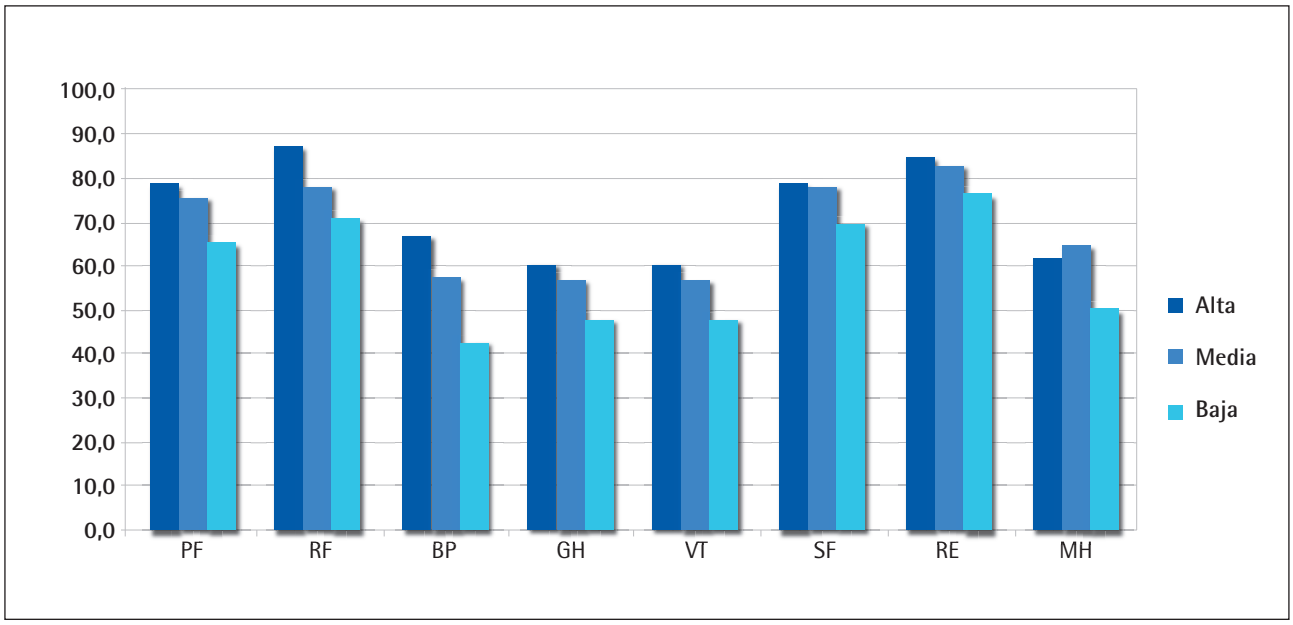


Gráfico 3. Percepción de la calidad de vida en los diferentes niveles socioeconómicos

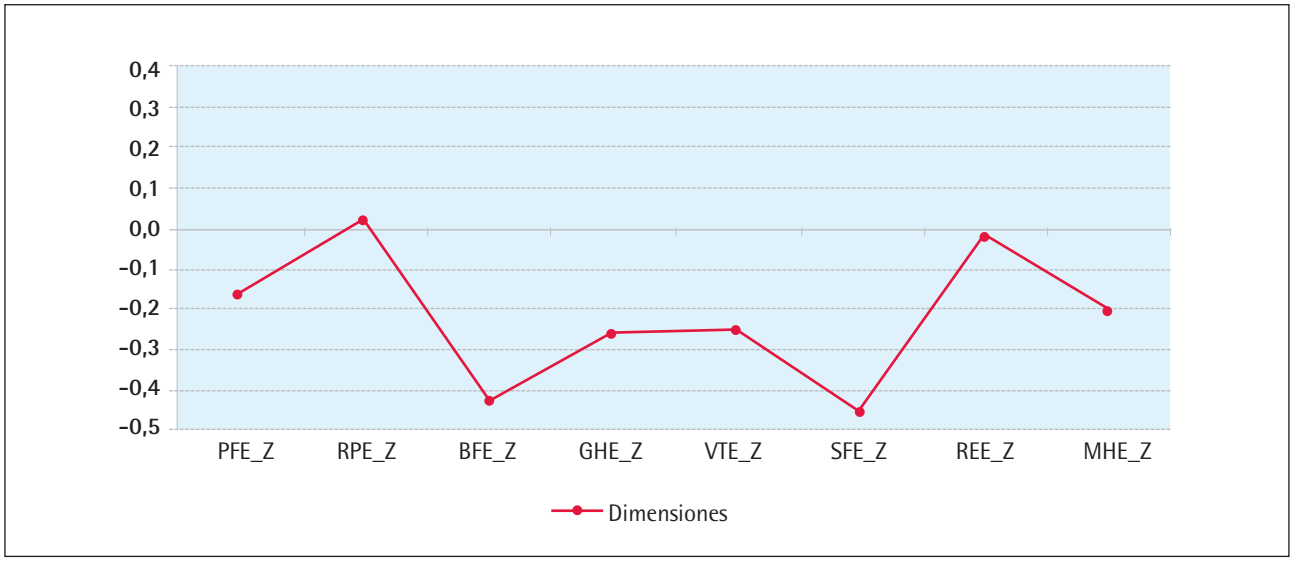


Gráfico 4. Diferencias estandarizadas con respecto a la referencia española (mujeres de 45-65 años)

rencia establecida en la literatura para la menopausia, establecida en 50-51 años. Con respecto al IMC el promedio alcanza un valor de 27,6 kg/m^2 (IC 26,7-28,5) lo que sitúa a la población en el nivel de sobrepeso.

Mediante el presente estudio, se ha observado que de toda la sintomatología que acompaña al climaterio, la esfera con un mayor grado de afectación es la psicológica. Hay otros autores (López et al., 2010) que también han obtenido los mismos resultados, concluyendo que esto puede ser debido a la mayor labilidad emocional, derivada de una declinación en los niveles séricos de estradiol, que llevan a una reducción en la secreción de endorfinas cerebrales.

Al valorar la percepción de la calidad de vida en aquellos casos en los que aparece sintomatología climatérica relevante, en cualquiera de sus esferas, todas las dimensiones resultan significativamente afectadas.

Una de las variables que se han tenido en cuenta a la hora de realizar el estudio ha sido el grupo cultural al que pertenecían las mujeres encuestadas. Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas en la percepción de la calidad de vida ni en la sintomatología climatérica entre los diferentes grupos culturales, en cambio Leyva Moral (2008), en una revisión bibliográfica sobre la percepción de la menopausia en las diferentes culturas, concluye que esta es percibida de forma diferente entre las diferentes culturas y grupos étnicos. El resultado de este estudio, por el contrario, podría estar subrayando el hecho de que, si bien las mujeres estudiadas pertenecen a diferentes comunidades, los recursos sociosanitarios son similares en todas ellas de forma que la percepción que tienen sobre la menopausia y sus posibles consecuencias no difieren entre unas y otras.

Sin embargo, sí que se obtienen diferencias significativas cuando se consideran diferentes niveles socioeconómicos. Las mujeres en etapa climatérica con un nivel socioeconómico bajo tienen una peor percepción de la calidad de vida en cuanto a la dimensión del dolor corporal y de su salud mental, existiendo diferencias significativas con respecto a los otros niveles socioeconómicos. Estudios posteriores deberán concluir si esta diferencia se puede extrapolar a otros rangos de edad, así como a la población general, para determinar si existe una relación directa entre climaterio, nivel socioeconómico bajo y peor percepción de estas dos dimensiones.

Valorando la sintomatología específica del climaterio en sus diferentes etapas se ha identificado que en todos los niveles de afectación hay mayor porcentaje de mujeres en el periodo menopáusico que perimenopáusico. Esto puede deberse a que hay un mayor porcentaje de mujeres encuestadas en periodo de menopausia (70,9%) que de perimenopausia (29,1%), lo que ha supuesto una limitación del estudio. Sin embargo, al comparar la percepción de calidad de vida entre ambos grupos no se han observado diferencias significativas, por lo tanto, se cree que serían necesarios estudios posteriores con la misma proporción de mujeres en ambas etapas para obtener resultados concluyentes sobre esto.

Al comparar el nivel de calidad de vida percibida por las mujeres incluidas en el presente estudio con el nivel de calidad de vida en las mujeres entre 45-65 años en el ámbito español se han encontrado datos relevantes. Todas las dimensiones que valoran la calidad de vida percibida, se encuentran por debajo de la media española, exceptuando el rol físico. Se ha de tener en cuenta de que la valoración de la calidad de vida a nivel español se ha realizado con la versión 1 del cuestionario SF-36 y el presente ha utilizado la versión 2 de dicho cuestionario.

Aunque la calidad de vida en las mujeres ceutíes en etapa climatérica sea inferior a la media española (mujeres entre 45-65 años), hay que destacar que no se considera como una mala calidad de vida. Además, se debe de tener en cuenta que durante este periodo existen muchas dolencias y acontecimientos que los rodean y que podrían influir negativamente en la calidad de vida.

Conclusiones

- De la sintomatología climatérica estudiada haciendo uso de la escala MRS, se ha observado el siguiente orden de afectación:
  - La psicológica: estado de ánimo depresivo, irritabilidad, ansiedad y cansancio físico y/o mental.
  - La esfera urológica: problemas sexuales, incontinencia urinaria y sequedad vaginal.
  - La esfera somática: sudoración, palpitaciones dificultad del sueño, molestias musculares y articulares, disminuyendo considerablemente la percepción de la calidad de vida cuando esta es relevante.
- De esta conclusión se extrae otra muy importante: las matronas no deben dejar de lado este aspecto tan importante y que afecta de forma tan negativa a la calidad de vida de las mujeres.
- La pertenencia a un grupo cultural u otra no afecta ni a la sintomatología climatérica ni a la percepción de la calidad de vida.
- El nivel socioeconómico sí tiene influencia sobre la percepción de la calidad de vida, siendo el nivel más bajo el que mayor deterioro presenta.
- La percepción de la calidad de vida de las mujeres climatéricas ceutíes es, en general, peor en comparación a la media española en mujeres en este mismo rango de edad. Pero, de todos modos, sigue siendo una buena calidad de vida.

