matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 4 Nº 2 AÑO 2016

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ISSN: 2340-0161

Buen verano, matronas. Feliz recarga.

SUMARIO

- Editorial
- Protocolo "Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica"
- Síndrome del quemado o *burnout* en matronas españolas
- Ingesta de DHA en mujeres gestantes y factores asociados a su consumo
- Listeriosis y gestación. Revisión de la evidencia científica actual

Echando la vista atrás:

Rosalina Celada Juan y la Asociación Gallega de Matronas

Agenda:

Primer encuentro y presentación de la nueva iniciativa para promover las unidades de atención al parto de bajo riesgo gestionadas por matronas

II Encuentro Internacional de los Países de la Región ICM Europa Sur en España

XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Málaga, 25-27 de mayo de 2017)

DAE DIFUSIÓN AVANCES DE ENFERMERÍA

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

Sumario • *Summary*

Vol. 4 - nº 2 septiembre-noviembre 2016

Editorial

4

Originales

Protocolo "Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica" 5
Mª Teresa Gil Urquiza, Concepción Sanz del Campo

Síndrome del quemado o *burnout* en matronas españolas 19
María Fontán Azpeitia, Andrea Herrero Reyes

Ingesta de DHA en mujeres gestantes y factores asociados a su consumo 26
Esther Conde Puertas, Inmaculada Hernández Herrerías, Irina Alonso Escalante

Revisiones

Listeriosis y gestación. Revisión de la evidencia científica actual 36
Paloma Martínez Galán, Elvira Martín Gallardo, Dolores Velamazán Martínez

Echando la vista atrás

Rosalina Celada Juan y la Asociación Gallega de Matronas 47

Agenda

Primer encuentro y presentación de la nueva iniciativa para promover las unidades de atención al parto de bajo riesgo gestionadas por matronas 53

II Encuentro Internacional de los Países de la Región ICM Europa Sur en España 54

XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Málaga, 25-27 de mayo de 2017) 56

Editorial

Hay un proverbio español que dice que *"algo tendrá el agua cuando la bendicen"*, frase de todos bien conocida en alusión a que las cosas aparentemente nimias o insulsas tienen su importancia. Permitidme, siempre salvando las distancias, que utilice el proverbio para introducir un comentario al reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Orientaciones estratégicas globales para el fortalecimiento de la enfermería y la partería 2016-2020. El camino a seguir" *(Strategic directions for nursing and midwifery development 2016-2020. The way forward).*

Afirma el documento en su introducción que *"Una fuerza de trabajo de enfermería y partería competente, bien apoyada y motivada puede ofrecer servicios de salud de calidad y equitativos y contribuir al bienestar de los individuos, las familias y comunidades -un derecho humano básico"*. Aun a sabiendas de que la sombra de los médicos en tantas ocasiones vela la importancia de nuestra actividad, es la propia OMS la que nos ensalza, de ahí aquello de *"algo tendrá el agua cuando la bendicen"* y por ello bien podemos enorgullecernos de que la fuerza de las matronas (y enfermeras) no sea tan pequeña como algunos creen (incluso entre nosotros mismos) para ser tan valorada y apoyada por la OMS, máxima autoridad sanitaria del mundo.

Este informe, entre otras cosas, destaca la necesidad de una cobertura sanitaria universal, algo que España ha logrado hace mucho tiempo; es ejemplo para innumerables países y de lo que los españoles tenemos que estar orgullosos y trabajar por preservarlo. En este marco, las matronas somos la fuerza que dará continuidad en la atención de salud sexual y reproductiva a la mujer a lo largo de todo su ciclo reproductivo... **¡si nos dejan!**: si los gestores sanitarios entienden, como dice el informe, que es necesario que ellos inviertan en recursos humanos, en este caso concreto, matronas, y se impliquen con la misma intensidad en fortalecer la profesión y el desarrollo de nuestras competencias porque somos agentes fundamentales para la mejora de nuestros servicios de salud. El informe expone también un sinfín de evidencias probadas sobre el costo efectividad de la enfermería y concretamente de la labor de las matronas. Así subraya que si bien la práctica del parto es la función principal de las matronas, las limitaciones en el alcance de la práctica de estas y las deficiencias en la inclusión de indicadores de salud materna en los sistemas de datos nacionales impiden los esfuerzos para ampliar los programas en el ámbito nacional. Continúa la exposición afirmando que hay estudios recientes que muestran que las matronas pueden proporcionar el 87% de la atención esencial necesaria para las mujeres y los recién nacidos cuando están formadas y reguladas bajo estándares internacionales. Por ello, estimula a las matronas a ser líderes en el diseño, implementación y evaluación de los cambios en curso en sus entornos de atención, así como a tomar el papel de liderazgo en la creación de asociaciones profesionales e interprofesionales, desarrollar habilidades y competencias de liderazgo, y trabajar en equipos en el que impere el mutuo respeto para mejorar la calidad de la atención.

Ahora viene nuestra parte **¡si queremos!**: a pesar de que muchas/os no lo crean, las matronas españolas somos afortunadas en muchas cosas: la mayoría trabajando en un sistema de cobertura sanitaria universal, bien formadas con recursos del estado, con una población saludable a la que atender y con un rendimiento de nuestro trabajo en términos de salud materno-infantil envidiables para la inmensa mayoría de los países del mundo, pero nos quedan muchas competencias por poner en práctica, es cierto; en gran parte este desarrollo depende de que nuestros empleadores entiendan de una vez que somos idóneas para muchas más tareas de las que tradicionalmente venimos desarrollando y en otra parte de nosotras mismas, porque me consta, lo sé, he vivido muchas ocasiones en que propuestas para ampliar nuestro abanico de competencias son respondidas negativamente y no siempre el alegato para no querer emprender una nueva competencia es un sobreesfuerzo por falta de dotación de RR.HH. para esa nueva tarea. Esta oposición de algunas profesionales de nuestro colectivo no solo es paradójica, sino contradictoria y sin sentido, a no ser que queramos exclusivamente un puesto hecho a medida de cada una de nosotras. A este respecto mis más de 30 años de profesión me dicen que esta es un una aspiración vana. Hay que decir siempre sí, hacernos indispensables en la nueva tarea y solo así demostraremos lo costo-eficaces e imprescindibles que resultamos para nuestras mujeres y, por ello, para el sistema sanitario. Siguiendo esta directriz algún día podremos oír decir que *"las matronas valemos nuestro peso en oro"*. Por cierto, algunas matronas ya lo han conseguido, lo sé "de buena tinta" porque yo misma lo he visto, pero eso sí, lo han conseguido con mucho esfuerzo, con mucho trabajo e infinito amor por la profesión.

Rosa Mª Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

[1] Mª Teresa Gil Urquiza
[2] Concepción Sanz del Campo

Protocolo "Control y Alta Clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de Hospitalización Obstétrica"

[1] *Supervisora Área de Partos Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (HUMV), Santander (Cantabria); Responsable de la Unidad Docente de Matronas de Cantabria.*
[2] *Matrona Área de Partos (HUMV)*
E-mail: mgilurquiza@gmail.com

Resumen

El presente protocolo, elaborado según la evidencia científica disponible, pretende ofertar una herramienta metodológica que mejore la atención de las mujeres puérperas durante su hospitalización, principalmente las de bajo riesgo con parto eutócico, que se beneficiarán del seguimiento y cuidados por parte de la matrona, que incluye, además, educación sanitaria sobre autocuidados de la mujer puérpera y del recién nacido, apoyo a la lactancia, etc. La iniciativa se complementa con el intento de proporcionar una continuidad asistencial entre Atención Especializada y Atención Primaria de forma inmediata y sin complicaciones, a todas las mujeres gestantes atendidas en el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

Palabras clave: protocolos; periodo postparto; alta del paciente; matronas.

Abstract

The protocol "Control and postnatal clinical discharge by midwives in an Obstetric Hospital Unit"

The present protocol, based on available scientific evidence is intended to provide a methodological tool to improve healthcare in postpartum women during hospital admission, particularly in low-risk ones having a normal delivery. Such women can benefit from surveillance and care by midwives, including health education on women self-care after delivery, newborn care, breastfeeding support, and so on. This initiative is supported by an attempt to provide continued care by both Specialized Care and Primary Care, in a prompt and uncomplicated way, to all pregnant women being managed in Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

Key words: *protocols; postpartum period, patient discharge, midwives*

Introducción

Tras el momento álgido del nacimiento, el puerperio y las primeras horas de existencia de los recién nacidos son periodos de gran trascendencia no solo en la vida de las madres y en las de estos, sino también en la vida de las familias, ya que son momentos de alegría no exentos de dudas e incertidumbres.

Antigua y aceptada es la definición de puerperio como el proceso fisiológico comprendido desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación, con una duración aproximada de 40 días (seis semanas), dividida en tres fases por razón de su cronología: la primera es el puerperio inmediato, que comprende las primeras 24 horas; la segunda el puerperio clínico, que es el periodo que va desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del centro hospitalario (duración aproximada de dos a cuatro días); y la tercera puerperio tardío, que aproximadamente coincide con la aparición de la primera menstruación[1].

La atención obstétrica es muy visible para la sociedad y determinante en la percepción que los ciudadanos tienen de la asistencia sanitaria. En el Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (HUMV), perteneciente al Servicio Cántabro de Salud (SCS), la atención al parto normal es el primer Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) y el parto normal sin complicaciones es el primer motivo de ingreso hospitalario. La atención al proceso del nacimiento, entendida como atención al embarazo, parto y puerperio, es una importante puesta en valor del sistema sanitario público[2-5].

Objetivos

Objetivos generales

- Implementar una intervención sanitaria dirigida a las mujeres puérperas durante su estancia hospitalaria, a sus recién nacidos y a sus familias.
- Proporcionar una asistencia profesional experta, constante y continua por un único profesional, para todas las necesidades maternas y recién nacido (RN), asegurando la calidad del proceso clínico y de los resultados de salud.

Objetivos específicos

- Aplicar unos cuidados de salud de calidad en la mujer puérpera y en su hijo/a según la medicina basada en la evidencia.
- Evaluar todos los signos y síntomas de involución fisiológica, detectando precozmente signos y síntomas de complicaciones en el puerperio.
- Promover el establecimiento del vínculo madre-hijo/a y familia, fomentando el contacto piel con piel, el colecho y la asunción de la responsabilidad primaria del cuidado de su hijo/a, ayudada por las personas acompañantes.
- Fomentar la lactancia materna (LM), informando a las madres sobre el amamantamiento y las técnicas de alimentación.
- Proveer confort, apoyo emocional, intimidad y respeto a las decisiones que expresen las mujeres, preparando a la mujer y la familia para el puerperio domiciliario
- Promover una transición fluida desde la Atención Especializada (AE) hasta la Atención Primaria (AP), garantizando la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales, mediante la transmisión de información clínica del parto-puerperio-RN y la gestión de una cita previa de la mujer con su matrona de referencia en el centro de salud en el momento del alta hospitalaria.
- Recoger la opinión de las mujeres desarrollando el buzón de sugerencias en la unidad de hospitalización, así como la elaboración de una encuesta de satisfacción.
- Elaborar los indicadores específicos relacionados con los distintos ámbitos de atención para evaluar los resultados de la intervención.

Marco de actuación

Según datos no publicados del Servicio de Partos del HUMV, entre el 70 al 80% de las mujeres gestantes se puede considerar de bajo riesgo obstétrico, porcentaje que se mantiene similar al comienzo del parto. De la misma forma, el puerperio de los partos eutócicos transcurre de forma fisiológica y sin complicaciones en la mayor parte de los casos. En el año 2012, el 77% de los nacimientos en Cantabria tuvo lugar en el HUMV, el 80,8% fueron vaginales y de ellos, el 84,8% fueron eutócicos, el 8% fórceps y el 7,2% vaccum. Más del 80% de las mujeres opta por la LM como forma de alimentación para sus hijos, aunque un número muy importante de estas (70%-80%) refiere tener dificultades en los primeros días. La gran mayoría de las mujeres (90%) durante el ingreso se ha sentido apoyada, sin embargo, el 40% refiere haber recibido información contradictoria por parte de los profesionales, especialmente en los temas relacionados con la lactancia.

En Cantabria, el control y seguimiento de los embarazos de bajo riesgo se realizan en los centros de salud de AP hasta la edad gestacional de 40 semanas. Son las matronas, en colaboración con el médico de familia, quienes realizan esta actividad. En la AE hospitalaria, los partos en su mayoría son atendidos por matronas con la participación presencial y/o activa de profesionales en formación, tanto EIR como MIR. La atención al puerperio inmediato precoz, dos horas siguientes al nacimiento, la llevan a cabo las matronas en el área de partos. Hasta junio del año 2013 las actividades

de control y seguimiento del puerperio hospitalario, en la unidad de hospitalización a partir de las dos horas siguientes al nacimiento hasta el alta hospitalaria, las realizaba un equipo multidisciplinar, sin participación de la matrona.

Desde el año 2008 en Cantabria se han puesto en marcha acciones relacionadas con la formación continuada de profesionales y la adopción de protocolos basados en la mejor evidencia científica disponible para fomentar una asistencia menos intervencionista. Las matronas del SCS vienen introduciendo en sus prácticas asistenciales cambios que pretenden aumentar el protagonismo y la satisfacción de las mujeres gestantes, contribuir a la instauración de la LM y favorecer el establecimiento del vínculo materno-filial[2-6].

La revisión sistemática de Hatem et al.[7] comparó los modelos de atención durante el parto para las mujeres en edad fértil y sus hijos dirigidos por matronas, con otros modelos de atención. Encontraron beneficios para las madres y sus hijos, como una estancia en el hospital más corta o un mayor inicio de la LM. No se mostraron eventos adversos cuando se ofrece un modelo de atención en el que la matrona coordina y presta los cuidados a las mujeres, estableciendo el contacto con profesionales médicos cuando se requieren.

La guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aconseja como categoría de recomendación fuerte que, *"los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del RN"*, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el RN. Se recomienda, que durante el puerperio hospitalario, la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada[8].

Asimismo, uno de los objetivos de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva en relación a la atención sanitaria prestada a las mujeres en salud reproductiva, es asegurar la continuidad de los cuidados en todos los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud. De esta forma se garantiza el acceso a la atención, basándose en las recomendaciones de guías de práctica clínica y se integra la atención de los profesionales sanitarios entre los diferentes servicios asistenciales[9].

Es un hecho innegable que las matronas pueden y deben actuar con plena autonomía científica y técnica. Sus funciones están recogidas en una amplia normativa estatal y europea, esta última transpuesta al ordenamiento jurídico español desde hace años[10,11]. La normativa existente deja claras las funciones de las matronas que, con base en los planes formativos conducentes a su formación específica, las determinan como profesionales capacitados y autónomos y facultados para prestar cuidados de salud a la mujer en el terreno sexual y reproductivo a lo largo de todo su ciclo vital, tanto en el primer nivel de atención sanitaria, AP, como en AE, de mayor nivel de complejidad y atención de cuidados. Dentro de sus funciones se incluye así mismo la identificación de situaciones que entrañen riesgo y/o que excedan sus competencias, y consecuentemente su responsabilidad para derivar en estos casos, a otros profesionales competentes para dicha atención[12].

La organización que actualmente tienen los servicios sanitarios en Cantabria permite afirmar que es posible favorecer una atención centrada en las necesidades globales de las mujeres y garantizar la coordinación, entre los niveles asistenciales, de los programas dirigidos a ellas, a través de las matronas. La continua diversificación de las demandas asistenciales y las diferentes expectativas de las mujeres contribuyen a reforzar la necesidad de que las matronas se integren en todas las áreas asistenciales obstétrico-ginecológicas y no continúen restringiendo sus funciones a la asistencia al parto, como forma de optimizar los recursos promoviendo el desarrollo de intervenciones de salud costo-efectivas.

Basándose en estas premisas, la Dirección Gerencia, junto con la Dirección de Enfermería y el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUMV, impulsaron este proyecto asistencial que ha incorporado la figura de la matrona, como profesional sanitario de enfermería especializado que vigilará el puerperio estrictamente normal. Esta medida no es nueva, ya que años atrás se implantó durante varios meses.

Las ventajas de esta iniciativa son importantes, ya que la matrona como profesional sanitario especializado, asume así el ciclo reproductivo estrictamente normal (embarazo, parto y puerperio fisiológico en mujer sana), con lo que ello supone a nivel de seguimiento, educación sanitaria, información y cuidados además de un positivo resultado de costo-eficiencia/costo-beneficio. El obstetra responsable de la unidad de hospitalización pasa a asumir dos funciones: por una parte, el puerperio quirúrgico, cesárea o parto vaginal complicado o instrumental; y por otra, las consultas o derivaciones que realice la matrona, como medico consultor.

Descripción del proyecto

Este proyecto está sustentado en un marco legal sólido, en primer lugar, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que marca un antes y un después del Estatuto del 73 en cuanto a competencias y facultades, hace desaparecer la antigua división entre personal facultativo y no facultativo, reconociendo a los diplomados sanitarios, en este caso matronas, autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. Es por ello, que en el entorno de la asistencia al parto y nacimiento, entre matronas y obstetras debe haber un reparto funcional de

competencias (LOPS, art. 4.7c)[13]. Las matronas asumirán las responsabilidades que su titulación les asigna y desarrollarán las funciones para las que están capacitadas, instaurando programas orientados a mejorar la atención que reciben las mujeres y facilitar el acceso a esa atención con equidad.

Por otro lado, la LOPS y el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud[14] están inspirados en el principio de respeto mutuo a las competencias propias de cada profesión. La LOPS en su artículo 9 que regula las relaciones interprofesionales y trabajo en equipo, define en el punto 9.2 al equipo de profesionales como la unidad básica en la que se estructura de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que le son requeridos. En el punto 9.3 dice que, *"Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas".*

Finalmente, la Ley de Autonomía del paciente dispone que el informe de alta es un derecho que se reconoce al paciente al finalizar el proceso asistencial por el que ha requerido estar ingresado[15].

Limia Redondo et al.[16] realizaron un análisis detallado del marco legal vigente en España, para la elaboración y entrega del informe de alta emitido por matronas en el puerperio clínico o inmediato tardío sin complicaciones. Concluyeron que la matrona podría emitir el informe de alta en el puerperio fisiológico, sin necesidad de la firma y número de colegiado médico, siempre bajo un régimen de delegación de actuaciones, previamente establecido y tras la aprobación de un protocolo clínico.

Con la puesta en marcha del proyecto *"Control y alta clínica puerperal a cargo de la matrona en la Unidad de hospitalización obstétrica del HUMV"* las matronas realizarán el control del puerperio hospitalario mediante pase de visita diario y la elaboración y emisión del informe clínico de alta en el puerperio fisiológico o de bajo riesgo. Para dar continuidad al seguimiento del puerperio y apoyo a la LM por la matrona de AP, estas acciones se completarán asignando a todas las mujeres puérperas (incluidas las que tuvieron una gestación de riesgo, los partos distócicos y los puerperios de riesgo) una cita en la agenda de la consulta de la matrona de sus respectivos centros de salud. Con estas medidas, las mujeres gestantes de bajo riesgo con parto eutócico y evolución del puerperio dentro de la normalidad, se beneficiarán del seguimiento y cuidados por parte de la matrona que incluyen además educación sanitaria sobre autocuidados a la puérpera y del RN, en todo el proceso del nacimiento. Al mismo tiempo, con el logro de la sincronía entre AE y AP al alta se garantiza la continuidad asistencial de forma inmediata y sin complicaciones a todas las mujeres gestantes atendidas en el HUMV, una de las expectativas que con frecuencia demandan las usuarias.

En España existen experiencias de prácticas asistenciales desarrolladas por las matronas como son: en el Hospital de Fuenlabrada (Madrid) *"la emisión del informe de alta en el puerperio fisiológico"*, en un régimen de delegación de actuaciones previamente establecidas sustentado en un protocolo de práctica clínica aprobado por el hospital[16,17]; los *Procedimientos de matronas para ingresos y egresos de gestantes de bajo riesgo,* en el Hospital Costa del Sol (Málaga)[18]; el *Programa de realización de las altas en el puerperio de bajo riesgo por parte de la matrona,* en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)[19], entre otros[20].

Procedimiento

- La matrona que ha atendido a la mujer durante el proceso del parto identificará si es susceptible de continuar con un control puerperal por la matrona.
- En la planta, la matrona revisará la historia clínica: historia obstétrica, analíticas, partograma, gráfica y anotaciones de enfermería en el sistema de información de cuidados *GACELA CARE*.
- Comprobar si es preciso algún tratamiento médico (isoinmunización Rh, inhibición de la lactancia, vacunación posparto, etc.).
- Pase de visita a las mujeres puérperas identificadas previamente. Mediante la entrevista, observaciones y exploraciones indicadas según el registro de pase de visita de la matrona para valorar los signos y síntomas de involución fisiológica, detectando precozmente los signos y síntomas de complicaciones en el puerperio.
- Enseñar los cuidados habituales del puerperio en relación a la madre y su RN y preparar la educación sanitaria para el alta hospitalaria.
- Si se detectan desviaciones de la normalidad, se avisará y derivará al equipo médico (Anexo II).
- Anotar los hallazgos del pase de visita matrona en la historia clínica, y en el sistema de información de cuidados de enfermería *GACELA CARE*.
- Gestionar la cita con la matrona de AP a través de la herramienta web habilitada para esta finalidad.

Para disminuir la variabilidad en la práctica y homogeneizar la información al alta se han diseñado los siguientes documentos clínicos:

- Hoja de guía para el pase de visita de la matrona (Anexo I).
- Registros de datos en el sistema de información de cuidados de enfermería GACELA CARE. Para facilitar la tarea de la matrona, pase de visita y cita con Atención Primaria, se dispone de un ordenador portátil para uso exclusivo de la matrona del puerperio.
- Guía de consulta de las variables incluidas en el programa informático de partos para el puerperio.
- Documento informático de Informe clínico de alta de matrona.
- Hoja de recomendaciones al alta.

Población diana

Se incluyen a todas aquellas mujeres puérperas atendidas en el HUMV que han tenido un parto vaginal, cuyo puerperio clínico se desarrolle en el marco de la normalidad o límites fisiológicos y que además no cumplan ningún criterio de exclusión de los relacionados en este protocolo (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de exclusión para el control y alta clínica puerperal por la matrona

- Puérperas tras parto distócico vía abdominal (cesárea) o parto distócico instrumental vía vaginal (fórceps y/o ventosa), al margen de la causa de su indicación
- Puérperas tras parto de gestación múltiple
- Puérperas tras partos eutócicos con patología gestacional: CIR, oligohidramnios y/o polihidramnios
- Puérperas con resultado de muerte fetal anteparto y/o intraparto
- Puérperas con RN afectos de malformaciones severas
- Puérperas con gestaciones afectas de patología obstétrica (EHE, DMG insulinizada, isoinmunización, HELLP, colestasis, alteraciones dermatológicas graves del embarazo, etc.)
- Puérperas con gestaciones afectas de patología médica grave (serología para VIH positiva, serología para hepatitis B activa o no controlada, serología para hepatitis C activa o no controlada, serología para sífilis positiva sin tratamiento, herpes genital, HTA crónica, DM pregestacional, patología tumoral, patología cardiaca y respiratoria, enfermedad renal, epilepsia, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, etc.)
- Puérperas portadoras de miomas o aquejadas de patología ginecológica que requiera control y/o tratamiento (SIL de alto grado, tumoraciones, miomas de gran tamaño)
- Puérperas con hábitos tóxicos y problemas sociales (abuso de alcohol, abuso de drogas, marginalidad, violencia doméstica, etc.)
- Fiebre intraparto (temperatura materna igual o superior a 38 ºC) con signos de sospecha de corioamnionitis con o sin tratamiento antibiótico.
- Fiebre posparto: temperatura materna igual o superior a 38 ºC en las últimas 24 horas antes del alta.
- Puérperas con alteraciones de T/A durante el puerperio clínico: presión arterial (PA) superior a 140/90 mmHg o elevación de 30 mmHg en la PA sistólica y/o un aumento de 15 mmHg de la PA diastólica
- Puérperas que hayan desarrollado o presenten signos y síntomas durante el puerperio clínico de anemia o que presenten hemoglobina materna por debajo de 9 g/dL, durante el puerperio
- Puérperas que durante el puerperio clínico hayan desarrollado o presenten signos y síntomas de hemorragia posparto primaria, que requieran legrado puerperal y/o histerectomía obstétrica
- Puérperas que hayan precisado extracción manual de la placenta, con y/o sin profilaxis antibiótica
- Puérperas con retención de restos placentarios y/o coágulos que requieran legrado puerperal con o sin profilaxis antibiótica
- Puérperas que presenten traumatismos del canal blando del parto (hematomas vulvovaginales, hematomas pelviabdominales, desgarros de tercer y cuarto grado)
- Puérperas que presenten complicaciones por uso de la analgesia-anestesia obstétricas
- Puérperas que durante el puerperio clínico hayan desarrollado o presenten signos y síntomas de coagulación intravascular diseminada, embolia LA, TVS, TVP, mastitis puerperal, síndrome de Sheehan, crisis tirotóxica, patología psiquiátrica puerperal, etc.

