



## TDY: una realidad incomprensible en el siglo XXI

### SUMARIO

- Editorial

#### Originales

- Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual
- Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona
- Objetivo: evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en mujeres gestantes de dos CC.AA.

#### Revisiones

- Promoción de conductas seguras en el uso de terminales y *apps* móviles por la mujer gestante

#### Colaboración especial:

La relevancia de la prueba pericial psicológica en víctimas de violencia de género

#### Artículo especial:

Homenaje a los Drs. Gabrielle Morreale y Francisco Esobar Rey

#### Echando la vista atrás:

La AEM en la lucha contra la yododeficiencia

#### Agenda:

- La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación
- Clausura del XIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas y II de la Asociación Cantabra de Matronas
- Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón"
- La Asociación Española de Matronas se adhiere a la Declaración de Cracovia
- Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2018



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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

**96 166 73 84**

**Envío de artículos:** [matronashoy@grupo-paradigma.com](mailto:matronashoy@grupo-paradigma.com)  
**E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:**  
[dae@grupo-paradigma.com](mailto: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.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

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

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

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

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

ISSN: 2340-0161



**matronas hoy**

## Comité editorial

### Fundadora

- M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

### Directora

- Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla

### Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

### Comité editorial

- M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

### Comité científico

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



# Sumario • Summary

Vol. 6 - nº 2 septiembre-noviembre 2018

## Editorial

4

## Originales

- Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual ..... 5  
 Laura Folgado Catalá, Juan Diego Pérez Moreno, Patricia Guillén Guzmán, Noelia Carmen Planells Domingo
- Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona ..... 14  
 Rosa Ana Martín de Vega, Gloria Boal Herránz, Matilde Fernández y Fernández-Arroyo
- Objetivo: evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en mujeres gestantes de dos CC.AA. .... 18  
 Alba Díez-Ibarbia, Estefanía Moreno-Román, Natalia Herrero-Fernández

## Revisiones

- Promoción de conductas seguras en el uso de terminales y *apps* móviles por la mujer gestante..... 32  
 María Isabel Fernández Aranda

## Colaboración especial

- La relevancia de la prueba pericial psicológica en víctimas de violencia de género ..... 41  
 M<sup>a</sup> Luz Sánchez Escalada

## Artículo especial

- Homenaje a los Drs. Gabrielle Morreale y Francisco Escobar Rey ..... 52

## Echando la vista atrás

- La AEM en la lucha contra la yododeficiencia ..... 55

## Agenda

- La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación ..... 59
- Clausura del XIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas y II de la Asociación Cántabra de Matronas..... 63
- Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón" ..... 69
- La Asociación Española de Matronas se adhiere a la Declaración de Cracovia ..... 72
- Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2018..... 76

# Editorial

Hace unos años cuando visitaba como turista la ciudad de Friburgo, capital de la Selva Negra, y observaba admirada un hermoso edificio del centro de la ciudad, vi una gárgola que a todas luces tenía un imponente bocio, algo que me dejó profundamente sorprendida. Solo me cupo pensar que allá por el siglo XV, cuando se proyectó este edificio, esta patología causada por la deficiencia de yodo no es que fuera un problema prevalente en la Edad Media, sino incluso como hoy se daba en lugares donde el agua o el suelo eran pobres en yodo, alejados del mar, como es el caso. El artista haría, probablemente por encargo, aunque desconozcamos los motivos de tal encomienda, esta imagen impactante situada en la fachada de la famosa casa de la Ballena. Tanto si fue un encargo como una inspiración propia del artista, lo que creo que no ha lugar a la duda, es que esta expresión escultórica ha acabado convirtiéndose en elemento de ese otro arte narrativo, el que sin utilizar palabras llegaba a todo el público, la mayoría personas analfabetas por aquel entonces.

Bien, no me cuestiono aquí el objetivo de la escultura, quedará al menos de momento o para siempre en curiosidad insatisfecha, lo que sí me cuestiono como ciudadana, y más como matrona, es que en el siglo XXI aún prevalezca la enfermedad, avocando a un gran peligro a un alto porcentaje de niños, y sorprende la poca atención por parte de los legisladores, los líderes de opinión y el público a un problema que tiene una fácil solución.

Como sanitarios probablemente uno de los objetivos prioritarios de nuestra actuación es mejorar la calidad de vida de nuestros clientes y a ello ayudan sobre todo las campañas sanitarias y los programas de prevención. En este caso, como en tantos otros, por ejemplo el del cuidado y asistencia en el embarazo, parto y postparto por parte de la matrona como profesional más indicado, no parece que haya ese interés, porque en el primer caso creo recordar vagamente algún intento allá por el 2004 y en el segundo, nada de nada. Sin embargo, sí hemos tenido muchas, e incluso repetidas, en otras cuestiones de salud de las que no cuestiono su importancia ¡faltaría más!

A día de hoy el déficit de yodo es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa prevenible en el mundo de lesión cerebral del feto y del lactante y de problemas del desarrollo psicomotor en los niños más pequeños. También se asocian a este proceso complicaciones como sordomudez, enanismo, malformaciones congénitas, retraso mental y, en los adultos, bocio o aumento de la glándula tiroidea y alteraciones en su función, abortos, hipotiroidismo e incluso tumores de tiroides.

La deficiencia de yodo, como se puede deducir, es potencialmente grave. La solución la conocemos, el ministerio tiene a disposición el ente más poderoso de información: la TV, además de variados soportes. Entonces, yo me pregunto: ¿a qué está esperando para informar a la población? ¿Es desidia, es olvido? Pónganse manos a la obra y erradiquemos este problema de una vez y para siempre, añadiendo yodo a casi toda la sal de consumo e incorporándolo también a la cadena de industria alimentaria; mientras, las matronas tendrán que seguir ojo avizor para que ninguna mujer embarazada ni madre lactante se vea privada de la suplementación de yodo que requiera según las necesidades propias del embarazo y la lactancia.

También seguiremos las matronas esperando que un día veamos anuncios en los que, informando de todo lo relativo al embarazo, parto y posparto, afirmen desde el Ministerio de Sanidad: **CONSULTE A SU MATRONA (O GINECÓLOGO)**. Sin duda, esta acción beneficiaría sustancialmente a las mujeres y al sistema, y a las matronas nos otorgaría el reconocimiento profesional que merecemos frente a una sociedad que desconoce, equivoca, el rol de la matrona del siglo XXI o, como en algunos casos interesados, ha sido engañada con "cantos de sirena".

¡Ójala que estos dos sueños se conviertan algún día en realidad!

Rosa M<sup>a</sup> Plata Quintanilla  
*Directora de Matronas Hoy*

<sup>1</sup> Laura Folgado Catalá  
<sup>1</sup> Juan Diego Pérez Moreno  
<sup>2</sup> Patricia Guillén Guzmán  
<sup>3</sup> Noelia Carmen Planells Domingo

## Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual

<sup>1</sup> Residente de matrona (EIR2). Hospital Luis Alcayís-Xàtiva (Valencia)

E-mail: laura.folgado.2@gmail.com

<sup>2</sup> Matrona. Hospital Luis Alcayís-Xàtiva (Valencia)

<sup>3</sup> Matrona. Hospital IMED (Valencia)

Fecha de recepción: 3 de junio 2018. Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2018.

### Cómo citar este artículo:

Folgado Catalá L, Pérez Moreno JD, Guillén Guzmán P, Planells Domingo NC. Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual. *Matronas hoy*. 2018; 6(2):5-13.

### Resumen

**Introducción:** conocer el número de mujeres del departamento de Xàtiva-Ontinyent que sufren el síndrome disfórico premenstrual (SDPM).

**Metodología:** se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal con un intervalo de confianza del 95%. Como sujetos del estudio se incluyeron mujeres de 18-45 años del departamento que acuden al centro de salud y al CSSR durante el periodo del 1 de noviembre de 2017 al 15 de marzo de 2018. Los criterios de inclusión utilizados fueron: mujeres que hablen español, de edad comprendida entre 18 y 45 años, que no utilicen anticoncepción hormonal oral o local (vaginal, cutánea o intrauterina) y que acepten participar en el estudio previa información y consentimiento oral. Como instrumento para la recogida de datos se utilizó un formulario base creado por la Dra. Lafaja, experta en el tema y modificado *ad hoc* para este estudio.

**Resultados:** se observa que los síntomas físicos más habituales son la dismenorrea, la mastalgia y la cefalea; en cuanto a los psicológicos prevalecen la irritabilidad y el llanto. Cabe destacar que el SDPM se encuentra infradiagnosticado y como consecuencia directa poco o mal tratado en dicho departamento. No diagnosticada un 97,8% de la muestra y tratada solo con fármacos analgésicos o nada un 62,2%, más del 97% de los mismos no han sido prescritos por ningún profesional.

**Conclusiones:** se confirma la alta prevalencia del SDPM y la necesidad de una formación para el conocimiento de este síndrome entre los profesionales de la salud, sobre todo gineco-obstetras y matronas, que puedan hacer una detección precoz, prevención y promoción de la salud. Con ello mejoraría la calidad de vida por un ajuste más adecuado de tratamiento en función a la evidencia científica actual en este tema.

**Palabras clave:** síndrome premenstrual, síndrome disfórico premenstrual, tratamiento.

### Abstract

#### *Prevalence of premenstrual dysphoric syndrome*

**Objective:** to find out the number of women in the Department Xàtiva-Ontinyent who suffer premenstrual dysphoric syndrome (PMDS).

**Methodology:** a cross-sectional descriptive quantitative study was conducted, with a 95% Confidence Interval. The study included 18-to-45-year-old women from the department, attending the Primary Care Centre and the CSSR (Sexual and Reproductive Health Centre) from November, 1st, 2017 to March, 15th, 2018. The inclusion criteria used were: Spanish-speaking women, 18-to-45-year old, not using oral or local (vaginal, cutaneous or intrauterine) contraception, and who agreed to participate in the study after receiving information and giving their oral consent. The data-collection tool used was a basal form created by Dr. Lafaja, an expert in this matter, and modified *ad hoc* for this study.

**Results:** the most frequent physical symptoms observed were dysmenorrhea, mastalgia and headache; the prevailing psychological symptoms were irritability and crying. It is worth highlighting that PMDS is underdiagnosed; and as a direct consequence of this, not enough or wrongly treated in said department: it had not been diagnosed in 97.8% of the sample, and treated only with analgesic drugs or not treated in 62.2% of cases, where >97% of these had not been prescribed by any professional.