Agradecimientos

A Jesús, sin tu dedicación y motivación no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo de investigación. Eres el mejor ejemplo de lo que es verdaderamente vocación por el trabajo.

A todas las matronas de los centros de salud, gracias por dejarnos parte de vuestro tiempo en las consultas para llevar a cabo el trabajo de campo.

A todas aquellas personas que desinteresadamente se han ofrecido y han aportado su granito de arena para la ejecución del trabajo.

Bibliografía

- Acién Álvarez P. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Obstetricia. Alicante: Editorial Mohillo; 2004.
- Aedo S, Porcile A, Irribarra C. Calidad de vida relacionada con el climaterio en una población chilena de mujeres saludables. Rev Chill Obstet Ginecol; 2006.
- Dueñas Díez JL, López Arregui E, González Navarro JV, Ordás Santo Tomás J, Sánchez Borrego R. Manual de Salud reproductiva en la adolescencia. Capítulo 7. Alteraciones menstruales por exceso. Sociedad Española de Contracepción; 2001.
- González Bosquet E, González Merlo J, González Bosquet J. Ginecología. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y posmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider H, Strelow F, Heinemann L et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.menopause-rating-scale.info
- Kalpakjian CZ, Toussaint LL, Quint EH, Reame NK. El uso de una escala de calificación de los síntomas en la menopausia estandarizado una muestra de mujeres con discapacidad física. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad de Michigan. Modelo de Lesión Médula Espinal Care System, 300 N. Ann Arbor, MI 48109, EE.UU.
- Leyva Moral JM. Percepción de la menopausia entre las diferentes culturas: revisión de la literatura. Metas Enferm 2008; 11(2):10-14.
- López AF, Soares De Lorenzi DR, d'Andretta Tanaka AC. Calidad de vida de mujeres en fase de transición menopáusica evaluado por la *Menopause Rating Scale* (MRS). Rev Chil Obstet Ginecol; 2010.
- Lugones Bote M, Ramírez Bermúdez M. Apuntes históricos sobre el climaterio y la menopausia Historical notes on climacteric and menopause. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi16408.htm
- Monterrosa Castro A, Paternina Caicedo A, Romero Pérez I. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. Iatreia junio-agosto 2011.
- Monterrosa Castro A. Calidad de vida de mujeres colombianas en el climaterio. Proyecto de investigación calidad de vida en la menopausia; 2012.
- Palaciosa S, Ferrer-Barriendosa J, Parrillac JJ, Castelo-Brancod C, Manubense M, Alberichf X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. Med Clin (Barc); 2004.
- Paternina Caicedo A, Monterrosa Castro A, Romero Pérez I. Evaluación de la calidad de vida en la menopausia,mediante la escala *Menopause Rating Scale* (MRS): una revisión sistemática. Med UNAB; 2011.
- Río de la Loza F, Mendoza Torres LJ, Murrillo Uribe A, Ortiz Luna G, Mota Galván MA, Santos González J. Evaluación clínica de la tibolona en el síndrome climatérico MA. Clínica de Climaterio. Instituto Nacional e Perinatología. Perinatol Reprod Hum 1997; 11(1):49-57.
- Rodríguez Adams EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Invest Medicoquir; 2012.
- Sadler TW. Embriología Médica de Langman. 7ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 1996.
- Salazar A, Paravic T, Barriga O. Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio. Rev Chil Obstet Ginecol; 2011.
- Sánchez Borrego R, Dueñas Diez JL, González Navarro JV, López Arregui E, Ordás Santo Tomás J. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Capítulo 8. Alteraciones menstruales por defecto. Sociedad Española de Contracepción; 2001.
- Síndrome premenstrual. Medline. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001505.htm
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEG). Menopausia. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.sego.es/revistas/xxxicns/?s=menopausia#content
- Torrens RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.

- Urdaneta J, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. Rev Chil Obstet Ginecol; 2010.
- Usuandizaga JA, De la Fuenta P. Tratado de obstetricia y ginecología. Volumen 2. Madrid: McGraw Hill/Interamericana; 2005.
- Yabur Taráis JA. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer venezolana durante la perimenopausia y la posmenopausia. Colección Razetti. Volumen X. Caracas: Editorial Ateproca; 2010.
- Zollner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. Qual Life Res; 2005.

dicen

Diario Independiente de Contenido Enfermero

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

Obesidad en la edad reproductiva y embarazo. Revisión de la bibliografía

[1] Laura Isabel Gramage Córdoba
[2] Adalberto Asins Cubells
[3] Salomé Álvarez Rodríguez
[4] Mª José Alonso Bellido

[1] Matrona. Centro de Salud de Chelva (Valencia).
[2] Matrón. Hospital de Sagunto (Valencia).
[3] Matrona. Área de Partos. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).
[4] Matrona. Zaragoza.

E-mail: lagraco@gmail.com

Resumen

Las tasas de sobrepeso y obesidad aumentan mundialmente, lo que da lugar a un problema de salud individual y pública. Esta situación no discrimina a las mujeres en edad reproductiva ni a las embarazadas, cuyas tasas también sufren un incremento.

Un peso excesivo está asociado a problemas de infertilidad, dificultad en la concepción e incluso abortos, aumentando, en caso de conseguir la gestación, el riesgo de sufrir resultados perinatales adversos. El sobrepeso y la obesidad materna al inicio de la gestación es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones obstétricas.

La siguiente revisión revela la evidencia de dichas complicaciones, así como algunas recomendaciones de interés en la práctica diaria, tanto en atención primaria como en especializada.

Palabras clave: sobrepeso; obesidad; embarazo; resultado obstétrico; índice de masa corporal.

Abstract

Obesity during fertile age and pregnancy: A literature review

Globally increasing overweight and obesity rates result in an individual and public health issue. This is also occurring in fertile women and pregnant women, with increasing rates being also observed in such populations.

Overweight is associated to infertility, difficulties to reach conception, and even miscarriages; and the risk for adverse perinatal outcomes is higher when conception is achieved. Maternal overweight and obesity at the beginning of pregnancy is an independent risk factor for obstetrical complications.

The present review shows evidences on such complications, and some recommendations of interest for the daily clinical practice, both in primary and in specialized care.

Key words: *overweight; obesity; pregnancy; pregnancy outcome; body mass index.*

Introducción

En España y en el ámbito mundial se está produciendo un incremento dramático de la población con sobrepeso y obesidad, lo que plantea un desafío significativo para la salud individual y pública.

Esta epidemia de obesidad no excluye a mujeres en edad reproductiva ni a gestantes. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres entre 20 y 39 años se ha incrementado a más del doble en los últimos 30 años, con lo que actualmente dos tercios de esta población presentan sobrepeso y un tercio obesidad[1].

Definición y clasificación del sobrepeso y la obesidad

Aunque no hay unanimidad respecto a los criterios a utilizar para definir el sobrepeso y la obesidad en las distintas etapas de la vida, el valor del índice de masa corporal (IMC) es el criterio más aceptado.

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

A partir de la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH)[2] se definen las categorías de IMC:

- Delgadez o bajo peso: IMC menor a 18,5 kg/m^2.
- Normopeso: IMC de 18,5 a 24,9 kg/m^2.
- Sobrepeso: IMC de 25 a 29,9 kg/m^2.
- Obesidad: IMC mayor o igual a 30 kg/m^2.
- Obesidad moderada o Clase I: IMC entre 30 y 34,9 kg/m^2.
- Obesidad grave o Clase II: IMC entre 35 y 39,9 kg/m^2.
- Obesidad mórbida o Clase III: IMC mayor o igual a 40 kg/m^2.

Objetivos

- Evaluar la influencia del sobrepeso y la obesidad en la reproducción.
- Conocer y adoptar medidas de adecuado control para las gestantes.
- Prevenir y manejar el sobrepeso y obesidad en la mujer.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, CINAHL y Cuiden. Se consultaron también tesis doctorales, fuentes documentales de interés en el ámbito nacional e internacional, guías y protocolos de organizaciones y sociedades científicas y profesionales.

Las palabras clave empleadas fueron *overweight; obesity; pregnancy; pregnancy outcome; body mass index*, y sus homólogos en español: sobrepeso; obesidad; embarazo; resultado obstétrico; complicaciones obstétricas e índice de masa corporal.

El límite temporal establecido ha sido los últimos 20 años. Los criterios de selección de búsqueda científica se establecieron acorde a las bases de datos empleadas, combinando en las cadenas de búsqueda las palabras clave con los operadores booleanos AND y OR según conveniencia.

Resultados

La revisión bibliográfica mostró 134 resultados de los que, eliminados los que no se tenía acceso completo, los que no tenían como sujeto de estudio los seres humanos y aquellos que se mostraron por duplicado, se seleccionaron 72.

Tras una segunda evaluación se decidió que 37 eran los más relevantes para esta revisión, siendo tres pertenecientes a sociedades científicas y profesionales y el resto eran artículos de revistas científicas y otras publicaciones de interés.

Consecuencias del sobrepeso y la obesidad en la mujer

Obesidad y reproducción

En contraposición con sus efectos en otros aspectos de la salud, el impacto del sobrepeso y la obesidad en la reproducción ha recibido menos atención.

La infertilidad presenta una prevalencia del 9-15% en los países industrialmente desarrollados[3], con una tendencia al aumento al verse relacionada con factores como el retraso en la edad materna, el descenso en la calidad del semen y la exposición a factores ambientales perjudiciales que pueden incluirse bajo el término "estilo de vida". Estudios como el presentado por Rich en 2002 y Davies, posteriormente en 2006, han establecido una clara relación entre infertilidad y peso corporal[4,5].