Fuente: tabla adaptada de Limia Redondo et al. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas Prof. 2012; 13:90-6

Recursos humanos

Esta actividad la llevan a cabo a diario (incluidos sábados y festivos) las matronas del Área de Partos del HUMV en horario de 08:00 a 15:00 horas. Para desarrollar este proyecto se ha dotado de los recursos humanos necesarios ampliando en tres matronas la plantilla orgánica.

Protocolo de analgesia

Ante el nuevo decreto de prescripción RD 954/2015, que afecta también a los enfermeros especialistas, matronas, este anexo que ya había quedado en suspense en la redacción e implementación del protocolo actualmente no ha lugar a cuestionamiento en tanto el RD no autorice a las matronas al uso de los medicamentos habituales en el desempeño de su trabajo, se redacten nuevos protocolos de servicio y estos sean autorizados por el Ministerio de Sanidad[22].

Informe de alta

Actualmente las matronas realizan el pase de visita a las madres con embarazo y parto de bajo riesgo y puerperio fisiológico y citan a todas las mujeres puérperas, independientemente del riesgo obstétrico, con la matrona de AP para continuar con seguimiento del puerperio tardío. En esencia, todas las mujeres incluidas en este protocolo podrían recibir el alta hospitalaria por la matrona responsable en la Unidad de hospitalización en atención a la LOPS, concretamente en su artículo 9; sin embargo esta competencia, a día de hoy, no la realizan las matronas puesto que el Servicio Jurídico del SCS aún no se ha pronunciado al respecto y cabe añadir, además, que no ha existido deseo ni voluntad por parte del equipo médico de que llegue a ser una realidad esta prestación.

La Hoja-Guía para el pase de visita de la matrona se adjunta en el Anexo I.

Esta hoja es una herramienta para guiar la práctica asistencial de las matronas en la planta de hospitalización (puerperio). Establece y orienta la observación, la entrevista y la exploración de las mujeres puérperas incluidas en el protocolo.

La determinación y homogenización de las acciones de la matrona en su pase de vista, concluyó en un consenso sobre la pauta de actuación más correcta de la matrona para este proceso de control y seguimiento del puerperio hospitalario, reflejado en los registros creados al efecto. Desde el Ministerio de Salud dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el apartado "Fomentar la excelencia Clínica", y puntualmente en la Estrategia 10: mejorar la práctica clínica, se insiste en la necesidad de disminuir la variabilidad no justificada en la práctica clínica[21]. Esta estrategia indica así mismo la necesidad de implantar procedimientos normalizados de trabajo, como es el caso, ya que inducen mejoras sustanciales en la práctica profesional y fomentan la calidad. En última instancia se pretende que cualquier nueva incorporación de profesionales a la actividad no altere la continuidad en la atención ofrecida, a la vez que resulte sencillo al profesional asignado a la nueva tarea acometer esta.

Aunque los campos del pase de visita a valorar están definidos, la matrona, obviamente, deberá reflejar en este evolutivo otros hallazgos clínicos significativos no estandarizados para este procedimiento si los detectara.

La Hoja-Evolución puerperal que requiere consulta con el obstetra se recoge en el Anexo II.

La Hoja-Signos y síntomas de alerta que requieren consulta urgente en hospital se encuentra recogida en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Motivos de consulta urgente en hospital durante el puerperio

- Fiebre superior a 38 ºC
- Hemorragia vaginal en mayor cantidad
- Loquios malolientes
- Inflamación y dolor mamario
- Dificultad respiratoria, cefalea, obnubilación
- Síntomas urinarios (disuria, tenesmo, polaquiuria)

En el Anexo III se recoge la Hoja-*Check list* de alta hospitalaria.

Las complicaciones frecuentes de la lactancia se recogen en el Anexo IV[23,24].

Agradecimientos

A la Dirección de Enfermería del HUMV, y en su representación a Dña. Zulema Gancedo, directora, que con una visión clara de la importancia de optimizar los recursos en sintonía con la oferta de la mejor calidad en la dispensación de cuidados, apoyó decididamente este proyecto y a las matronas, dándonos la oportunidad de ampliar el abanico de nuestras competencias fuera del entorno tradicional del paritorio.

A Rosa Mª Plata, matrona, compañera de trabajo en el Servicio de Partos del HUMV, por su inestimable apoyo y colaboración en la elaboración de este protocolo y su implementación en nuestro hospital.

NOTA: este trabajo fue recibido para su publicación con fecha de 16 de julio 2015 tras 23 meses desde su implementación; en el transcurso de este tiempo ambas autoras han cambiado su lugar de trabajo, actualmente las dos desempeñan su cometido profesional en sendos Centros de AP de Cantabria.

Así mismo las autoras, dada la trascendencia del RD 954/2015, han querido dejar constancia de que este RD ha venido a complicar el desarrollo del protocolo de la analgesia en el puerperio por matronas, permitiéndoseles desde esta editorial hacer esta inclusión en el texto definitivo que publicamos.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos de la SEGO. Puerperio normal y patológico. [monografía en internet]. Madrid: Documentos de la SEGO; 2008.
2. Servicio Cántabro de Salud. Estrategia para la Atención al Parto Normal en el Servicio Cántabro de Salud incluido en el II Plan de Salud para las Mujeres (2008-2011). Santander: SCS; 2009.
3. Estrategia para la Atención al Parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Protocolo de Atención al embarazo y puerperio. Santander: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria; 2007.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio; 2014.
6. BOC. Decreto 23/2007, de 1 de marzo, Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario. Boletín Oficial de Cantabria (BOC) núm. 54, de 16 de marzo de 2007.
7. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (4).
8. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
9. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2011.
10. BOE. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 280, de 20 de noviembre de 2008.
11. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nÚM.1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»). Diario Oficial de la Unión Europea n° L 354, de 28 de diciembre de 2013.
12. BOE. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 129, de 28 de mayo de 2009.
13. BOE. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
14. BOE. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.
15. BOE. Ley 41/ 2002 de 14 de noviembre básica, reguladora de la autonomía del paciente y de derecho y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
16. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Pérez Martínez E, Santa Cruz Martín B, Vicente López A, Pacheco Ardilla F. Puesta en marcha del informe de alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Matronas Prof. 2012; 13:90-6.
17. Limia Redondo S, Sanz Díaz MC, Santa Cruz Martín B, Pérez Martínez E, Vicente López A, Pacheco Ardilla F. Delegación de actuaciones: Informe al alta emitido por matronas en el puerperio de bajo riesgo. Etica cuid. 2012 Ene-Jun.
18. Higuero JC. Procedimientos de matronas para ingresos y egresos de gestantes de bajo riesgo. Boletín Informativo Asociación Andaluza de Matronas. 2008 Jun; (30)2-3.
19. Sánchez Sánchez C, De Pérez-Cabrero Batlló I. Programa de realización de las altas en el puerperio de bajo riesgo por parte de la matrona. Barcelona. 2013. Jun [citado 26 julio 2016]. Disponible en: http://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/9_alta_puerperio_matrona_Consuelo.pdf
20. Pérez E. Relación entre el alta clínica de matrona en partos de bajo riesgo y el número de mujeres que acuden a las urgencias de obstetricia por complicaciones puerperales. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Matronas [Internet]. 2010 Jun [citado 26 julio 2016]; 2(4):36-65. Disponible en:

http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/259

21. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. Jun [citado 26 julio 2016]. Disponible en: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf
22. BOE. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 306, de 23 de diciembre de 2015.
23. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2008.
24. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP Nº 5. Madrid: Ergon; 2004.

Anexos

Anexo I. Hoja-Guía para el pase de visita de la matrona

SCS / humv HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	PRIMER APELLIDO		
	SEGUNDO APELLIDO		EDAD
SEGUIMIENTO DEL PUERPERIO- MATRONA	NOMBRE		Nº HISTORIA CLINICA
FECHA PARTO	HORA PARTO	ALERGIAS	
HAB. Nº A ☐ B ☐	ANESTESIA/ANALG. EPIDURAL ☐ RAQUIA. ☐ LOCAL ☐ NINGUNA ☐ OTRA ☐		
TIPO DE PARTO: EUTOCICO ☐	ESTADO VACUNACION		GRUPO Y RH
EPISIOTOMIA ☐ DESGARRO ☐	RUBEOLA	ANTI-D	

GESTACION NORMAL ☐	PATOLOGIA PREGESTACIONAL		PATOLOGIA GESTACIONAL
FECHA (…../…../……)			
DIA DE PUERPERIO (0 - 1—2)			
Acceso Venoso			
Estado Físico General			
Estado anímico			
Tolerancia oral			
Micción Espontánea)			
Sondaje Vesical			
Defecación Positiva			
Tolerancia a la Deambulación			
Involución Uterina (0-3)			
Sangrado Vaginal Fisiológico			
Loquios Fisiológicos			
Episiotomía buen aspecto			
Periné sin edema			
Ausencia Hematoma			
Hemorroides			
Entuertos			
Signos alt. tromboembolica			
Signos de incontinencia urinaria			
Signos incontinencia fecal			
Signos complic. Analg. epidural			
LACTANCIA MATERNA			
Cohabitación Madre / RN			
Mamas			
Pezones			
Lactancia materna Instaurada			
Vinculo bien establecido			
ANALITICAS			
Hemograma normal			
Hemoglobina (> 11g)			
Hematocrito			
Estudio Sensibilización			
TRATAMIENTO ADMINISTRADO			
OXITOCINA			

Anexo II. Hoja-Evolución puerperal que requiere consulta con el obstetra

COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO/ PROCEDIMIENTOS									
FIEBRE (> 37,8º C)	NO □	SI □	Temperatura máxima:			ºC			
HIPERTENSIÓN (>140/90)]	NO □	SI □	HIPOTENSION (<90/50)	NO □	SI □				
TAQUICARDIA	NO □	SI □	TAQUIPNEA	NO □	SI □				
TENESMO	NO □	SI □	POLAQUIURIA	NO □	SI □	DISURIA	NO □	SI □	
GLOBO VESICAL	NO □	SI □	OLIGURIA	NO □	SI □	S. VESICAL	NO □	SI □	
MAREOS	NO □	SI □	VOMITOS	NO □	SI □	NAUSEAS	NO □	SI □	
CEFALEA	NO □	SI □	PARESIA	NO □	SI □	PARESTESIA	NO □	SI □	
ALT. VISUALES	NO □	SI □	CONFUSION	NO □	SI □				
HEMORRAGIA VAGINAL	NO □	SI □	COAGULOS	NO □	SI □	ATONIA	NO □	SI □	
LOQUIOS PURULENTOS	NO □	SI □	LOQ.MALOLIENTES	NO □	SI □				
HEMATOMA PERINE	NO □	SI □	EDEMA PERINE	NO □	SI □				
DEHISCENCIA EPISIOTOMIA	NO □	SI □	S. INFECCIÓN	NO □	SI □				
INGURGITACION MAMAS	NO □	SI □	MASTITIS	NO □	SI □				
GRIETAS PEZONES	NO □	SI □	DOLOR PEZONES	NO □	SI □				
INCONTINENCIA FECAL	NO □	SI □	I. U.	NO □	SI □				
SUBINVOLUCION UTERINA	NO □	SI □	ALTURA (0)	NO □	SI □	Consistencia Normal	NO □	SI □	
ANEMIA Hb < 11 g	NO □	SI □				PRECISA TTO.		SI □	
ANEMIA Hb < 8 g GRAVE	NO □	SI □	Leucocitos > 20.000	NO □	SI □	Cayados > 10%	NO □	SI □	
DOLOR/LOCALIZACION VULVO-PERINEAL	NO □	SI □	EVA						
	NO □	SI □	EE.II.	NO □	SI □	OTROS:			
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL	NO □	SI □	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	NO □	SI □				
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	NO □	SI □	HEMORROIDE TROMBOSADA	NO □	SI □				
PATOLOGIA PREGESTACIONAL	NO □	SI □	PATOLOGIA GESTACIONAL	NO □	SI □				
SIGNOS DE TRISTEZA	NO □	SI □	EMOTIVIDAD	NO □	SI □	MELANCOLIA	NO □	SI □	
DIFICULTADES CON LM	NO □	SI □							
PRECISO VALORACION POR EL OBSTETRA							NO □	SI □	

DIA	HORA	OBSERVACIONES MATRONA

Anexo III. Hoja-*Check list* de alta hospitalaria

VACUNACIONES PENDIENTES ANTES DEL ALTA	
RUBEÓLICA (IgG negativa en la gestación)	ANTI-D

CRITERIOS DE ALTA POR LA MATRONA			Requiere apoyo adicional	
Gestación normal	SI ☐	NO ☐		
Ausencia de patología de alto riesgo en gestación	SI ☐	NO ☐		
Parto Eutócico	SI ☐	NO ☐		
Ausencia complicaciones durante el alumbramiento	SI ☐	NO ☐		
Ausencia de complicaciones durante el puerperio	SI ☐	NO ☐		
Buen estado físico general	SI ☐	NO ☐		
Buen estado emocional	SI ☐	NO ☐	SI	☐
Buena adaptación materna al nuevo rol	SI ☐	NO ☐	SI	☐
Vínculo establecido	SI ☐	NO ☐	SI	☐
Cuida del RN sin dificultades	SI ☐	NO ☐	SI	☐
La madre cuenta con apoyo familiar	SI ☐	NO ☐	SI	☐
Tª > 37ºC	SI ☐	NO ☐		
T.A. normal (<140/90 mm Hg)	SI ☐	NO ☐		
FC Y FR normales	SI ☐	NO ☐		
Micción espontánea	SI ☐	NO ☐		
Involución uterina normal	SI ☐	NO ☐		
Loquios sin patología	SI ☐	NO ☐		
Episiotomía normal	SI ☐	NO ☐		
Cicatrización de periné y vagina correcta	SI ☐	NO ☐		
Mamas normales	SI ☐	NO ☐		
Pezones sin grietas ni erosiones	SI ☐	NO ☐		
Técnica de lactancia correcta. Buen agarre y succión	SI ☐	NO ☐		
Tacto vaginal normal	SI ☐	NO ☐		
Recomendaciones de cuidados en el puerperio	SI ☐	NO ☐		
Información sobre motivos de consulta urgente	SI ☐	NO ☐		
Indicación de cita revisión postparto con matrona A.P	SI ☐	NO ☐		
Indicación de realización estudio de sensibilización en 6 meses (si se ha administrado profilaxis Anti-D)	SI ☐	NO ☐		
Entrega de Informe al Alta	SI ☐	NO ☐		
Comprende recomendaciones e información dadas	SI ☐	NO ☐		
La puérpera está acompañada en el momento del ALTA	SI ☐	NO ☐		
La puérpera acepta el ALTA	SI ☐	NO ☐		

Profesional que da el ALTA: **DIA:** **HORA:**

Datos de evolución del puerperio actualizados en el programa informático ☐

Entregado: Informe de Alta ☐ **Recomendaciones para el puerperio** ☐ **Motivos consulta urgente** ☐

Cita con Matrona A.P. **Precoz (24h)** ☐ **Tiempo medio (3º-5º d)** ☐ **Ordinaria (7º-10º d)** ☐

Anexo IV. Complicaciones frecuentes de la lactancia

Complicaciones frecuentes de la lactancia

PREVENCIÓN	CAUSAS	MANEJO
Dolor y grietas		
	• Colocación incorrecta del bebé en el pecho • Técnica incorrecta de agarre o succión • Causas físicas en el bebé (anquiloglosia) • Tamaño incorrecto de la copa del extractor	La observación de la toma (postura y agarre) con una herramienta validada va permitir identificar en la mayoría de los casos la causa de las dificultades y prestar la ayuda necesaria a la madre Mejorar la postura y el agarre al pecho va a disminuir el dolor y las grietas Para disminuir el dolor durante la toma puede ser de ayuda: • Extraer leche con la mano para estimular el reflejo de eyección y extenderla por los pezones • Comenzar por el pecho menos afectado • Amamantar frecuentemente para evitar la ingurgitación y la dificultad del agarre • Compresión del pecho para acortar la toma • Pezoneras si fuera necesario • Si el dolor es muy intenso utilizar bomba extractora prestando especial atención al tamaño de la copa • Analgésicos compatibles con la lactancia si precisa Cuidados de los pezones: • Extender unas gotas de calostro sobre el pezón • Compresas húmedas con suero fisiológico • Parches de mepitel • Lanolina (*Purelan) • Cuando hay signos de dermatitis o sobreinfección bacteriana es necesario asociar tratamiento tópico con betametasona 0,1% y/o mupirocina
Ingurgitación mamaria		
Dado que no existe un tratamiento eficaz, la prevención continúa siendo una prioridad: • Inicio precoz CPP • Lactancia frecuente y sin restricciones • Asegurar un buen agarre	• Retraso en el inicio • Limitar nº o duración de las tomas • Agarre deficiente • Extracción insuficiente o exceso de leche	• Ayudar a la madre a relajarse y estimular el reflejo de la oxitocina: - Transmitirle apoyo y confianza - Recomendarle una o varias duchas o baño tibio - Masaje en cuello y espalda • Recomendar tomas frecuentes • Frío entre las tomas como antiinflamatorio • Antes de la toma: - Contacto piel con piel o calor local justo antes de la toma - Masaje suave del pecho - Estimular suavemente la piel del pecho y del pezón - Prestarle apoyo para conseguir un buen agarre - Extraer la leche si no se consigue un agarre eficaz al pecho. En las ingurgitaciones es más eficaz la extracción manual. No abusar del sacaleches, utilizarlo menos de 10 minutos cada vez

Complicaciones frecuentes de la lactancia *(continuación)*

PREVENCIÓN	CAUSAS	MANEJO
Ingurgitación mamaria		
		• Pautar tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios • En ocasiones existe un edema importante de la areola y el pezón que dificulta el agarre del recién nacido al pecho. Puede ser muy útil realizar drenaje linfático (el protocolo incluye descripción, acompañada de imágenes, del drenaje linfático para disminuir el edema del pezón y la areola favoreciendo el agarre, así como de la estimulación de la secreción oxitócica mediante el masaje de cuello y espalda) • La oxitocina, el tratamiento con ultrasonido, las bolsas de gel frío y las hojas de col no han demostrado ser más efectivos que el placebo
Cuando las grietas o la ingurgitación mamaria no evolucionen favorablemente con las medidas habituales, consultar o remitir a la clínica de lactancia		

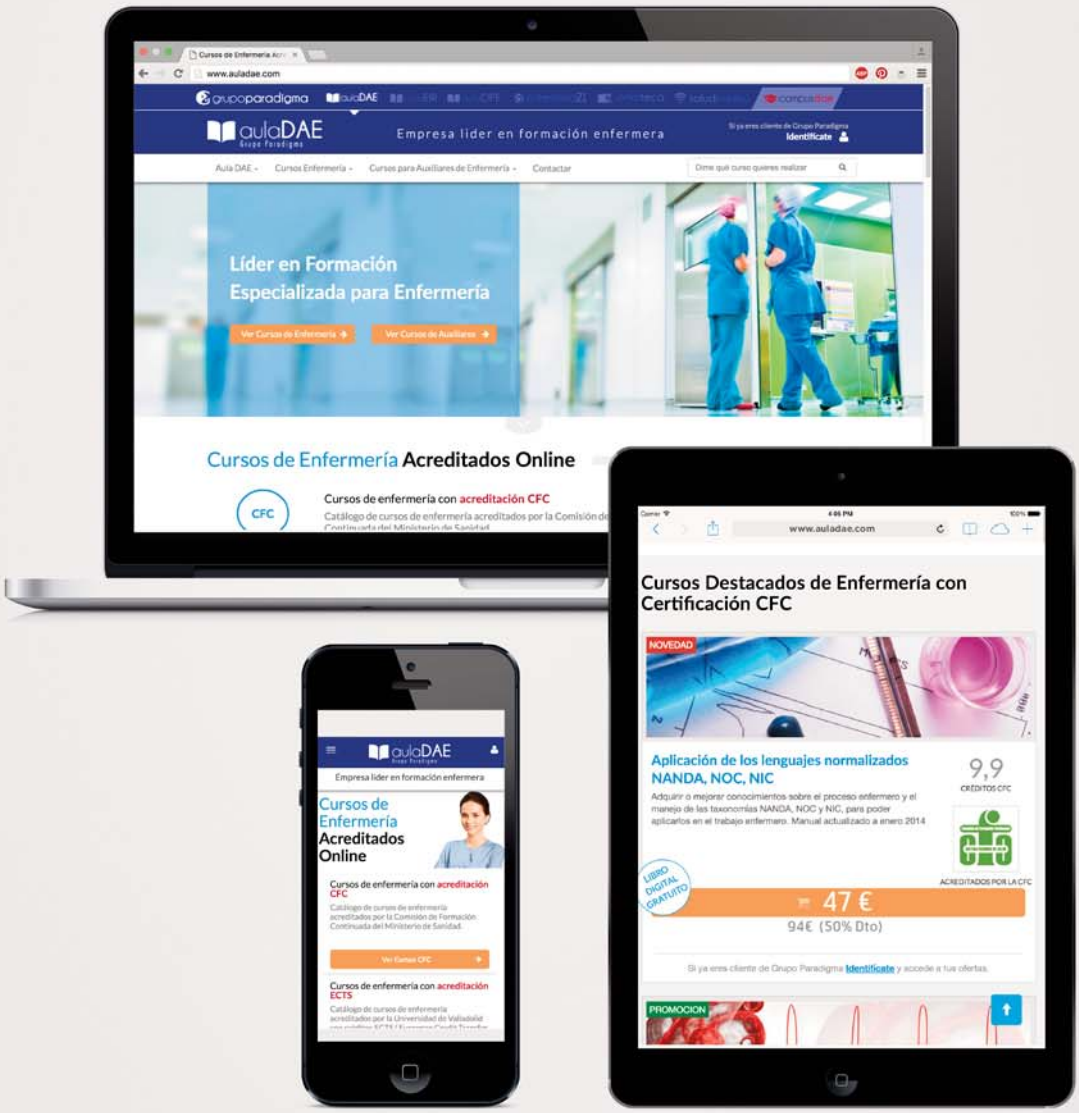
aulaDAE
Grupo Paradigma

DAEformación
Grupo Paradigma

- Cursos CFC
- Cursos ECTS
- Cursos de Inglés

¡Descubre nuestra nueva web!

www.auladae.com



Totalmente adaptada a dispositivos móviles

[1] María Fontán Azpeitia
[2] Andrea Herrero Reyes

Síndrome del quemado o *burnout* en matronas españolas

[1] *Matrona Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid).* *E-mail: andrea.herrero.reyes@hotmail.com*
[2] *Matrona Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid).*

Resumen

Introducción/objetivo: la investigación del síndrome de *burnout* en matronas es escasa. Los aspectos ambientales, psicológicos y sociales del trabajo de estas hacen que sea un colectivo muy vulnerable. El objetivo de este estudio es describir este síndrome en las matronas españolas y proponer cambios efectivos para disminuirlo.

Método: estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La población son las matronas españolas que desarrollan su actividad profesional en España en el Sistema Nacional de Salud (SNS), como en el ámbito privado (por cuenta ajena o propia) unas 7.713 matronas según el INE en 2012. La muestra está compuesta por 58 matronas. El tipo de muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia. Síndrome de *burnout* medido a través del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* de 1996. Escala con alta consistencia interna y fiabilidad cercana al 90%. Se relacionan los resultados del mismo con una serie de preguntas abiertas y cerradas, sobre las características personales y profesionales de cada participante. Para el análisis estadístico se utilizará el paquete SPSS versión 17.0.