**Conclusions:** the high prevalence of PMDS was confirmed, as well as the need for training to create awareness of this syndrome among health professionals, mostly gynaecologist-obstetricians and midwives, who can conduct an early detection, prevention, and health promotion. This would improve quality of life through a more adequate adjustment of treatment based on the current scientific evidence on this matter.

**Key words:** premenstrual syndrome; premenstrual dysphoric syndrome; treatment.

## Introducción

Tanto el síndrome premenstrual (SPM) como el trastorno disfórico premenstrual (TDPM) se presentan como un "conjunto de síntomas emocionales, conductuales y somáticos que ocurren en la fase lútea y que se resuelven con la menstruación. Estos síntomas producen incapacidad física y psíquica, problemas de relación familiar, laboral y social"<sup>1,2</sup>.

En la década de 1990 entró en la edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R) como trastorno disfórico del final de la fase lútea y en el DSM-IV reapareció como trastorno disfórico premenstrual (TDP)<sup>4</sup>.

Es importante decir que en todos los años que se sabe de la existencia de este síndrome ha sido trivializado por las propias mujeres y, secundariamente, por los profesionales sanitarios. También hay que destacar que, a pesar de ser un cuadro relacionado estrechamente con la menstruación y pertenecer por tanto al ámbito ginecológico, los escasos estudios presentes proceden de la rama de la psiquiatría.

Los trastornos premenstruales afectan a la salud de millones de mujeres alrededor del mundo, provocando efectos negativos en la vida cotidiana. La mayoría de las mujeres, ya en edad reproductiva, presenta algún tipo de malestar físico en las semanas previas a la menstruación. Estos síntomas suelen ser leves, pero también pueden llegar a ser lo suficientemente graves como para afectar de manera sustancial las actividades diarias y cotidianas. Se estima que entre el 20% y el 40% de las mujeres tienen síntomas premenstruales durante la fase lútea y alrededor de 5 al 8% sufren de síndrome premenstrual (SPM), llegando a presentar síntomas incapacitantes (4,8%). La mayoría de estas mujeres también cumple los criterios de trastorno disfórico premenstrual (TDPM)<sup>5</sup>.

Los criterios diagnósticos varían mucho entre los diferentes organismos competentes. De acuerdo con *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, los síntomas han de estar presentes durante los cinco días antes del periodo y por lo menos en tres ciclos menstruales consecutivos, terminar al cabo de cuatro días del comienzo del periodo e interferir en algunas de sus actividades normales<sup>5</sup>. Entre los diferentes síntomas encontrados están: físicos o somáticos (dolor de articulaciones, cefalea, aumento de peso, etc.) y psicológicos o conductuales (ira, trastorno del sueño, confusión, etc.)<sup>1,5,6</sup>. Lo que conlleva un incremento del número de visitas médicas por parte de estas mujeres, así como un mayor consumo de medicamentos sin prescripción médica<sup>7</sup>.

Los tratamientos médicos proporcionan un alivio sintomático excelente a muchas mujeres, pero a veces una mala respuesta terapéutica, o efectos adversos atribuibles a estas terapias, llevan a las mujeres a buscar soluciones alternativas. Se ha demostrado que la ooforectomía (con histerectomía concomitante) seguida de terapia con estrógenos a dosis bajas es una alternativa eficaz para estos casos de trastorno del

estado de ánimo relacionado con el ciclo menstrual<sup>8-10</sup>. Por otra parte, entre las opciones de tratamiento con mayor evidencia se incluye un conjunto de medidas no farmacológicas, como los cambios alimentarios, la terapia cognitiva-conductual, técnicas de manejo del estrés o educación y ejercicio. Implicando, en su conjunto, un cambio en el estilo de vida<sup>2,11</sup>.

## Justificación

Con este estudio se ha pretendido conocer la prevalencia de este síndrome (SDPM) en el departamento a través de un formulario confeccionado *ad hoc*, basado y modificado del de la Dra. Lafaja, experta en el tema, para posteriormente elaborar una estrategia de detección precoz, promoción de la salud y prevención de las consecuencias del propio cuadro de signos y síntomas en el ámbito físico y psicoemocional que concurren en el perfil de estas mujeres "sindrómicas" desconocedoras de su propia patología, lo que conlleva a no acudir a los profesionales y automedicarse.

Por tanto, el objetivo principal del presente estudio fue conocer el número de mujeres del departamento de Xàtiva-Ontinyent que sufren el síndrome disfórico premenstrual (SDPM). Además, como objetivos secundarios se planteó identificar los signos y/o síntomas físicos y psicoemocionales que tienen las mujeres durante el periodo premenstrual, valorar la frecuencia con la que aparecen estos signos y síntomas y conocer si han sido diagnosticadas y/o tratadas correctamente.

La hipótesis del estudio fue la siguiente: "existe una alta tasa de prevalencia del síndrome disfórico premenstrual en el Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent infradiagnosticado y/o mal tratado".

## Metodología de estudio

### Diseño del estudio

Es un estudio cuantitativo descriptivo transversal con un intervalo de confianza del 95%.

### Población de referencia

Mujeres en de edad fértil, pertenecientes al Departamento de Salud Xàtiva- Ontinyent.

### Sujetos de estudio

Mujeres de 18-45 años del departamento que acuden al centro de salud y al CSSR durante el periodo del 1 de noviembre de 2017 al 15 de marzo de 2018.

### Criterios de inclusión

- Compresión del idioma español, de edad comprendida entre 18 y 45 años que acudan durante el periodo de es-

tudio al centro de salud (CS) o centro de salud sexual y reproductiva (CSSR).

- Mujeres que no utilicen anticoncepción hormonal oral o local (vaginal, cutánea o intrauterina).
- Tras ser informadas aceptan voluntariamente participar en el estudio.

### Criterios de exclusión

- Que no hable ni comprenda español, que no esté dentro del rango de edad o que utilice MAH oral o local (vaginal, cutánea o intrauterina).

### Variables del estudio

Las variables dependientes principales fueron:

- Descripción de signos y síntomas físicos-psicoemocionales.
- Frecuencia de aparición de los signos y síntomas en los diferentes rangos de tiempo establecidos.

Las variables dependientes secundarias fueron:

- Número de mujeres diagnosticadas.
- Número de mujeres tratadas.

Por su parte, las variables independientes fueron:

- Rango de edad de mayor prevalencia de los signos o síntomas.
- Patologías coexistentes.
- Tratamientos más habituales.
- Método anticonceptivo utilizado no hormonal.
- Paridad.
- Profesional al que acuden o remiten.

### Material

- Formulario creado *ad hoc* para este estudio basado en el modelo de la Dra. Lafaja.
- Consentimiento informado oral para participación en el estudio.

### Procedimiento

Durante el periodo de tiempo indicado en el estudio, los autores, como residentes en formación de la especialidad de matrona, rotaron por los diferentes servicios, en concreto para este trabajo fue en CS y CSSR donde se distribuyó el formulario a todas aquellas mujeres que cumplían los criterios de inclusión y que consintieron participar en el estudio tras haber sido informadas del mismo, garantizándoles el cumplimiento de las normas legales y éticas que regulan el manejo de datos personales, en este caso anónimo. Posteriormente, se diseñó una hoja de registro de datos (Excel/Access/SPSS 22.0) donde se volcó la información re-

cogida del formulario para su posterior estudio y análisis con el programa SPSS 22.0.

Tras el análisis y valoración de los resultados se planteó la posibilidad de una sesión clínica para informar a los diferentes profesionales implicados del departamento y en un futuro llevar a cabo una sesión de EpS con la población diana para concienciar de la importancia de la detección precoz, así como el correcto diagnóstico y tratamiento. Se trata de que las mujeres y los profesionales no "banalicen" la situación como "normalidad".

### Recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos se crea un formulario *ad hoc* diseñado específicamente para este estudio basado en el modelo de la Dra. Lafaja. La recogida de datos es realizada por los residentes de matrona pertenecientes al grupo de investigación.

### Aspectos éticos

El protocolo completo del estudio fue valorado y aceptado por la Comisión de Investigación y Docencia y por el Comité de Ética del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia).

Se tuvo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; el Código Deontológico (CD) de la Confederación Internacional de Matronas, el CD de la Asociación Española de Matronas, el Código de Ética y Deontología de Enfermería de la Comunidad Valenciana y la Declaración de Helsinki.

## Resultados

### Descripción sociodemográfica de la muestra

La muestra total estudiada (N) fue de 45 mujeres cuyo perfil tiene las siguientes características: mujer menor o igual de 25 años (48,9%) de nacionalidad española (95,6%), estudiante (37,8%) y con estudios universitarios (62,2%) (Tabla 1).

En la Tabla 2 se representa la muestra estudiada en tres grupos de edades: menores o iguales de 25 años, 26-35 años y 36-45 años. Las características sociodemográficas, según el rango de edad, fueron las siguientes:

- En el grupo de menores o iguales de 25 años fue mujer española (95,5%) con estudios universitarios (68,2%) y estudiante (59,2%).
- En relación con el grupo de edad comprendido entre 26-35 años fue mujer española (94,1%), estudios universitarios (58,8%) y desempleada (41,2%).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra

Edad	Nacionalidad	Estudios	Situación laboral
≤25 años (48,9%)	Española (95,6%)	Básicos (4,4%)	T. doméstica (6,7%)
26-35 años (37,8%)	Latina (2,2%)	Bachiller (6,7%)	Estudiante (37,8%)
36-45 años (13,3%)	Europa del Este (2,2%)	Formación profesional (26,7%)	Desempleada (17,8%)
		Universitarios (62,2%)	Asalariada (35,6%)
			Autónoma (2,2%)

Tabla 2. Características sociodemográficas según el rango de edad

		Menores o iguales de 25 años (%)	26-35 años (%)	36-45 años (%)
Estudios	Básicos	0%	11,8%	0%
	Bachiller	4,5%	11,8%	0%
	FP	27,3%	17,6%	50%
	Universitarios	68,2%	58,8%	50%
Estado laboral	T. Doméstica	4,5%	5,9%	16,6%
	Estudiante	59,2%	17,6%	16,6%
	Desempleada	4,5%	41,2%	0%
	Asalariada	27,3%	35%	66,8%
	Autónoma	4,5%	0%	0%
Nacionalidad	Española	95,5%	94,1%	100%
	Latina	0%	5,9%	0%
	Norteafricana	0%	0%	0%
	Europa del Este	4,5%	0%	0%

- En cuanto al grupo de edad comprendido entre 36-45 años el perfil fue mujer de nacionalidad española (100%) con estudios universitarios y de FP (50% ambas) y asalariada (66,8%).