En el área de ginecología y reproducción, la obesidad se ha asociado con alteraciones menstruales, hirsutismo, infertilidad, aborto y complicaciones obstétricas[6]. Además, el 50% de las mujeres con sobrepeso u obesidad tienen ovarios poliquísticos o síndrome de ovarios poliquísticos (SOP)[7].

Como describen Ferrando y Bellver[8], las principales características fisiopatológicas por las que la obesidad afecta a

la reproducción son: el hiperinsulinismo, el hiperandrogenismo funcional y la anovulación. Obviamente, el cuadro clínico completo es más frecuente cuando existe obesidad mórbida o cuando hay asociación con un SOP.

Concepción del embarazo en la mujer obesa

Se ha descrito un retraso en la concepción espontánea en mujeres obesas, debido a un mayor riesgo de infertilidad de causa ovulatoria (anovulación)[4]. Incluso en mujeres obesas ovuladoras con ciclos regulares se ha observado que la probabilidad de embarazo acumulada a lo largo de un año se reduce en un 5% por cada unidad de IMC que excede 29[9].

Fecundación *in vitro* (FIV)

Los procesos de FIV con o sin inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) en mujeres obesas bajo hiperestimulación ovárica controlada (HOC), requieren altas dosis de gonadotrofinas debido a una resistencia a la acción de las mismas, que conduce a una peor respuesta ovárica. Además, las pacientes obesas bajo HOC requieren periodos más largos de estimulación y presentan mayores tasas de cancelación tanto en inducción de la ovulación como en FIV/ICSI[10].

El estudio unicéntrico más grande publicado hasta el momento sobre el impacto del IMC de la mujer en los resultados de la FIV, el cual incluyó 6.500 ciclos, mostró que las tasas de implantación y gestación se reducían significativamente conforme aumentaba el IMC[11]. Otro estudio epidemiológico que evaluó 45.163 transferencias embrionarias de reproducción asistida demostró un riesgo incrementado de no lograr una gestación intrauterina conforme el IMC aumentaba[12].

Evolución de la gestación: aborto

Se han descrito mayores tasas de aborto en las mujeres obesas embarazadas, tanto si la gestación es espontánea como si es tras inducción de ovulación o de FIV/ICSI[6]. Estas tasas se refieren tanto a abortos bioquímicos, como clínicos y de repetición.

No se conoce si la mayor tasa de aborto del primer trimestre en las mujeres obesas es claramente debida a factores ovocitarios (ovocitos de menor calidad) o endometriales (defecto en la receptividad del mismo) o a ambos, aunque sí parece no estar relacionada con su causa más frecuente, las anomalías cromosómicas embrionarias, tal y como se muestra en un estudio en el que la prevalencia de estas disminuyó conforme el IMC de la paciente fue mayor[13].

Complicaciones en la gestación/parto

El sobrepeso y la obesidad materna al inicio de la gestación es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones obstétricas[14]. Estos hallazgos han sido similares al estudiar diferentes grupos étnicos[15] y de edad[16].

Complicaciones maternas

A. Hipertensión gestacional

Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son una de las complicaciones de mayor repercusión en la salud materna, siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad en la mujer embarazada.

No solo existen repercusiones maternas, sino también fetales, ya que la alteración placentaria asociada puede producir restricción del crecimiento intrauterino (CIR), con potencial riesgo de muerte fetal y obligar a finalizar la gestación antes de tiempo. Los EHE constituyen una de las primeras causas de prematuridad electiva.

Los estudios disponibles demuestran la asociación entre la obesidad y las enfermedades hipertensivas del embarazo. El riesgo de hipertensión inducida por la gestación es de dos a tres veces superior en mujeres obesas en comparación con gestantes de peso normal[17-19] incrementándose aún más el riesgo si se aumenta la categoría de IMC a obesidad mórbida[18,19]. Así, se establece como la gravedad del cuadro aumenta proporcionalmente con una categoría mayor de IMC, el riesgo de preeclampsia es tres veces mayor en mujeres con IMC> 30 [OR 3,1, IC 95% 2,8-3,5][20]. Aumentando el riesgo hasta siete veces más si se estudian mujeres con IMC> 35 [OR 7,2, IC 95% 4,7-11,2][18].

Robinson et al.[19] compararon los resultados perinatales obtenidos entre enero de 1988 y diciembre de 2002 entre un grupo de mujeres que clasificaron como no obesas (55-75 kg) y otro que definieron como obesidad moderada (peso superior a 90 kg) y obesidad severa (más de 120 kg). Las mujeres con obesidad moderada tuvieron un riesgo incrementado de enfermedad hipertensiva del embarazo. El *odds ratio* cuando se comparó con el grupo control fue de 2,38 (IC 95%: 2,24-2,52) y de 3,00 (IC 95%: 2,49-3,62) cuando se consideró el grupo de mujeres con obesidad severa. Con respecto al grupo de gestantes no obesas, se registró un caso de hipertensión inducida por el embarazo de más, por cada 10 gestantes con obesidad moderada y por cada siete mujeres con obesidad severa[19].

Además, la obesidad se asocia con las formas más graves de hipertensión. En el grupo de obesidad moderada, el *odds ratio* de hipertensión grave inducida por el embarazo, incluyendo síndrome HELLP, fue de 1,56 (IC 95%: 1,35-1,80) y para el de obesidad severa 2,34 (IC 95%: 1,59-3,46)[14].

B. Diabetes gestacional

La diabetes mellitus constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo afectando al pronóstico materno y fetal. Aproximadamente un 1% de todas las mujeres embarazadas presenta diabetes antes de la gestación (diabetes pregestacional) y hasta un 12% presentará diabetes en el transcurso del embarazo (diabetes gestacional).

En el estudio realizado por Baeten en 2001[21] en gestantes nulíparas, se observa que el riesgo de diabetes gestacional es dos veces mayor en las mujeres con sobrepeso (OR 2,4, IC 95% 2,0-2,9) y cinco veces mayor para las mujeres con obesidad (OR 5,2, IC 95% 4,3-4,6), frente a ello las mujeres con delgadez y normopeso se sitúan con una OR de 1,0 y 1,3, respectivamente. Siguiendo la misma línea de investigación Chu et al.[22], evalúan el riesgo de sufrir una diabetes gestacional como nueve veces mayor en mujeres con obesidad mórbida (OR 8,7, IC 95% 5,1-16,0).

Ante esta situación de riesgo, el Grupo Español de Diabetes y Embarazo recomienda realizar el despistaje de diabetes gestacional mediante el test de O'Sullivan en las gestantes obesas (IMC≥ 30) en la primera consulta prenatal. Si el resultado es normal, se repetirá siguiendo el cribado habitual entre la semana 24-28 de gestación[23].

C. Inducción del parto

Las gestantes obesas tienen tres veces más riesgo de tener un parto inducido (OR 3,2, IC 95% 2,2-4,6)[17]; para las adolescentes el aumento en la frecuencia de inducciones se traduce en 1,4 (IC 95% 1,3-3,7)[16] y hasta 2,7 para las pacientes con obesidad mórbida (IC 95% 2,4-3,2)[19].

D. Cesárea

El índice de masa corporal se relaciona con la capacidad de las mujeres primíparas a dar a luz por parto vaginal. La mayoría de estudios realizados muestran un incremento de la tasa de cesáreas, incluso analizando la cesárea como variable independiente, estos resultados se mantienen. Es decir, que a pesar de las comorbilidades que podrían justificar por sí mismas una elevada tasa de cesáreas, la obesidad es suficiente como para justificar la alta tasa de estas.

El estudio multicéntrico prospectivo de Dietzl[24] muestra la relación entre el índice de masa corporal y la tasa de cesáreas. Sus resultados revelaron una tasa de cesáreas del 15% en mujeres con normopeso, frente al 30 y 39% en gestantes obesas y obesas mórbidas respectivamente.

Otros estudios han mostrado resultados similares[25], de manera que se establece la obesidad materna como un factor de riesgo para el parto por cesárea incluso pudiéndose establecer una relación de carácter lineal entre el aumento en la categoría del IMC y el riesgo a una cesárea.

E. Parto vaginal tras cesárea

El parto vaginal tras cesárea es una técnica obstétrica cada vez más empleada.

La tasa de éxito oscila entre el 72-76%, llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo. Sin embargo, si se evalúa la tasa en gestantes obesas esta tasa se reduce al 54-68%[23]. Los estudios publicados concluyen que las probabilidades de éxito de un parto vaginal en obesas con cesárea anterior es menor que en pacientes no obesas[26].

F. Parto instrumentado

Pocos estudios contemplan la relación del índice de masa corporal con el parto instrumentado. En el estudio de Robinson et al.[19] los resultados al respecto no alcanzaron una evidencia estadísticamente significativa para establecer ningún tipo de asociación.

Si se tiene en cuenta no solo el índice de masa corporal, sino el aumento de peso durante el embarazo se encuentran las publicaciones de Kabiru et al.[27], quienes establecieron una cohorte de 5.131 mujeres con gestación única, las clasificaron según el índice de masa corporal previo al embarazo y estas fueron subclasificadas en tres grupos según si la ganancia ponderal durante la gestación las había hecho mantenerse en la categoría de IMC de la que partían, habían subido a la categoría inmediatamente siguiente a la de partida, es decir, un grado, o si el aumento de peso había sido tal que incrementaban la categoría de IMC en más de un grado. Tras ello, encontraron una evidencia estadísticamente significativa para establecer que el incremento en la categoría de IMC en mujeres con sobrepeso está asociado a mayor tasa de partos instrumentales, sin distinción entre ventosa, fórceps o espátulas. En su cohorte de estudio, el 11% de las gestantes con sobrepeso al principio de la gestación que habían subido una categoría en la clasificación de IMC al final de la misma tuvieron un parto instrumentado, aumentando a una tasa del 17,3% si se observan a las gestantes que partían de sobrepeso y alcanzaron un incremento de más de una categoría de IMC[27].