Resultados: tras recopilar 58 encuestas, los datos obtenidos son: un 6,9% de las matronas no presentaba ningún grado de *burnout*, un 79,3% presentó un nivel bajo y un 13,8% un nivel moderado. Pese a que ninguna matrona presentó un nivel alto, el 93,1% padece algún grado de *burnout*. La edad de las encuestadas: un 48,3% eran matronas de 20-35 años de edad, un 32,8% de entre 36-51 años y un 19% de matronas mayores de 52 años. Entre las encuestadas, a menor edad mayor síndrome de *burnout*.

Conclusiones: el síndrome de *burnout* es sufrido por un alto porcentaje de matronas. La mayor parte de estas sufren un nivel bajo, pero el grueso de esta son jóvenes, con poca experiencia y formadas con el modelo EIR. Las matronas con más experiencia se distribuyen en rangos muy dispares de *burnout*. Un porcentaje pequeño con ausencia de *burnout*, y el doble, con *burnout* moderado. El lugar de trabajo, las cargas asistenciales y las herramientas personales para afrontar el estrés parecen ser las causantes de esta distribución. Las buenas relaciones del equipo multidisciplinar reducen los estresores. Por último, se observa que las matronas con baja puntuación en la escala de *burnout*, refiere cambios en su relación asistencial con las mujeres a las que atienden.

Palabras clave: matrona; *burnout*; estrés; asistencia; embarazo.

Abstract

Burnout syndrome in Spanish midwives

Introduction/purpose: *existing research on burnout syndrome in midwives is scarce. Work environment and psychological and social aspects make midwives a highly vulnerable group. We aimed at describing this syndrome in Spanish midwives and suggesting some effective changes to reduce it.*

Methods: *an observational, descriptive, prospective, and crossover study. Population consisted of Spanish midwives in National Health Service or private clinics (owned by them or by others), including about 7.713 midwives according to National Statistics Institute in 2012. A sample of 58 participants was selected. A non-probabilistic, intentional or convenience sampling was used. Burnout syndrome was assessed by means of Maslach Burnout Inventory, 1996. This scale has high internal consistency and reliability (close to 90%). Results based on a series of open and closed questions on personal and professional characteristics of participants were reported. Statistical analysis was performed using SPSS software package version 17.0.*

Results: *findings were based on 58 completed questionnaires and showed: 6.9% of midwives reported no burnout; 79.3% reported a low burnout level; and 13.8% reported a moderate level. While no participant showed a high burnout level, 93.1% were burnout at some degree. Age distribution: 48.3% were aged 20-35 years, 32.8% 36-51 years, and 19.0% older than 52 years. Among interviewees, the younger the age, the higher the burnout syndrome level.*

Conclusions: *burnout syndrome appears in a high proportion of midwives. Most of them show a low burnout level, but the majority of affected midwives are young, have limited experience, and have been educated by means of the EIR model. Midwives with more experience show diverse burnout levels. A small proportion has no burnout syndrome at all, and twice this number shows a moderate burnout degree. Workplace, workload, and personal tools to cope with stress seem to be the reasons for such distribution. Good relationships among a multidisciplinary team reduce stressors. Finally, midwives with a low score in burnout scale report changes in their healthcare relationship with women.*

Key words: *midwife; burnout; stress; healthcare; pregnancy.*

Introducción

El síndrome del quemado o *burnout* se describió por primera vez en Estados Unidos en los años 70, desde entonces ha sido un campo ampliamente estudiado en múltiples ámbitos profesionales.

Maslach, Schaufeli y Leiter, en el 2001, definen el *burnout* como "una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional"[1].

En el año 2007 Quinceno y Vinaacia[2] dan una definición más actualizada: "Cuando los niveles de estrés son tan altos que hacen que fallen los mecanismos de enfrentamiento de una persona o hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico".

Según la bibliografía consultada este síndrome se divide en distintas etapas.

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) proponen cuatro fases:

- Etapa de idealismo y entusiasmo. El trabajador al iniciar su vida laboral tiene un alto nivel de energía y sus expectativas son poco realistas, involucrándose en exceso de forma voluntaria. Al no cumplirse dichas expectativas, la persona tiene un sentimiento de desilusión y pasa a la siguiente fase.
- Etapa de estancamiento. El incumplimiento de sus expectativas provoca una disminución de la actividad laboral y una restructuración de su vida laboral y personal.
- Etapa de apatía. Es la fase central del síndrome en la cual se produce una paralización de la actividad laboral, unida a la falta de interés y apatía. Todo esto se suele acompañar por problemas emocionales, conductuales y físicos.
- Etapa de distanciamiento. El profesional padece una frustración crónica, que exterioriza con comportamientos caracterizados por despersonalización, desvalorización profesional, ira y miedo.

Para determinar la presencia de este síndrome se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada en el ámbito mundial es el Inventario para *burnout* de Maslach, reconocida por sus siglas "IBM" o "BMI" en inglés[3].

La versión original de Maslach y Jackson, de 1981, constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en este.

En la última edición del Manual (Maslach et al. 1996) se presentan tres versiones del MBI. Destacamos el MBI-*Human Services Survey* (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este cuestionario está constituido por 34 ítems que se distribuyen en 12 escalas.

Los aspectos ambientales, psicológicos y sociales del trabajo de las matronas hacen que sea un colectivo muy vulnerable[5], y por ello necesaria su investigación. El trabajo de las matronas es muy complejo, establecen una relación muy cercana con las mujeres que atienden, la relación es muy breve pero muy intensa. Atienden a mujeres muy variadas y en situaciones diversas.

En cuanto a la incidencia del síndrome de *burnout* es mayor en profesionales que prestan una función asistencial o social. Ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un riesgo laboral[6].

Este síndrome ha sido ampliamente estudiado en distintos profesionales del ámbito de la salud, pero la investigación en matronas es escasa en todo el mundo e insignificante en España. Se resalta el Informe Lucina 2004, sobre la Salud de las Matronas, realizado por la Asociación Española de Matronas[7].

Las matronas suecas se preguntaron por qué en muchos países este colectivo tiende a dejar su profesión. Tras evaluar el *burnout* en 475 matronas de la Asociación Sueca de Matronas, obtuvieron 184 resultados altos en agotamiento personal (39,5%) y un 15% en agotamiento laboral. Una de cada tres matronas había considerado dejar la profesión, y un tercio de las matronas incluidas en esta encuesta presentó algún grado de agotamiento laboral. La falta de personal y de recursos, sumado a un ambiente estresante y al conflicto con los compañeros fueron las causas principales de estos resultados[8].

Un estudio de 2011 obtuvo unas interesantes conclusiones; los principales estresores de las matronas eran: la sensación de falta de control producida por elevadas cargas de trabajo y planes de tratamiento confusos (protocolos escasos y con poca evidencia científica)[9].

Una tesis doctoral hecha sobre el tema en Dinamarca desvela otra causa de *burnout* en matronas reveladora. Las altas puntuaciones en la escala de *burnout* se debe en gran medida a una fuerte motivación inicial, que se cree necesaria para desarrollar *burnout*[10].

Pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de *burnout* para el individuo (salud, relaciones interpersonales, desvalorización…) y para la institución. La insatisfacción laboral, la propensión al abandono, el absentismo, la falta de trabajo en equipo, la mala comunicación entre profesionales o con las mujeres gestantes, se traduce en el deterioro del funcionamiento del servicio y la calidad asistencial.

Por tanto, el deterioro de la calidad de la vida laboral tiene repercusiones e impacto negativo sobre la salud de la sociedad en general[2].

Los estadounidenses ponen de manifiesto que las relaciones inadecuadas del equipo no solo se traducen en mayor estrés para las matronas, sino también en peores resultados asistenciales. La falta de comunicación entre diferentes profesionales puede producir pésimos resultados.

En EE.UU. se calcula que el 72% de las muertes perinatales o lesiones neurológicas severas en recién nacidos tiene su origen en la mala comunicación entre profesionales sanitarios[11].

Por el contrario, se vio que las buenas relaciones con el equipo de trabajo se traducen en altas tasas de realización personal[4].

En Victoria, Australia, van un paso más y realizan un estudio con una muestra de 22 matronas en *Caseload Models Care* (programas en los que la asistencia se personaliza y un grupo de dos o tres matronas atiende a la mujer gestante, desde el embarazo hasta las 4-6 semanas postparto) y 133 matronas de paritorios estándar para comparar el *burnout* y la satisfacción profesional en ambos grupos. Se observó cómo las matronas pertenecientes al primer grupo obtienen niveles de satisfacción profesional más altos y el nivel de *burnout* es menor[12].

Cuando los supervisores de servicio se involucran en la rutina diaria, aumenta la satisfacción personal en su equipo y la mitigación de estrés en las matronas[8]. Prestar atención a este colectivo es importante para mantener un Servicio de Obstetricia que preste una asistencia saludable a las mujeres y a sus familias[6].

Por ello, se cree que es de vital importancia conocer el porcentaje de profesionales afectadas y las características que lo provocan o lo favorecen.

Objetivo

Describir la realidad del síndrome del quemado o *burnout* en las matronas españolas y proponer cambios efectivos para disminuirlo.

- Medir estadísticamente el porcentaje de matronas que padecen el síndrome del quemado o *burnout*.
- Relacionar las características personales y laborales que incrementan o disminuyen este síndrome.
- Sacar conclusiones que permitan obtener herramientas para combatirlo.

Método

Para alcanzar los distintos objetivos propuestos se realizará un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

La población de dicho estudio serán las matronas españolas que desarrollan su actividad profesional en España, tanto en el Sistema Nacional de Salud, como en el ámbito privado (por cuenta ajena o propia), unas 7.713 matronas según el INE en 2012.

Se envió el cuestionario a las Unidades Docentes de Madrid y Valencia, a la Asociación Española de Matronas, a las distintas asociaciones de matronas de cada CC.AA., a tres hospitales privados y tres públicos de la Comunidad de Madrid.

La muestra está compuesta por 58 matronas que recibiendo el cuestionario han querido colaborar.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional o de conveniencia.

Tratándose de un estudio piloto sería interesante proseguir con la investigación y realizar un muestreo más representativo.

Variables independientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Número de hijos.
4. Sistema de formación.
5. Tiempo de experiencia.
6. Distancia del domicilio al trabajo.
7. Supervisora de la unidad.
8. Tipo de contrato.
9. Salario adecuado.
10. Lugar de trabajo.
11. Hospital con formación de residentes.
12. Consideración tecnológica.
13. Tipo de jornada.
14. Tipo de turnos.
15. Rotación por distintos servicios.
16. Relación con el resto del equipo.
17. Competencias claras.
18. Relación con las mujeres que atiende.
19. Enfermedad relacionada con su puesto.

Variable dependiente: síndrome de *burnout* medido a través del cuestionario *Maslach Burnout Inventory* de 1996. Escala con alta consistencia interna y fiabilidad cercana al 90%.

Los resultados estarán agrupados en tres grupos:

Puntuación:

- De 48 a 168: riesgo bajo (tome decisiones).

- Entre 169 a 312: riesgo moderado (desarrolle un plan para corregir las áreas del problema).
- Más de 313 (máx. 432): riesgo alto (necesidad urgente de acciones correctivas).

Se relacionan los resultados del mismo con una serie de preguntas abiertas y cerradas, sobre las características personales y profesionales de cada participante.

Para el análisis estadístico se utilizará el paquete SPSS versión 17.0

Resultados

Tras recopilar 58 encuestas, los datos obtenidos son: un 6,9% de las matronas no presentaba ningún grado de *burnout*, un 79,3% presentó un nivel bajo y un 13,8% un nivel moderado. Ninguna matrona presentó un nivel alto.

Pese a que ninguna matrona presento un nivel alto, se cree que es reflejo de la salud física y emocional de las matronas encuestadas que el 93,1% padezca algún grado de *burnout*.

Si se valora la edad de las encuestadas en relación con el síndrome de *burnout* se ha de destacar que al realizar un muestreo no aleatorio por conveniencia, la muestra no es representativa; estando compuesta por un 48,3% de matronas de 20-35 años de edad, un 32,8% de entre 36-51 años y un 19,0% de matronas mayores de 52 años. Se puede afirmar que entre las encuestadas, a menor edad mayor síndrome de *burnout* (Tabla 1).

Variables más representativas, se exponen los datos de los resultados estadísticamente representativos.

En la variable "Tipo de formación recibida por la matrona", se observa una clara relación entre *burnout* y matronas formadas por el sistema EIR. Teniendo en cuenta que el 78,9% de las encuestadas se formó con el sistema EIR y el 21,1% con otros sistemas (Tabla 2).

Para la variable del "Tipo de contratación" se obtiene por un lado que solo el 34,5% de las matronas tiene un contrato indefinido. Si se relaciona el "Tipo de contrato" con el nivel de *burnout* se observa que para un nivel moderado hay más matronas indefinidas, pero en un nivel de *burnout* bajo, la temporalidad del contrato si está más representada.

En cuanto a si el tipo de contrato afecta en la realización del trabajo diario: un 44,6% si les afecta y un 55,4% no (Tabla 4).

Al valorar el salario percibido, a mayor nivel de *burnout*, mayor porcentaje de matronas en desacuerdo con el salario que reciben. Solo el 27,3% de matronas está en desacuerdo con su salario.

Al relacionar el lugar de trabajo con la medida de *burnout*, se saca en claro que: donde más estresantes laborales tienen las matronas es por orden descendente: hospital privado (15,8%), hospital de tercer nivel (40,4%), hospital mixto (21,1%), centro de salud (14%), parto domiciliario (3,5%) y, por último, las matronas que más realización profesional poseen son las que desempeñan su trabajo en hospitales de baja intervención (5,3%).

Tabla 1. Relación síndrome *burnout* con la edad de la matrona

		Burnout por 4 categorías	Edad por 3 categorías
N	Válidos	58	58
	Perdidos	0	0
Media		2,07	1,71
Mediana		2,00	2,00
Moda		2	1
Desv. típ.		,454	,773
Varianza		,206	,597
Asimetría		,303	,566
Error típ. de asimetría		,314	,314
Rango		2	2
Mínimo		1	1
Máximo		3	3

Tabla 2. Relación síndrome *burnout* con el tipo de formación

		Burnout por 4 categorías	Formación
N	Válidos	58	57
	Perdidos	0	1
Media		2,07	,21
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,411
Varianza		,206	,169
Asimetría		,303	1,459
Error típ. de asimetría		,314	,316
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Tabla 3. Relación síndrome *burnout* con el tipo de contratación

		Burnout por 4 categorías	Contrato
N	Válidos	58	55
	Perdidos	0	3
Media		2,07	,47
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,604
Varianza		,206	,365
Asimetría		,303	,892
Error típ. de asimetría		,314	,322
Rango		2	2
Mínimo		1	0
Máximo		3	2

Otra característica del centro de trabajo que se valora como relevante es que las matronas que tienen residentes en formación a su cargo poseen menos niveles de *burnout*.

La relación del equipo multidisciplinar sí tiene una relación significativa con el síndrome de *burnout*. A mejor relación de equipo, menos presencia de síndrome de *burnout*.

Tabla 4. Relación síndrome *burnout* con la situación laboral

		Burnout por 4 categorías	Residentes
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	,45
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,502
Varianza		,206	,252
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Por último, existe relación de *burnout* y la variable "Cambio de Relación con la gestante que atiende" (un 42,9% cambió su relación asistencial con las mujeres gestantes), para niveles de *burnout* bajos o ausentes la respuesta es afirmativa. Por el contrario, en las matronas que tienen niveles moderados de *burnout* su respuesta es negativa; es decir, a lo largo de su carrera profesional no ha cambiado su relación con las mujeres gestantes.

Tabla 5. Relación síndrome *burnout* con el equipo

		Burnout por 4 categorías	Equipo
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	,45
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,502
Varianza		,206	,252
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Tabla 6. Relación síndrome *burnout* con el cambio de relación con la mujer gestante

		Burnout por 4 categorías	Mujeres
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	,57
Mediana		2,00	1,00
Moda		2	1
Desv. típ.		,454	,499
Varianza		,206	,249
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Discusión

La muestra obtenida no es homogénea. Por ello, y por la escasez de los cuestionarios contestados, esta muestra no es representativa. Pese a ello se concluye para futuras investigaciones de mayor envergadura:

- El síndrome de *burnout* es sufrido por un altísimo porcentaje de matronas, en mayor o menor medida.

  La mayor parte de las matronas sufre un nivel bajo, pero parece muy preocupante que el grueso de estas sea matronas jóvenes con poca experiencia y formadas con el modelo EIR (enfermera interna residente), por ello, se lanzan varias hipótesis sobre esto:

  - La situación laboral: precaria, temporal e inestable. Reflejo de la actualidad social que vive España. Esta situación se ve reflejada en el trabajo diario de estas profesionales.
  - La formación tipo EIR, a la cual se accede tras un proceso selectivo, largo (media de acceso entre 2-6 años) y muy competitivo (media de 300 plazas para 14.000 solicitudes de media).
  - La alta cualificación tras el periodo formativo, que hace que las metas profesionales que se imponen sean muy ambiciosas y en la mayoría de las ocasiones no estén acordes con la realidad laboral.

    Por otro lado, también se observa como las matronas con más experiencia se distribuyen en rangos muy dispares de *burnout*. Un porcentaje pequeño con ausencia de *burnout*, y el doble con *burnout* moderado.
  - El lugar de trabajo, las cargas asistenciales y las herramientas personales para afrontar el estrés parecen ser las causantes de esta distribución.

- Otro aspecto a tener en cuenta es el salario percibido, con el que un gran porcentaje no está de acuerdo. Se cree que esto se debe a que tras la adquisición del título de Enfermera Especialista las matronas no ven incrementado su salario. Esto también es causa de frustración debido a que tras un acceso de alta competencia, la posterior formación de dos años y la adquisición de mayor responsabilidad laboral, el reflejo salarial es nulo.

  Creemos que el SNS debería plantearse estos hechos.

- En cuanto al ámbito de trabajo. Claramente los hospitales con un modelo de paritorios de baja intervención, donde la matrona es responsable de las gestaciones y partos fisiológicos; estas pueden desarrollarse en mayor medida, lo que provoca una mayor realización profesional y disminuye el *burnout*.

  También en relación con el ámbito laboral se ve cómo las buenas relaciones del equipo multidisciplinar favorecen una mejor percepción de la calidad asistencial y reduce los estresores que provoca un servicio en el que el trabajo en equipo se ve mermado.

- La relación que las matronas establecen con las mujeres gestantes a las que atienden cambia a lo largo de sus carreras profesionales y se observa una clara relación con los niveles de *burnout*.

  - Las matronas que refieren no haber cambiado su relación presentan mayor *burnout*, esto puede deberse al tipo de modelo asistencial que las mujeres reciben en el SNS. Dicho sistema impide a las matronas que en muchas ocasiones relacionarse con las mujeres gestantes de la manera que tanto la evidencia como las guías de actuación de las diversas comunidades científicas sugieren. Esto crea frustración y descontento en las matronas por no realizar su trabajo. Esto se debe a la gran carga asistencial que imposibilita un trato individualizado *(One to One)*.
  - Por otro lado, se observa que las matronas que no presentan niveles de *burnout*, sí refieren un cambio a lo largo de su carrera en el trato a las mujeres gestantes. Se piensa que podría deberse a la adquisición de herramientas y adaptación al medio hospitalario de SNS.

Para finalizar, se pone de manifiesto la necesidad de profundizar más en este tema, con estudios futuros, con los que poder localizar las razones de la aparición del síndrome del quemado o *burnout* en las matronas españolas y así poder tomar medidas, tanto formativas como asistenciales, que mitiguen este síndrome y se traduzcan en una mejora asistencial a las mujeres españolas.

Conclusiones

El agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, causado por la alta implicación con personas en situaciones de alta demanda social pueden ser evitados.

No se debe olvidar que el deterioro de la calidad de vida laboral tiene importantes repercusiones e impacto negativo sobre la sociedad en general.

Es evidente que la mejora del trabajo en equipo con unas mejores herramientas de comunicación previenen el *burnout* y mejora la salud de madres y bebés, por eso se debe trabajar en ello.

Bibliografía

1. Olivares Faúndez VE, Gil Monte P. Analysis of the main strengths and weakness of the "Maslach Burnout Inventory" (MBI). UNIPSICO. 2001.

2. Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología. 2007; 117-125.
3. Maslach C, Jackson S, Leiter M. MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. California: Consulting Psychologists Press; 1996.
4. Gil P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 1999; 261-8.
5. Lubica B, Martina B. International Conference on Intercultural Education "Education and Health: From atranscultural perspective" Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery a Comenius University, Jessenius Faculty of Medicine, Department of Midwifery, Martin, Slovakia. 2014.
6. Gutiérrez G, Celis M, Moreno F, Farias F, Suárez J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocien 2006; 305-9.
7. Asociacion Española de Matronas. Informe Lucina La Salud de las Matronas. 2004.
8. Ingegerd H, Kajsa W, Ingela W. Burnout in Swedish Midwives. Sex Reprod Healthc 2013; 4(3):87-91.
9. Understanding Stress and Burnout in Birth Suite Midwives Lynette Mary Walpole BA (Hons) School of Social Sciences and Psychology. Faculty of Arts, Education and Human Development Victoria University. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. April 2011.
10. Sunniva E, Peter O, Birgit A. National Institute of Occupational Health, Muriel E. Thesis Motivation and Burnout in Human Service Work The Case of Midwifery in Denmark Copenhagen, April 2006.
11. The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert 2008. p.40.
12. Newton MS, McLachlan HL, Willis KF, Forster DA. Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: Findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. BMC Pregnancy Childbirth 2014 24;14:426.

Ingesta de DHA en mujeres gestantes y factores asociados a su consumo

[1] Esther Conde Puertas
[2] Inmaculada Hernández Herrerías
[3] Irina Alonso Escalante

[1] Matrona. Hospital Huércal-Overa (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Máster en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Investigación en nutrición y dietética.
[2] Matrona. Complejo Hospitalario Reina Sofía. Hospital materno-infantil (Córdoba).
[3] Matrona. Hospital Rotunda. Dublín (Irlanda).

E-mail: esthercpu@gmail.com

Resumen

Introducción: la ingesta de ácido docosahexaenoico (DHA) es considerada como esencial durante la etapa perinatal, debido a sus múltiples beneficios para la salud materno-infantil.

Objetivos: el objetivo del presente estudio es evaluar la ingesta materna de DHA durante el tercer trimestre de gestación en mujeres embarazadas, y evaluar los factores que pueden estar relacionados con su consumo.

Método: se llevó a cabo un estudio transversal de evaluación nutricional sobre la ingesta de DHA. La muestra se compuso de 56 mujeres gestantes pertenecientes al área de referencia del hospital regional de Huércal-Overa (Almería). Como herramienta de evaluación se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos en el que se incluía la principal fuente alimentaria de DHA: pescados y mariscos.

Resultados: la ingesta media de DHA fue de 370,76 (DE: 182,08) mg/día (20,61-754,51 mg/día). Aunque la mayoría de mujeres (91,1%) tenía un consumo frecuente de pescado de al menos 3-4 raciones por semana, un importante número de ellas tenía una ingesta de DHA inferior a los 200 mg/día recomendados. Entre las causas de este bajo consumo se encuentra que el 37,5% de las mujeres consumía menos de una ración semanal de pescado azul, principal fuente de DHA. Se mostró una asociación positiva entre las variables "no trabajar fuera de casa" (p= 0,018) y "conocimiento sobre la importancia de los ácidos grasos omega-3, como el DHA, presentes en el pescado" (p= 0,032) con la ingesta de DHA. El 67,9% de las mujeres no conocía la importancia de la ingesta de DHA durante el embarazo.

Conclusiones: un importante número de mujeres está en riesgo de ingesta insuficiente de DHA (19,6%). Destaca la falta de información recibida por estas sobre la importancia del consumo adecuado de pescado como fuente de DHA durante esta etapa. Este hecho refleja la necesidad de una adecuada educación sanitaria sobre alimentación por los profesionales de salud.

Palabras clave: lactancia materna; ácido docosahexaenoico; pescado; ácidos grasos omega 3; embarazo.