#### Antecedentes obstétrico-ginecológicos

De la muestra total estudiada (N) la media de la fórmula menstrual (FM) fue de 28,58 días (DS 2,734) y con una media de días de menstruación de 4,84 (DS 1,429), que presentan un ciclo regular, fórmula menstrual regular en todos los meses (75,6%). El 53,3% no utiliza ningún método anticonceptivo frente a 46,70% que sí que utilizan métodos anti-

conceptivos (MAC) no hormonales, siendo el preservativo el más utilizado en la mayoría de los casos. Con relación a la fórmula obstétrica, son nuligestas (71,1%), nulíparas (86,7%) y sin ningún aborto (86,7%).

#### Sintomatología

##### Síntomas físicos

En lo que respecta a la sintomatología física, los principales síntomas que padecen las mujeres con relación a SPM fueron la dismenorrea (86,7%), la mastalgia (68,9%) y la cefalea/miagraña (60%) (Gráfico 1).

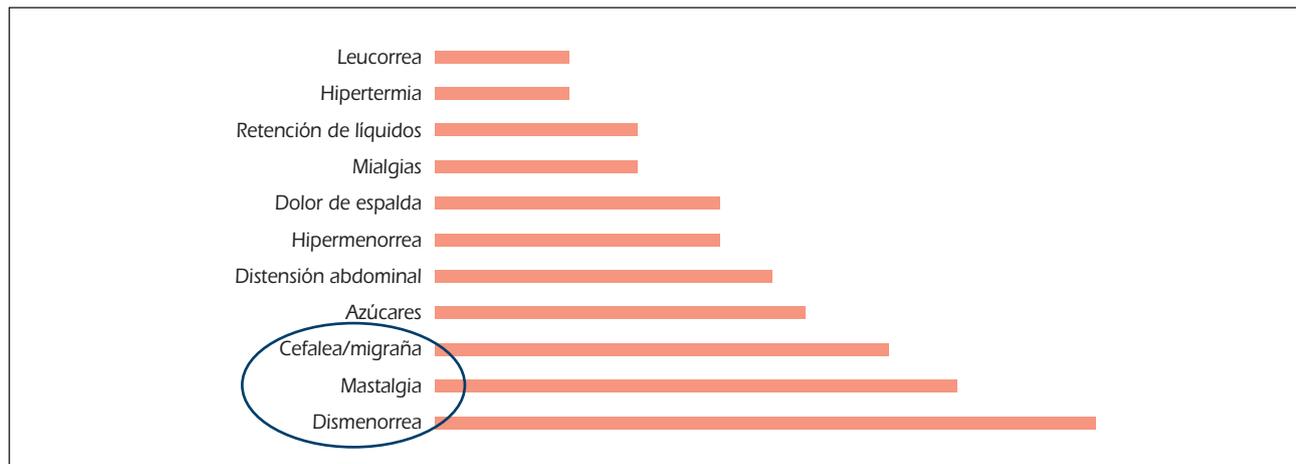


Gráfico 1. Principales síntomas físicos

Si se desglosa la muestra estudiada en tres grupos de edad, en el grupo de mujeres menores o igual a 25 años la sintomatología más habitual fue la dismenorrea (95,5%), en el comprendido entre 26-35 años se repitió la dismenorrea (82,5%); sin embargo, la sintomatología que se presenta siempre (100%) de las mujeres comprendidas entre 36-45 años fue la cefalea (Tabla 3).

Si se analiza la frecuencia con la que se repite la sintomatología física se observa que la hipermenorrea apareció en todos los ciclos en el 88,2% de las mujeres (10-12). La dismenorrea en el 77,9%, la mastalgia en el 76,7% y la retención de líquidos en el 75% de mujeres en la mayoría de los ciclos. Estos eran los síntomas físicos más recurrentes (Gráfico 2).

Apetencia por los azúcares (27,3% de mujeres), leucorrea (25%), distensión abdominal (25%) y cefalea (22,2%) se presentan con alta frecuencia (7-9 ciclos anteriores) (Gráfico

3).

Otros síntomas físicos como mialgias (50%), hipertermia (37,5%), leucorrea (37,5%) o cefalea (25,9%) aparecen como más prevalentes entre cuatro y seis ciclos en las mujeres de la muestra (Gráfico 4).

Entre los síntomas que se presentan en menos de tres ciclos, los más habituales son los de hipertermia (12,5% de las mujeres), cefalea (7,4%), mastalgia (6,7%) y dismenorrea (5,1%) (Gráfico 5).

#### Síntomas psicológicos

En lo que respecta a la sintomatología de origen psíquico, los principales síntomas que padecen las mujeres con relación al SPM fueron la irritabilidad (57,8%) y el llanto (33,3%) (Gráfico 5).

Tabla 3. Sintomatología física más habitual por grupos de edad

	Menores o iguales de 25 años (%)	26-35 años (%)	36-45 años (%)
Dismenorrea	95,5%	82,5%	66,6%
Mastalgia	72,7%	64,7%	66,6%
Cefalea/migraña	54,4%	52,9%	100%
Azúcares	45,5%	47%	66,6%
Distensión abdominal	50%	41,2%	33,3%
Hipermenorrea	50%	11,8%	66,6%
Dolor de espalda	40,9%	29,4%	50%
Mialgias	27,3%	29,4%	16,6%
Retención de líquidos	22,7%	35,3%	16,6%
Hipertermia/escalofríos	13,6%	23,5%	16,6%
Leucorrea	31,8%	0%	16,6%

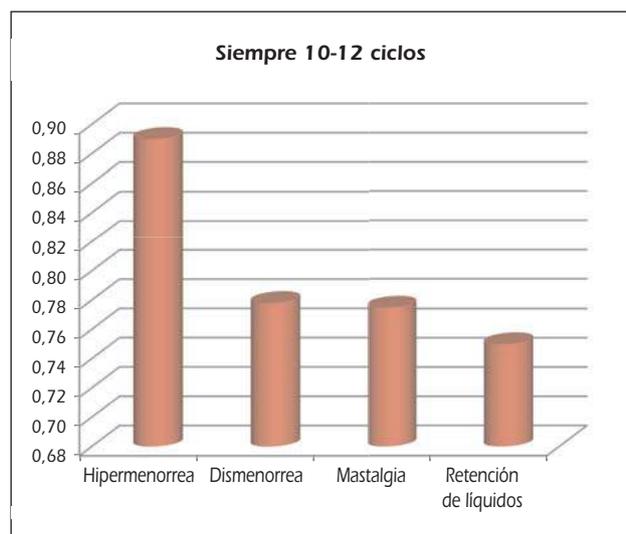


Gráfico 2. Frecuencia de aparición de los síntomas físicos en 10-12 ciclos

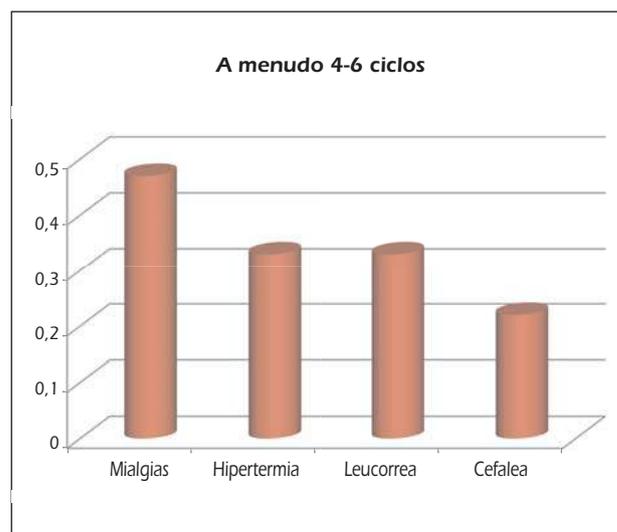


Gráfico 4. Frecuencia de aparición de los síntomas físicos en 4-6 ciclos

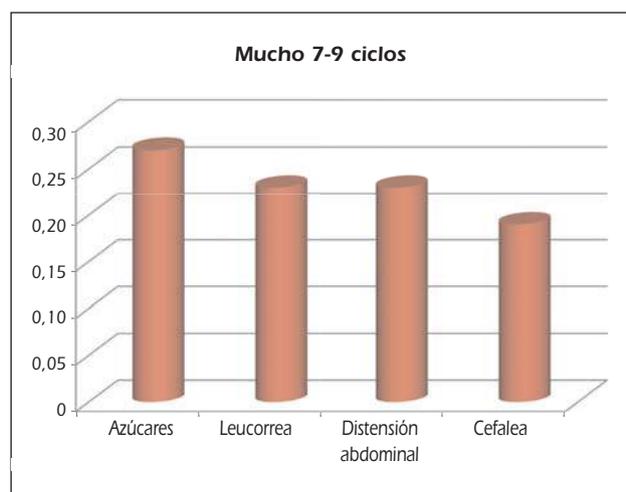


Gráfico 3. Frecuencia de aparición de los síntomas físicos en 7-9 ciclos

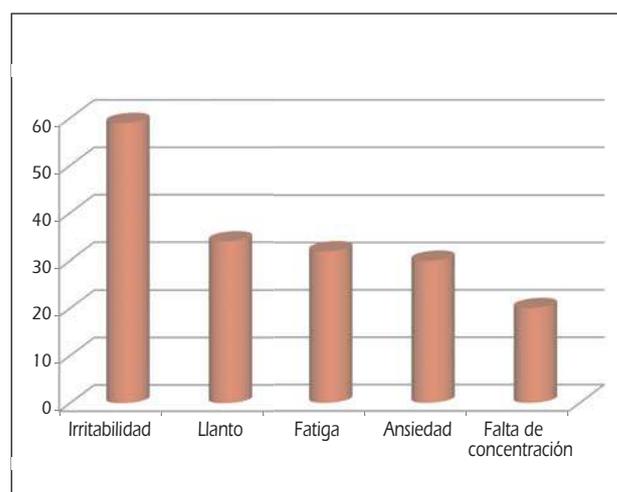


Gráfico 5. Sintomatología psíquica

Al desglosar la muestra estudiada en tres grupos de edades la sintomatología psíquica más frecuente en los tres grupos, menores e iguales de 25 años, 26-35 años y 36-45 años, fue la irritabilidad (Tabla 4).

Al analizar la frecuencia y la sintomatología psíquica, aparece el llanto (73,4% de la muestra) siempre en todos los ciclos (10-12), seguido de la irritabilidad (66,4%) y la ansiedad (53,8%) (Gráfico 6).