G. Anestesia obstétrica

En gestantes obesas se describen con mayor frecuencia complicaciones asociadas a la anestesia, como aumento del número de intentos y de la tasa de fallos de la anestesia epidural, punción dural inadvertida y dificultad de intubación. Por este motivo, es recomendable una evaluación precoz de todas las gestantes obesas por parte del anestesista para preparar un plan de anestesia en el parto[23].

H. Tromboembolismo

El embarazo supone una situación de aumento de riesgo trombótico venoso. Dentro de los cambios fisiológicos que acontecen en la mujer embarazada, a nivel hematológico se produce un aumento de los factores procoagulantes y una disminución de la fibrinólisis

Las mujeres con un IMC> 30 kg/m^2 tienen un riesgo doble de trombosis durante el embarazo que las mujeres no obesas[28].

En una serie de 683 gestantes con un IMC> 29 kg/m^2, comparadas con un grupo de 660 gestantes con IMC de 20-25 kg/m^2, se observó un incidencia de tromboembolismo del 2,5% en las obesas y del 0,6% en el grupo con peso normal[29].

I. Muerte materna

La incidencia de la obesidad sobre la mortalidad materna y/o fetal no ocurre directamente. Sin embargo, las principales causas de la mortalidad materna como la hemorragia posparto, la preeclampsia, la sepsis o el parto obstruido[30], se ven aumentadas significativamente por la presencia de obesidad[31] (Tabla 1).

Complicaciones fetales y neonatales

A. Limitaciones diagnósticas

La tasa de detección de malformaciones o de marcadores de aneuploidía es significativamente menor en mujeres obesas respecto a la población general debido a que el tejido adiposo ofrece resistencia al paso de los ultrasonidos.

Aproximadamente un 15% de las estructuras normalmente visibles serán visualizadas de manera subóptima en gestantes con obesidad moderada. En mujeres con obesidad mórbida, solo el 63% de las estructuras será correctamente visualizada. Las estructuras anatómicas que habitualmente no se visualizan adecuadamente con el incremento del IMC incluyen el corazón fetal, la columna vertebral, los riñones, el

Tabla 1. Resumen de complicaciones de la obesidad en gestación y parto

diafragma y el cordón umbilical. La realización de una nueva ecografía a las 2-4 semanas de la primera evaluación fetal a las 20 semanas reduce el número de fetos visualizados de manera subóptima. Sin embargo, entre un 12-20% de los fetos (dependiendo del IMC) serán visualizados de manera subóptima a pesar de este doble cribado[23].

B. Malformaciones congénitas

Se ha descrito un riesgo aumentado de anomalías congénitas en fetos de madres obesas y con sobrepeso. Existe evidencia científica que demuestra un aumento específico en el riesgo de defectos del tubo neural (OR 3,5)[23], y cardiopatías (OR 2,0)[32]. Además, la prevalencia de anomalías como la hidrocefalia, el labio leporino y la atresia anorectal también estaría aumentada. En cuanto a los defectos de pared abdominal, algunos autores han descrito un aumento en la prevalencia de onfalocele (OR 3,3)[32], aunque otros autores han objetivado una reducción de prevalencia de gastrosquisis.

Tal y como describe la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en mujeres con IMC> 30, se debe recomendar 5 mg de ácido fólico diario preconcepcional, al menos un mes antes de la concepción y en el primer trimestre. Además, se debe informar del riesgo incrementado de anomalías congénitas. La ecografía de la semana 20 debe ofrecerse entre las semanas 20 y 22; no antes[23].

C. Prematuridad

El aumento en la incidencia de recién nacidos prematuros hijos de madres obesas está relacionado principalmente con las patologías asociadas y las complicaciones que le acompañan[7].

D. Macrosomía

El índice de masa corporal elevado al inicio de la gestación influye en el desarrollo macrosómico del feto, mucho más que la ganancia ponderal durante el embarazo. Desde el trabajo de Edwards et al.[29], en 1996, se sabe que a igual ganancia de peso durante el embarazo, el peso del recién nacido será mayor en las mujeres con mayor peso al inicio de la gestación.

E. Distocia de hombros

Es una de las complicaciones más graves en el expulsivo. Su presentación es impredecible, sorpresiva, potencialmente fatal y debe resolverse de forma inmediata, con los medios al alcance, en un plazo menor a cinco minutos [33]. El diagnóstico se realiza *in situ*.

La etiología se relaciona con los fetos de hijos de madres diabéticas y obesas. Cedergren[34] encontró una frecuencia tres veces mayor en las pacientes con obesidad mórbida [OR 3,14, IC 95% 1,86-5,31]. Estos hallazgos pueden deberse a la frecuencia más alta de fetos macrosómicos, ya que Robinson et al.[35] únicamente encontraron más riesgo de distocia de hombros en fetos con peso de 4.000-4.499 g [OR 9,0, IC 95% 6,5-12,6] y de 4.500 o más [OR 35,9, IC 95% 19,1-81,4] y no encontraron aumento de riesgo en fetos con pesos normales y madres obesas [OR 0,9, IC 95% 0,5-1,6][27].

F. Muerte fetal anteparto

La tasa de muertes fetales anteparto en las gestantes con sobrepeso y obesidad está incrementada en comparación con las mujeres con peso normal e incluso delgadez[17, 36]. En las mujeres con sobrepeso el riesgo es de 1,5 (IC 95% 1,0-2,3), alcanzando un aumento de riesgo de 2,0 (IC 95% 1,2-3,1) si se estudia las mujeres con obesidad y de 1,1 a 2,8 en el caso de las pacientes con obesidad mórbida[16,19].

Pese a la gran trascendencia de una muerte fetal, resulta sorprendente la escasa literatura científica de calidad acerca del tema. No se encuentran estudios concluyentes que demuestren cuál es el motivo de este incremento en el riesgo de muerte fetal anteparto en las mujeres con sobrepeso y obesidad, sin embargo, se relaciona con la patología que se asocia a este grupo de pacientes, principalmente diabetes mellitus y enfermedad hipertensiva del embarazo[15], la disfunción fetoplacentaria[37], los cambios metabólicos como hiperlipidemia o descenso de prostaglandinas, la disminución de la percepción de los movimientos fetales, o apneas nocturnas con desaturaciones transitorias, entre otros.

G. Muerte neonatal

La mortalidad neonatal aumenta en las mujeres obesas, hallando una frecuencia casi tres veces mayor en este grupo de gestantes (OR 2,7, IC 95% 1,2-6,1), aumentando este riesgo aún más en el grupo de obesidad mórbida (OR 3,4, IC 95% 2,0-5,6) tal y como recoge la publicación de Cedergren[34].

Prevención y manejo del sobrepeso y la obesidad

La necesidad de establecer medidas preventivas se fundamenta en que el impacto para disminuir la tasa de incidencia y prevalencia es mejor cuando se previene que cuando se identifica y se maneja adecuadamente la enfermedad. Además, con obesidad aumenta significativamente la incidencia y la prevalencia de múltiples patologías, que no solo disminuyen la calidad de vida, sino que afectan la produc-

tividad y aumentan los costos de atención médica de la población a una edad inversamente proporcional y con una severidad directamente proporcional al grado de adiposidad abdominal, y que se han constituido en las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general de un gran número de países, dentro de los cuales se encuentra España.

Para la mujer en edad reproductiva el objetivo debe ser evitar el sobrepeso y la obesidad antes de la gestación y que durante la misma el control de peso sea tal que no cambie su categoría de IMC hacia la de obesidad.

El creciente incremento de la obesidad obliga a establecer criterios de intervención en dos campos: la prevención o cambios en el estilo de vida –plan de alimentación, actividad física y modificación conductual- y la terapéutica –farmacoterapia y cirugía-[37]. Siendo el primer campo el de elección en la gestante.

Conclusiones

- El sobrepeso y la obesidad pueden prevenirse.
- El sobrepeso y la obesidad al inicio de la gestación es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de complicaciones obstétricas.
- Un peso excesivo está asociado a problemas de infertilidad y a un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos.
- Se recomienda realizar el despistaje de diabetes gestacional mediante el test de O'Sullivan en las gestantes obesas en la primera consulta prenatal. Si es normal, se repetirá el cribado entre la semana 24-28 de gestación.
- Es recomendable una evaluación precoz de todas las gestantes obesas por parte del anestesista.
- En mujeres con IMC> 30, se debe recomendar 5 mg de ácido fólico diario al menos un mes antes de la concepción y en el primer trimestre. Se debe informar del riesgo incrementado de anomalías congénitas. La ecografía de la semana 20 debe ofrecerse entre las semanas 20 y 22.
- El objetivo debe ser evitar el sobrepeso y la obesidad antes de la gestación y durante la misma el control del peso será tal que no le lleve a cambiar su categoría de IMC.