Abstract

Dha intake in pregnant women and factors associated to dha use

Introduction: *docosahexaenoic acid (DHA) intake is considered essential during the perinatal period because of its multiple benefits for mother and infant health.*

Purpose: *we aimed at assessing maternal DHA intake during the third trimester in pregnant women and evaluating factors related to DHA use.*

Methods: *a nutritional crossover study was carried out to assess DHA intake. A sample consisting of 56 pregnant women in the catching area for the regional hospital in Huércal-Overa, Almería, Spain was selected. A questionnaire on food intake frequency, including the main source for DHA (i.e., fish and seafood) was administered.*

Results: *mean DHA intake was 370.76 (SD: 182.08) mg/day (20.61-754.51 mg/day). Although most women (91.1%) reported a common fish intake with at least 3-4 serving per week, a large number of them took less than the recommended daily dose (200 mg/day). Among the reasons for such a low intake, 37.5% of women took less than a weekly serving of oily fish, the main DHA source. A positive association between the variables "no work outside the home" (p= 0.018) or "awareness of the importance of omega-3 fatty acids, such as DHA, present in fish" (p= 0.032) and DHA intake was found. About 67.9 % of women were not aware of the importance of DHA intake during pregnancy.*

Conclusions: *a large number of women (19.6%) are at risk of an inadequate DHA intake. Importantly, there is a lack of education of such women on the importance of an adequate fish intake as a source for DHA during pregnancy. This fact reflects the need for an appropriate health education on nutrition made available by health workers.*

Key words: *breast feeding; docosahexaenoic acid; fish; omega-3 fatty acids; pregnancy.*

Introducción

El embarazo y lactancia son periodos en los cuales una adecuada nutrición es esencial para el óptimo desarrollo del feto y neonato y en su salud a largo plazo. El DHA, uno de los nutrientes más estudiados, es un AGPI-CL, perteneciente a la familia omega-3, considerado esencial durante la etapa perinatal por sus beneficios tanto para la madre como para el niño en desarrollo[1,2]. Es el principal ácido graso presente en el cerebro y retina, por lo que es necesario para el desarrollo visual y neurológico del niño[1,3-5]. Se ha mostrado relación con la prevención de la depresión materna y posparto[5,6], descenso del riesgo de parto pretérmino y efectos beneficiosos sobre el crecimiento fetal[5,7-9].

Puede ser obtenido de la dieta o sintetizarse a partir del ácido graso esencial α-linolénico. Sin embargo, la capacidad de biosíntesis endógena es limitada, especialmente en el feto y neonato, por lo que es requerido en la dieta de su madre[5]. El aporte de DHA durante la vida fetal y neonatal dependerá, por tanto, del aporte a través de la placenta y posteriormente de la leche materna[10,11]. Una baja ingesta de DHA podría resultar en una deficiencia en el niño, con las posibles consecuencias derivadas de ello[12,13].

Diversos organismos establecen como recomendación una ingesta mínima de DHA de 200 mg/día para las mujeres gestantes y lactantes[5,14], con el objetivo de asegurar la salud materno-infantil y el adecuado depósito en el cerebro durante estos periodos críticos del desarrollo[5,14,15].

La fuente alimentaria de DHA son los productos de origen marino, por los que esta ingesta se conseguiría a través del consumo de pescado en una dieta equilibrada, incluyendo al menos dos raciones a la semana de pescado y marisco, una de las cuales debería ser pescado azul, por su alto contenido en DHA[1,13,15].

La ingesta de DHA a través de la dieta en mujeres varía intra e interpoblacionalmente en función de los hábitos alimentarios, observándose según los estudios numerosas poblaciones de diferentes países con una ingesta baja[12,14,16-18]. Pocos estudios han evaluado el consumo de DHA en mujeres gestantes o lactantes, y especialmente en población española hay escasos datos[19].

Por ello, se estableció como objetivo principal estimar la ingesta de DHA en una muestra de mujeres embarazadas españolas, a partir de sus fuentes alimentarias (pescados y mariscos), evaluando el cumplimiento de las recomendaciones sobre su ingesta, así como los factores que pueden estar asociados a su consumo.

Método

Se llevó a cabo un estudio transversal de evaluación nutricional de DHA a partir de su fuente alimentaria. La captación de voluntarias y recogida de datos se llevó a cabo en el Hospital Comarcal La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería) durante los meses de mayo y junio de 2013, en la consulta de Bienestar Fetal que se realiza dentro del Proceso de Atención al Embarazo. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital de Huércal-Overa.

Se incluyeron 57 mujeres en el tercer trimestre de gestación. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: barrera idiomática que impedía la correcta recogida de datos y la presencia de alergia al pescado o marisco. Todas las mujeres elegibles participaron en el estudio. Una única mujer no completó el cuestionario, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 56 mujeres.

Se calculó el tamaño muestral mínimo para el estudio teniendo en cuenta un error α de 0,05 y un error β de 0,20. Asumiendo un intervalo de confianza en el grupo control del 50% y una tasa de pérdidas de 1,75%, el mínimo tamaño muestral fue de n= 48, por lo que el número de mujeres seleccionadas para el estudio era suficiente para la consecución de los objetivos.

La información del estudio fue obtenida a partir de entrevista individualizada a la mujer, que incluía un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) como herramienta de evaluación nutricional, de la historia médica de la mujer y del documento de salud del embarazo.

Se recogieron datos sociodemográficos, obstétricos y antropométricos. Además, se evaluó si las mujeres recibían educación sanitaria sobre alimentación durante su embarazo, si eran aconsejadas sobre la adecuada ingesta de pescado y su conocimiento sobre la importancia de los ácidos grasos omega-3 como el DHA, presentes en el pescado durante esta etapa.

El CFCA se obtuvo a partir del modelo validado en población española de Martín Moreno[20], seleccionando las fuentes alimentarias del ácido graso DHA: pescados y mariscos, e incluyendo el grupo de los pescados en conserva, debido a su diferente contenido en DHA.

El cuestionario consistió finalmente en 11 ítems de pescados y mariscos, agrupados en las siguientes categorías: pescado blanco, pescado azul, pescados en conserva, salados y ahumados y mariscos (Apéndice 1). Se preguntó a la mujer sobre la frecuencia media de consumo durante su embarazo, así como la ración media de consumo. Para la mejor estimación de la ración habitual se usó un anexo de ilustraciones de raciones estándar de estos alimentos, obtenidas a partir del "Manual de fotografías para encuestas alimentarias" realizado por el Instituto de Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Granada[21] y a partir de la guía para la Alimentación equilibrada del Consell Alimentari de la Mediterránea[22].

La ingesta media de DHA (mg/día) fue estimada a partir del consumo de los diferentes tipos de pescados y mariscos, teniendo en cuenta su porción comestible, a través de las

tablas de composición de los alimentos desarrolladas por Moreiras y Mataix[23,24]. Además, se evaluó si las mujeres cumplían las recomendaciones de ingesta de DHA establecidas por las organizaciones internacionales, las cuales establecen un mínimo de consumo de DHA de 200 mg/día[5,14,25].

En el análisis descriptivo de la muestra se calculó la media aritmética, la desviación estándar (DE) y el rango para las variables cuantitativas. En el caso de las variables nominales categóricas se calculó la distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Se estudió la posible asociación entre variables socioculturales, obstétricas y antropométricas con la ingesta de DHA. Para ello, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, teniendo en cuenta la ingesta de DHA (mg/día) como variable dependiente y ajustando por las variables "edad", "educación", "empleo fuera de casa", "paridad", "IMC" y "conocimientos sobre la importancia de los ácidos grasos omega-3, como el DHA, presentes en el pescado".

En todos los análisis se consideró el valor p< 0,05 como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y Stata versión 11.0.

Resultados

Las principales características sociodemográficas, obstétricas y antropométricas de la muestra de mujeres analizadas se detallan en la Tabla 1.

La ingesta total de pescados y mariscos fue de 100,94 (DE: 41,53) g/día, con una frecuencia de consumo media de 5,53 (DE: 2,05) raciones/semana (r/s). El consumo de los diferentes tipos de pescados se muestra en la Tabla 2.

La ingesta de conservas de pescado fue la más frecuente entre las mujeres encuestadas, con un consumo medio de 1,67 r/s. Sin embargo, la categoría de mariscos (almejas, gambas, mejillones, calamares y similares) fue la más consumida en cantidad, con una ingesta media de 33,80 g/día (33% de la ingesta diaria total). Respecto a la ingesta de pescado blanco, fue mayor (28,95 g/día) que la de pescado azul (24,20 g/día), así como más frecuentemente consumida (1,20 y 1,06 r/s respectivamente).

La mayoría de las mujeres gestantes (91,1%) cumplieron las recomendaciones dadas por la SECN de ingesta de pescado, la cual establece un consumo dentro de una dieta equilibrada de 3-4 r/s[26]. No obstante, un 37,5% de las mujeres presentaba un consumo de pescado azul, principal fuente de DHA, de menos de una ración por semana.

La ingesta media de DHA procedente de pescados y mariscos fue de 370,76 (DE: 182,08) mg/día, con un amplio rango (20,61-754,51 mg/día). Solo un 7,1% de la muestra tomaba suplementos que contuvieran DHA, los cuales incrementaban la ingesta DHA en 200 mg/día.

Tabla 1. Características sociodemográficas, obstétricas y antropométricas

Variables	N= 56
Edad (media, DE, rango) 30,80± 5,78(19-43)	**n(%)**
<25	9 (16,1%)
25-29	11 (19,6%)
30-35	24 (42,9%)
>35	12 (21,4%)
País de origen	
España	51 (91,1%)
Otro país	5 (8,9%)
Estado civil	
Casada	36 (64,3%)
Soltera	20 (35,7%)
Nivel educativo[a]	
Primaria	13 (23,2%)
Secundaria	10 (17,9%)
Superior	9 (16,1%)
Universidad	24 (42,9%)
Trabajo fuera de casa	
Sí	40 (71,4%)
No	16 (28,6%)
Baja laboral durante la gestación	
Sí	23 (41,1%)
No	33 (58,9%)
Clase social[b]	
I	6 (10,7%)
II	11 (19,6%)
III	15 (26,8%)
IV	8 (14,3%)
V	16 (28,6%)
Paridad	
Nulípara	30 (53,6%)
Multípara	26 (46,4%)
Edad gestacional (media, DE, rango) 38,67 ± 1,69 (34-41)	
IMC (media, DE, rango) 25,04 ± 4,28 (17,91-37,11)	
Bajo peso	2 (3,6%)
Normopeso	30 (53,6%)
Sobrepeso	15 (26,8%)
Obesidad	9 (16,1%)
Ganancia de peso gestacional (media, DE, rango) 12,82 ± 5,13 (4,50-28)	

a Mayor nivel completado

b Medida de la clase social en ciencias de la salud. Se considera el mayor nivel de clase social de ambos miembros de la familia (I: clase media-alta, II: clase media, III: clase media/baja, IV: trabajadores cualificados y semicualificados, V: trabajadores no cualificados)

Tabla 2. Ingesta de los diferentes tipos de pescados y consumo de DHA

Variables	Media, DE (rango)
Ingesta total de pescados y mariscos (g/día) Q1 (≤65,15)= 25% Q2 (65,15-106,75)= 25% Q3 (106,76-131,65)= 25% Q4 (>131,66)= 25%	100,94 ± 41,53 (7,43-170,78)
Frecuencia total de consumo de pescados y mariscos (raciones/semana)	5,53 ± 2,05 (0,47-9,57)
Pescado blanco (g/día) Q1 (≤10,21)= 25% Q2 (10,22-25)= 39,3% Q3 (25,01-46,25)= 10,7% Q4 (>46,26)= 25%	28,95 ± 22,74 (0-87,50)
Frecuencia de consumo de pescado blanco (raciones/semana)	1,20 ± 0,95 (0-3,5)
Pescado azul (g/día) Q1 (≤15)= 25% Q2 (16-29)= 25% Q3 (30-43)= 25% Q4 (>44)= 25%	24,20 ±18,22 (0-64,11)
Frecuencia consumo pescado azul (raciones/semana)	1,06 ± 0,80 (0-3)
Pescado en conserva (g/día) Q1 (≤5,65)= 25% Q2 (5,66-7,14)= 33,9% Q3 (7,15-14,29)= 26,8% Q4 (>14,30)= 14,3%	12,11 ± 7,93 (0-32,14)
Frecuencia consumo pescado en conserva (raciones/semana)	1,67 ± 1,11 (0-4,08)
Salados y ahumados (g/día) Q1 (≤0)= 69,6% Q2 (0,01-3,08)= 5,4% Q3 (>3,09)= 25%	1,80±3,30 (0-14,29)
Frecuencia consumo salados y ahumados (raciones/semana)	0,15 ± 0,27 (0-1)
Mariscos (g/día) Q1 (≤17,93)= 25% Q2 (17,94-31,16)= 25% Q3 (31,17-47,85)= 25% Q4 (>47,86)= 25%	33,88 ± 20,80 (0-75)
Frecuencia consumo mariscos (raciones/semana)	1,46 ± 0,84 (0-3)
Ingesta total DHA (mg/día) Q1(≤238,08)= 25% Q2(238,09-354,14)= 25% Q3(354,15-522,46)= 25% Q4(>522,47)= 25%	**370,76 ± 182,08 (20,61-754,51)**
Q1: cuartil 1; Q2: cuartil 2; Q3: cuartil 3; Q4: cuartil 4	

Un 80,4% de las mujeres embarazadas cumplía las recomendaciones establecidas de ingesta de DHA.

En la Tabla 3 se muestran los coeficientes de regresión y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% de las variables asociadas a la ingesta de DHA. Se observó una asociación negativa entre la ingesta de DHA y el empleo fuera de casa, consumiendo menos DHA las mujeres empleadas que las desempleadas (p= 0,018). Además, se observó que aquellas mujeres con conocimientos sobre la importancia de la ingesta de ácidos grasos omega-3 como el DHA presentes en el pescado consumían mayores cantidades de DHA (p= 0,032).

El porcentaje de mujeres que no habían recibido educación sanitaria sobre nutrición durante su embarazo por parte de los profesionales sanitarios era de un 44,6%. Un 67,9% no conocía la importancia de consumir pescado durante el embarazo debido a la presencia de ácidos grasos como el DHA. Menos de la cuarta parte había recibido recomendaciones (23,2%) o consejo sobre el consumo adecuado de pescado. Solo un 7,1% había sido aconsejada sobre la frecuencia de consumo adecuada y solo un 5,4% sobre los tipos de pescados que debía evitar consumir en relación a su alto contenido en mercurio. El resto solo recibían recomendaciones sobre los riesgos de consumir pescado crudo.

Discusión

El principal objetivo del estudio fue cuantificar la ingesta de DHA en las mujeres gestantes, evaluando su consumo de pescado. La ingesta media de pescados y mariscos en las participantes en el estudio fue de 100,94 g/día, mostrando una gran variación interindividual (entre 7,4-170,8 g/día). Este consumo fue muy similar al encontrado en población adulta según la evaluación nutricional de la dieta española (103 g/día)[27], aunque algo inferior al encontrado en un estudio piloto del estudio HERMES, llevado a cabo con 150 mujeres embarazadas (129 g/día)[28].

La frecuencia media de consumo en raciones/semana fue considerablemente alta (5,5 r/s), mayor a las recomendaciones de la SECN (3-4 r/s)[26] y superior también a la obtenida en la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española, realizada por la AESAN, donde el consumo de pescados en España se situó en 3,8 r/s[29]. Este hecho podría deberse a la mayor conciencia de la importancia de una dieta saludable y equilibrada para las mujeres gestantes, junto a la fácil accesibilidad al pescado fresco por ser una región cercana a la costa.

La ingesta media de DHA obtenida de la dieta fue de 370,76 mg/día, presentando también un amplio rango, reflejo de la variabilidad en el consumo de pescado entre las mujeres (20,61-754,51 mg/día). Un considerable número de mujeres (19,6%) tuvo una ingesta de DHA por debajo de los requerimientos, lo que podría conllevar importantes repercusiones en la salud materno-infantil[1,5,7,12,13].

Sin embargo, al evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de ingesta de pescado dadas por la SECN, se encuentra que solo un 8,9% está por debajo de este consumo. Ello muestra que, aunque la mayor parte de las mujeres consumen pescado de forma frecuente, hay un porcentaje importante que no consigue alcanzar una adecuada ingesta

Tabla 3. Análisis regresión linear de variables asociadas a la ingesta de DHA (mg/día)

Variables	Categorías	Ingesta DHA Coeficiente regresión, IC 95%[a]
Edad		3,75 ((-7,81)-15,32))
Nivel de estudios	Non-universitaria	0 (referencia)
	Universitaria	49,67 ((-64,66)-164))
Paridad	Nulípara	0 (referencia)
	Multípara	-29,63 ((-132,85)-73,59)
Empleo fuera de casa	No	0 (referencia)
	Si	-140,03 ((-254,66)-(-25,40))*
IMC		-0,91 ((-11,85)-10,02))
Conocimiento ácidos grasos omega-3 como DHA	No	0 (referencia)
	Si	118,57 (10,45-226,68)*

a Ajustado por edad, nivel de estudios, paridad, empleo fuera de casa, IMC y conocimiento ácidos grasos omega-3 como el DHA

* Estadísticamente significativo (p < 0,05)

de DHA, ya sea por un consumo insuficiente en cantidad o por el tipo de pescado que consumen de forma preferente, ya que la principal fuente de DHA es el pescado azul, siendo mínima la cantidad de DHA en el pescado blanco o marisco. Así, se observó cómo un 37,5% de las mujeres embarazadas consumía pescado azul menos de 1 vez/semana, cuando algunas entidades recomiendan un consumo mínimo de 1 r/s para asegurar la ingesta adecuada de DHA[13].

Hay pocos datos sobre ingesta de DHA en población gestante, especialmente en mujeres gestantes españolas, aportando este estudio resultados novedosos. Los estudios de consumo de DHA llevados a cabo en mujeres no gestantes de otros países muestran una amplia variabilidad entre poblaciones, con un gran número de poblaciones con ingesta insuficiente de DHA. Por ejemplo, en Bélgica y Alemania la ingesta de DHA en mujeres adultas fue de 131 mg/día y 140 mg/día respectivamente[25]. Una ingesta aun menor fue estimada en mujeres adultas en Reino Unido (100 mg/día)[16].

Respecto a mujeres gestantes, los estudios también muestran una gran variabilidad en los valores de ingesta de DHA. Un estudio incluyó tres cohortes de tres países europeos diferentes, incluyendo 62 mujeres gestantes españolas. Esta cohorte española obtuvo una ingesta media de DHA de 155 y 161 mg/1.000 kcal a las 20 y 30 SG. La cohorte alemana (119 y 124 mg/1.000 kcal) y la húngara (122 y 125 mg/1.000 kcal) fueron significativamente menores. En este estudio, casi el 90% de las mujeres gestantes españolas alcanzaba las recomendaciones de ingesta de DHA[19].

Sontrop et al.[6], en Londres, mostró un consumo combinado de DHA+ EPA de 250-270 mg/día. Valores más elevados (370 mg/día) se mostraron en otro estudio desarrollado con mujeres embarazadas de Dinamarca[30], valor similar al encontrado en este estudio. Muchas mujeres embarazadas de otros países no alcanzan las recomendaciones de consumo mínimo de 200 mg/día. Así, en Canadá, la ingesta media de DHA fue 160 mg/día[31] y en EE.UU. los datos muestran ingestas aún más deficientes. Dos estudios llevados a cabo con mujeres gestantes americanas muestran un consumo de DHA+EPA de 128 mg/día (asociado a una baja ingesta de pescado: 1,5r/s)16 y 1,18 g/mes (39,30 mg/día) en otro estudio con población de bajos ingresos, ambos muy lejos de las recomendaciones diarias[17].

Respecto a los factores asociados a la ingesta de DHA, se mostró que las mujeres que trabajaban fuera de casa consumían menos DHA, probablemente debido al menor tiempo libre disponible para acceder al pescado fresco de forma regular. Destaca también el hecho de que las mujeres que conocían la importancia de estos ácidos grasos presentes en el pescado consumían mayores cantidades de DHA, resultado estadísticamente significativo, lo cual muestra la conveniencia de una adecuada educación sanitaria sobre alimentación durante el embarazo.

No se encontró asociación estadísticamente significativa con el resto de las variables estudiadas. Tampoco encontró asociación el estudio de las tres cohortes europeas antes mencionado, con variables como el estado civil, edad, nivel educativo o residencia urbana/rural[19].

La educación sanitaria sobre nutrición es una de las principales actividades de promoción de la salud durante la gestación. No obstante, destaca que más de la mitad de las mujeres embarazadas de la muestra no había recibido ninguna información sobre alimentación saludable en esta etapa y más de las 2/3 partes no tenía conocimiento sobre la importancia del consumo de ácidos grasos omega-3 como el DHA. Solo un 23,2% había recibido consejo en relación a la ingesta de pescado, pero dicho asesoramiento no era siempre adecuado y completo, como se observa en los resultados. Todo ello refleja la falta de información de las mujeres gestantes en cuanto al consumo adecuado de pescado y su importancia durante el embarazo y lactancia.

Aunque el tamaño de la muestra del estudio fue relativamente pequeño (n= 56), representa más de la mitad de los partos medios que tienen lugar al mes en el hospital (p. ej.: 75 en mayo de 2013). Una posible limitación es el hecho de que la muestra seleccionada tiene una baja representatividad de mujeres extranjeras, que pueden tener diferentes hábitos dietéticos debido a la barrera idiomática como criterio de exclusión.

Se usó un CFCA adaptado a partir del cuestionario de Martin Moreno[20,32], el cual había sido validado para población española, con óptimos coeficientes de correlación para ser considerado válido para la categorización de los individuos según su ingesta pasada.

No se conoce en la literatura, hasta el momento, ningún CFCA que haya sido diseñado y validado específicamente para la ingesta de DHA. No obstante, según una revisión, la calidad de la estimación de ácidos grasos omega-3 obtenida mediante CFCA es juzgada como buena o aceptable según el sistema de puntuación EURRECA *(European Micronutrient Recommendations Aligned)*[33].

El presente estudio muestra la posible necesidad de mejorar la educación sanitaria en nutrición durante la gestación, reforzando el consumo de pescado como fuente natural de nutrientes esenciales como los ácidos grasos omega-3, incluido el DHA. Con este objetivo debería fomentarse el consumo de al menos una ración por semana de pescado azul, principal fuente de DHA. Pero deben considerarse en la misma estrategia educativa los potenciales riesgos por la ingesta de mercurio, señalando aquellas especies de pescado azul que deben ser evitadas (pez espada, atún fresco)[34], fomentando el consumo de una amplia variedad de pescados con bajo contenido en mercurio. Los profesionales sanitarios implicados en la educación para la salud de la madre deberían adquirir correctamente y transmitir este conocimiento. En determinados casos,la

inclusión de DHA como suplemento nutricional podría ser pertinente, para lograr el consumo mínimo de 200 mg/día, cuando no se alcance a través de la dieta.

En conclusión, los resultados obtenidos en este estudio permiten conocer el patrón de consumo de pescado en las mujeres embarazadas como principal fuente de DHA, mostrando como una significativa proporción de mujeres (19,6%) puede estar en riesgo de ingesta inadecuada de DHA. Al mismo tiempo, se pone de manifiesto la falta de conocimientos en relación al consumo adecuado de pescado y su importancia durante la gestación y lactancia por parte de las embarazadas, consecuencia de un déficit de educaciones sanitaria adecuada.

Apéndice 1

Durante tu embarazo, ¿con qué frecuencia consumes los siguientes alimentos?

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

Pescados y mariscos		Consumo medio durante el embarazo								Tamaño porción
		1 r/s	1 r/s	2 r/s	3-4 r/s	5-6 r/s	1 r/m	2-3 r/m	Nunca o casi nunca	Pequeña (P) Mediana (M) Grande (G)
Pescado blanco: merluza, pescadilla, mero, lenguado, rape, bacalao, etc.										
Pescado azul	Anchoas, sardinas, bonito, salmón, caballa									
	Atún (fresco o congelado, consumido en filete)									
	Pez espada									
Conservas de pescado (1 lata pequeña)	Atún en lata									
	Otras conservas en aceite (caballa, sardinas)									
	Conservas en escabeche									
Salados y ahumados: arenque, salmón, huevas, anchoas 1 ración: 100 mg										
Ostras, almejas, mejillones										
Gambas, langostinos, camarones										
Pulpo, calamar, sepia										

r/s: raciones/semana; r/m: raciones/mes

Otro pescado no incluido anteriormente.....