La fatiga (42,8% de mujeres), ansiedad (30,8%) y falta de concentración (25%) son los síntomas más prevalentes presentes en el rango de siete a nueve ciclos.

Los síntomas más habituales presentes entre siete y seis ciclos, en las personas de la muestra, son los de falta de concentración (37,5%), fatiga (28,6%) e irritabilidad (15,4%).

En cuanto al síntoma psicológico más prevalente que se presenta en menos de tres ciclos destaca el de ansiedad (7,7% de la muestra).

#### Diagnóstico y tratamiento de SPM

Para finalizar con el apartado de resultados, en relación con el diagnóstico de SPM, se puede confirmar que el 97,8% de la muestra no fue diagnosticada ni durante el tiempo que se realizó el estudio ni previamente, solamente un 2,2% fue diagnosticada de SPM por el servicio de ginecología (2,2%).

Respecto al tratamiento, es preciso indicar que el 11,1% de la muestra no recibió ningún tipo de tratamiento. Un 51,1% se automedicó con analgesia farmacológica, otro 31,1%

Tabla 4. Sintomatología psíquica más frecuente por grupo de edad

	Menores o iguales de 25 años (%)	26-35 años (%)	36-45 años (%)
Irritabilidad	68,2%	47%	50%
Llanto	10,9%	23,5%	33,3%
Fatiga	40,9%	23,5%	16,6%
Ansiedad	27,3%	23,5%	33,3%
Falta de concentración	27,3%	5,9%	16,6%

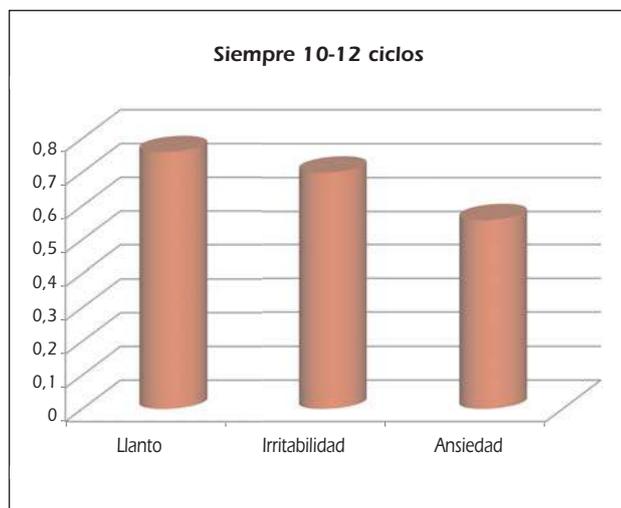


Gráfico 6. Frecuencia de aparición de los síntomas psíquicos en 10-12 ciclos

combinaba dos tratamientos, analgesia farmacológica y el ejercicio físico. El restante 6,6% de las mujeres combinaba otros tratamientos como son: medidas dietéticas, antidepresivos y ansiolíticos.

En lo referente al tiempo que presentan estos síntomas, el 100% de la muestra refiere que los padece desde hace más de un año.

## Discusión

Previo a la discusión, es necesario mencionar cuáles han sido las limitaciones del estudio. Por un lado, la recogida de datos se vio limitada debido a que las únicas personas responsables de ello eran los residentes, no delegando esta función en las matronas. Por otro lado, decir que el 48,9% de la muestra recogida fue mujer menor de 25 años, de ahí que los resultados no sea posible extrapolarlos a toda la población candidata de participar en el estudio. Por ello, sería conveniente seguir realizando trabajos sobre este tema ampliando la muestra de estudio y contando con más rangos de edad.

Respecto a los resultados sociodemográficos, el perfil de la muestra es mujer menor de 25 años, estudiante y universitaria. Ahora bien, si muchos de los estudios consultados afirman que la sintomatología del SPM suele debutar en un rango de edad entre 25-35 años, tal y como apuntan Fisher et al.<sup>14</sup>, según los resultados sociodemográficos de este estudio se puede observar como el grupo de edad de menos de 25 años ya presentaba sintomatología asociada al ciclo menstrual.

Al analizar la muestra por rangos de edad se puede decir que en el grupo de 26-35 años el 41,2% se encuentra en situación de desempleo. Sin embargo, en el grupo de edad de 35-45 años la situación laboral cambia, puesto que la mayoría (66,8%) son asalariadas. De manera que estos resultados confirman los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en su último informe publicado, de junio de 2017, sobre el "Nivel de formación de la población adulta (de 25 a 64 años)", y noviembre de 2017 sobre las "Tasas de empleo según grupos de edad".

En relación al perfil obstétrico-ginecológico, la mayoría tenía ciclos que aparecen de manera regular, es decir, cada 28 días, y con una duración de sangrado de cuatro días, con una fórmula menstrual de 4/28.

Otro resultado que llamó la atención fue que el 53,3% no utilizaba ningún método anticonceptivo. Este dato es importante, puesto que la mayoría de la muestra es menor de 25 años. Esto hace pensar si la gente joven es consciente del riesgo que supone la no utilización de métodos para la prevención de las ITS y hasta dónde llegan los Programas de Intervención de Educación Sexual para jóvenes (PIES).

El **objetivo general** del trabajo era conocer el número de mujeres que sufría SDPM, puesto que estudios como el de Espina et al.<sup>15</sup> sostienen que existe un infradiagnóstico y trivialización de la sintomatología por parte de la opinión pública e incluso de los propios profesionales de la salud. Así pues, el presente estudio corrobora estas afirmaciones, puesto que un dato a tener en cuenta es que el 97,8% de la muestra no ha sido diagnóstica.

Por otra parte, uno de los **objetivos específicos** era conocer los síntomas, tanto físicos como psicológicos, más frecuentes. Al analizar los datos y separarlos en grupos de edades parece importante resaltar que tanto en el grupo de edad menor de 25 años como en los de 25-35 años, el síntoma físico más habitual es la dismenorrea. En cambio, en las mujeres mayores de 35 años, el síntoma más frecuente y que aparece en un 100% de los casos es la cefalea. Este dato resultó curioso puesto que estudios como el del *National Headache Foundation*<sup>13</sup> demuestran que el 10% de las mujeres sufre dolor de cabeza durante la menstruación o en torno a ella, y es por ello que las hormonas se consideran uno de los diversos factores desencadenantes de la migraña.

En relación con los síntomas psicológicos, el que apareció con mayor frecuencia (en el 57,8%) fue la irritabilidad, enfado o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente, este síntoma se repite en los tres grupos de edad. El llanto es el único síntoma psicológico que aparece en todos los ciclos menstruales a lo largo de un año, lo cual parece interesante debido a que tanto la irritabilidad como el llanto o hipersensibilidad ante el aislamiento social que perciben forman parte de los criterios de diagnóstico establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) de SDPM<sup>1</sup>.

Otro de los objetivos específicos del estudio era conocer si habían sido diagnosticadas y/o tratadas correctamente. Los resultados confirman que tan solo el 2,2% de las mujeres que participó en el estudio había sido diagnosticada de SDPM por un especialista en ginecología, y eso que el 100% padecía de estos síntomas hacía más de un año. Estos datos obtenidos coinciden con los de algunos de los últimos estudios, como el de Espina et al.<sup>15</sup> en el que afirman que existe una baja tasa de mujeres diagnósticas y, por tanto, no llevan un tratamiento específico para tales molestias. Estos hallazgos son dignos de reflexionar, puesto que se puede pensar que existe una banalización de los síntomas que sufren las mujeres en torno a su ciclo menstrual, pudiendo pensar que estos no son dignos de diagnóstico ni de tratamiento.

A pesar de ser poco tratado este síndrome, llama la atención que más de la mitad (51,1%) de la muestra se automedica y que, en la mayoría (88,8%) de los casos, el tratamiento utilizado por las mujeres fue farmacológico. Esto puede hacer pensar que no se contempla la posibilidad de tratar el SDPM con otras medidas terapéuticas no farmacológicas y menos en hacer protocolos de prevención o promoción de la salud.

Estos datos corroboran la hipótesis del presente estudio, puesto que existe una alta tasa de mujeres que sufren síndrome disfórico premenstrual en el Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent que no están diagnosticadas.

## Conclusiones

En relación a los objetivos se puede concluir que:

- Todas las mujeres que participaron en el estudio presentan uno o más síntomas definitorios de síndrome disfórico premenstrual desde hace más de un año.
- Aun existiendo una alta prevalencia de síntomas, tanto físicos como psicológicos, no se diagnostica, lo que hace que el tratamiento sea inadecuado y una gran mayoría se automedique.
- El abordaje no es visto en su conjunto como un síndrome, lo que hace que diversos profesionales (médicos de familia, psiquiatras y ginecólogos) vean a la mujer parcialmente, y los tratamientos se apliquen en función de los diferentes síntomas o causas independientemente.
- Dado que se presenta en casi todos los ciclos se debería de hacer Educación para la Salud en estas mujeres, que ayudase a detectar precozmente el SDPM, su adecuado tratamiento y una mejor calidad de vida.
- Por último, se tendría que hacer campaña de concienciación y sensibilización entre los profesionales de la salud, para detectar, diagnosticar o tratar este síndrome adecuadamente, dándole visibilidad y no banalizar la sintomatología ni estigmatizar a la mujer que lo sufre.

## Conclusión final

Habida cuenta de las conclusiones del presente estudio se puede afirmar que es necesario una mayor formación y mejor conocimiento de este síndrome entre los profesionales de la salud, más concretamente entre los dedicados al ámbito obstétrico y ginecológico, y que incida en un mayor y mejor diagnóstico de los múltiples casos y en el ajuste de un tratamiento acorde con la evidencia científica actual.

## Aportaciones, recomendaciones y acciones a seguir

La matrona, fundamentalmente en Atención Primaria, constituye un eslabón fundamental en la cadena de captación precoz de estas pacientes, puesto que conoce de primera mano la población diana. Es la profesional competente para captar y derivar al ginecólogo (detección precoz), hacer promoción de la salud y, en todo caso, ofertar un tratamiento en función de medidas no farmacológicas que se constituye como el más adecuado para paliar este síndrome.

Por todo lo expuesto, surge la necesidad de tomar medidas divulgativas, informativas y educativas entre los sanitarios de este ámbito, con el fin último de aumentar la calidad de los servicios y que esta repercuta en el principal objetivo, que no es otro que el de cuidar a la mujer a lo largo de toda su vida y en cada una de sus fases. No se puede obviar o minimizar un trastorno que afecta negativamente a millones de mujeres a lo largo de toda su edad reproductiva.