Bibliografía

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consulation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000; 894:1-12, 1-253.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obesity in pregnancy. ACOG Committee opinion No. 315. Obstet Gynecol 2005; 106:671-675.
3. Boivin J, Bunting L, Collins JA. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod 2007; 22:1506-12.
4. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Garland M, Hertzmark E, Hunter DJ, Colditz GA, et al. Physical activity, body mass index and ovulatory disorder infertility. Epidemiology 2002; 13:184-190.
5. Davies M. Evidence for effects of weight on reproduction in women. Reprod. Biomed Online 2006; 12:552-561.
6. Bellver J, Busso C, Pellicer A, Remohí J, Simón C. Obesity and assisted reproductive technology outcomes. Reprod Biomed Online 2006; 12:562-568.
7. Yu C, Teoh T, Robinson S. Obesity in pregnancy. BJOG 2006; 113:1117-25.
8. Ferrando M, Bellver J. Impacto de la obesidad sobre la reproducción humana natural y asistida. Rev Esp Obes 2008; 6:302-316.
9. Van der Steeg JW, Steures P, Eijkemans MJC, Habbema JD, Hompes PG, Burggraaff, et al. Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. Hum Reprod 2008; 23:324-328.
10. Fedocksák P, Dale P, Storeng R, Ertzeid G, Bjercke S, Oldereid N, et al. Impact of overweight on assisted reproduction treatment. Hum Reprod 2004; 11: 2523-8.
11. Bellver J, Ayllón Y, Ferrando M, Melo M, Goyri E, Pellicer A, et al. Female obesity impairs in vitro fertilization outcome without affecting embryo quality. Fertil Steril 2010; 93:447-454.
12. Luke B, Brown MB, Stern JE, Missmer SA, Fujimoto VY, Leach R. Female obesity adversely affects assisted reproductive technology (ART) pregnancy and live birth rates. Hum Reprod 2011; 26:245-252.
13. Landres IV, Milki AA, Lathi RB. Karyotype of miscarriages in relation to maternal weight. Hum Reprod 2010; 25:1123-6.
14. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, Gozalez N, et al. Body mass index has a greater impact on pregnancy outcomes than gestational hyperglycaemia. Diabetologia 2005; 48:1736-42.
15. Rosenberg T, Garbers S, Lipkind H, Chiasson MA. Maternal obesity and diabetes as 105 risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnics groups. Am J Public Health 2005; 95:1544-51.
16. Sukalich S, Mingione M, Glantz C. Obstetric outcomes in overweight and obese adolescents. Am J Obstet Gynecol 2006; 195:851-855.

17. Jensen DM, Damm P, Sorensen B, Molsted-Pedersen L, Westergaard JG, Ovesen P, et al. Pregnancy outcome and prepregnancy body mass index in 2459 glucose-tolerant Danish women. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:239-244.

18. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. BMC Public Health 2007; 7:168.

19. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, Heather E, Collen M, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. Obstet Gynecol 2005; 106:1357-64.

20. Bodnar LM, Catov JM, Klebanoff MA, Ness RB, Roberts JM. Prepregnancy body mass index and the ocurrence of severe hypertensive disorders of pregnancy. Epidemiol 2007; 18:234-239.

21. Baeten MJ, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. Am J Public Health 2001; 91:436-440.

22. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. Diabetes Care 2007; 30:2070-6.

23. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Obesidad y embarazo. Madrid: SEGO; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2015]. URL disponible en: http://www.prosego.com/

24. Dietl J. Maternal obesity and complications during pregnancy. J Perinat Med 2005; 33:100-105.

25. Barau G, Robillard P, Hulsey T, Dedecker F, Laffite A, Gérrardin P, et al. Linear association between maternal pre-pregnancy body mass index and risk of caesarean section in term deliveries. BJOG 2006; 113:1173-7.

26. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006; 108:125-133.

27. Kabiru W, Raynor BD. Obstetric outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:928-932.

28. Yogev Y, Catalano PM. Pregnancy and obesity. Obstet Gynecol Clin North Am 2009 Jun; 36:285-300.

29. Edwards LE, Hellerstedt WL, Alton IR, Story M, Himes JH. Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal-weight women: effects of gestational weight change. Obstet Gynecol 1996; 87:389-394.

30. Betran AP, Wojdyla D, Posner SF, Gulmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. BMC Public Health 2005; 5:131.

31. Khashan AS, Kenny LC. The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. Eur J Epidemiol 2009; 24:697-705.

32. Ramsay JE, Greer IA. Obesity in Pregnancy. Fetal Maternal Med Rev 2004; 15:109-132.

33. Cunningham FG, Norman FG, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstronm KD. Williams Obstetricia. 22ª ed. México: Mc Graw-Hill/Interamericana; 2005.

34. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol 2004; 103:219-224.

35. Robinson H, Tkatch S, Mayes DC, Bott N, Okun N. Is maternal obesity a predictor for shoulder dystocia? Obstet Gynecol 2003; 101:24-27.

36. Catalano PM. Managment of obesity in pregnancy. Obstet Gynecol 2007; 109:419-433.

37. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2007; 128:184-196.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS

LA CARTA DE MADRID (2005)

Desde el inicio de la nueva andadura de esta revista incluimos una sección titulada "Aquí y ahora" que pretende hacer un bosquejo del grado de cumplimiento de las competencias de matrona en las instituciones hospitalarias de España.

En el equipo editorial definimos una serie de preguntas, cuyas respuestas pusieran a la vista de los lectores un panorama general de los derroteros por los que en cada establecimiento sanitario encuestado se movían las matronas, y en definitiva mostrar el tipo de asistencia obstétrica prestada en cada hospital colaborador.

Una de las preguntas reza: "Hablando de modelo o política asistencial ¿en qué forma ha cambiado el modelo después del año 2005 con la Carta de Madrid o con el Documento de Estrategia de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad de 2007?". Esta cuestión tiene una doble intención, por una parte y la más principal, saber qué cambios positivos se han hecho en este terreno que a todos nos incumbe y a lo que ineludiblemente estamos obligados los profesionales de la asistencia obstétrica; por otro lado, intuíamos que la difusión de la Carta de Madrid no ha tenido la repercusión que merece sin saber exactamente a qué intereses o circunstancias responde tal hecho.

La Asociación Española de Matronas (AEM) quiere desde esta plataforma de divulgación, más que reclamar una autoría y el derecho del reconocimiento por habernos adelantado al movimiento en favor de un parto más humanizado, algo que es absolutamente lícito sin duda, no dejar que este documento quede velado sin hacer justicia a quienes "hemos empujado el carro del cambio" y, por otra parte, dejar en la ignorancia del desarrollo del mismo a muchos colegas que recién acaban de llegar a la profesión y que en ocasiones, cegados por la euforia de la novedad, no son capaces de retrotraerse a los orígenes del cambio.

La historia no es un relato, nunca una fantasía, es una recopilación de hechos, actos y sucesos acaecidos en el transcurso del tiempo de los que se derivan unas consecuencias. Creemos que no sería justo ni siquiera bueno que este documento se pierda en el olvido, que quede escondido hasta quién sabe cuándo algún historiador lo desempolve y, analizando los pormenores del cambio en la asistencia al parto del siglo XXI en España, se reconozca de forma objetiva y racional que "todo empezó mucho antes" de que la oficialidad institucional se manifestara; porque muchas matronas desde el conocimiento profundo de la fisiología del parto y nacimiento, de las mujeres y sus hijos, antes de esta, llamémosla revolución asistencial institucionalizada en la atención al parto en la España del siglo XXI, hacía mucho tiempo que pedían el cambio, propiciaban el cambio, ayudaban a que el cambio llegara, a pesar de lo cual es posible que sus peticiones no hayan sido las más atendidas.

La Carta de Madrid es el documento que, fechado en 2005, se adelantó a la planificación de la Estrategia de Atención al Parto rubricada por el Ministerio de Sanidad, en cuya elaboración también la AEM participó y supuso el "pistoletazo de salida" para el nuevo cambio en la asistencia al parto y nacimiento en España en este nuevo siglo. La propia AEM encargó las correspondientes versiones del documento en francés, inglés, alemán y portugués.

En términos bursátiles se dice que el capital estará integrado por las aportaciones de todos los socios, y cierto es que ninguna de ellas por modesta que sea se desprecia. En el caso de este documento, entendemos que no es una aportación modesta, sino muy especial ya que su importancia deriva de la pertinencia del manifiesto, de su anticipación y de los socios participantes en su redacción: además de la Asociación Española de Matronas, entidades de reconocido prestigio como la Universidad de Campinas de Brasil, la Universidad Complutense y el Hospital Clínico ambos de Madrid, fueron los firmantes de este documento en el marco del I Seminario Internacional Complutense "Nuevas perspectivas en la atención al parto de bajo riesgo" (Madrid, 2005) organizado con ese objetivo por la AEM.

LA CARTA DE MADRID (2005)

"Por la mejora en la Asistencia en los Partos de Bajo Riesgo"

Nosotras y nosotros, profesionales de salud involucrados con la asistencia al parto y nacimiento, reunidos los días 8 y 9 de abril de 2005 en Madrid, preocupados por contribuir a la mejora de la asistencia al parto y nacimiento de bajo riesgo en nuestros países estamos dispuestos a emprender acciones que contribuyan al desarrollo de prácticas adecuadas en la atención del nacimiento, de modo que se posibilite a las mujeres un parto más armonioso y seguro y a las futuras generaciones una entrada más acogedora a la vida.

El grupo reconoce la necesidad de respetar los procesos fisiológicos y los valores culturales de cada sociedad, así como promover una asistencia multiprofesional e interdisciplinaria.

Considerando:

1. La importancia que esta discusión asume al abordar uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer y de su familia, como célula esencial de toda sociedad.
2. La importancia de basar nuestra práctica clínica en evidencias científicas, de adoptar procedimientos y prácticas comprobadas como eficaces y de restringir prácticas innecesarias.
3. La importancia de rescatar el nacimiento como evento existencial y sociocultural crítico, con profundas y amplias repercusiones personales.
4. La importancia de acrecentar la participación de la pareja en el proceso del parto y el nacimiento.
5. La importancia de asociar conocimiento técnico y científico sistematizado y comprobado en prácticas cotidianas.

Basándonos en los principios de la bioética y en evidencias científicas, proponemos:

1. Atención centrada en la familia.
2. Preparación integral de la pareja para el parto y lactancia materna.
3. Estimular la compañía de personas seleccionadas por la mujer.
4. Evitar el uso sistemático de dudosa eficacia (enema, rasurado).
5. Adaptar los servicios para permitir la deambulación de la parturienta.
6. Flexibilizar las prácticas referentes a dietas durante el periodo de dilatación.
7. Simplificar los protocolos de monitorización.
8. Promover el uso de medios no farmacológicos para alivio del dolor.
9. Considerar la adopción de postura de elección de la mujer durante el periodo expulsivo.
10. Política de uso restrictivo de la episiotomía.
11. No realización de la maniobra de Kristeller en ningún momento del periodo expulsivo.
12. Evitar ligadura precoz del cordón umbilical salvo indicaciones absolutas.
13. Garantía del contacto precoz entre madre y bebé inmediatamente al nacimiento.
14. Garantía de la no separación de la madre y del bebé.
15. Garantía de alojamiento conjunto en el puerperio.
16. Estímulo y protección de la lactancia materna.
17. Entrenamiento continuo de todo el equipo.
18. Estimular el abordaje interdisciplinar.