Nota. Para el tamaño de la ración, indicar si es ración estándar o media (M), pequeña (S) o grande (G), excepto la específicamente indicada entre paréntesis. La ración mediana corresponde a 150-200 mg y la pequeña y grande al 15% por debajo o por encima de este valor. Ver en el anexo de imágenes las raciones medias y elegir la porción que más se adapte a su consumo medio.

Bibliografía

1. Gil Campos M, Dalmau J. Comité de Nutrición de la Sociedad Española de Pediatría. Importancia del Ácido Docosahexaenoico (DHA): Funciones y recomendaciones para su ingesta en la infancia. Anales de Pediatría 2010; 73(3):142e1-142e8.
2. Bradbury J. Docosahexaenoic acid (DHA): an ancient nutrient for the modern human brain. Nutrients 2011; 3(5):529-54.
3. Campoy C, Escolano-Margarit MV, Anjos T, Szajewska H, Uauy R. Omega 3 fatty acids on child growth, visual acuity and neurodevelopment. British Journal of Nutrition 2009; 107:S85-S106.
4. Walczewska A, Stepien T, Bewicz-Binkowska D, Zgorzynska E. The role of docosahexaenoic acid in neuronal function. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej 2011; 65:314-27.
5. FAO. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation. Food and Nutrition Paper 2010. [cited july 2016]. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/FFA_human_nutrition/en/
6. Sontrop J, Avison WR, Evers SE, Speechley SN, Campbella K. Depressive symptoms during pregnancy in relation to fish consumption and intake of n-3 polyunsaturated fatty acids. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2008; 22(4):389-99.
7. Lewin GA, Schachter HM, Yuen D, Merchant P, Mamaladze V, Tsertsvadze A. Effects of omega-3 fatty acids on child and maternal health. Evidence Report/Technology Assessment. Agency for Healthcare Research and Quality 2005; 118:1-15.
8. Imhoff-Kunsh B, Briggs V, Goldenberg T, Ramakrishnan U. Effect of n-3 long chain polyunsaturated fatty acid intake during pregnancy on maternal, infant and child outcomes: a systematic review. Paediatr and Perinatal Epidemiology 2012; 26(1):91-107.
9. Cetin I, Koletzko B. Long-chain v-3 fatty acid supply in pregnancy and lactation. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care 2008; 11(3):297-302.
10. Carlson S.E. Docosahexaenoic acid supplementation in pregnancy and lactation. American Journal of Clinical Nutrition 2009; 89(2):678S-84S.
11. Lauritzen L, Carlson SE. Maternal fatty acid status during pregnancy and lactation and relation to newborn and infant status. Maternal & Child Nutrition 2011; 7:41-58.
12. Innis SM, Friesen RW. Essential n-3 fatty acids in pregnant women and early visual acuity maturation in term infants. American Journal of Clinical Nutrition 2008; 87(3):548-57.
13. Scientific Advisory Committee on Nutrition (SACN) and Committee on Toxicity (COT). Advice on fish consumption: benefits and risks. TSO: London; 2004.
14. European Food Safety Authority. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, trans fatty acids, and cholesterol. EFSA Journal 2010; 8(3):1461.
15. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT. Perinatal Lipid Intake Working Group. Dietary fat intake for pregnant and lactating women. Consensus Statement. British Journal of Nutrition 2007; 98(5):873-7.
16. Oken E, Radesky JS, Wright RO, Bellinger DC, Amarasiriwardena CJ, Kleinman KP, et al. Maternal fish intake during pregnancy, blood mercury levels, and child cognition at age 3 years in a US cohort. American Journal of Epidemiology 2008; 167(10):1171-81.
17. Nochera CL, Goossen LH, Brutus AR, Cristales M, Eastman B. Consumption of DHA+EPA by low-income women during pregnancy and lactation. Nutrition in Clinical Practice 2011; 26(4):445-50.
18. Ervin RB, Wright JD, Wang CY, Kennedy-Stephenson J. Dietary intake of fats and fatty acids for the United States population: 1999-2000. Advance Data 2004; 8(348):1-6.
19. Franke C, Verwied-Jorky S, Campoy C, Trak-Fellermeir M, Decsi T, Dolz, et al. Dietary intake of natural sources of docosahexaenoic acid and folate in pregnant women of three European cohorts. Annuals of Nutrition and Metabolism 2008; 53(3-4):167-74.
20. Martín-Moreno JM, Boyle P, Gorgojo L, Maisonneuve P, Fernández-Rodríguez JC, Salvini S, Willet WC. Development and validation of a food frequency questionnaire in Spain. International Journal of Epidemiology 1993; 22(3):512-19.
21. Montellano-Delgado MA, Gómez-Aracena J, García-Mulero L, Llopis-González J, Medina-Chamorro C, Sánchez-González C. Manual de fotografías para encuestas alimentarias. 2ª ed. Granada: Editorial Universidad de Granada. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos; 2011.
22. Borràs Sánchez J, Hernández-Duran C. Consell Allimentari de la Mediterranea. Guía per l´alimentació equilibrada. Cataluña: Visual Plats; 2009.
23. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C. Tabla de composición de alimentos. 9ª ed. Madrid: Pirámide; 2011.
24. Mataix J. Tabla de composición de alimentos. 5ª ed. Granada: Universidad de Granada; 2009.
25. European Food Safety Authority. Scientific opinion on the tolerable upper intake level of eicosapentaenoic acid (EPA), docosahexaenoic acid (DHA) and docosapentaenoic acid (DPA). EFSA Journal 2012; 10(7):815.
26. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SECN) (2004). Guía de la Alimentación saludable. SECN. [cited july 2016]. Available fron: http://www.nutricioncomunitaria.org/BD-Protegidos/guia_alimentacion%20SENC_I_1155197988036.pdf

27. Fundación Española de la Nutrición (FEN). Valoración nutricional de la dieta española de acuerdo al panel de consumo alimentario. 2012. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://www.fen.org.es/imgPublicaciones/30092012125258.pdf

28. Ortega García JA, Gil Vázquez JM, Vélez Palacios D, López Soler JA, Sánchez-Solís de Querol M. Grupo de Investigación HERMES: evaluación de la exposición dietética a metilmercurio en poblaciones vulnerables de la Región de Murcia (España). Anales de Pediatría 2007; 66(4):426-8.

29. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recomendaciones de consumo de pescado para poblaciones sensibles debido a la presencia de mercurio. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/rincon_consumidor/Recomendaciones_mercurio.pdf

30. Olsen SF, Hansen HS, Sandström B, Jensen B. Erythrocyte levels compared with reported dietary intake of marine n-3 fatty acids in pregnant women. British Journal of Nutrition 1995; 73(3):387-95.

31. Innis SM, Elias SL. Intakes of essential n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids among pregnant Canadian women. Americal Journal of Clinical Nutrition 2003; 77(2):473-78.

32. Martín-Moreno JM, Gorgojo L. Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. Revista Española de Salud Pública 2007; 81(5):507-18.

33. Overby NC, Serra-Majem L, Andersen LF. Dietary assessment methods on n-3 fatty acid intake: a systematic review. British Journal of Nutrition 2009; 102:S56-S63.

34. Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAN). Recomendaciones de consumo de pescado debido a la presencia de mercurio. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/come_seguro_y_saludable/guia_alimentacion2.pdf

Oferta
75%
descuento

Los mejores libros a un precio increible

Llévate estos magníficos libros impresos y su nueva edición 2015 en digital, valorados en 120 €.

¡Ahora por tan solo 30 €!

Nutrición y Dietética

Farmacología

Ética y Legislación

Enfermería Comunitaria I

Enfermería Comunitaria II

Grandes oportunidades

Además, en versiones digitales

...y llévatelos contigo en tu IOS y Android

*Oferta válida durante el presente mes o hasta agotar existencias

http://www.enfermeria21.com/promomatronas/

grupoparadigma

Listeriosis y gestación. Revisión de la evidencia científica actual

[1] Paloma Martínez Galán
[1] Elvira Martín Gallardo
[2] Dolores Velamazán Martínez

[1] Matrona Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
[2] Matrona Hospital General de Lanzarote, Las Palmas.

E-mail: paloma.martinez.galan@gmail.com

Resumen

La listeriosis es una toxiinfección alimentaria, producida por el bacilo *Listeria monocytogenes*. En situaciones de compromiso inmunológico como la gestación hay mayor susceptibilidad a la infección. Su incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años, siendo una infección infradiagnosticada, ya que puede cursar de forma asintomática hasta en un 29% de los casos. Aunque en la mujer gestante inmunocompetente se suele presentar como un cuadro leve y autolimitado, puede tener grandes repercusiones fetales.

La infección se adquiere principalmente por ingesta de alimentos contaminados. Presenta un 40-50% de mortalidad fetal o neonatal. En el primer o segundo trimestre produce abortos sépticos y muerte fetal intrauterina, en el tercer trimestre produce corioamnionitis y parto prematuro. En 1/3 casos puede cursar de forma asintomática en el feto/neonato.

La infección materna puede ser difícil de diagnosticar debido a las manifestaciones sistémicas inespecíficas. Su estudio se basa en analítica sanguínea y amniocentesis.

Independientemente del momento de la infección, el tratamiento tiene por objetivo mejorar la evolución fetal/neonatal, ya que puede ser tratada para conseguir un parto a término y sin complicaciones, siendo la ampicilina de elección.

Dada la elevada morbilidad y mortalidad de esta infección, sería recomendable que se realizaran esfuerzos para el control de la listeriosis, una infección prevenible que va en aumento. Es fundamental establecer vigilancia epidemiológica así como elaborar recomendaciones a los grupos de riesgo sobre cómo prevenir el contagio.

Palabras clave: listeriosis; gestación; infección; neonato; evidencia científica.

Abstract

Listeriosis and pregnancy: a review of up-to-date scientific evidence

Listeriosis is a food-related toxic infection caused by a bacillus, Listeria monocytogenes. In conditions involving an immunological compromise, such as pregnancy, an increased susceptibility to infections is found. Listeriosis incidence has significantly increased in recent years, and is now an underdiagnosed infection, because the disease is symptomless in up to 29% of cases. While it usually results in a mild self-limited clinical picture in immunocompetent pregnant women, it can have an impact on the fetus.

Infection is mainly acquired through contaminated food. Fetal or neonatal mortality is about 40-50%. During first and second trimesters, listeriosis results in septic abortion and in utero fetal death, whereas in third trimester it causes corioamnionitis and premature birth. In 1/3 of cases listeriosis can be asymptomatic in fetuses/newborns.

Diagnosis of maternal listerioris may be challenging due to its non-specific systemic manifestations. Work-up is based on blood analyses and amniocentesis. Regardless of the gestation age at diagnosis, management should focus on improving fetal/neonatal course in order to achieve an uncomplicated delivery at term, with ampicillin being the treatment of choice.

Due to its high morbidity and mortality, efforts should be made to control listeriosis, an increasingly common infectious disease that can be prevented. Epidemiologic surveillance is crucial, and recommendations should be issued for high risk groups regarding ways to prevent acquisition.

Key words: *listeriosis; pregnancy; infection; newborn, scientific evidence.*

Introducción

Las toxiinfecciones alimentarias son un problema de salud pública grave y creciente[1]. Entre los grupos de especial vulnerabilidad para el contagio por *Listeria monocytogenes* se encuentran las personas inmunodeprimidas, en edades extremas (infancia y ancianidad), así como las mujeres gestantes, teniendo estas un 17% más de posibilidades de contagio[2,3]. En el caso de la mujer embarazada debido, fundamentalmente a la susceptibilidad específica secundaria a la modulación del sistema inmune propia de esta etapa[1].

La listeriosis es una enfermedad infecciosa causada por *Listeria monocytogenes*: un bacilo gram positivo, aerobio, no esporulado, desprovisto de cápsula, móvil a temperatura ambiente y hemolítico[3]. Se encuentra ampliamente distribuida por la naturaleza, desde el suelo, animales y el hombre[4-6]. Es capaz de sobrevivir bajo condiciones extremas de pH, salinidad y temperatura, pudiendo desarrollarse sin problemas a temperatura de refrigeración (-18 ºC -10 ºC)[4-6].

La bacteria puede atravesar tanto la barrera intestinal, la hematoencefálica así como la placentaria[4,7,8]. Esta bacteria enteropatógena tiene especial tropismo por la placenta y el SNC [9,10]. Se han descrito los mecanismos necesarios para que la *Listeria monocytogenes* atraviese la barrera intestinal: gracias a la mediación de InlA, un gen específico de la bacteria que le permite la invasión de células epiteliales. Para la invasión placentaria es necesario la mediación del gen InlB[11]. Pocos estudios han abordado los mecanismos empleados en el cruce de la barrera hematoencefálica[4,12]. Se ha descrito cómo entre un 5-10% de la población presenta la bacteria en su tracto digestivo, cérvix o vagina, sin embargo, no se han descrito casos de transmisión de persona a persona[13]. La listeria es destruida con la pasteurización y por la mayoría de los agentes desinfectantes[4,12].

La listeriosis se puede presentar durante toda la gestación, pero suele predominar en el tercer trimestre[15]. Se estima que la frecuencia de esta enfermedad en los países desarrollados es de 2 a 15 casos por millón de habitantes. Actualmente se ha informado sobre un aumento en los casos de listeriosis a escala mundial[4]. La incidencia de esta enfermedad en el embarazo es variable, estimándose que afecta a 0,2-0,8/1.000 partos; pero, en cualquier caso, se trata de una infección infradiagnosticada[16]. En los últimos años se ha visto un incremento en el número de casos de listeriosis en diferentes países de la Unión Europea[17]. A pesar de ello se debe tener en cuenta que esta infección es infradiagnosticada durante el embarazo, entre otros motivos, debido a que histológicamente se presenta de forma parecida a otras infecciones[18].

Actualmente en España no se ha incluido la listeriosis como una enfermedad de declaración obligatoria (EDO)[19]. Esta falta de vigilancia epidemiológica puede igualmente contribuir a la infradeclaración de la enfermedad[20]. La tasa de incidencia oficialmente declarada al sistema de información microbiológica entre el periodo 2001-2012 fue de 0,16 casos por 100.000 habitantes. A pesar de ello, se aprecia que esta incidencia fue 3,5 veces inferior a la tasa estimada (0,56), siendo esta tasa estimada muy similar a la de otros países de nuestro entorno, como Bélgica, Francia y Alemania[21].

El contagio se produce esencialmente a través de agua y alimentos contaminados[7], aunque se puede originar por contacto directo con animales infectados[6]. El reservorio principal es el ganado bovino, porcino, ovino y las aves silvestres. Presenta cierta estacionalidad con una mayor incidencia en verano, pudiendo estar relacionado con una inadecuada conservación de los alimentos secundaria a alteraciones en la refrigeración y cambios en su temperatura[22]. La infección puede aparecer en forma de caso aislado o de pequeño brote epidémico[23,24].

Durante el embarazo los síntomas suelen ser inespecíficos, compatibles con un proceso gripal. Estos síntomas ceden de forma espontánea aún sin tratamiento[24]. Pero durante la bacteriemia materna la infección puede alcanzar al feto vía transplacentaria, ascendente (por el paso del feto por el canal del parto) o bien por diseminación hemática[25], produciendo aborto, parto prematuro con feto muerto o gravemente enfermo[24,25].

Debido a la alta repercusión sobre la morbimortalidad neo-natal que implica el contagio por parte de la mujer embarazada de listeria, se plantea la necesidad de disponer de conocimientos sobre las formas de prevención, contagio, diagnóstico y tratamiento. Con el fin de mejorar la seguridad de la mujer embarazada en lo relacionado a los riesgos microbiológicos de *Listeria monocytogenes*. Para ello, se describen los mecanismos de transmisión de la bacteria, se concreta el modo de minimizar el contagio, sintetizando los signos y síntomas de la enfermedad y así poder realizar un diagnóstico temprano con un tratamiento precoz pues este reduce exponencialmente las secuelas neonatales.

Material y método

Se lleva a cabo una revisión narrativa, para lo cual se hizo una investigación bibliográfica a través de la consulta de las siguientes bases de datos: *PubMed, Uptodate, Cuiden, Cochrane Plus, Medline,* Fisterra, *Wiley Online Library, Embase* y *Google* Académico. Se utilizaron y combinaron los términos "*listeria monocytogenes*", "listeriosis", "gestación", "toxoinfección alimentaria", "sepsis neonatal", "listeriosis", "pregnancy" y "neonatal septicemia". El periodo de búsqueda fue el comprendido entre los años 2002 y 2015 y los idiomas de elección el inglés y el español. Se ha incluido un estudio publicado en 1993 debido a la relevancia del mismo.

De los resultados obtenidos se han utilizado 55 documentos. De los cuales se encuentran ensayos clínicos, estudios prospectivos casos-control, estudios retrospectivos y estudio de casos, así como revisiones bibliográficas, protocolos y guías de práctica clínica. Los temas analizados han sido la incidencia de la listeriosis, los factores que influyen en su incidencia, métodos de prevención, métodos de diagnóstico, complicaciones asociadas y manejo de la misma. (Tablas 1 y 2).

Se efectuó la identificación de los documentos para su lectura, excluyéndose los que correspondían a resúmenes de comunicaciones y pósteres de congresos.

La evaluación de los artículos se ha llevado a cabo valorando los criterios de validez metodológica del *Joanna Briggs Institute* Tabla 3.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos se han clasificado en tres grupos: transmisión de *Listeria monocytogenes* y prevención, ma-

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Límites	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Pubmed	Idiomas: inglés y español Años: 2002-2015	• *listeriosis AND pregnancy [Title/Abstract]*	120	21
		• *listeriosis AND pregnancy AND neonatal septicemia [Title/Abstract]*	12	4
		• *listeria monocytogenes AND pregnancy [Title/Abstract]*	143	15
		• *listeria monocytogenes AND pregnancy AND neonatal septicaemia [Title/Abstract]*	14	1
		• *foodborne AND listeria AND pregnancy*	34	2
Uptodate		• listeriosis	10	2
Scielo		• listeriosis *AND* gestación	2	2
		• listeriosis *AND* gestación *OR* septicemia neonatal	0	1
		• listeria monocytogenes *AND* gestación	0	0
Cuiden		• listeriosis	1	0
		• listeriosis y gestación	0	0
Cochrane Plus		• listeriosis *AND* gestación	0	0
		• listeriosis *AND* neonatal septicemia	0	0
Medline		• listeriosis *AND* gestación	1	0
Embase		• listeria monocytogenes	0	0
Wiley Online Library		• listeriosis *AND pregnancy*	43	2
		• listeriosis *AND pregnancy AND* neonatal septicemia	23	0
Google Académico		• listeria monocytogenes *AND* gestación *[Title]*	43	3
		• listeriosis *AND pregnancy [Title]*	13	1
		• listeriosis *AND* septicaemia neonatal [Titulo]	1	1
		• toxoinfección *AND* listeriosis *AND* gestación *[Title]*	4	1
Fisterra		• Guía profilaxis enfermedades bacterianas durante el embarazo	1	1

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión de los artículos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
• Investigaciones con una valoración crítica positiva sobre la calidad del estudio (según los parámetros de la Tabla 3)	• Artículos cuya conclusión no se ajuste al objetivo planteado en nuestro trabajo
• Artículos que estudien o analicen un tamaño muestral suficientemente grande que permita el control de errores aleatorios	• Investigaciones cuyos sujetos a estudio sean animales
• Estudios que investiguen la forma de contagio de la listeriosis, las formas de prevencion efectos de la listeriosis en gestantes, fetos y neonatos, o el tratamiento de la listeriosis	• Estudios de tipo cualitativo o revisiones narrativas no basadas en la evidencia científica
• Estudios que incluyan un grupo control y un grupo intervención sobre el que se observe o realice la acción a estudiar, ya sean metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios experimentales u observacionales, documentos de consenso de asociaciones científicas o comités de expertos y revisiones bibliográficas	• Revisiones bibliográficas sin una metodología sistemática

Tabla 3. Criterios para la valoración crítica de estudios según el *Joanna Briggs Institute*

Tipo de estudio	Criterios de validez que cumplen
Revisiones sistemáticas de intervenciones	• Da respuesta clara a la pregunta que originó la revisión, da una idea clara de lo que quiere conseguir la revisión • La estrategia de búsqueda y las fuentes de obtención de los estudios fueron adecuadas • Los criterios de inclusión y exclusión son adecuados para la pregunta de revisión • Los criterios de valoración crítica son específicos para el diseño de los estudios incluidos. Todos los instrumentos utilizados están documentados • Las recomendaciones son consistentes con los datos aportados y son adecuadas para realizar nuevas investigaciones
Estudios de coste	• La pregunta está claramente definida • Presentan una descripción global de alternativas y se identifican todos los costes, resultados importantes y relevantes en cada alternativa • Se miden con precisión los costes y resultados. Se ajustan los costes y resultados según la descripción temporal • Los resultados de los estudios incluyen todos los elementos relevantes para los usuarios y son generalizables al ámbito de interés
Estudios de intervención	• Los participantes son asignados de forma aleatoria y ciegos a los grupos de estudio • Los grupos fueron comparables al inicio de los estudios • Quienes evaluaron los resultados lo hicieron de forma ciega para la asignación del tratamiento • Los resultados se midieron del mismo modo para todos los participantes y de forma fiable
Estudios de pronóstico y de riesgo	• Los análisis estadísticos utilizados fueron adecuados • El tipo de estudio habitual incluye cohortes/supervivencia • La población estudiada y el grupo control son adecuados • Los resultados se han medido objetivamente • La duración del seguimiento es adecuada • El plazo para detectar el efecto es suficientemente largo

nifestaciones y consecuencias de la listeriosis, diagnóstico y tratamiento de la listeriosis.

Transmisión de la *Listeria monocytogenes* y prevención

La principal ruta de transmisión de la listeria al ser humano se cree que es el consumo de alimentos contaminados. La capacidad de supervivencia y multiplicación de la bacteria listeria a temperaturas de refrigeración, le permite mantener la viabilidad en el interior o en las superficies de los alimentos listos para el consumo con una vida útil relativamente larga[4]. Para que se produzca esta contaminación debe haber un contacto de la bacteria con el alimento, pudiéndose producir en las diversas etapas de la cadena alimentaria, desde la producción primaria, mataderos, hasta la planta de procesado. Esta puede ocurrir por contacto directo con la materia prima, el personal, aerosoles, utensilios y equipos contaminados. La contaminación cruzada puede darse en cualquier fase donde el producto se haya expuesto al medio ambiente, incluidos la elaboración, el transporte, las ventas al por menor, los servicios de comidas para colectividades y en el hogar[1].

De forma general se consideran alimentos de alto riesgo aquellos que[26]:

- Tienen un alto riesgo por contaminación de *Listeria monocytogenes*.
- Soportan el crecimiento elevado de *Listeria monocytogenes*.
- No requieren cocina en casa.
- Tienen una elevada fecha de caducidad.
- Contaminados con altos niveles de patogenos en el momento del consumo.

Con respecto al pescado, se recomienda evitar el consumo de pescado crudo o poco cocinado, y que en hogares con población de riesgo la manipulación (fresco o congelado) se lleve a cabo respetando estrictamente las medias higiénicas básicas de prevención de la contaminación cruzada. De igual manera se evitará el consumo de moluscos crudos, pescado crudo (tipo sushi, surimi, tarama) y pescados ahumados (salmón, trucha)[23,26].

En el caso de los quesos se recomienda que eviten los quesos curados de pasta blanda con corteza mohosa (tipo Camembert y Brie) y los quesos curados de pasta blanda y corteza lavada (tipo Munster), especialmente si se elaboran con leche cruda (sin pasteurizar), los quesos rallados industriales y retirar la corteza de todos los quesos. Evitar de igual forma los quesos azules y los quesos frescos (tipo Burgos, Villalón, quesos frescos de estilo mexicano). En general, se recomienda evitar el consumo de quesos elaborados con leche cruda, como las variedades tradicionales de queso Feta o el *cottage cheese*. Así mismo, se considera conveniente evitar el consumo de leche fresca o insuficientemente pasteurizada[23,27].

Sobre los productos cárnicos hay que decir que existe un mayor riesgo por consumo de patés refrigerados, productos cárnicos crudos curados, carne cruda o poco cocinada, determinados preparados cárnicos "en su gelatina" (lengua de vaca, lengua de cerdo) e incluso en jamón cocido[23,27].

Con menor frecuencia se han encontrado casos en productos de pastelería o melones[23].