NOTA. Este trabajo ha sido galardonado con el Premio a la Mejor Comunicación en Formato Oral por el Colegio de Enfermería de Cantabria, institución colaboradora en el XIX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas - II Asociación Cántabra de Matronas (Santander, mayo 2018).

## Bibliografía

1. Síndrome premenstrual. Manual SEGO [internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [https://www.cofpo.org/tl\\_files/Agenda/Cursos/Cursos%202013/20130613%20SindromePremenstrual.pdf](https://www.cofpo.org/tl_files/Agenda/Cursos/Cursos%202013/20130613%20SindromePremenstrual.pdf)
2. Besio C, Martínez V, Montero A. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. 2012; 23(3):163-70.
3. Moos RH. Typology of menstrual cycle symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 103:390-402.
4. American Psychiatric Association (APA). DSM IV. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1996.
5. Chavarría Solís J. Diagnóstico y tratamiento del síndrome premenstrual. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX* 2013; (608)709-15.
6. Doyle C, Ewald HA, Ewald PW. Premenstrual syndrome: an evolutionary perspective on its causes and treatment. *Perspect Biol Med*. 2007 Spring; 50(2):181-202.
7. Pearstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *The journal of life long learning in Psychiatry*. 2012; 10(1):90-101.
8. Reid RL. When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? *Menopause Int*. 2012 Jun; 18(2):77-81.
9. Studd J. Ovariectomy for menstrual madness and premenstrual syndrome-19<sup>th</sup> century history and lessons for current practice. *Gynecol Endocrinol*. 2006 Aug; 22(8):411-5.
10. Toth A, Lesser ML, Naus G, Brooks C, Adams D. Effect of doxycycline on pre-menstrual syndrome: a double-blind randomized clinical trial. *J IntMed Res*. 1988 Jul-Aug; 16(4):270-9.
11. Perarnau MP, Fasulo SV, García AA, Doña RD. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitaria adolescentes. *Fundam humanid*. 2007; 16(2):153-62.
12. Schulín-Zeuthen C, Conejero C. Menstrual disorders and dysmenorrhea in adolescents. *Rev. Med. Clin. condes* 2011; 22(1):39-47.
13. National Headache Foundation. Las hormonas y la migraña [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <https://headaches.org/2007/10/25/las-hormonas-y-la-migrana/>
14. Fisher M, Trieller K, Napolitano B. Premenstrual symptoms in adolescents. *J Adolescents HealthCare* 1989; 10:369-75.
15. Espina N, Fuenzalida A, Urrutia MT. Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [internet] 2005 [citado 16 ago 2018]; 70(2):113-8. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262005000200011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200011)

## Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona

<sup>1</sup> Rosa Ana Martín de Vega  
<sup>2</sup> Gloria Boal Herránz  
<sup>3</sup> Matilde Fernández y  
Fernández-Arroyo

<sup>1</sup> Matrona. Centro de Salud (C.S.) Fuencarral (Madrid)

E-mail: ramartindevega@hotmail.com

<sup>2</sup> Matrona. C.S. San Fernando (Madrid)

<sup>3</sup> Matrona. C.S. Rosa de Luxemburgo (Madrid)

Fecha de envío: 6 de junio de 2018. Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2018.

El presente trabajo ha sido presentado en formato póster en el XIX Congreso de la Asociación Española de Matronas y II Congreso de la Asociación Cantabra de Matronas en Santander, del 31 de mayo al 2 de junio de 2018 siendo galardonado por la Asociación Española de Matronas con el Premio a la mejor Comunicación en formato póster.

### Cómo citar este artículo:

Martín de Vega RA, Boal Herránz G, Fernández y Fernández-Arroyo M. Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona. *Matronas hoy* 2018; 6(2):14-17.

### Resumen

**Introducción:** la gestación cornual es una variedad poco frecuente de embarazo ectópico, de difícil diagnóstico y alta incidencia de mortalidad materna por la hemorragia interna que conlleva.

**Objetivo:** describir un caso clínico de embarazo ectópico cornual detectado por la matrona de Atención Primaria mediante ecografía obstétrica.

**Material y método:** diseño: caso clínico. Lugar: Atención Primaria, consulta de matrona, Comunidad de Madrid, 2016. Datos: gestación de 9 semanas, 32 años, secundigesta, embarazo y parto previo normal. Anamnesis sin relevancia. Asintomática. Se realiza ecografía obstétrica de matrona de 1ª visita de gestación, previa firma de consentimiento informado.

**Resultados:** en la consulta de la matrona se visualiza mediante ecografía transabdominal el útero con forma irregular en el cuerno derecho, embrión con latido cardíaco positivo. Ante sospecha de imagen ecográfica fuera de lo normal, se realiza la derivación a urgencias de hospital para valoración. En urgencias obstétricas se diagnostica "embarazo ectópico cornual". Se lleva a cabo una laparoscopia exploratoria para confirmar el diagnóstico. Ante el riesgo de rotura inminente es intervenida. Se extirpa el cuerno uterino y la trompa del lado derecho previa embolización de arterias uterinas. Se conserva hemiútero derecho intacto. Se finaliza la gestación sin complicaciones.

**Conclusiones:** el caso muestra que la ecografía obstétrica de matrona ha servido para detectar una gestación anómala que ha requerido derivación. La rápida detección ha evitado el riesgo de morbimortalidad materna. La bibliográfica aporta dos casos clínicos similares, no de matrona. El caso fundamenta la realización de una ecografía de matrona en el seguimiento de embarazo normal.

**Palabras clave:** embarazo ectópico intersticial; embarazo cornual; ultrasonidos de diagnóstico.

### Abstract

**Cornual ectopic pregnancy: a case report of ultrasound by midwife**

**Introduction:** cornual pregnancy is an unusual variety of ectopic pregnancy, difficult to diagnose, and with a high incidence of mother mortality due to the internal bleeding entailed.

**Objective:** to describe a clinical case of cornual ectopic pregnancy detected by the Primary Care midwife through obstetric ultrasound test.

**Material and methods:** design: case report. Location: Primary Care, midwife office, Comunidad de Madrid, 2016. Data: 9-week pregnancy, 32-year-old, second pregnancy, previous pregnancy and delivery were normal. Non-relevant anamnesis. Asymptomatic. Obstetric ultrasound conducted by the midwife at 1st pregnancy visit, after signing the Informed Consent Form.

**Results:** through transabdominal ultrasound test conducted in the midwife office, it was seen that the uterus presented an irregular shape in its right horn, embryo with positive heart-beat. Faced with a suspected abnormal ultrasound image, the patient was referred to Hospital ER for her assessment. At the Obstetric Emergency Unit, a "cornual ectopic pregnancy" was diagnosed; exploratory laparoscopy was conducted for diagnosis confirmation. A surgical procedure was conducted because there was risk of imminent rupture: the uterine horn and the right-side tube were surgically removed, after uterine artery embolization. The right half-uterus was preserved intact. Pregnancy came to its natural end without complications.

**Discussion:** this case shows that the obstetric ultrasound test by the midwife was useful to detect an abnormal pregnancy which required referral. Fast detection prevented the risk of maternal morbimortality. There are two similar case reports in bibliography, not by midwife. This case supports the importance of ultrasound tests by midwives in normal pregnancy follow-up.

**Key words:** interstitial ectopic pregnancy; cornual pregnancy; diagnostic ultrasound tests.

## Introducción

La gestación cornual es una variedad poco habitual de embarazo ectópico. El diagnóstico de esta afección es difícil porque en la exploración ecográfica el feto generalmente parece localizarse dentro del útero. La gestación cornual es más peligrosa que otros tipos de embarazo ectópico porque provoca una hemorragia aguda que tiene lugar al producirse la rotura del cuerno del útero (Imagen 1).



**Imagen 1.** Ecografía en la que se observa útero irregular, alargado y engrosado en el cuerno derecho. Embrión, latido cardíaco (+) en su interior. Fuente: Salazar-López et al.<sup>10</sup>

El embarazo ectópico cornual o intersticial representa del 2 al 4% de todas las gestaciones ectópicas, ocurre cuando el embrión se implanta en el cuerno uterino, cerca de la porción intersticial tubárica junto al ostium interno de la trompa de Falopio<sup>1,2</sup>. El sitio del embarazo ectópico cornual se caracteriza por una intensa vascularización y una gran distensibilidad miometrial. Estas características facilitan que la rotura en este tipo de embarazo sea tardía y mortal, por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente<sup>3-5</sup>. La gestación cornual o intersticial tiene una mortalidad tan alta que puede llegar a 2,5%<sup>6</sup>.

Los factores de riesgo asociados con embarazo ectópico cornual son: antecedente de cirugía pélvica previa, enfermedad pélvica inflamatoria, anomalías estructurales uterinas y uso de técnicas de reproducción asistida. La clínica del embarazo cornual es muy variable: puede ir desde cuadros asintomáticos hasta situaciones clínicas de choque hipovolémico. Generalmente, los síntomas y signos de este padecimiento son semejantes a los de otras gestaciones ectópicas con antecedentes de amenorrea, sangrado genital escaso y dolor abdominal.

El diagnóstico de embarazo ectópico cornual es difícil. Debe sospecharse una gestación ectópica ante la tríada clínica de amenorrea, dolor abdominal y sangrado genital. Tras la

sospecha clínica, métodos diagnósticos como la exploración física, la cuantificación de la subunidad  $\beta$  de la hormona gonadotropina coriónica humana y la exploración ultrasonográfica juegan un papel determinante en el diagnóstico de embarazo cornual porque permiten la detección temprana, que puede disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad características de este padecimiento.

En las etapas tempranas de esta afección, los resultados ecográficos habituales son la visualización ecográfica de la cavidad uterina vacía y del lecho miometrial adelgazado que rodea al saco gestacional. El saco gestacional se localiza lateralmente en el fundus uterino, a una distancia de al menos un centímetro del borde más lateral de la cavidad uterina<sup>7</sup>. Los tratamientos tradicionales de la gestación cornual han sido la resección cornual y la histerectomía, que limitan la futura función reproductora. La importancia del diagnóstico temprano del embarazo ectópico cornual reside en tratar este padecimiento conservadoramente antes de que aparezca alguna complicación. Debido a que el tratamiento quirúrgico de este padecimiento se asocia con morbilidad y efectos perjudiciales a la fertilidad, se introdujeron nuevas formas de tratamiento más conservadoras.