Estas propuestas están perfectamente en sintonía con los documentos elaborados con el mismo propósito en otras reuniones similares en países de Europa y América (Washington, Fortaleza y Trieste), con participación de destacados profesionales ligados a la salud materno-infantil.

Las personas que en este momento están involucradas en el análisis de la trascendencia del modelo de asistencia al parto (ciudadanos, médicos, enfermeras, comadronas, tocólogos, etc.) disponen de una oportunidad única para tejer la red que podrá constituirse en el más eficiente modelo de atención al parto y nacimiento creado por el ser humano.

Se dispone de informaciones sobre prácticas indígenas de atención al parto, algunas de las cuales (masajes, versiones, posición vertical) son altamente eficaces y podrían ser incorporadas a la práctica diaria.

Nunca se tuvo acceso a tantas informaciones sobre la fisiología del parto y del nacimiento y sobre los tipos de atenciones que son de interés para la mujer en este proceso. Las tecnologías adecuadas están a disposición para que se adopte cualquier modelo de atención. Hoy es posible aplicar la tecnología apropiada, en combinación con los aspectos humanísticos y los conceptos defendidos por el holismo.

Podemos de hecho crear el mejor modelo posible.

Madrid, 9 de abril de 2005

Fdo: Asociación Española de Matronas
Hospital Clínico (Madrid)
Universidad Complutense (Madrid)
Universidad de Campinas (Brasil)

enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO PORTAL

Portal líder en información para estudiantes y profesionales en Enfermería

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

auladae Grupo Paradigma | aulaeir Grupo Paradigma | aulaope Grupo Paradigma | bibliotecadigital Grupo Paradigma | encuentr@

www.enfermeria21.com

ENTREVISTA a la supervisora y matronas del Hospital de Laredo

El Hospital de Laredo (Cantabria) es un hospital público perteneciente a la red asistencial del Servicio Cántabro de Salud (SCS), situado en el Oriente de Cantabria (lindante con el País Vasco), concretamente en la villa de Laredo famosa por su atractivo turístico, resultado de la combinación perfecta de un rico patrimonio histórico-artístico y la belleza y singularidad de sus espacios y paisajes, que la han convertido en uno de los enclaves privilegiados de la costa cantábrica.

El hospital, inaugurado hace ahora 25 años (1990), ha sufrido a lo largo de su existencia una importante ampliación para dar cobertura al incremento poblacional experimentado en las dos últimas décadas en el Área Sanitaria II de Cantabria, en la que se ubica este centro hospitalario. Actualmente, dispone de un total de 103 camas para la cobertura sanitaria de la zona, de las cuales, 13 están destinadas al servicio de gineobstetricia.

A pesar de ser un hospital comarcal tiene una importante proyección y un nivel de trabajo destacable, por ello ha sido galardonado con el premio Top 20 en 2007 organizado por la empresa de información sanitaria IASIST.

De igual manera, el buen trabajo realizado en la asistencia a la gestante y recién nacido, culminó el 23 de octubre de 2007 en la consecución de la acreditación de UNICEF como Hospital IHAN (Iniciativa Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia).

El nivel asistencial de este hospital (Nivel I) limita la atención obstétrica a gestaciones de bajo riesgo y partos > 34 SG contando, eso sí, con la posibilidad de efectuar con garantías de seguridad las derivaciones necesarias al centro de referencia, según criterios de derivación previamente establecidos, a la Residencia Cantabria (Hospital Valdecilla, Nivel III); de la misma manera los recién nacidos que precisen atención neonatal especializada, serán derivados a esta institución sanitaria que ofrece los requisitos tecnicosanitarios de nivel más elevado.

Vista parcial del Hospital Comarcal de Laredo

Durante el año 2014 se han atendido en el hospital un total de 468 partos, una cifra un poco inferior a años anteriores debido posiblemente al descenso generalizado de la natalidad global que se está notando en España en la última década.

La zona de partos cuenta con un área de monitorización fetal de cinco camas, tres dilataciones (una de ellas dilatación-paritorio), un paritorio y un quirófano.

El equipo obstétrico consta de: ocho ginecólogos, ocho matronas (dos de día y una de noche) y cinco auxiliares de enfermería.

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

Respuesta. Las matronas trabajamos en el área de partos fundamentalmente. En esta área, además de la atención al parto, realizamos la cobertura de las urgencias obstétricas, controlamos los registros cardiotocográficos, la asistencia de las gestantes ingresadas y también de las gestantes que acuden a la consulta de obstetricia (p. ej. embarazos prolongados, semana 40, etc.).

Fuera de nuestra área, las matronas acudimos al Área de Reanimación para realizar el contacto "piel con piel" y el inicio de la lactancia materna tras la realización de una cesárea, para lo que tenemos un box habilitado y privado. Previamente, acudimos al Área Quirúrgica para abordar la misma tarea durante el desarrollo de la cesárea, es decir, realizamos el contacto "piel con piel" con la madre mientras se realiza la cesárea.

Además, las matronas tenemos una consulta de información prenatal para las gestantes de más de 30 semanas, la cual está incluida en los doce pasos del IHAN. En esta charla informamos a las mujeres a cerca de la lactancia, el parto, la donación de sangre de cordón, etc., y realizamos una visita al paritorio.

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

R. Realizamos el registro de datos a través del partograma, además, el sistema de monitorización que tenemos nos permite realizar anotaciones digitales, a tiempo real, quedando grabadas en el sistema operativo desde el primer momento que una gestante es monitorizada.

El registro de partos se realiza manualmente en el "libro de partos" y digitalmente a través del programa CLINICA. Un informe del registro del parto se envía a través de Intranet a la matrona de Atención Primaria nada más finalizar el parto.

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. Como comentaba al inicio, el Hospital de Laredo pertenece al grupo de Hospitales IHAN comprometidos con la lactancia materna y la atención al parto. Durante el año 2014 se ha superado la evaluación satisfactoriamente. Así, por ejemplo, nuestro hospital informa de los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerlo en práctica desde el inicio del embarazo, tanto desde las consultas de obstetricia como en la consulta de información prenatal. Iniciamos la lactancia materna en el paritorio o en la zona de reanimación desde el nacimiento. En la planta de puerperio existe una enfermera dedicada exclusivamente al apoyo a la lactancia; se realizan sesiones periódicas del comité de lactancia del hospital.

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

R. El Documento de Estrategia de Atención al Parto de 2007 nos ha servido para fortalecer aún más la labor que veníamos realizando desde años anteriores. Esta labor, de forma explícita y pública, se ha materializado en la *Guía de actuación en el parto de baja intervención Hospital de Laredo* en consonancia con las directrices sanitarias marcadas al respecto por el propio Ministerio de Salud, como ya hemos mencionado, y refrendadas estas por la Consejería de Sanidad de Cantabria. Durante ese año, el Servicio Cántabro de Salud y la Dirección del Hospital se han comprometido de forma especial con la asistencia a la maternidad, haciendo que nos mejorasen las instalaciones y la dotación de recursos técnicos, lo que nos ha servido para mejorar en buena parte la calidad asistencial.

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

R. Nuestra Área de Salud no es una zona de mucha inmigración. En el año 2014 hemos atendido un 15% de inmi-

Chus Barcenillas (matrona-supervisora), Mª Ruiz (matrona). Aspecto del paritorio

grantes cuya procedencia principal son los Países del Este, América Latina y China.

También hemos atendido un 3% de gestantes de fuera de nuestra área que deciden voluntariamente ser atendidas en este hospital.

P. ¿Cómo es la relación del equipo de matronas con la Dirección de Enfermería?

R. Nuestra relación con la Dirección de Enfermería es buena. A lo largo de los años hemos tenido que realizar negociaciones en diferentes campos (plantillas, turnos...), sin embargo, hemos intentado por ambas partes ser conciliadores, llegando a acuerdos satisfactorios.

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

R. Teniendo en cuenta que la directora de enfermería lleva en su cargo 12 años, no tenemos grandes problemas en la cobertura de incidencias, puesto que los acuerdos de contratación se mantienen desde entonces y en este sentido las matronas estamos satisfechas.

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

R. La plantilla actual esta compuesta por ocho matronas estatutarias, de las cuales siete son fijas y una es vacante de plantilla.

Supervisora y matrona del equipo, Pilar Negrete, en una de las salas de dilataciones

P. La Asociación Española de Matronas promueve la reatribución de competencias que siempre fueron de las matronas y que nunca pudieron ejercer estas por falta de efectivos. Es decir, en el caso de un hospital maternal desde la primera a la última planta deberían estar a cargo de las matronas. ¿Existe alguna iniciativa para hacer realidad dichas reatribuciones a corto, medio y largo plazo en ese centro?

R. En la actualidad la plantilla de matronas es la imprescindible para la cobertura del Área de Partos, lo cual no nos impide intentar conseguir que haya matronas en todas las áreas donde tienen competencias.

DIM

DIA INTERNACIONAL DE LA MATRONA

Paquete de Recursos

Febrero 2015

Día Internacional de la Matrona (DIM, 2015)

Mensajes clave

Los mensajes clave son los asuntos más importantes que desea comunicar sobre un tema específico. Ya sea porque se desee informar, discutir, promover o defender. Los mensajes clave son los mensajes que usted desea que su audiencia recuerde o que reaccione a ellos. Son fáciles de expresar y fáciles de entender. Son fáciles de recordar y persuasivos.