Para lograr disminuir el número de contagios por listeria es necesario realizar una profilaxis que debe tener en cuenta todos los eslabones de la cadena de contaminación, debiéndose evitar la contaminación en el procesado y manipulación de alimentos. Se ha observado que la medida preventiva más importante para la prevención es la información a las mujeres gestantes sobre el riesgo infeccioso relacionado con la alimentación y las medidas higiénicas recomendadas[3,28].

Los profesionales que atienden a la mujer gestante deben tener claro las recomendaciones que tienen que dar, por ello a modo de resumen se expone la Tabla 4.

Igualmente se deberían dar las siguientes recomendaciones generales[1,24,26,28,29]:

- Cocinar los alimentos crudos de orígen animal (carne, pescado...) a temperaturas elevadas (> 50 ºC) y evitar beber leche sin tratamiento térmico.
- Lavar cuidadosamente los alimentos que se consumen crudos (verduras, hortalizas, frutas, etc.).
- Lavarse las manos después de manipular alimentos crudos y lavar los utensilios de cocina después de manipular alimentos crudos y antes de utilizarlos con alimentos ya cocinados.
- Las manos, las superficies y los utensilios de cocinado utilizados se deben lavar a fondo después de manipular carne, pescados, aves de corral, pescados, frutas y vegetales no lavados y cualquier otro alimento crudo.
- Se debe retirar la corteza de todos los quesos.
- No mezclar en la nevera los alimentos crudos y los alimentos cocinados o listos para consumir.
- Limpiar a menudo la nevera.
- Una vez abiertos, no conservar demasiado tiempo los productos de charcutería que requieran conservación en nevera (jamón de York, embutido de pavo, lengua de cerdo, gelatina, etc.).
- Los restos alimentarios y los platos precocinados deben ser recalentados cuidadosamente (> 50 ºC) antes de su consumo.
- Descartar los alimentos sobrantes recalentados.

En muchos de los casos los brotes se deben al consumo de alimentos listos para el consumo elaborados con los pro-

Tabla 4. Recomendaciones sobre los alimentos a evitar y seguros durante el embarazo

Evitar comer	Se puede comer
Salchichas tipo Frankfurt, carnes enlatadas y carnes preparadas compradas listas para comer	Salchichas tipo Frankfurt o carnes enlatadas o listas para comer sometidas a cocción intensa hasta el interior del producto
• Quesos de pasta blanda (feta, brie, Camembert, quesos azules o quesos de estilo mejicano como el queso blanco fresco) • Quesos de pasta blanda si en la etiqueta indica que están elaborados con leche pasteurizada	• Cualquier queso elaborado con leche no pasteurizada • Quesos de pasta dura, de pasta semidura *(mozzarella)*, quesos pasteurizados o quesos preparados para untar
Patés NO enlatados o esterilizados	Patés enlatados o esterilizados
• Productos de pesca ahumados que requieran refrigeración (salmón, trucha, pescados blancos, bacalao, atún o caballa) • Pescado o marisco crudo	• Productos de pesca ahumados enlatados o esterilizados • Pescado o marisco cocinado a temperatura > 50 ºC
Leche cruda (sin pasteurizar) o productos elaborados con leche cruda	Leche pasteurizada o productos elaborados con leche pasteurizada
Ensaladas o vegetales comprados ya preparados y listos para comer	Ensaladas preparadas en casa con vegetales crudos bien lavados

ductos anteriormente indicados (pescados frescos o ahumados, embutidos o quesos). Es decir, alimentos que se adquieren ya preparados y que no van a someterse a tratamiento culinario posterior, como sándwiches o ensaladas variadas, donde se ha demostrado su capacidad de crecimiento[24,26,30,31].

Manifestaciones y consecuencias de la listeriosis

La infección por listeria presenta un periodo de incubación de entre 17 y 67 días, con una media de 27,5, para mujeres embarazadas[31]. Se manifiesta como una infección subclínica que pasa desapercibida, cursando como un proceso pseudogripal inespecífico con febrícula y sin foco aparente, ocasionalmente con fiebre elevada con o sin escalofríos y dolor lumbar que sugiere pielonefritis, pero con sedimento de orina normal. Siendo el compromiso del SNC infrecuente[1,9].

La infección evoluciona en pocos días favorablemente para la mujer gestante, la cual se recupera espontáneamente sin tratamiento, pero durante la bacteriemia materna la infección puede alcanzar al feto vía transplacentaria, produciendo aborto, parto prematuro de un niño muerto o enfermo en el seno de un cuadro denominado granulomatosis infantiséptica[3,16,32]. Se ha observado cómo la probabilidad de supervivencia fetal se encuentra relacionada con la duración de la gestación. Así, por cada semana adicional esta se ve incrementada en un 33% (odds ratio, 1.331 [95% intervalo de confianza, 1.189-1.489])[33].

En el primer y segundo trimestre el síntoma principal es la fiebre mayor o igual a 38 ºC sin focalidad aparente. La sintomatología gastrointestinal es poco frecuente (20%) y suele preceder al cuadro febril. En el tercer trimestre la infección suele aparecer como un cuadro de corioamnionitis clínica (fiebre materna > 37,8 ºC, taquicardia materna, taquicardia fetal, irritabilidad uterina (dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina)[26].

La transmisión al feto se puede producir por vía transplacentaria, deglución de líquido amniótico infectado, colonización ascendente desde la vagina (diseminación desde el tracto gastrointestinal) o durante el paso por el canal del parto[34,35]. Una vez que la placenta es infectada puede constituir un reservorio para futuras infecciones, evidenciándose microabscesos a nivel histológico[36]. La colonización cervico-vaginal es muy poco frecuente en mujeres gestantes inmunocompetentes, encontrándose en un 0,097% de los casos un cultivo positivo para listeria en dicha región, pero a pesar de ello está descrita la vía de transmisión ascendente o bien por el paso del feto a través del canal del parto[37].

La infección congénita por listeria presenta globalmente un 40-50% de mortalidad fetal o neonatal. Si la infección tiene lugar en el primer o segundo trimestre, lo que ocurre en el 20% de los casos, provoca abortos sépticos y muerte fetal intrauterina[36]. Esto, probablemente, sea debido a la mayor vulnerabilidad e inmadurez fetal propias de este periodo[38]. En el tercer trimestre (80% de los casos) produce en dos tercios de los mismos corioamnionitis y parto prematuro con un 20% de mortalidad perinatal. En el tercio

restante puede cursar de forma asintomática en el feto/neonato[18,39]. Se ha observado que los casos de infección congénita por listeria han disminuido en los países desarrollados. Se cree que este hecho es debido, fundamentalmente, al tratamiento antibiótico que recibe la mujer gestante durante el embarazo para tratar la listeriosis, o bien por el tratamiento antibiótico empírico que se administra durante el trabajo de parto, como por ejemplo, en el caso de rotura de membranas[40].

Existen dos formas de sepsis neonatal por listeria[27,34]:

- Precoz (adquisición intraútero por vía hematógena o a partir de la deglución del líquido amniótico infectado): es la forma más frecuente y la que se diagnosticará en la madre. Aparece en el primer-segundo día de vida (< 7 días.) Se trata generalmente de partos prematuros con fiebre materna y líquido amniótico meconial. La clínica neonatal más frecuente: distrés respiratorio, neumonía. Pronóstico fatal en 20-30% de casos. Existe una forma precoz extremadamente grave denominada granulomatosis infantiséptica, que se caracteriza por: fiebre, lesiones cutáneas, presencia de abscesos diseminados por multitud de órganos, derrame pleural y pericárdico e insuficiencia cardiaca. Puede aparecer en un 36,5% de los casos[41-44].
- Tardía (adquisición canal del parto/postnatal): aparición a partir de los siete días de vida, llegando a aparecer síntomas a las 2-3 semanas tras el nacimiento. En general son recién nacidos a término hijos de madre portadora asintomática. Se cree que el contagio se produce durante el parto, especialmente cuando este ha sido mediante cesárea. Siendo la clínica más frecuente la meningitis, estimándose este hecho en un 32,9% de los casos. La mortalidad de este tipo de infección se calcula en torno al 10%[1,44-46].

Diagnóstico y tratamiento de la listeriosis

El diagnóstico se realiza mediante aislamiento de la bacteria en la mujer embarazada, la placenta o el neonato, mediante cultivos de fluidos o tejidos estériles (sangre, LCR neonatal, líquido amniótico o placenta), pero en la mujer gestante todos los autores recomiendan instaurar tratamiento ante la sospecha clínica[3,24,26,30]. Si bien es necesario indicar al laboratorio la sospecha de una infección por listeria, puesto que se puede confundir con estreptococo hemolítico, difteroides o enterococos, pudiendo ser considerada una contaminación en vez de una infección[24,27]. El diagnóstico clínico (previo a la confirmación microbiológica) puede ser, en ocasiones, difícil de establecer. Por ello se debe sospechar de listeria ante cualquier mujer embarazada que presente fiebre de origen desconocido[21,31,47].

La infección materna sintomática va acompañada de parámetros analíticos que orientan a un cuadro de origen bacteriano (leucocitos con neutrofilia 81%). La proteína C reactiva (PCR) es el parámetro más sensible y se encuentra elevada prácticamente en todos los casos[26,48].

Independientemente de la edad gestacional en el momento de la infección, el tratamiento tiene por objetivo mejorar la evolución fetal/neonatal, puesto que se ha descrito cómo un tratamiento precoz reduce drásticamente las complicaciones y secuelas a largo plazo[24,29,38,48], mejorando la evolución y pudiendo incluso llegar a revertir el cuadro[49,50]. El tratamiento efectivo es aquel que actúa a nivel intracelular y atraviesa la barrera placentaria. Para ello deberán administrarse antibiótico a dosis elevadas y por un periodo de tiempo prolongado. La ampicilina es el tratamiento de elección pero la amoxicilina y penicilina también han mostrado ser efectivas. La asociación con gentamicina presenta un efecto sinérgico[2,4].

Ante una mujer gestante asintomática que refiere consumo de alimentos sospechosos de contaminación no está indicado la realización de hemocultivos u otras pruebas analíticas. Si bien se le debe indicar que debe acudir de nuevo a consulta si apareciesen síntomas de listeriosis en los dos meses siguientes al contacto. Se ha observado que no hay riesgo para la supervivencia fetal en mujeres gestantes asintomáticas[51-53].

En el caso de una mujer gestante de riesgo que presente síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, malestar general) pero que permanezca afebril está indicado mantener una conducta expectante[51]. Se puede realizar un hemocultivo, indicando la sospecha de infección por *Listeria M* debido al parecido de esta bacteria con otras. En el caso de la realización de hemocultivos no se dispone de suficiente evidencia científica para recomendar el uso empírico de antibioterapia, pues algunos autores recomiendan esperar al resultado mientras otros indican su inicio tras la extracción. Si bien no se ha podido concluir cual de las dos actitudes disminuye la transmisión vertical de listeriosis en este tipo de gestantes[28,50,51].

Ante una mujer gestante con fiebre sin otra focalidad y elevación de la PCR (valores > 5) está indicado ingresarla con el fin de iniciar tratamiento antibiótico IV empírico hasta obtener el resultado del hemocultivo y/o cultivo de líquido amniótico, recordando la alta positividad de los hemocultivos (65%) en este cuadro[2,4,18,24,27,38,48,54]. El tratamiento se debe mantener hasta la obtención del resultado de los cultivos o hasta 48 h después de la desaparición de la fiebre si los cultivos aún no están disponibles[49,50]. Se ha descrito cómo el tratamiento temprano a la mujer gestante afectada de listeriosis ayuda a disminuir las complicaciones fetales[55].

- Ampicilina 1g/6h + Gentamicina 80 mg/8h IV.
- Si se presenta alergia a penicilina, la alternativa es trimethoprim/sulfamethoxazole.

Ante el cultivo positivo, el tratamiento debe prolongarse por lo menos durante siete días por vía IV y en caso de supervivencia fetal, un mínimo de 14 días[51]. A partir de los siete días de tratamiento y si la paciente se encuentra asintomática, se puede cambiar la vía IV por la vía oral (amoxicilina 1g/8h, si alergia a la penicilina: eritromicina 1g/8h). En caso de éxitus fetal o de producirse el parto, el tratamiento materno también se debe prolongar hasta completar 14 días, siendo en estos casos necesaria la obtención de muestras placentarias[51]. En este caso, puede pasarse el tratamiento a VO una vez completadas 48 h afebril. Ante cultivo negativo a las 48 h de la desaparición de la fiebre, se puede pasar a la administración del antibiótico por VO hasta obtener el resultado definitivo[2,45,56].

En aquellas mujeres en las que se sospeche listeriosis o bien haya sido ya diagnosticada, resulta prudente establecer un programa de vigilancia fetal debido a la exposición y posible infección fetal[54].

A modo de resumen se incluye el Cuadro 1.

Conclusiones

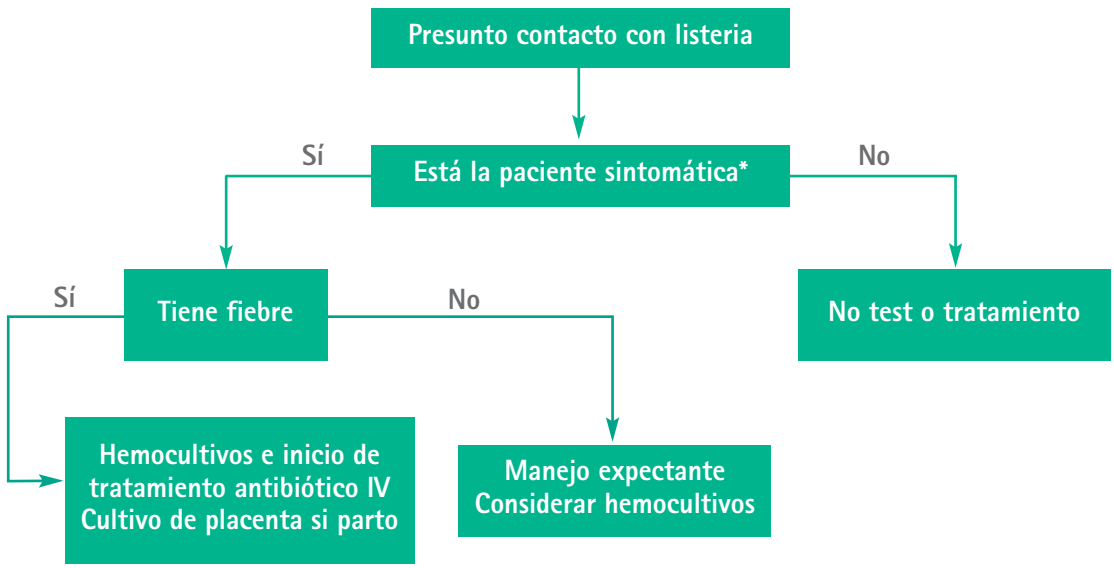
Las prioridades en el control de la listeriosis deberían basarse en la coordinación de acciones en el ámbito de la vigilancia de los casos de listeriosis, la investigación de posibles brotes epidémicos, el estudio de la contaminación de los alimentos y la elaboración de recomendaciones, dirigidas a los grupos de riesgo, sobre la preparación, el consumo y la conservación de determinados alimentos. En España, la listeriosis no es una enfermedad de declaración obligatoria, lo que dificulta la vigilancia de posibles brotes epidémicos.

Del mismo modo, a pesar de que se conocen bien los mecanismos de transmisión de la bacteria, es interesante que se investiguen formas de preparación, conservación y distribución de alimentos, fundamentalmente precocinados, puesto que se ha visto que son estos los responsables de la mayoría de aparición de brotes de infección.

Debido a que las secuelas neonatales dependen fundamentalmente del momento en el que se inicia el tratamiento antibiótico es necesaria la investigación sobre un método diagnóstico rápido, puesto que en la mayoría de los casos se inicia un tratamiento empírico ante la sospecha de una infección por listeria. Por ello, si se pudiesen obtener los datos serológicos de forma precoz se podría iniciar el tratamiento antibiótico más adecuado.

Dada la elevada morbilidad y mortalidad de esta infección, sería recomendable que se realizaran esfuerzos para el control de la listeriosis, una infección prevenible que va en aumento.

Cuadro 1. Manejo de la mujer gestante tras contacto con *Listeria monocytogenes*



* Los síntomas pueden ser: cuadro pseudogripal, mialgias, dolor abdominal, dolor de espalda, náuseas, vómitos o diarrea

Bibliografía

1. Ferrus Pérez MA, Barat Baviera JM, Herrera Marteache A. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) en relación con los riesgos microbiológicos asociados al consumo de determinados alimentos por mujeres embarazadas. Revista del comité científico 2014; 19:11-49.
2. Gelfan MS. Epidemiology and pathogenesis of Listeria monocytogenes infection. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham MA. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/treatment-prognosis-and-prevention-of-listeria-monocytogenes-infection?source=search_result&search=Treatment%2C+prognosis%2C+and+prevention+of+Listeria+monocytogenes+infection&selectedTitle=1~136
3. Palacín Ruiz MP, Cameo Rico MI, Arazo Garcés P, Marco Lamata ML, Revillo Pinilla MJ. Infecciones por Listeria Monocytogenes. Rev Esp Quimioter 2011; 24(2):112-14.
4. Rossi ML, Pavia A, Tornese M, Chinatelli S, Troncoso A. Brotes de infección por Lysteria monocytogenes: una revisión de las vías que llevan a su aparición. Rev Chill Infect. 2008; 25(5): 328-35.
5. Vera A, González G, Domínguez M, Bello H. Principales factores de virulencia de Listeria monocytogenes y su regulación. Rev Chilena Infectol 2013; 30 (4):407-16.
6. Ramaswamy V, Cresence VM, Rejitha JS, Lekshmi MU, Dharsana KS, Prasad SP, et al. Listeria- review of epidemiology and pathogenesis. J Microbiol Immunol Infect 2007; 40:4-13.
7. Charlier-Woerther C, Lecuit M. Listeriosis and pregnancy. Presse Med. 2014; 43(6):676-82.
8. Pérez-Trallero E, Zigorraga C, Artieda J, Alkorta M, Marimón JM. Two outbreaks of listeria monocytogenes infection, Northern Spain. Emerging Infection Diseases. 2014; 12(20):2155-7.
9. Eguiluz Gutiérrez-Barquin I, Barber Marrero MI, Cabrera Morales F, Valle Morales L, García Hernández JA. Infección perinatal por Listeria monocytogenes durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol 2007; 50:457-66.
10. Cisternas A, Lagos N, Galstuch J, González C, García C, Díaz J. Infección por Listeria monocytogenes y embarazo con buen resultado perinatal. Caso clínico. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67:237-41.
11. Dramsi S, Kocks C, Forestier C, Cossart P. Internalin-mediated invasion of epithelial cells by Listeria monocytogenes is regulated by the bacterial growth state, temperature and the pleiotropic activator prfA. Mol Microbiol. 1993 Sep; 9(5):931-41.
12. Stavru F, Archambaud C, Cossart P. Cell biology and immunology of Listeria monocytogenes infections: novel insights. Immunological Revs 2011; 240:160-84.
13. Huang YT, Chen SU, Wu MZ. Molecular evidence for vertical transmission of listeriosis, Taiwan. J Med Microbiol 2006; 55(Pt 11):1601-3
14. Suy Franch A, Jaramago J. Infecciones bacterianas. En: Fabre González E. Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo. Madrid: Adalia; 2010. Tomo II, 1-23.
15. Montañez D, Camaño I, Villar O, García Burguillo A, Vallejo P. Listeriosis durante el embarazo: importancia del tratamiento precoz. Clin Invest Gin Obst. 2011; 38(4):160-2.
16. Martínez-Montero I, Segura Ortega V, Martínez Jiménez L, García Jiménez A, Unzetabarrenetxea Barrenetxea O, Pérez Rodríguez AF. Colestasis y listeriosis en el tercer trimestre de la gestación. An. Sist. Sanit. Navar. 2013; 36(3):569-75.
17. Denny JG, McLauchlin J. Human Listeria monocytogenes infections in European opportunity for improved European surveillance. Eurosurveillance 2008; 13(13)article 5.
18. Schwab JP. Edelweiss MIA. Identificçao imunohistoquímica de Listeria monocytogenes em placentas fixadas em formol e embebidas em parafina. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2003; 25:501-5.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. The first European communicable disease epidemiological report. Stockholm, 7 june 2007. [cited july 2016]. Avariable from: http://ecdpc.europa.eu/pdf/Epi report 2007.pdf
20. García-Álvarez M, Chaves F. Listeriosis: la punta del iceberg. Med Clin (Barc). 2007; 129:216-7.
21. Word Health Organization Working Group. Serie de evaluación de riesgos microbiológicos: evaluación de riesgos de Listeria monocytogenes en alimentos listos para el consumo. 2004; 4:14-86
22. Carrasco E, Pérez-Rodríguez F, Valero A, García-Gimeno RM, Zurera G. Survey of temperature and consumption patterns of fresh-cut leafy green salads: risk factors for listeriosis. J Food Prot 2007; 70(10):2407-12.
23. Parrilla Valero F, Vaqué Rafart J. Estudio de la incidencia de listeriosis en España. Gac Sanit. 2014; 28(1):74-6.
24. González-García A, Rojas-Marcos Rodríguez de Quesada J, Domínguez Alegria. A. Profilaxis postexposición y tratamiento de las enfermedades bacterianas transmisibles durante el embarazo. Guía clínica Fisterra. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/profilaxis-postexposicion-tratamiento-enfermedades-bacterianas-transmisibles-durante-embarazo/
25. Amarilis Batista Teixeira A, Arruda Lana AM, Alves Lamounier J, Pereira da Silva O, Eloi-Santos SM. Neonatal Listeriosis: The Importance of Placenta Histological Examination-A Case Report. Am J Perinatol Rep 2011; 1(1):3-6.
26. Listeria (listeriosis). Prevention. Centers for Disease Control

and Prevention. [cited july 2016]. Avariable from: http://www.cdc.gov/listeria/prevention.html

27. Protocolo de Listeria y gestación. Protocolos hospital Clinic, Barcelona, servicio de perinatología. [citado 20 julio 2016]. Disponible en www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/.../listeria%20y%20gestacion.pdf

28. Folashade Ogunmodede F, Jones JL, Scheftel J, Kirkland E, Schulkin J, Lynfield R. Listeriosis prevention knowledge among pregnant women in the USA. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, March 2005; 13(1):11-5.

29. Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kwon Kim S, Uldbjerg N, Romero R. Listeriosis in Human Pregnancy: a systematic review. J Perinat Med. 2011 May ; 39(3):227-36.

30. Torres AC. Neres Norberg A, Madeira de Oliveira JT, Gui¬marães Dutra V, Maués Serra-Freire N. Listeriosis en embarazadas de la Región de la Baixa¬da Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Rev Cient Cienc Med 2014; 17(2):5-8.

31. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann EL, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. Medicine 2002; 81:260-9.

32. Buchholz U, Mascola L. Transmission, pathogenesis, and epidemiology of Listeria monocytogenes. Infect Dis Clin Pract 2001; 10:34-41.

33. Goulet LA, King V. de Valk H. What is the incubation period for listeriosis? MC Infectious Diseases 2013; 13, article 11.

34. Larraín de la C D, Abarzúa F, De Jourdan F, Merino P. Infecciones por Listeria monocytogenes en mujeres embarazadas: experiencia del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Infect 2008; 25(5):336-41.

35. Lorber B. Listeria monocytogenes. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds.). Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010: 2707.

36. Charlier-Woerther C, Lecuit M. Listeriosis and pregnancy. Presse Med. 2014 jun; 43(6 Pt 1):676-82.

37. Elinav H, Hershko-Klement A, Valinsky L, Jaffe J, Wiseman A, Shimon H, et al. Israeli Listeria Study Group. Pregnancy-associated listeriosis: clinical characteristics and geospatial analysis of a 10-year period in Israel. Clin Infect Dis. 2014 Oct; 59(7):953-61.

38. Elinav H, Hershko-Klement A, Valinsky L, Jaffe J, Wiseman A, Shimon H, et al. Pregnancy-Associated Listeriosis: Clinical Characteristics and Geospatial Analysis of a 10-Year Period in Israel. Clinical Infectious Diseases 2014; 59(7):953-61.

39. Borges S, Silva J, Teixeira P. Survival and biofilm formation of Listeria monocytogenes in simulated vaginal fluid: influence of ph and strain origin. Inmunol Med Microbiol 2011; 62:315-20.