En los últimos años se han desarrollado distintas técnicas quirúrgicas como: resección cornual laparoscópica, salpingostomía con posterior legrado cornual, incisión miometrial con ulterior aspiración del trofoblasto y evacuación guiada por histeroscopia. El tratamiento médico del embarazo cornual se basa en la administración de metotrexato a dosis de 50 mg/m<sup>2</sup> por vía sistémica (vía intramuscular), preferible a la administración local en la zona intersticial por la gran vascularización de esta.

Otra opción de tratamiento médico es la administración de cloruro potásico directo en el corazón del feto o en el saco cornual. Esta segunda alternativa de tratamiento médico se indica únicamente en el caso de embarazos heterotópicos para evitar el efecto teratogénico del metotrexato. Hay artículos de embolización de las arterias uterinas como otra opción terapéutica ante la posibilidad de fracaso del tratamiento médico, puesto que la oclusión de las ramas ascendentes de las arterias uterinas mediante este procedimiento puede causar necrosis trofoblástica<sup>2,3,8</sup>.

Vista la gravedad de esta entidad clínica se presenta un caso de sospecha de embarazo ectópico cornual realizada por la matrona de Atención Primaria, en la primera visita de gestación mediante ecografía obstétrica.

## Objetivo

Describir un caso clínico de embarazo ectópico cornual detectado por la matrona de Atención Primaria mediante ecografía obstétrica.

## Material y método

Diseño: caso clínico. Lugar: Atención Primaria, consulta de matrona, Comunidad de Madrid, 2016. El centro de salud cuenta con un ecógrafo que la matrona utiliza para el seguimiento de la gestación. Datos: gestación de 9 semanas, 32 años, secundigesta, embarazo y parto previo normal. Acude a primera consulta de matrona para captación, derivación y posterior seguimiento. Anamnesis sin relevancia y sin factores de riesgo. Constantes normales. Normopeso. Exploración física normal. No refiere sintomatología obstétrica de interés. Se realiza ecografía obstétrica de matrona de 1ª visita de gestación, previa firma de consentimiento informado. Consideraciones éticas según la legislación.

## Resultados

En la consulta de matrona del centro de salud se visualiza, mediante ecografía transabdominal, el útero con forma irregular, alargado y engrosado en el cuerno derecho, con embrión con latido cardiaco positivo en el interior de dicho cuerno. Se aprecia reacción endometrial acorde a la edad gestacional. La matrona ante la sospecha de imagen ecográfica fuera de lo normal realiza una derivación a urgencias del hospital para su valoración. En el servicio de urgencias obstétricas del hospital de referencia se diagnóstica "embarazo ectópico cornual", por lo que se lleva a cabo una laparoscopia exploratoria para confirmar el diagnóstico. Ante el riesgo de rotura inminente es intervenida al día siguiente.

Se realiza una embolización de arterias uterinas previa a la extirpación del cuerno uterino y de la trompa del lado derecho. Se conserva hemiútero derecho intacto finalizando así la gestación sin complicaciones. Evolución y seguimiento postquirúrgico normal. Anatomía patológica presenta en su descripción macroscópica: "pieza referenciada como cuerno uterino rudimentario de 7 x 5 x 4 cm, con una cavidad endometrial dilatada que contiene vellosidades coriales y donde se reconoce un cordón umbilical de 8 cm de longitud. En el mismo envase por separado se observa un pequeño feto con una longitud céfalo-caudal de 2,5 cm, céfalo-podálica de 3,3 cm y plantar de 3 mm. No se identifica claramente el sexo (probablemente masculino). También por separado se recibe un segmento tubárico de 4 cm de longitud. Diagnóstico anatomopatológico: útero (cuerno rudimentario): restos deciduocoriales y fetales.

## Discusión

Este caso clínico muestra que la ecografía obstétrica de matrona de Atención Primaria ha servido para detectar precozmente una gestación anómala que ha requerido derivación urgente al hospital. Esta rápida detección ha evitado el riesgo de morbimortalidad materna. La gestación ectópica

cornual facilita que la rotura uterina en este tipo de embarazo sea tardía y mortal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente<sup>3-5</sup>. En la búsqueda bibliográfica se encontraron dos casos clínicos médicos que muestran similar gravedad<sup>10,11</sup>. No se han encontrado publicaciones de intervención ecográfica de matrona. La utilización del ecógrafo es cada vez más importante en Atención Primaria<sup>12</sup> y está indicada para el seguimiento del embarazo normal<sup>13</sup>. Ello justifica que la ecografía por parte de la matrona de Atención Primaria sea una intervención necesaria y decisiva para la detección precoz de situaciones de riesgo obstétrico. Este caso puede servir de referencia para fundamentar la realización de ecografías por parte de las matronas.

## Implicaciones para la práctica clínica

El ecógrafo es un medio técnico que implantado en los centros de salud aporta a los profesionales de Atención Primaria, incluido a las matronas, la posibilidad de mejorar la eficacia y la calidad de la atención sanitaria.

## Consideraciones finales

La perspectiva de que las matronas españolas incorporen dentro de sus competencias la realización de ecografías básicas en el embarazo, ha generado críticas-oposición de colectivos médicos, sindicatos, sociedades obstétricas nacionales etc., que de hecho han producido enfrentamientos profesionales entre ginecólogos y matronas, e incluso médicos de familia, generalmente menos competentes en obstetricia.

A este respecto se destaca la importante labor de la Asociación Española de Matronas (AEM) con su apoyo institucional firme y decidido a esta innovación práctica, la práctica de la ecografía obstétrica básica por matronas, que ha defendido y sigue defendiendo ante las instituciones y organismos sanitarios reticentes. La AEM entiende que la práctica de la ecografía se ha convertido en una de las pruebas complementarias más importantes en vigilancia prenatal y manejo de emergencias de maternidad y que en el contexto de la reducción de la morbilidad, y mortalidad materna y perinatal supone una contribución indispensable que ha de implementarse en España. Precisamente por ser la matrona piedra angular en la asistencia obstétrica de Atención Primaria, e incluso hospitalaria, considera a esta profesional ideal para practicar la ecografía de primer nivel.

La AEM defiende que este desempeño se ajusta al marco jurídico español en atención a la legislación de la Unión Europea que atañe a todos los Estados miembros, por las Directivas específicas de matronas CEE 80/154 y CEE 80/155 y la Directiva 2005/36/CE Parlamento Europeo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, transpuestas todas al ordenamiento jurídico español.

De otro lado, esta actividad cuenta con el apoyo expreso de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), en su informe revisado del 2013 titulado Competencias esenciales para la práctica básica de la partería en el que señala en relación a la COMPETENCIA EN EL SUMINISTRO DE CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO, la COMPETENCIA 3: las matronas suministran cuidados de alta calidad para el cuidado pre-embarazo para maximizar la salud durante el mismo, lo que incluye la detección temprana y tratamiento o derivación para una selección de complicaciones y señala dentro de esta competencia que la matrona tiene conocimientos básicos, entre otros de: "Los principios para fijar las fechas del embarazo de acuerdo con la historia menstrual, el tamaño del útero, los patrones del crecimiento del útero y el uso de ultrasonido (si está disponible)".

Las matronas, si bien hasta el momento la mayoría no hemos tenido instrucción en este campo dentro de la formación básica como especialistas, por la importancia que tiene para el desempeño de las tareas, se irá diseñando e introduciendo un programa de capacitación al currículo de la especialidad. De hecho, la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo por la que se viene formando las matronas desde 1992, especifica: "La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva maternal de la mujer, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida". Estas frases resaltadas son una premisa válida para avalar la práctica de la matrona en ecografía obstétrica básica.

Mientras esto sucede, las matronas en ejercicio hemos de formarnos, y por ello agradecemos, en nuestro caso, la oferta de formación continuada de la AEM, que en los dos últimos años está proveyendo al colectivo de matronas de cursos presenciales de ecografías de alta calidad con prácticas intensivas que dotan de un capacitación específica y básica para nuestra tarea.

Para las tres miembros del equipo fue una necesidad satisfactoria el haber realizado este curso; tras este hallazgo ecográfico, por el cual la matrona que lo detectó recibió el reconocimiento del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital por su actuación, nos congratulamos con la formación alcanzada que esperamos aumentar con nuevos cursos y la práctica diaria; a la vez nos reafirmamos en la necesidad de que todas las matronas adquiramos conocimientos en este área porque también esta será una inversión tan útil como costo-efectiva en el marco de la asistencia materno-fetal y de plena satisfacción para las matronas porque mejorará aún más la calidad de sus asistencia actual.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Araujo E, Marques S, Rodríguez C. Three dimensional transvaginal sonographic diagnosis of early and asymptomatic interstitial pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2007; 275:207-10.
2. Cortés AA, García LE, Audifred SJ, González RPA. Embarazo cornual. Manejo laparoscópico y presentación de un caso. Ginecol Obstet Mex 1999; 67(7):300-1.
3. Ramírez AL, Nieto GLA, Escobar VA, Cerón SMA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. Ginecol Obstet Mex 2007; 75:219-23.
4. Luengo-Taberner A, Zornoza-García V, Luengo-Harto S, Lajas-Susañó JA. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. Clin Invest Ginecol Obstet 2009; 36(5):190-2.
5. Juárez Azpilcueta A, Chávez Mercado L. Ruptura uterina por embarazo ectópico intersticial del segundo trimestre. Gac Méd Méx 2003; 139(2):158-9.
6. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999; 72(2):207.
7. Tulandi T, Vilos G, Gornel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. Obstet Gynecol 1995; 85(3):465-7.
8. Navarro M, Espadas B. Ruptura de embarazo ectópico cornual en segundo trimestre de gestación. Clin Invest Ginecol Obstet 2008; 35(6):228-30.
9. Brome J, Vancaillie T, Torode H. Conservative treatment of interstitial pregnancy. Gynaecol Endosc 1999; 8:1-4.
10. Salazar-López R, Antillón-Valenzuela J. Embarazo en cuerno rudimentario: diagnóstico sonográfico del primer trimestre y confirmación laparoscópica. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:482-6.
11. Carazo B, Rojas B, Sanz A, Garcés M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(7):491-4.
12. Babiano MA, Rodríguez A. The importance of ultrasound in primary care. SEMERGEN-Medicina de Familia 2016; 2(3):205-7.
13. Evaluación de la ecografía obstétrica para el control del embarazo en atención primaria. Cochrane Plus 2018; 2. ISSIV: 1745-9990.