Son claros, concisos, son pequeñas partes de información que pueden presentarse independientemente, pero que probablemente se usarán para desarrollar otros materiales, tales como comunicados de prensa, declaraciones, discursos, fichas técnicas y otros documentos. Los cuatro mensajes resaltados a continuación son los cuatro mensajes clave del DIM 2015. Abajo sigue un juego de puntos de apoyo (mensajes de apoyo) y de declaraciones explicativas.

Se pueden usar estos mensajes clave junto con los puntos de apoyo para desarrollar un mapa de mensajes; y los hechos y cifras en la próxima sección para crear recursos personalizados para abordar a su audiencia del DIM.

Matronas: para un futuro mejor

- Las matronas contribuyen de manera significativa a un futuro mejor, suministrando salud reproductiva, materna y del recién nacido, de calidad.
- Mediante el cuidado de las mujeres y sus bebés, las matronas ayudan a garantizar que sean saludables y prósperas en sus comunidades.
- Las matronas, debidamente capacitadas y reguladas conforme a las normas internacionales, pueden suministrar el 87% del cuidado esencial necesario para las mujeres y los recién nacidos.
- Las mejoras al acceso de la atención de la matrona han reducido desde 1990 una tasa media anual

del 3%, la tasa de mortalidad materna en 72 países con mayor incidencia, lo que demuestra que las matronas son la clave para crear un futuro mejor, con cero muertes evitables maternas y de recién nacidos.

- La serie *The Lancet* sobre partería ha identificado 56 resultados como consecuencia de la atención de matronas, tales como:
  - Menos partos prematuros.
  - Menos intervenciones durante el trabajo de parto.
  - Más espaciamiento de los nacimientos, mayor uso de anticonceptivos.
  - Aumento de la lactancia materna, comienzo y duración.
  - Hospitalizaciones más breves.

Las matronas deben actuar para aprovechar las oportunidades e impulsar la agenda para mejorar la cobertura del suministro de salud eficaz y crear un futuro mejor.

Más herramientas de promoción:

www.bitly.com/MidwifeAdvocacy

El mundo necesita matronas ahora más que nunca

- Se espera que el número de embarazos anuales en el mundo entero permanezca constante en alrededor de 166 millones. Hoy día, solo el 22% de los países tiene potencialmente suficientes matronas capacitadas de forma adecuada, para cumplir con las necesidades básicas de las mujeres y los recién nacidos alrededor del mundo.
- A medida que se acerca el final del periodo meta de los ODM, el mundo necesita matronas más que nunca, porque la tasa de mortalidad de los niños solo se ha reducido a la mitad, por tanto, no se ha alcanzado el objetivo de una disminución del 60%; y la tasa de mortalidad materna solo ha disminuido un 45% en vez de la meta establecida del 75%. La investigación muestra que la partería puede hacer contribuciones específicas en relación con la atención cualificada de apoyo y prevención para todos, la promoción de los procesos reproductivos normales y la atención cualificada de urgencias.
- La partería está asociada con el uso eficaz de los recursos y con los resultados mejorados cuando son proporcionados por matronas capacitadas, competentes, con licencia, reguladas e integradas en el sistema de salud, en el contexto de trabajo eficaz en equipo, mecanismos de derivación y suficientes recursos.
- La atención de partería de alta calidad para mujeres y recién nacidos salva vidas y contribuye a fomentar familias más saludables y comunidades más productivas.
- Cuatro dominios determinan si el sistema de salud y su fuerza laboral de salud proporcionan cobertura eficaz: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención. Las matronas necesitan estar a la vanguardia de las iniciativas para mejorar estos cuatro dominios.
- Partería 2030 se enfoca en incrementar la DAAC de los servicios de salud y nivelar a los proveedores de salud con los tres componentes de la cobertura sanitaria universal (UHC por sus siglas en inglés): alcanzar una mayor parte de la población (incrementar la cobertura), diseminar el paquete básico y esencial de salud (incrementar los servicios) mientras se protegen de la dificultad financiera (incrementar la protección financiera).

Más recursos:

Informe sobre el Estado de las Matronas en el Mundo 2014

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

Invertir en matronas

- Invertir en la formación de matronas puede generar una rentabilidad 16 veces mayor de la inversión, en términos de vidas salvadas y costos en cesáreas evitadas. Los gastos en inversiones son la mejor opción en la atención primaria de salud.
- Invertir en matronas significa invertir en un futuro mejor con servicios de salud eficaces para todas las mujeres y sus familias. Las inversiones necesitan abordar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y cualidad de la atención de las matronas.
- Existe evidencia de que los servicios de partería pueden ser rentables, asequibles y sostenibles y, por tanto, se pueden incluir en los planes y presupuestos de salud nacionales en todos los países.
- Invertir en matronas libera a los médicos, enfermeras, y a otros profesionales para que atiendan en otras necesidades de salud y permite a las matronas centrarse en eliminar las muertes evitables maternas y del recién nacido.

Disponibilidad

- Comparar el número de matronas con los resultados de salud es inadecuado. Comparar el número de matronas disponibles de acuerdo con "el equivalente a tiempo completo" proporciona datos que ofrecen un mejor sentido de acceso a las matronas.
- Los servicios de partería deben de estar fácilmente disponibles, para que puedan cubrir las necesidades de todas las mujeres y sus familias. Las necesidades de inversión deben tomar en cuenta a la fuerza laboral de partería en la planificación, en cada país, para garantizar que las matronas puedan enfocarse en las intervenciones de partería.

Accesibilidad

- Los gobiernos necesitan invertir en servicios de partería para que sean asequibles para todas las mujeres.
- Los sueldos de las matronas están entre los más bajos en los países de bajos y medianos ingresos. Para aumentar el número de matronas los gobiernos necesitan que la profesión sea más atractiva, ofreciendo a las matronas el reconocimiento que se merecen, incluyendo la provisión de un entorno laboral favorable y mejor compensación por su trabajo.

Aceptabilidad

- La atención de las matronas debe ser aceptable para todas las mujeres, sus familias y comunidades. Debe de ser culturalmente adecuada y sensible a las necesidades individuales.
- Para que las matronas hagan su trabajo con mayor eficacia, las instalaciones deben tener suficiente personal y estar adecuadamente abastecidas con el equipo necesario y con suministros, para poder ofrecer los servicios apropiados, incluyendo los de urgencias.

Más recursos: una guía.
Respectful Maternity Care
http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf

Calidad

- Las mejoras de calidad en la atención de la salud reproductiva de la madre y el recién nacido (SRMRN) y el aumento de la cobertura son igualmente importantes para lograr mejores resultados de salud para las mujeres y los recién nacidos. Las inversiones en matronas, su entorno de trabajo, formación, regulación y gestión pueden mejorar la calidad de la atención en todos los países.
- Desde 1990, el número anual de embarazos ha aumentado un 50% en los países africanos, lo que significa que en estos países la fuerza laboral de partería necesita aumentar significativamente, a fin de mantener los niveles actuales de cobertura de la población.
- Para mejorar el acceso a las matronas en los países de bajos recursos, los gobiernos necesitan actuar en la formación de matronas, así como en la regulación, provisión de la infraestructura y la información.
- La inversión en matronas significa compromiso hacia una nación saludable y rica.

Más recursos:
Lancet Series on Midwifery Solution 98
http://www.thelancet.com/series/midwifery

La Asociacion Española de Matronas continúa apoyando la lactancia materna

Iniciativa IHAN

La lactancia materna, universalmente aceptada como mejor método de alimentación de los recién nacidos, a partir de la mitad del siglo XX, entró en competencia con los sustitutos industriales, leche de fórmula infantil, que condujo a una llamativa disminución de la lactancia materna en el ámbito mundial. El impacto de este uso ha sido tan grande que a este gran descubrimiento científico se le ha dado en llamar "El experimento incontrolado más grande que el mundo haya conocido".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), preocupados por este descenso de la lactancia materna publicaron en 1989 el documento sobre Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural y "La función especial de los servicios de maternidad". En 1990, tras la Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna que adoptaron conjuntamente estas organizaciones, James P. Grant, director ejecutivo de UNICEF, y Hiroshi Nakajima, director general de la OMS, presentaron la Iniciativa IHAN "Hospital amigo del niño" para su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud (1991) y ese mismo año tras su aceptación, la IHAN fue presentada en el Congreso de Pediatría en Ankara.

Esta iniciativa fue creada para transformar las políticas de atención de la salud mediante la restauración de la lactancia materna como práctica normal y natural de alimentar a los recién nacidos, en consecuencia, la IHAN es una estrategia para fomentar la aplicación de los "Diez pasos para una lactancia exitosa".

IHAN España

El 20 de noviembre de 1995, Día Universal del Niño, y, por tanto, muy significativo para la idea que estaba a punto de materializarse, tuvo lugar en Madrid la reunión para la formación de la comisión de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en la que, junto al Ministerio de Sanidad, participaron los más altos representantes de UNICEF, Sociedad Española de Pediatría (AEP), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Asociación Nacional de Matronas (desde el año 2000 renombrada Asociación Española de Matronas (AEM)), Asociación de Promoción de la lactancia Materna, Asociación Española de Directores y Gerentes y Administradores de Hospitales y Grupos de Ayuda Mutua.

La Asociación Española de Matronas es socio fundador de la misma, a la que posteriormente se han ido integrando otras asociaciones profesionales (entre otras una más de matronas) y no profesionales, hasta un número, actualmente, de 16 representantes nacionales.

La Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en España inició sus actividades como grupo, de la mano, entusiasmo y compromiso de D. Joaquín

Reunión del Comité IHAN España. Año 2000.