40. Hassoun A, Stankovic C, Rogers A, Duffy E, Zidan M, Levijoki C, et al. Listeria and enterococcal Infections in neonates 28 Days of Age and Younger Is Empiric parenteral Ampicillin Still Indicated? Pediatric Emergency Care & Volume 2014; 30(4):240-43

41. Topalovski M, Yang SS, Boonpasat Y. Listeriosis of the placenta: clinicopathologic study of seven cases. Am J Obstet Gynecol. 1993; 169:616-20.

42. Benshushan A, Tsafrir A, Arbel R, Rahav G, Ariel I, Rojansky N. Listeria Infection during Pregnancy: A 10 Year Experience. IMAJ 2002; 4:776-80.

43. Ovalle Solís A. Infecciones bacterianas y protozoarias durante el embarazo. En: Gratacós E et al. Medicina Fetal. Buenos Aires. Madrid: Ed. Panamericana; 2007. p. 549-54.

44. Mattew Miller J, Pastortek J. Listeriosis. En: Buttino, Elkayam, Evans, Galbraith, Gall, Sibai. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. 3ª ed. Buenos Aires (Argentina): Ed. Panamericana; 2000. p. 783-5.

45. Jackson KA, Iwamoto M, Swerdlow D. Pregnancy-associated listeriosis. Epidemiology and infection oct 2010; 138(10):1503-9.

46. Posfay-Barbe KM, Wald ER. "Listeriosis" Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2009; 14(4):228-33.

47. Mateus T, Silva J, Maia RI, Teixeira P. Listeriosis during Pregnancy: A Public Health Concern. ISRN Obstetrics and Gynecology 2013. [citado 20 julio 2016]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1155/2013/851712.

48. Alcoba Conde A, Jaraba Caballero P, Rodríguez Benítez MV, Romero Urrutia A, De la Cámara Moraño MC, Guzmán Cabañas J. Listeriosis neonatal como diagnóstico de sepsis vertical precoz. Vox Paediatrica 2012; XIX(2):49-52.

49. Okike IO, Lamont RF, Heath PT. Do we really need to worry about Listeria in newborn infants? Pediatr Infect Dis J 2013; 32:405-6.

50. Allerberger F, Huhulescu S. Pregnancy related listeriosis: treatment and control. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015 Mar; 13(3):395-403.

51. Management of pregnant women with presumptive exposure to Listeria monocytogenes. Committee Opinion No. 614. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014; 124:1241-4.

52. Americal College of Obstetrics and Gynecologists, "Committee opinion: management of pregnant women with presumptive exposure to Listeria monocytogenes". [citado july 2016]. Avariable from: http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committeeon-Obstetric-Practice/Management-of-regnant-Women-With-Presumptive-Exposure-to-Listeria-monocytogenes

53. Imanishi M, Routh JA, Klaber M, Gu W, Vanselow MS, Jackson KA, et al. Estimating the Attack Rate of Pregnancy-Associated Listeriosis during a Large Outbreak. Infectious Diseases in Obs-

tetrics and Gynecology 2015. [cited july 2016]. Avariable from: http://dx.doi.org/10.1155/2015/201479

54. Janakiraman V. Listeriosis in pregnancy: diagnosis, treatment, and prevention. Rev Obstet Gynecol 2008; 1:179-85.

55. Sisó C, Goncé A, Bosch J, Salvia MD, Hernández S, Figueras F. Listeriosis in pregnancy: a secular trend in a tertiary referral hospital in Barcelona. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31:2125-32.

56. Mylonakis E, Paliou M, Hohmann EL, Calderwood SB, Wing EJ. Listeriosis during pregnancy: a case series and review of 222 cases. Medicine (Baltimore). 2002; 81(4):260-9.

Rosalina Celada Juan y la Asociación Gallega de Matronas

Rosalina Sabina Celada Juan, aunque leonesa de nacimiento, porque con mucho orgullo me cuenta que nació en Villamontán de la Valduerna cerca de la Bañeza, León, se siente profundamente gallega a la vez; no en vano, cuando ella contaba 7 años, un traslado administrativo de su padre, por entonces secretario judicial, la lleva junto a su familia a Coristanco (La Coruña) y partir de ese momento, La Coruña, Galicia entera, será la tierra de su adopción.

Aunque dicen que es una indiscreción sonsacar los años a una señora, me consta que Lina jamás oculta su edad, entre otras cosas porque su belleza y elegante figura no han quedado devastadas por los años, así que cuando se le pregunta por su edad abiertamente dice que nació en 1939, y no sin cierto y justo orgullo, hoy remata que ya va por los 77 años.

Su formación

Su recorrido para llegar a ser lo que ha sido y se siente, matrona, aunque haya abandonado la vida laboral, se inició tras finalizar el bachillerato superior con los estudios de enfermería que concluyó en 1965, en la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina de Santiago Compostela.

El refrán dice "que de casta le viene al galgo" y eso debió ser lo que guió a Lina en la elección de matrona como la profesión de su vida: sus dos abuelas ejercían como parteras dividiéndose entre ambas la asistencia de Villamontan, su pueblo natal, entre el Barrio de arriba y en el Barrio de abajo. Quizá fuera la ingenuidad, la ensoñación, la admiración hacia sus abuelas lo que en la infancia le inclinaban a desear esta profesión, pero pronto una reflexión profunda, la de ser útil a las mujeres en el momento más importante de su vida, se abrió pasó con una clara voluntad y resolución por querer ser matrona, profesión que sin duda repetiría si tuviera la oportunidad de vivir una segunda vida.

Rosalina Celada Juan

Inmediatamente de finalizar sus estudios de enfermería y para alcanzar su meta, se dirigió a Madrid a realizar su formación como matrona en el Hospital Santa Cristina, primera escuela de matronas en España y cuna de innumerables y meritorias profesionales. Desde que esa promoción de matronas del 66 saliera al mercado laboral y sin apenas darse cuenta, a pesar del trabajo constante y esforzado que tanto tiempo de su vida ha ocupado, han pasado 50 años y de la escuela, como de todas sus compañeras, guarda recuerdos y anécdotas imborrables; especialmente mantiene muy presente en su memoria el afecto por sus condiscípulas y en especial por Paquita Solano y Jena Fdez-Campoamor, con

las que en pro de los derechos de la profesión, trabajó con coraje y determinación cuando las circunstancias se lo pidieron.

Su trabajo asistencial

Ya siendo matrona retorna a Galicia y con la escasez de profesionales en este gremio, que se prolongaría hasta hace bien pocos años, empieza una vida de trabajo intensivo que la llevarían a desempeñar tareas hasta en tres instituciones a la vez: en el Abente y Lago, entonces Hospital Militar de La Coruña, y en el Instituto Social de la Marina, tras aprobar las preceptivas oposiciones; también en el Hospital Modelo de Coruña, en el Materno-infantil en Labaca, aunque puntualiza que en estos últimos ejercía en calidad de matrona de hospitalización sin presencia física. Con esta dedicación no sorprende que hubiera jornadas en las que asistía hasta 15 partos y eso, durante más de 40 años de trabajo, arroja una cifra de coruñeses llegados a este mundo a través de sus manos nada despreciable, de los cuales muchas mujeres llevan su nombre en agradecimiento por su asistencia. Cabe preguntarse si esta hermosa y simpática mujer no pasó por la vicaría y formó su propia familia porque su profesión la enamoró más que cualquier pretendiente, que sin duda hubo de tener.

Su mejor virtud, además de su ojo clínico y su pericia, sin duda creo que ha sido saber conectar con las mujeres, poseer una gran empatía y no haber hecho distingos entre clases sociales, procurando a todas su mejor atención, conocimientos y simpatía. Algo que ella refiere como casi infalible, era presentarse a las mujeres y transmitirles con el simple contacto de las manos en sus pies, su presencia y voluntad.

Cuando se le interroga por anécdotas en su trabajo la lista es tan larga como divertida y es difícil escoger una de ellas, pero yo me quedo con la que relato a renglón seguido porque además de la gracia de la situación, también habla de esa profesional humana, capaz de trabajar con habilidad y afecto con personas de baja extracción social que a muchos producen rechazo. Cuenta nuestra entrevistada que como Matrona de la Beneficencia Municipal era muy habitual asistir a muchas gitanas en las que las condiciones higiénicas eran más que cuestionables. Para solventar este problema, además de que era una firme defensora de los beneficios terapéuticos de las duchas intermitentes y la deambulación durante el parto, aprovechando además que le surtían del afamado jabón mineral de La Toja, les instaba a tomar una ducha intensa a la que, en la mayor parte de las veces colaboraba y a pesar del rechazo inicial de la parturienta, después de haberla tomado era tal el bienestar y el relax que sentían que hacían partos estupendos. De tal forma se convencieron aquellas usuarias del efecto "terapéutico del jabón milagroso" que cuando nuevamente se embarazaban (y esto era con mayor frecuencia de lo que hubieran querido) acudían a "Dña. Lina cara guapa" en busca del "jabón que les hacía parir pronto". Hasta tal punto surtió efecto el boca a boca, que el inocente jabón de Dña. Lina se hizo tan famoso que las clientas casi lo convierten en el "santo grial del parto". La contrapartida era el disgusto de los maridos que le reclamaban a nuestra matrona el que hubiera sido la artífice de que sus mujeres hubieran perdido el "olor a hembra", a lo que Lina con su gracejo habitual les tranquilizaba garantizando un retorno pronto del mismo, ya que desgraciadamente las condiciones de vida de estas mujeres en nada les ayudaba a mantener una higiene adecuada en sus domicilios.

La aplicación de Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, la obligó a escoger y de entre sus plazas eligió la de Atención Primaria, plaza ganada en las oposiciones de A.P.D. y en excedencia hasta entonces, y se instaló en Perillo-Oleiros de La Coruña. En el arranque de la Atención Primaria en España, la labor que desarrolló en este centro con las mujeres de la zona todavía es recordada, porque llegó aquí no a "descansar" sino a trabajar con fuerza y ganas, en una tarea que aportaría sustanciales beneficios a las mujeres y las familias y también a las matronas; para que empezaran a desarrollar todas las competencias y posibilidades de la profesión que por mucho tiempo, y aun hoy, estaban restringidas por las necesidades de presencia en la Atención Especializada y concretamente en los paritorios y por la deficiente gestión de las autoridades sanitarias que no supieron, y aún la mayoría desconoce, la idoneidad y costo eficacia de las matronas en la atención de la mujer a lo largo de todo su ciclo reproductivo.

Persona generosa y modesta, no puede por menos que sonreírse en muchas ocasiones cuando escucha algunas de las presuntas novedades incorporadas a la atención del parto y nacimiento, y es que ella siempre ha estado actualizándose, porque incluso después de abandonar la actividad laboral sigue asistiendo a cursos y congresos, pero insiste en recordar que "la experiencia es la madre de la ciencia" y ella de "oficio" tiene más de cuatro lustros a su espalda. Ya hace más de tres décadas incorporada a la A. P., que ella inició la Preparación a la Maternidad en Galicia y tal llegó a ser la importancia que supo transmitir entre sus mujeres y familias por esta tarea de educación sanitaria, que en muchas ocasiones eran los esposos los que acudían a las clases en sustitución de las mujeres, muchas de ellas trabajadoras a las que por entonces sus empleadores no les facilitaban el permiso para acudir, asumiendo las parejas la responsabilidad de trasmitirles las enseñanzas impartidas por la matrona. Incluso la tan en boga "Matronatación", ya por aquellos años la practicaba con sus mujeres gestionando ella misma el uso de la piscina municipal y el apoyo de un profesor ti-

tulado por la INEF para tal fin. Así mismo, implementó el Programa de Estimulación Precoz del niño, etc. una amplia cartera de servicios que con responsabilidad y buen hacer la hicieron merecedora del reconocimiento no solo de las usuarias, sino de las administraciones públicas sanitarias que la eligieron también, como personal experto en asuntos de formación de Matronas.

Su involucración en el devenir de la profesión

A pesar de sus ocupaciones como matrona "en primera línea de las asistencia", por ser una mujer que vivía intensamente su profesión, no pudo quedarse al margen cuando en 1977 se produjo el cataclismo para el colectivo de matronas con el dictado de la Orden Ministerial (OM) por el que se unificaban los cuerpos de practicantes, matronas y enfermeras en un único colegio profesional, perdiendo las matronas en consecuencia su propio colegio (Sección). Fue una de las primeras matronas que entendieron las graves y negativas repercusiones que eso iba a suponer para la profesión y pronto se unió al grupo de matronas motivadas que durante años lucharon porque esta OM fuera derogada.

De aquellos momentos recuerda la gran preocupación por esta OM que abocaba a las matronas al casi ostracismo en medio del colectivo enfermero y, sobre todo, transmite la fuerza y el coraje que emplearon algunas matronas, entre las cuales siempre estuvo para que esto no sucediera. Rememora con un recuerdo vívido los viajes que hicieron con su tiempo y su dinero, Menchu García Urías, sus compañeras de promoción Jena y Paquita y ella, a todas las provincias españolas para alertar a las matronas del problema y conseguir que todas se unieran por esta lucha común. Describe cómo en Madrid se coordinaron todos estos esfuerzos, se organizó la Junta Provisional de Matronas en enero de 1978, germen de la Asociación Española de Matronas liderada por Mª Ángeles Rodríguez Rozalén y germen también de las futuras asociaciones autonómicas de Matronas de España, proyecto propuesto como la mejor y única salida en el último Congreso Nacional organizado por el Consejo Nacional de Matronas, de Palma de Mallorca en octubre de 1978.

Fundación de la Asociación Gallega de Matronas

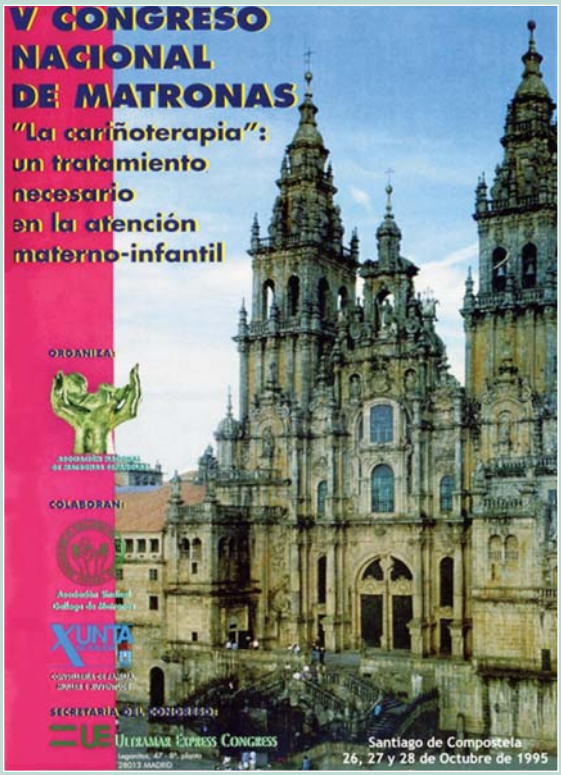
Sonríe sin disimulado orgullo, al referirnos que la Asociación Gallega de Matronas fue la primera Asociación de Matronas en registrarse en España y cómo se gestó, es algo que sin duda tiene su gracia y confirma el empeño y audacia de "estas luchadoras". Era tal el apremio por salvaguardar la profesión, que las matronas gallegas "metidas en este embrollo" junto a Lina compartieron una labor intensa (entre otras, Yolanda Goyanes, que luego sería primera secretaria de la asociación), que con toda la rapidez de que fueron capaces hicieron diversos contactos para informarse sobre la entonces reciente Ley 19/1977 sobre regulación del derecho de asociación sindical orientada la protección legal de la libertad de asociación sindical de los trabajadores (y empresarios) para la defensa de sus intereses peculiares, sin otros límites funcionales que los inherentes a la naturaleza profesional de sus fines estatutarios y al deber de acatamiento de la legalidad; todo ello en el ejercicio de las libertades propias de una sociedad democrática. Y ni cortas ni perezosas, alguien les dirigió a la recién creada Asociación Sindical de Transportistas Gallegos y con base en sus estatutos, obviamente modificados posteriormente, y a los pasos que estos habían dado para su establecimiento, consiguieron inscribir en 1978 en el registro de Asociaciones Profesionales a la Asociación Sindical de Matronas Gallegas; que en 2008 se refundó con sus activos, como AGAM, actual Asociación Galega de Matronas.

Actividad gestora

Como Presidenta de la Asociación Gallega de Matronas, Lina mantuvo un constante celo por los asuntos de matronas y salud de la mujeres y se erigió como una negociadora dura y tenaz en múltiples causas que afectaron al colectivo: el contencioso por las plazas de APD de matrona en Galicia, las denuncias por permitir que ATS ocuparan plazas de matronas, etc. De hecho se hizo popular en las administraciones sanitarias gallegas por esa "tozudez", pudiéramos llamarla, que en más de una ocasión la llevó a levantar la reunión de modo unilateral ante la carencia de avances por intuir falta de voluntad de los responsables, entre ellos, el hoy Presidente de la Xunta, Sr. Núñez Feijoo, por entonces Secretario General de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Galicia, posteriormente Secretario General de Asistencia Sanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo, hasta llegar a presidente del hoy extinto INSALUD, dentro del ámbito sanitario.

También consiguió para Galicia que la Asociación Nacional de Matronas eligiera esta tierra como sede del V Congreso Nacional de Matronas que, bajo el lema tan sorprendente como revolucionario en el medio asistencial *"La cariñoterapia" un tratamiento necesario en la atención materno-infantil*, afirmaba el compromiso de las matronas, siempre innovadoras, de realizar una asistencia que, más allá de lo científicamente correcto, contemplara con especial atención los aspectos emocionales de la mujer y la familia. La Asociación Española de Matronas en reconocimiento a la Asociación Gallega de Matronas, y en concreto a su presidenta Lina, le otorgó a esta la presidencia del mismo. Con este congreso quedó patente que los esfuerzos de la Asociación

Nacional y de la Asociación Gallega de Matronas conjuntamente, se vieron reforzados y aumentados y cuyo resultado fue un extraordinario encuentro científico que aún hoy muchos recuerdan. Fue un congreso con una asistencia espectacular, entre la que destacaron importantes personalidades del mundo sanitario y político, tan memorable por la calidad del contenido científico como por aquella "Marea Roja" predecesora de tantas otras que actualmente se han visto en otros eventos del ramo: sacó a la calle a cientos de matronas de toda España con sus paraguas rojos abiertos, doblemente obligadas por la lluvia proverbial de Galicia, para transmitir la importancia social y sanitaria de las matronas como agentes de salud ante el asombro de santiagueses y los muchos extranjeros que visitaban esta ciudad universal declarada Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Unesco.



Cartel del V Congreso Nacional de Matronas

Un premio muy especial

En el año 2010 consigue un reconocimiento público a su trayectoria profesional con la concesión, por parte de la Xunta de Galicia, de la Medalla Castelao, distinción creada en 1984 para conmemorar el retorno a Galicia de los restos de Alfonso Daniel Rodríguez Castelao polifacético gallego (político, escritor, pintor, médico y dibujante español) considerado uno de los padres del nacionalismo gallego.

En esta edición de los Premios Castelao, la cantante Luz Casal, el ex ministro de Cultura y escritor César Antonio Molina, el pintor Antón Lamazares, tres personajes conocidos compartieron reconocimiento con dos personajes anónimos fuera de sus entornos: nuestra colega Lina Celada que dedicó toda su vida hasta su jubilación a la profesión de matrona, y una mariscadora, galardonada por su trabajo "incansable" a favor de la profesionalización del sector marisquero gallego y la formación de las mujeres que trabajan en él. Separándoles la fama, todos los homenajeados coincidían en un mismo común denominador: el de ser personas comprometidas con su país, como destacó el presidente del Consello de la Xunta, Sr. Nuñez Feijóo.

El texto del Decreto de esta medalla que textualmente reza (...) *la perfección, el simbolismo o la trascendencia de las obras es el reflejo de un trabajo conscientemente realizado con entrega y con fe en la cultura, en la historia y en el ser de un pueblo*, viene a glosar esas características que sin duda nuestra colega y amiga, Lina, ha puesto al servicio de las gentes de Galicia en el desempeño de su tarea profesional y en justo reconocimiento. Esta tierra de adopción a la que siente suya ha sabido premiarle con esta importante concesión que pone un broche de oro a toda una vida *estando al lado de la vida*, en palabras de Lina: una vida de entrega, sacrificio y también recompensa porque siempre

Entrega Premios Castelao 2010: de izquierda a derecha Prudencia Santasmarinas, Antón Lamazares, Alfonso Rueda Valenzuela, Conselleiro de Presidencia, el Presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, Lina Celada, César Antonio Molina y José Ignacio Portos, Alcalde de Boimorto quien recogió la medalla otorgada a su paisana y cantante Luz Casal

experimentó la felicidad de vivir agradecida a la vida por ser Matrona.

El reconocimiento de las matronas gallegas

En este año 2016 y con motivo de la Celebración del Día Internacional de la Matrona, la AGAM ha querido rendir un homenaje a Lina dentro de los actos organizados para este día y que contaron con la presencia de la Asociación Española de Matronas, Presidenta Emérita Mª Ángeles Rodríguez Rozalén y Presidenta electa, Rosa Mª Plata. Se reiteró una vez más no solo el reconocimiento de la AEM hacia Lina, sino la profunda y fructífera relación de ambas asociaciones profesionales, que han marcado un hito en el asociacionismo de matronas en España y que aun décadas después de sus respectivas fundaciones, continúan con la labor que iniciaron sus predecesoras porque la sociedad y la profesión siguen necesitando impulso para seguir avanzando.

Marta Bernárdez, Presidenta de la AGAM; Rosa Mª Plata, Presidenta de la AEM; Felipe Castro cofundador de la red MUNet; Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta Emérita de la AEM, en el homenaje a Lina dentro de los actos de celebración del Día internacional de la Matrona 2016

grupoparadigma

www.facebook.com/grupoparadigma0

www.linkedin.com/company/grupo-paradigma

www.instagram.com/grupoparadigma_

www.twitter.com/grupoparadigma_

¡Síguenos en las redes!

Conecta con la Enfermería

¡Ya somos más de 15.000 seguidores!

Ponte al día de las últimas noticias y novedades del mundo enfermero.

Además, podrás hacernos llegar tus sugerencias y preguntas.

Entérate de las últimas novedades editoriales y nuestras exclusivas ofertas.

Podrás participar en los sorteos y concursos que realizaremos.

grupoparadigma

PRIMER ENCUENTRO Y PRESENTACIÓN DE LA NUEVA INICIATIVA PARA PROMOVER LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO GESTIONADAS POR MATRONAS

Durante el mes de abril se han realizado dos encuentros organizados por la *Midwifery Units Network* (MUNet) con el objetivo de promover la creación de unidades de atención al parto de bajo riesgo gestionadas por matronas.

El primer encuentro tuvo lugar en Génova (Italia) y sirvió como primera oportunidad para explorar la implantación de seis de estas unidades en dicho país. Este encuentro organizado en el marco de la MUNet, y en colaboración con la Università degli Studi de Genova, sirvió para poner en común la situación de la atención a la maternidad en diferentes países. En este encuentro se expuso la situación actual en España y los retos de futuro para las matronas en este contexto que desde hace años comparte la AEM.

A finales del mes de abril tuvo lugar en Londres el evento de presentación de MUNet en el ámbito europeo. A este evento asistieron diferentes representantes de cinco países que fueron invitados por los organizadores. La AEM estuvo representada por D. Ramón Escuriet Peiró, participó en los talleres previos a la presentación en los que se desarrollaron las líneas de trabajo que se pretenden impulsar desde esta red de colaboración internacional.