## Objetivo: evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en mujeres gestantes de dos CC.AA.

<sup>1</sup> Alba Díez-Ibarbia

<sup>2</sup> Estefanía Moreno-Román

<sup>1</sup> Natalia Herrero-Fernández

<sup>1</sup> Matrona. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

E-mail: diez\_alba@hotmail.com

<sup>2</sup> Matrona. Hospital Clínico. Salamanca

Fecha de recepción: 30 de mayo 2018. Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2018.

### Cómo citar este artículo:

Díez-Ibarbia A, Moreno-Román E, Herrero-Fernández N. Objetivo: evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en mujeres gestantes de dos CC.AA. *Matronas hoy* 2018; 6(3):18-30.

### Resumen

**Introducción:** se ha comprobado que tanto el índice de masa corporal pregestacional y la ganancia de peso durante el embarazo son dos factores que aumentan los riesgos durante la gestación, parto y puerperio. El seguimiento de una dieta equilibrada reduce los riesgos de un RN > de 4 kg, la incidencia de síndrome de distress respiratorio y una menor estancia en el ingreso hospitalario. En España, el 55% de las mujeres entre 18 y 44 años sufre sobrepeso y un 26,9% obesidad, lo que representa un problema para la Sanidad Pública respecto a la salud de las mujeres en edad reproductiva y gestantes.

**Objetivo:** explorar los hábitos alimentarios en mujeres gestantes de las comunidades autónomas de Cantabria y La Rioja. Específicamente determinar las diferencias en los hábitos dietéticos seguidos por las mujeres gestantes de ambas CC.AA.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de mujeres gestantes residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria y en La Rioja a partir de sus 32 semanas de embarazo que cumplan los criterios de inclusión, mediante cumplimentación de un cuestionario *ad hoc*.

**Resultados:** el 44% de las mujeres tenía un índice de masa corporal (IMC) pregestacional mayor al normal (44% sobrepeso y 6% obesidad de 1<sup>er</sup> grado). El 54,45% de las mujeres gestantes refirió realizar ejercicio antes del embarazo y el 64,52% durante el mismo. El 63% lleva una dieta variada, aunque solo el 30% refirió seguir una dieta equilibrada. En Cantabria, el 92,97% modificó su dieta en el embarazo y el 44% en La Rioja. En gestación, 9/10 mujeres embarazadas llevaban a cabo entre cuatro y cinco ingestas diarias, siendo la comida la principal. Persiste, aunque minoritariamente, el hábito tabáquico entre mujeres gestantes. Asimismo, destaca un mayor consumo de fruta, legumbres y huevos en La Rioja y en Cantabria se consumen más verduras. El consumo de lácteos es similar en ambas CC.AA.

**Discusión y conclusiones:** no existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos de vida saludables seguidos por las mujeres gestantes de Cantabria frente a las de La Rioja. Es necesario reforzar la importancia de mantener el peso, la actividad física y la nutrición adecuados en todas las mujeres, pero especialmente en las gestantes. La matrona, en la preparación maternal, es clave para conseguirlo.

**Palabras clave:** hábitos alimentarios; embarazo; dieta saludable; matrona.

### Abstract

**Objective:** to prevent gestational pregnancy. Exploring diet habits in pregnant women from two Autonomous Communities

**Introduction:** it has been confirmed that both the pregestational body mass index and weight gain during pregnancy are two factors that will increase the risks during pregnancy, delivery and puerperium. Following a balanced diet reduces the risks of having a newborn > 4 kilos, the incidence of respiratory distress, and will lead to a shorter stay in hospital. In Spain, 55% of 18-to-44-year-old women are overweight, and 26.9% suffer obesity, which represents a problem for the Public Health System in terms of the health of pregnant women and those of childbearing age.

**Objective:** to explore the diet habits in pregnant women from the autonomous communities of Cantabria and La Rioja. Specifically, to determine the differences in diet habits followed by pregnant women in both Autonomous Communities.

**Material and methods:** a prospective study with pregnant women living in the Autonomous Communities of Cantabria and La Rioja, from 32 pregnancy weeks onwards, meeting the inclusion criteria, through completion of an *ad hoc* questionnaire.

**Results:** of these women, 44% had a pregestational body mass index (BMI) higher than normal (44% were overweight and 6% presented 1st degree obesity); 54.45% of pregnant women reported that they exercised before pregnancy, and 64.52% during pregnancy, while 63% followed a varied diet, although only 30% reported following a balanced diet. In Cantabria, 92.97% of women modified their diet during pregnancy, and 44% in La Rioja. During pregnancy, 9 out of 10 pregnant women ate between four and five meals a day, with lunch as their main meal. Even though it was a minority, pregnant women continued smoking. Likewise, it is worth highlighting a higher intake of fruit, pulses and eggs in La Rioja, while more vegetables were eaten in Cantabria. The use of dairy products was similar in both regions.

**Discussion and conclusions:** there are no statistically significant differences between healthy lifestyles followed by pregnant women in Cantabria vs. those in La Rioja. It is necessary to reinforce the importance of maintaining an adequate weight, physical activity and nutrition in all women, but particularly in pregnant women. The midwife is essential to achieve this in maternal preparation.

**Key words:** diet habits; pregnancy; healthy diet; midwife.

## Introducción

El seguimiento de una alimentación saludable, acorde con los conocimientos actuales sobre nutrición, y los beneficios que se pueden obtener a corto y largo plazo sobre la salud de las mujeres gestantes y su descendencia es un objetivo a lograr por parte de los profesionales de salud que se encuentren en contacto con las mujeres<sup>1</sup>.

Exponiendo al producto de la concepción a situaciones tales como la obesidad materna, la diabetes y a una excesiva ganancia de peso corporal durante la gestación, puede conllevar consecuencias como el aumento del riesgo de obesidad infantil y el desarrollo de enfermedades crónicas, aumentando del mismo modo el riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas durante su vida venidera<sup>1,2</sup>.

Se ha comprobado que tanto el índice de masa corporal pregestacional y la ganancia de peso durante el embarazo son dos factores influyentes en el peso del recién nacido, aumentando los riesgos durante el parto. El seguimiento de una dieta equilibrada reduce los riesgos de nacimiento de un recién nacido mayor de 4 kg, la incidencia de síndrome de distress respiratorio y una menor estancia en el ingreso hospitalario<sup>2</sup>.

La tasa actual de sobrepeso entre las mujeres en edad fértil es del 30% en Estados Unidos, afectando en mayor medida a minorías, como personas inmigrantes hispánicos y afroamericanos<sup>3</sup>. Situación similar se vive en España (Tabla 1), donde se puede observar cómo según datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud en los años 2011-2012, el 55% de las mujeres entre 18 y 44 años sufre sobrepeso y

un 26,9% obesidad; datos similares arroja la Encuesta Europea de Salud, donde la cifra de obesidad se eleva a 29,1%<sup>4</sup>.

En cuanto a la actividad física realizada fuera del tiempo de trabajo, el 49,23% de las mujeres entre 15 y 44 años se declaraba sedentaria, según los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística<sup>4</sup>.

Todas ellas son cifras preocupantes, que sacan a la luz el grave problema que debe enfrentar la Sanidad Pública en cuanto a la salud de las mujeres en edad reproductiva y gestantes.

Hoy en día muchas mujeres no siguen unos patrones o hábitos alimentarios adecuados, antes y durante el embarazo, objetivándose una deficiencia en nutrientes claves, como hierro, ácido fólico y fibra<sup>2</sup>.

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) alienta a la sociedad a seguir unos hábitos alimentarios basados en los beneficios de una dieta mediterránea, que se detalla de manera más extensa en el Anexo 1, y que de manera general apoya una alimentación basada en el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, frutos secos, aceite de oliva, lácteos, carne magra y pescado<sup>5</sup>.

No cabe ninguna duda de que el embarazo es una situación especial, que se debe abordar de una manera más específica. Es por ello que la *Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto y Puerperio* detalla de manera concisa los hábitos alimentarios que se ha de seguir en el embarazo y que son originales de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)<sup>7,8</sup>.

Durante la gestación, la ingesta calórica tiene que aumentar aproximadamente 300 kcal/día. Este valor es obtenido tras la estimación de que son necesarias 80.000 kcal totales para sostener un embarazo a término, esta cantidad de calorías se ha de fragmentar para sustentar el metabolismo materno y fetal, así como el crecimiento placentario y fetal. Sin embargo, este aumento de 300 kcal/día no es lineal ni equitativo. En el primer trimestre, las necesidades se encuentran disminuidas y son equiparables a cualquier otra mujer no embarazada, incrementándose de 240 kcal a 452 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Evidentemente, estas necesidades energéticas varían de una mujer a otra según su edad, índice de masa corporal y actividad física realizada<sup>9</sup>.

De la misma forma, las recomendaciones en cuanto a macronutrientes varían, aunque no de manera abrupta. La falsa creencia de que durante la gestación se ha de comer por dos ha causado un gran perjuicio en la salud de las mujeres. El incremento de proteínas varía de 0,8 g/kg/día fuera del embarazo a 1,1 g/kg/día en el mismo. Los carbohidratos suponen del 45-64% de las calorías ingeridas, mientras que el porcentaje de grasas es de un 20-35% de las calorías diarias, muy similar al porcentaje saludable fuera del embarazo<sup>9</sup>.

**Tabla 1. Índice de masa corporal en mujeres según grupos de edad (% de población entre 18-44 años)**

	E. Nacional de Salud 2011-2012	E. Europea de Salud 2011-2012
	Mujeres	Mujeres
<b>Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>)</b>		
De 18 a 24 años	12,2	15,1
De 25 a 34 años	18,9	18,4
De 35 a 44 años	23,9	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>55,6</b>
<b>Obesidad (&gt;= 30 kg/m<sup>2</sup>)</b>		
De 18 a 24 años	5,5	4,4
De 25 a 34 años	9,0	12,0
De 35 a 44 años	12,4	12,7
<b>TOTAL</b>	<b>26,9</b>	<b>29,1</b>

La ganancia de peso durante la gestación también difiere de unas mujeres a otras, estableciéndose una serie de recomendaciones para cada mujer (Tabla 2); a pesar de ello, hoy en día aún la mitad de las mujeres embarazadas sobrepasan las recomendaciones dadas por *The Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine*<sup>9</sup>.

La tasa de sobrepeso actual, la ganancia de peso ponderal exagerado durante el embarazo y la importancia del seguimiento de una dieta equilibrada y saludable, ha llevado a plantear la alimentación de la población gestante como tema de estudio, al igual que otros autores que han observado y analizado la situación en sus ámbitos.