De izquierda a derecha: Joan Rovirosa Juncosa, presidente Federación Española de Gestión Sanitaria (FEGS), Dr. D. Jesús Martín-Calama Valero (coordinador), D. Joaquín Ruiz-Giménez (presidente de UNICEF España) Dr. D Ángel Ballabriga Aguado, Asociación Española de Pediatría (AEP-SEN), Dña. Mª Carmen Gómez García, Asociación Española de Enfermería de la Infancia (AEEI), Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta Asociación Española de Matronas (AEM), Dr. D. Alfonso Delgado Rubio, presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Falta, Dr. D. Luis Cabero Roura (presidente SEGO)

Ruíz Giménez, presidente de UNICEF, para desarrollar el proyecto de promoción de la lactancia materna que había lanzado esta organización en el ámbito internacional bajo el nombre de *Baby Friendly Hospital Inicitative* (BFHI,1991). Un objetivo fundamental de esta estrategia era, y es, revertir el impacto negativo sobre la salud y la lactancia de prácticas profesionales erróneas y de prácticas publicitarias desleales, en etapas críticas de la vida de las mujeres, las niñas y los niños, mediante la promoción de prácticas óptimas en la atención al embarazo, el parto, el periodo neonatal y durante toda la lactancia, base de la Declaración de Inocenti.

En 2001, el grupo IHAN España, formalizó su situación como asociación no gubernamental sin ánimo de lucro, presentando oficialmente sus estatutos en 2001 y ofertando la posibilidad de que todas las asociaciones que tuvieran entre sus objetivos la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia pudieran integrarse en la Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), incorporando un representante de cada una de ellas al Comité de Nacional de la IHAN. Actualmente, la representante designada por la Asociación Española de Matronas en este comité nacional es Mª Isabel Castelló López.

En estos 20 años de camino han sido numerosas las acciones desarrolladas para la promoción y apoyo de la lactancia materna, y de ahí la intervención de las CC.AA., el florecimiento de grupos de apoyo de lactancia en todo el territorio nacional, la constitución de comités de lactancia en diferentes asociaciones profesionales, hospitales, etc. Por otra parte, han crecido exponencialmente las publicaciones sobre el tema, los cursos de formación, la visibilidad en los medios de comunicación, etc. A pesar de lo cual, la realidad es que la lactancia, en términos generales, sigue siendo escasa y corta, se cuentan numerosos abandonos en las primeras semanas y el porcentaje de madres que lacten hasta el sexto mes (o más) no es el deseable.

Desde la puesta en marcha de la iniciativa, la han aplicado ya más de 156 países en todas las partes del mundo y los hospitales designados superan los 20.000.

La IHAN en España cuenta con una red de 16 hospitales acreditados, tres en fase 3D, ocho en 2D, 49 en 1D y, lamentablemente, uno de los hospitales acreditados desde 1999 a 2008, el Hospital de Denia (dejó de existir) desaparecido.

Iniciativa de humanización de la atención al nacimiento y la lactancia (IHAN)– Iniciativa Centros de Salud IHAN (CSIHAN)

En 2009 se produce un cambio de denominación, puesto que la propia traducción al español de la denominación en inglés había encontrado algunas dificultades. Con este cambio también se pretendía evitar confusión con la denominación, ya que UNICEF participaba en otro proyecto de mejora de la atención a los niños en los hospitales españoles que utilizaba los términos hospital y amigo. Por otra parte, la IHAN atendía las quejas de muchos pediatras hospitalarios que expresaban que la falta del reconocimiento como Hospital Amigo podría llevar a pensar que estos hospitales eran enemigos de los niños. Y en última instancia, el Observatorio de Salud de la Mujer, en el que participa la IHAN, instaba a la adecuación del lenguaje de género para evitar discriminaciones por lenguaje (niños/as). Por tanto, desde 2009 pasa a denominarse la iniciativa, Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). A la vez se decide lanzar en España la Iniciativa Centros de Salud IHAN (CSIHAN) con la vista puesta en que los profesionales de salud de Atención Primaria continúen con el trabajo iniciado en el ámbito hospitalario y cuyo objetivo final es el aumento de la lactancia materna exitosa y exclusiva de los recién nacidos, a través de los "7 pasos para la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna".

1er Congreso Lactancia Materna. Valencia 2000

Agenda – *La Asociación Española de Matronas continúa apoyando la lactancia materna*

Sevilla 2002

Santander 2004

Tenerife 2006

Murcia 2009

Ávila 2011

Madrid 2013

Bilbao 2015

La IHAN y los congresos de lactancia

Tras unos años de andadura de la IHAN España, el D. Jesús Martín Calama, miembro del grupo de la iniciativa e impulsor de la creación cuatro años antes del Comité de Lactancia Materna dentro de la Asociación Española de Pediatría, propone la celebración de un primer congreso de lactancia materna con el ánimo de conseguir una mayor implicación profesional, facilitar una plataforma de intercambio de los grupos implicados en la lactancia, aumentar la visibilidad y mostrar las novedades que el respaldo científico del momento avalaban la iniciativa.

Las asociaciones profesionales promotoras del congreso: Asociación Española de Pediatría (prof. A. Delgado), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (prof. L. Cabero), Asociación Española de Matronas (Dª Mª Ángeles Rodríguez Rozalén), Asociación de Enfermería Infantil (Dª Carmen Gómez) y Asociación Nacional de Enfermeras de Cuidados Intensivos Neonatales (Dª Olga Poveda) contaron con la inestimable presencia del prof. Ruiz Giménez, presidente de UNICEF, y la presidencia del congreso la ostentó el Dr. D. Jesús Martín Calama.

La Asociación Española de Matronas en esa ocasión, de entre las 154 comunicaciones presentadas a esa 1ª edición, otorgó un premio a la que llevaba el título: Factores que influyen en la instauración y duración de la lactancia materna, del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Parc Taulí de Sabadell. CSPT Barcelona; y desde entonces, como una de las colaboraciones de la asociación con este evento, mantiene el compromiso del patrocinio de uno de los premios del congreso.

VIII Congreso Español de Lactancia Materna

A vista de pájaro hemos hecho un recorrido por estos 20 años que nos separan de aquel 20 de noviembre de 1995 en el que se puso la "primera piedra de la IHAN". Todo este tiempo ha sido un periodo en el que la intervención del Comité IHAN español ha sido importantísima aunque no suficiente, motivo por lo cual sigue trabajando por conseguir el objetivo.

Entre las muchas acciones corporativas, la de los congresos se ha visto que tiene una gran trascendencia profesional e innegable repercusión social. Este año 2015 se ha celebrado la 8ª edición, bajo el lema "Construyendo Salud", en el Palacio Euskalduna (Bilbao), durante los días 26, 27 y 28 de febrero de 2015.

La convocatoria ha tenido, como en ediciones anteriores, una respuesta importante: aproximadamente 600 congresistas, incluida participación de congresistas procedentes de cinco países, siendo el grupo profesional el de las matronas el más numeroso, en torno al 34%.

Como en todas las ediciones anteriores del Congreso Español de Lactancia Materna, la Asociación Española de Matronas patrocinó uno de los premios del mismo que fue otorgado al trabajo titulado: "Estudio etiológico de las mastitis infecciosas" de cuyo equipo de trabajo, la mitad de los miembros son matronas.

Desde esta revista felicitamos a todos los premiados en este congreso y a los comités del mismo por una gran labor que ha culminado en un gran congreso.

Una matrona premiada

Premio Enfermería en Desarrollo, a Esther Martín Jiménez, matrona en el Centro de Salud Juan de la Cierva

Esta revista quiere hacerse eco y congratularse por el premio otorgado a una colega de profesión, Esther Martín Jiménez, matrona del C.S. Juan de la Cierva de Getafe (Madrid), en la I edición de los Premios Enfermería en Desarrollo. La gala de entrega de premios fue presentada por la actriz Pastora Vega, y contó con una nutrida presencia y apoyo de representantes sociales y políticos, así como de responsables de los ámbitos de la gestión, la asistencia y la docencia enfermera, además de los propios responsables de la revista.

El premio al proyecto que lleva por título "Primera Educación Maternal y Paternal gratuita a través de la red tutorizada por matronas: www.vivirlamaternidad.com" se enmarcó en la categoría "Innovación y creatividad en enfermería".

Este portal de internet, con contenidos diseñados y seleccionados por matronas, ofrece una formación gratuita de los tres niveles de educación maternal, incluido el entrenamiento psicofísico; tutorías para padres; resolución de preguntas; información sobre otros recursos; calculadoras del periodo de fertilidad, cálculo gestacional, fecha probable de parto y agenda de embarazo; y material de apoyo a los profesionales.

Es de destacar la flexibilidad y comodidad de la formación que no obliga ni a horarios determinados ni desplazamientos incómodos, su gratuidad, así como la seguridad de la información ofrecida, al estar tutorizada por matronas.

En palabras de la autora: *"Nuestra misión es que los padres tengan una experiencia gratificante de la maternidad y que los profesionales que les asisten tengan una herramienta de referencia en su labor asistencial, diferenciándose en la calidad de los contenidos que se ofrecen, seleccionados y diseñados por matronas"*.

Nuestra compañera recibió el galardón de manos de Montserrat Hernández, de la Dirección General de Atención Primaria de Madrid. Al acto asistió también la presidenta de la Asociación Española de Matronas (AEM), Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, en clara señal de apoyo y reconocimiento a todas las iniciativas de las matronas.

A modo de introducción, Pastora Vega, presentadora de la gala, decía: *"La rutina del trabajo diario nos lleva a acostumbrarnos a lo que hacemos. Lo sentimos como si no tuviera importancia. A nuestros ojos, pierde su extraordinario valor. Pero, cuando ese mismo trabajo se comunica, trasciende nuestro ámbito cotidiano y lo valoran otros, se revitaliza. Le añadimos un valor intangible"*.

Parafraseando esta reflexión, seguimos animando a todas las matronas a que ofrezcan a la profesión el resultado de sus trabajos, sus investigaciones porque sin duda todos tenemos algo que aportar, y esos aportes son la savia que renueva y mantiene viva la labor, en última instancia, nuestra existencia como matronas.

LA MEJOR FORMACIÓN ENFERMERA ONLINE

Calidad

Contamos con los mejores autores: Mª Paz Mompart, Pilar Arroyo, José Mª Rodríguez Dacal, Elías Rovira...

Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comision Nacional de Formación Continuada

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