En esta misma línea, el pasado día 1 de julio, la AEM estuvo presente en la jornada de trabajo organizada por la *Royal Society of Medicine* de Londres y el *King's College* sobre las medidas de mejora en la atención a la maternidad que se proponen en el sistema nacional de salud del Reino Unido. Esta jornada sirvió para intercambiar experiencias con las matronas asistentes y para exponer las líneas de trabajo y retos de futuro que se afrontan desde la AEM para impulsar la atención que proveen las matronas a las mujeres sanas durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Ramón Escuriet Peiró (dcha.) representando a la Asociación Española de Matronas (AEM) junto a delegados de otros países en la presentación de la red MUNet

Lucía Roca y Felipe Castro, promotores de la red MUNet

II ENCUENTRO INTERNACIONAL DE LOS PAÍSES DE LA REGIÓN ICM EUROPA SUR EN ESPAÑA

II ICM SOUTHERN EUROPEAN REGION CONFERENCE

La Confederación Internacional de Matronas (ICM), que ya cuenta con 121 miembros de 108 países e incluye a 400.000 matronas de todo el mundo, por cuestiones logísticas ha quedado dividida en ocho regiones (África Este, África Oeste, Norteamérica y Caribe, Centro-Sur América, Norte de Europa, Europa Central, Europa Sur, Asia-Pacífico). Para mantener el contacto y el intercambio se acordó organizar un encuentro regional internacional anual en alguno de los países de cada región y aprovechar el Congreso trienal de la ICM para celebrar uno de los del trienio, ya que normalmente todos los delegados de los países integrantes acuden a esta cita mundial en la sede elegida por el quórum de la Confederación. En el pasado congreso en Praga, España, una vez más, aceptó ser la anfitriona de este encuentro internacional de los países del sur.

La relación de España con la ICM es ya muy larga, puesto que nuestro país es miembro fundador de esta organización mundial (1963), labor que ha continuado la Asociación Española desde 1978. Precisamente por eso España ha sido anfitriona de muchas reuniones importantes de la Confederación:

- Celebración del Congreso o Internacional ICM en Madrid en 1963.
- Reunión de la ICM, también en Madrid, para la redacción del Código de Ética para Matronas ICM en 1992.

Delegados de la ICM de los cinco países participantes en el II Encuentro Internacional de los Países del Sur de Europa de la ICM, celebrado en Tarragona junto con la Presidenta de la ICM Frances Day-Stark y la Representante Regional Europa Sur ICM, Rita Borg Xuereb

- Reunión Internacional de los Países del Sur ICM en Mallorca 2009.

La agrupación regional de la región sur de Europa de la ICM con los años ha ido creciendo a expensas de nuevas incorporaciones, de forma que actualmente la conforman 14 países: Bulgaria, Chipre, Grecia, España, Irán, Italia, Líbano, Malta, Palestina, Portugal, República de Macedonia, Túnez, Turquía y Emiratos Árabes Unidos. Obviamente esta agrupación, en la que las diferencias en los resultados materno-perinatales, en formación, en competencias, número, etc. se ha realizado por cuestiones de proximidad geográfica puesto que España aventaja a estos países en prácticamente todo lo importante para la profesión.

A este encuentro internacional asisten representantes de seis países (Malta, Chipre, Palestina, Grecia, Turquía, Portugal y España); de las tres representaciones que España tiene en la ICM, la Asociación Española de Matronas (AEM) es la más veterana y obviamente estuvo presente en el encuentro, no así el Consejo General de Enfermería que no acudió a esta cita.

Fue una reunión en la que los respectivos delegados presentaron sus actividades anuales y en la que pudimos comprobar una vez más que España y las matronas españolas hemos superado muchas barreras, muchos obstáculos, tenemos profesionales muy bien formados bajo estándares internacionales que marcan la diferencia y eso se plasma sin duda en los resultados materno-perinatales que nos colocan en el 5º puesto de la lista mundial.

Sin duda es una satisfacción para la profesión, aunque nos quede mucho camino por andar, pero tengamos presente, como decía Machado, *"Caminante no hay camino, se hace camino al andar"*, por ello sigamos siempre adelante aunque sea con pasos cortos y a veces fatigados, porque la meta está donde la queramos poner.

Sesiones de trabajo SER- ICM 2016

XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

(Málaga, 25-27 de mayo de 2017)

"Málaga se va a dormir
en su cuna de coral y
la velan las estrellas,
no hay niña más bella
mecidita por el mar"

Colegas matronas/es de toda España, os presentamos el nuevo Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas en su 18ª edición, para lo cual nos hemos esforzado desde el Comité científico en encontrar las temáticas que puedan motivar al colectivo. Queremos aprovechar las ideas de muchos que aportan, las energías de tantos comprometidos para que nuestra profesión siga prosperando y visualizándose en la sociedad cada vez con más fuerza. El congreso todavía no tiene el programa cerrado pero ya está muy perfilado; bajo el lema "Aqui y Ahora de las Matronas Españolas" indudablemente queremos hablar de realidades y de construir para el futuro, pero con los pies bien asentados en lo que en el momento presente tenemos y somos.

Hemos elegido un formato innovador e interesante, con una parte muy dinámica no solo en los talleres precongreso, sino que intentaremos propiciar muchos debates porque estamos convencidos de que a través de la comunicación podemos contrastar el pensamiento con la realidad, buscar, explorar, compartir nuevas y diversas ideas y posibilidades, perspectivas e informaciones relacionadas con nuestro quehacer y otras disciplinas que pueden complementar nuestra actividad profesional.

Y ¡claro que no todos los congresos son iguales! La AEM lidera con grandes diferencias el número de créditos que la Agencia de Acreditación de Formación Continuada para actividades presenciales otorga y eso solo quiere decir dos cosas: que la AEM ofrece calidad y seriedad en sus congresos.

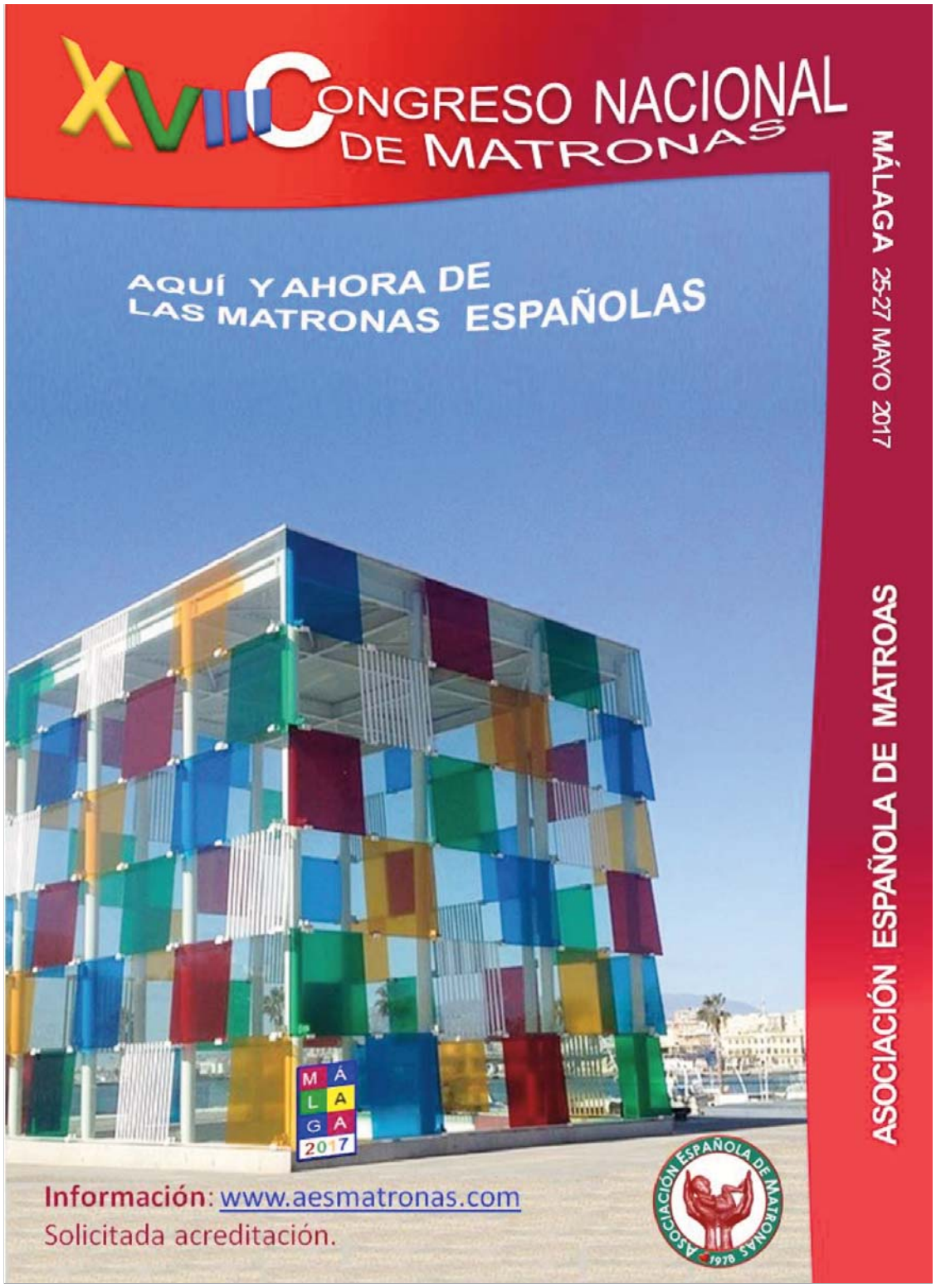
Os animamos a asistir a este evento científico, a participar activamente en el mismo con vuestros trabajos, y os adelantamos que Málaga, siempre acogedora y bella, ha sufrido cambios espectaculares que si cabe la han convertido en una ciudad más hermosa, más placentera, siempre alegre, pasional y colorida en cualquier rincón de la ciudad moderna, en la universal ciudad antigua, o a la orilla del mar con sus maravillosas playas, y sobre todo por su gente alegre, amable y generosa. Como decía el malagueño ya mundialmente conocido, Pablo Alborán, "gozar de la vida no es algo irresponsable sino un verdadero arte, un arte que se aprende y que los malagueños sabemos transmitir". Y nosotros lo afirmamos: los malagueños contagian alegría y ponen color a la vida.

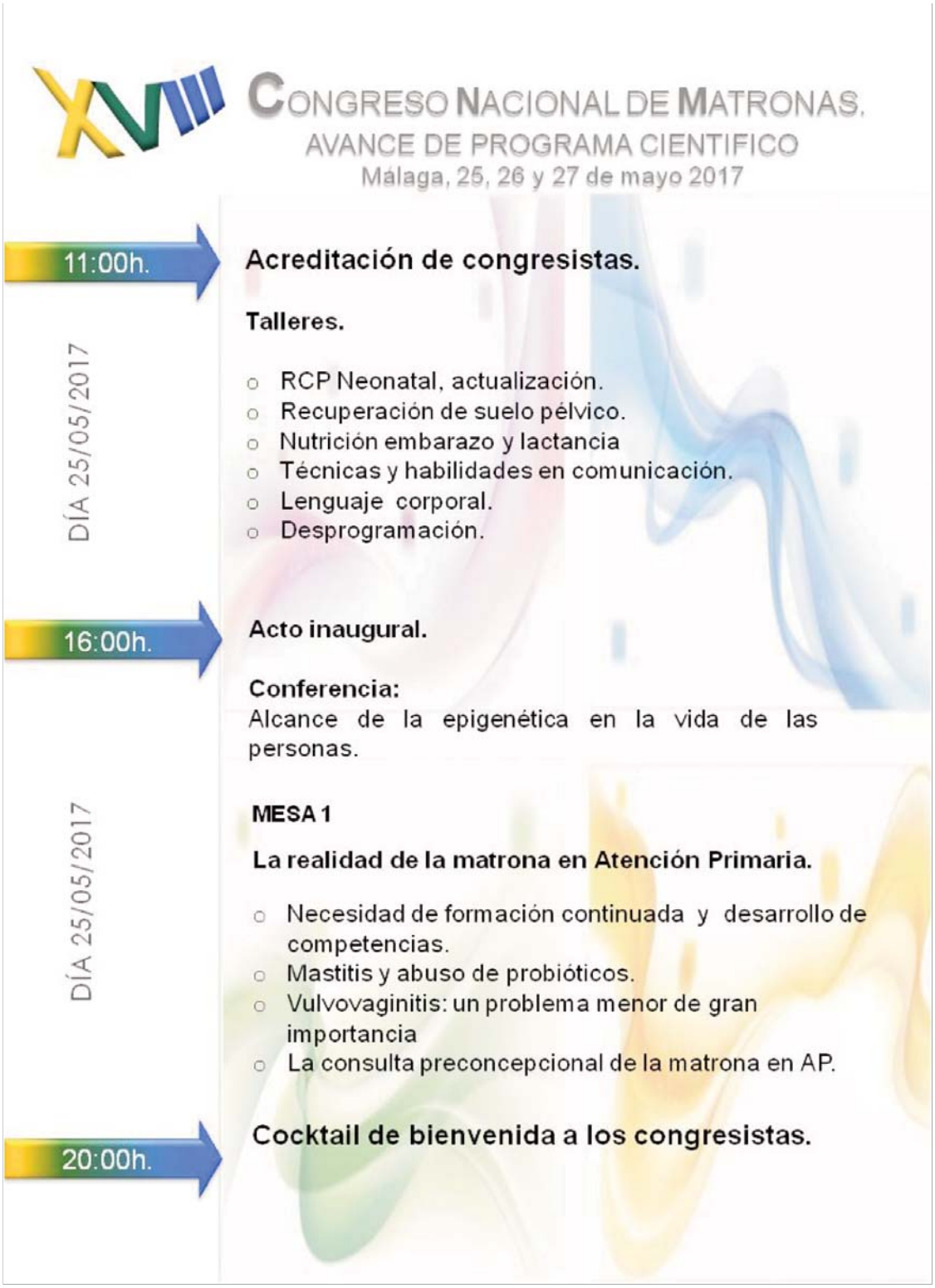
Todo esto y mucho más nos ofrece este congreso en el que os esperamos, porque es para todos y cuanto más compartido ¡mejor será!

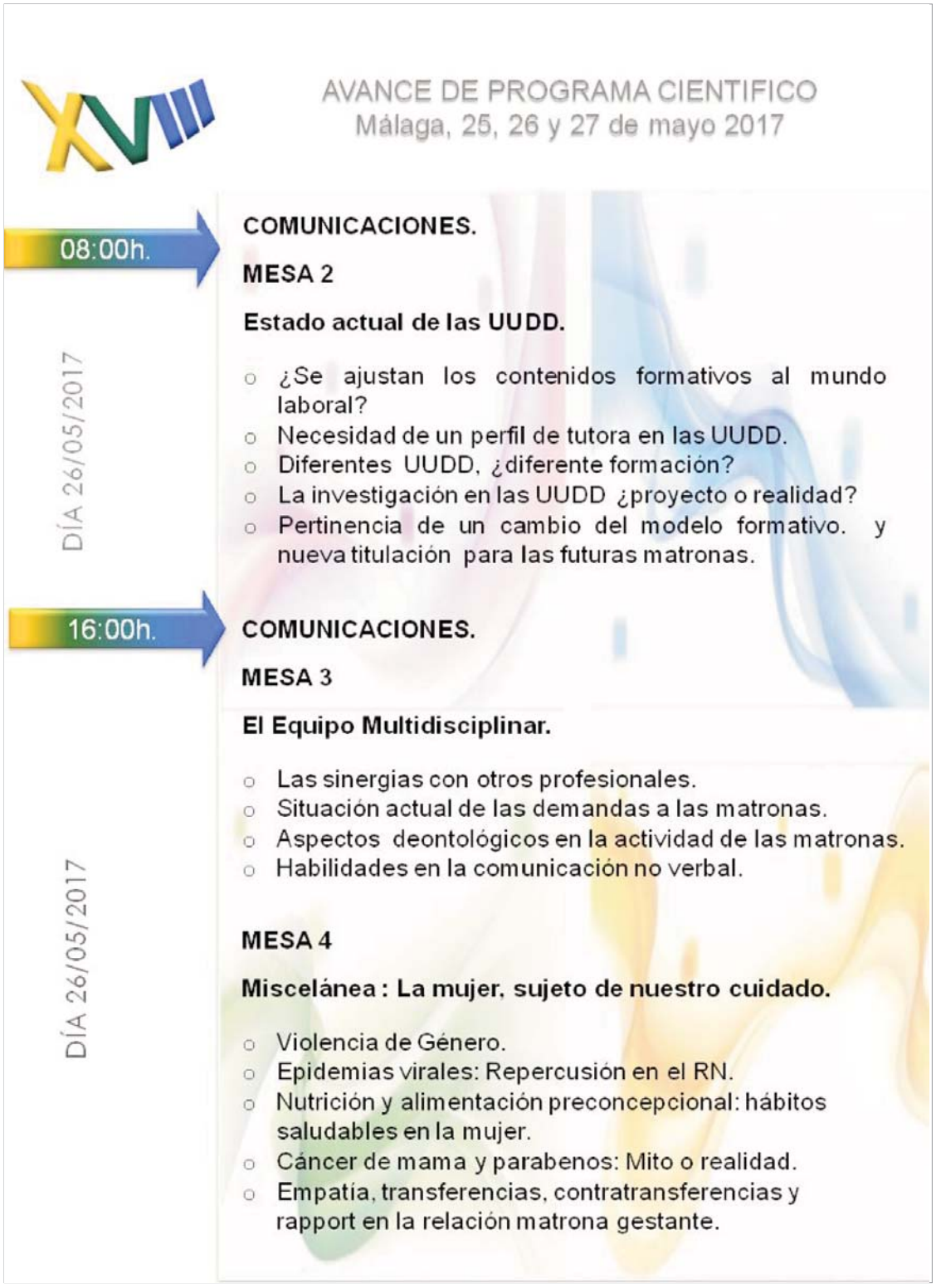
Comité Organizador y Científico

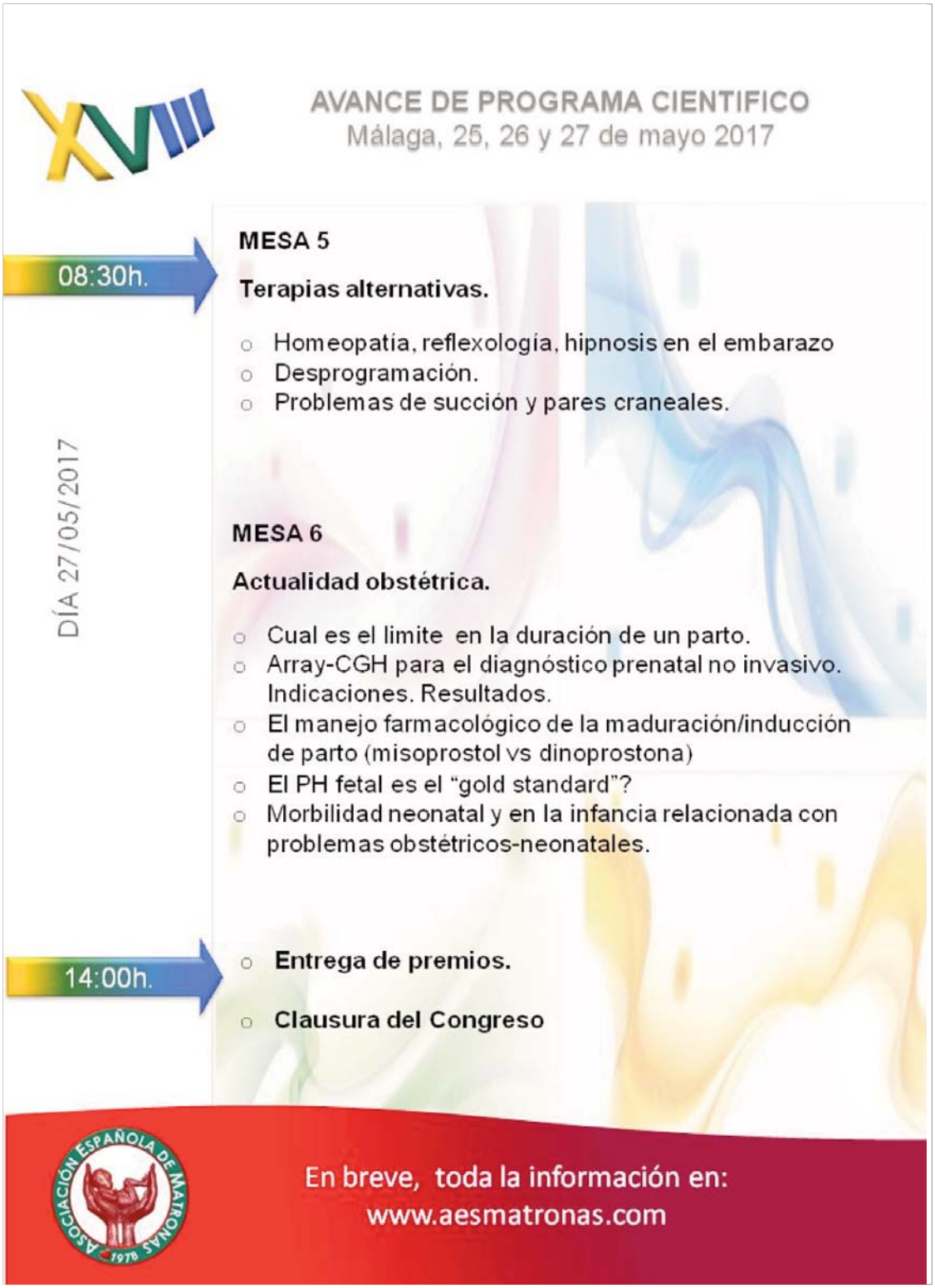
XVIII Congreso Nacional de Matronas

Agenda – XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas




XVIII
CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS.
AVANCE DE PROGRAMA CIENTIFICO
Málaga, 25, 26 y 27 de mayo 2017
DÍA 25/05/2017
11:00h.
Acreditación de congresistas.
Talleres.
RCP Neonatal, actualización.
Recuperación de suelo pélvico.
Nutrición embarazo y lactancia
Técnicas y habilidades en comunicación.
Lenguaje corporal.
Desprogramación.
16:00h.
Acto inaugural.
Conferencia:
Alcance de la epigenética en la vida de las personas.
DÍA 25/05/2017
MESA 1
La realidad de la matrona en Atención Primaria.
Necesidad de formación continuada y desarrollo de competencias.
Mastitis y abuso de probióticos.
Vulvovaginitis: un problema menor de gran importancia
La consulta preconcepcional de la matrona en AP.
20:00h.
Cocktail de bienvenida a los congresistas.


AVANCE DE PROGRAMA CIENTIFICO
Málaga, 25, 26 y 27 de mayo 2017
DÍA 26/05/2017
08:00h.
COMUNICACIONES.
MESA 2
Estado actual de las UUDD.
¿Se ajustan los contenidos formativos al mundo laboral?
Necesidad de un perfil de tutora en las UUDD.
Diferentes UUDD, ¿diferente formación?
La investigación en las UUDD ¿proyecto o realidad?
Pertinencia de un cambio del modelo formativo. y nueva titulación para las futuras matronas.
16:00h.
COMUNICACIONES.
MESA 3
El Equipo Multidisciplinar.
Las sinergias con otros profesionales.
Situación actual de las demandas a las matronas.
Aspectos deontológicos en la actividad de las matronas.
Habilidades en la comunicación no verbal.
DÍA 26/05/2017
MESA 4
Miscelánea : La mujer, sujeto de nuestro cuidado.
Violencia de Género.
Epidemias virales: Repercusión en el RN.
Nutrición y alimentación preconcepcional: hábitos saludables en la mujer.
Cáncer de mama y parabenos: Mito o realidad.
Empatía, transferencias, contratransferencias y rapport en la relación matrona gestante.


XVIII
AVANCE DE PROGRAMA CIENTIFICO
Málaga, 25, 26 y 27 de mayo 2017
DÍA 27/05/2017
08:30h.
MESA 5
Terapias alternativas.
Homeopatía, reflexología, hipnosis en el embarazo
Desprogramación.
Problemas de succión y pares craneales.
MESA 6
Actualidad obstétrica.
Cual es el limite en la duración de un parto.
Array-CGH para el diagnóstico prenatal no invasivo. Indicaciones. Resultados.
El manejo farmacológico de la maduración/inducción de parto (misoprostol vs dinoprostona)
El PH fetal es el "gold standard"?
Morbilidad neonatal y en la infancia relacionada con problemas obstétricos-neonatales.
14:00h.
Entrega de premios.
Clausura del Congreso
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS 1978
En breve, toda la información en:
www.aesmatronas.com

- OFERTA DE - LANZAMIENTO

PACK QUE INCLUYE:

- MOCHILA TRAPEZOIDAL DE EMERGENCIAS (utensilios no incluidos)
- TIJERAS LYSTER 14 CM

71 €

Recuerda que superando los 70€ en cualquier compra te regalamos un ORGANIZADOR KEENS.

Haz tu pedido y añade al carrito el código CUPON70

Tienda Enfermeria21

www.tienda.enfermeria21.com