En Australia, Bookari et al.<sup>2</sup> en su artículo "*Exploring Australian women's level of nutrition knowledge during pregnancy: a cross-sectional study*" realizaron un estudio con 400 mujeres gestantes, las cuales respondieron a una encuesta compuesta por 109 ítems, elaborada por ellos mismos basándose en cuatro encuestas validadas. Su objetivo fue analizar y determinar el nivel de conocimientos de las mujeres gestantes en cuanto al seguimiento de una nutrición saludable. Se estableció la *Guía Australiana de Alimentación Saludable, the Australian Guide to Healthy Eating* como *gold standard* a conseguir.

Años antes, también en Australia, Blumfield et al.<sup>10</sup> llevaron a cabo un estudio similar, con el objetivo de analizar la dieta de las mujeres en edad fértil y determinar si los hábitos alimentarios se ajustan a las recomendaciones nacionales y a los valores de referencia de nutrientes establecidos, llegando a la conclusión de que las guías de ese momento han de ser revisadas para coincidir en mayor medida con los requerimientos y valores nutricionales a alcanzar.

No cabe duda de que la alimentación seguida es clave en la salud materna, fetal y del recién nacido, e incluso crucial en la consecución de un embarazo, puesto que afecta a la fertilidad<sup>1,11</sup>.

Otros estudios relacionados con el tema que se va a abordar plantean el embarazo como un evento clave en la adquisición

de hábitos alimentarios saludables, que se pueden perpetuar a lo largo de la vida de las mujeres y de su descendencia. Sz wajcer<sup>11</sup> describe este fenómeno como *life course perspective*, refiriéndose a cómo los eventos especiales en la vida pueden tener un impacto a largo plazo al adquirir hábitos saludables. Es por ello, que el embarazo es un marco de oportunidades para la promoción de la salud y el seguimiento de una alimentación saludable.

## Objetivos

El objetivo general es explorar los hábitos alimentarios en mujeres gestantes residentes en las comunidades autónomas de Cantabria y La Rioja.

Como objetivo específico está el determinar si existen diferencias en los hábitos dietéticos seguidos por la población gestante cántabra con respecto a la riojana.

## Metodología

### Diseño del estudio

Para dar respuesta a los objetivos fijados se ha llevado a cabo la realización de un estudio prospectivo de las mujeres gestantes a partir de la semana 32 de su embarazo, en la población de Cantabria y La Rioja, a través de la cumplimentación de un cuestionario *ad hoc* basado en otros validados y aplicados en la exploración de hábitos alimentarios (Anexo 2).

### Población de estudio

La muestra ha sido de 62 mujeres gestantes, de las cuales 37 han acudido a la consulta de la matrona de Atención Primaria de los centros de salud de Cantabria (El Sardinero, Ramales de la Victoria, Ampuero, El Alisal, Suances, Dávila, Torrelavega y Puente San Miguel) y 25 a los centros de salud de Logroño (C.S. La Guindalera, C.S. Espartero, C.S. Labradores,

**Tabla 2. Datos obtenidos del *Institute of Medicine*. Ganancia de peso durante el embarazo: revisión de las guías actuales. Washington, DC: *Institute of Medicine*; 2009**

Ganancia ponderal recomendada durante el embarazo	Peso total a término	Índice de peso ganado en el 2 <sup>do</sup> y 3 <sup>er</sup> trimestre (media)
IMC gestacional		
Bajo peso (< 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	12,5-18 kg	0,51 (0,44-0,58) kg/semana
Normopeso (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	11,5-16 kg	0,42 (0,35-0,50) kg/semana
Sobrepeso (25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	7-1,5 kg	0,28 (0,23-0,33) kg/semana
Obesidad (≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup> )	5-9 kg	0,22 (0,17-0,27) kg/semana

consultorio local de Villamediana de Iregua, consultorio local de Lardero y C.S. Alberite), entre enero de 2018 y marzo de 2018.

Como criterios de inclusión están: el consentimiento materno recogido de forma oral, previamente habiendo leído la hoja de información del estudio (Anexo 1) para la realización de la entrevista, de aquellas mujeres gestantes a partir de la 32 semana de gestación, residentes en Cantabria y La Rioja.

Como criterios de exclusión: parto pretérmino, no cumplimentación correcta de la entrevista, dificultad idiomática y no cumplir criterios de inclusión.

## Estrategia de análisis de datos estadísticos

### *Variables e instrumentos de medida*

Variables sociodemográficas (nivel de estudios, situación laboral, personas en el hogar), otras relacionadas con la gestación (fórmula obstétrica, enfermedades gineco-obstétricas, índice de masa corporal al inicio de la gestación, ganancia ponderal, resultado test O'Sullivan) y finalmente aquellas dedicadas a la exploración de hábitos dietéticos (dieta realizada, ejercicio físico, perspectiva sobre sus hábitos higiénico-dietéticos).

### *Recogida de datos*

La herramienta principal para la recogida de datos fue una entrevista en las que se les explicaba y entregaba un cuestionario codificado, basado en otros validados sobre dicha materia (Anexo 2). Las entrevistas también han sido recogidas por las matronas de cada centro de salud.

La duración total del estudio ha sido de cinco meses. Todas las actividades han sido desarrolladas por las autoras de la investigación.

### *Análisis de datos*

Todos los datos serán recogidos en una base de datos creada en el programa informático SPSS v.22.0., para luego realizar su estudio estadístico. Se llevará a cabo el análisis descriptivo de todas las variables sociodemográficas recogidas.

## Resultados

Del total de las encuestadas, la media de edad fue de 34 años, la nacionalidad mayoritaria fue la española (87,1%), mientras que el 12,9% restante provenía de diversos países como Rumanía, Ecuador, Colombia, Francia, Marruecos y Bolivia.

En su mayoría poseía formación universitaria (65%) y se encontraba en situación laboral activa (82,5%).

En torno al 44% de las mujeres tenía un IMC pregestacional superior al normal (44% sobrepeso y 6% obesidad de 1<sup>er</sup> grado). Se detectó más sobrepeso pregestacional en La Rioja y, por el contrario, más obesidad de 1<sup>er</sup> grado en Cantabria.

Al inicio del embarazo, el peso medio en Cantabria fue de 65,39 kg y 63,92 kg en La Rioja, en total un peso medio inicial de 64,66 kg. El IMC fue similar en ambas comunidades: IMC de 24,18 en Cantabria y 23,45 en La Rioja, por lo tanto, comenzaron con un IMC medio de 23,81; correspondiente a un IMC considerado normal según los valores de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La ganancia ponderal durante la gestación fue similar, con una media de incremento de peso de 10,9 kg: 10,5 kg de peso de incremento en Cantabria y 11,4 kg en La Rioja.

El 54,45% de las mujeres gestantes refirió realizar ejercicio antes del embarazo, este porcentaje aumentó hasta el 64,52% de mujeres que hizo ejercicio físico durante el embarazo, aunque con variaciones significativas en frecuencia, intensidad y tiempo.

Respecto a hábitos tóxicos persiste, aunque minoritariamente, el hábito tabáquico entre mujeres gestantes, algunas de las cuales abandonan o disminuyen durante el embarazo, concienciadas del beneficio materno-fetal de la deshabitación con el refuerzo de la matrona. De las 62 mujeres encuestadas, 14 de ellas (22,6%) determinaron que fumaban antes de la gestación, de las cuales tan solo seis dejaron el hábito tabáquico con el embarazo. En cuanto al alcohol, el 100% de las mujeres encuestadas refirió no consumir alcohol durante la gestación.

La mayoría (63%) dijo realizar una dieta variada, aunque solo el 30% de las mujeres refirió seguir una dieta equilibrada; solo un 7,5% seguía otro tipo de dieta, como vegetariana e incluso una mujer determinó que llevaba a cabo una dieta desequilibrada, "mala". Hubo diferencias entre las dos comunidades respecto a la modificación de su dieta en el embarazo: mientras en Cantabria la mayoría (92,97%) modificó su dieta, en la Rioja menos de la mitad (44%) refirió cambiar su dieta.

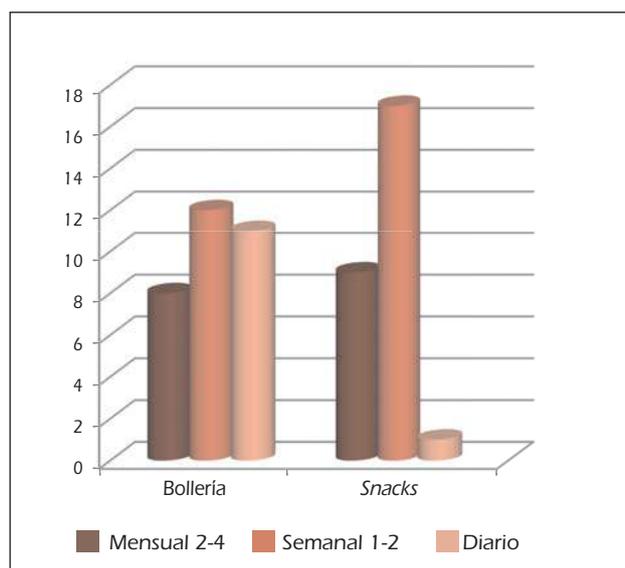
En cuanto al número de ingestas al día, en todos los casos las mujeres aumentaron las ingestas que realizaban previas al embarazo, salvo dos de las encuestadas, que continuaron con un patrón de dos comidas diarias. En la gestación, nueve de cada diez mujeres embarazadas efectuaban entre cuatro y cinco ingestas diarias, siendo la comida de mediodía su principal ingesta en un 57,97% de los casos (en el 29,74% fue el almuerzo). Su bebida principal era el agua, mientras que solo una mujer refirió que los refrescos *no light* eran su bebida principal; además, 22 de las mujeres (35,48%) mencionaron que el café, infusiones y zumos también formaban parte de su dieta diaria.

La gran mayoría de las mujeres encuestadas se encargaba

de la elaboración del menú en el domicilio familiar, concretamente un 86,21%.

Únicamente hubo dos casos con diagnóstico de diabetes gestacional, ambos en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

El Gráfico 1 muestra cómo el hábito de consumo de bollería y *snacks* es principalmente semanal (una o dos raciones a la semana). Se detecta un consumo de alimentos superfluos (*snacks* y bollería, principalmente), que deberían suprimir por alimentos más saludables.



**Gráfico 1.** Frecuencia de consumo de bollería y *snacks* en Cantabria y La Rioja

En primer lugar, las mujeres determinaron que fueron las profesionales matronas las que les aportaron más información sobre hábitos alimentarios (67,65%), seguidas en segundo lugar por los profesionales médicos de Atención Primaria (22,06%).

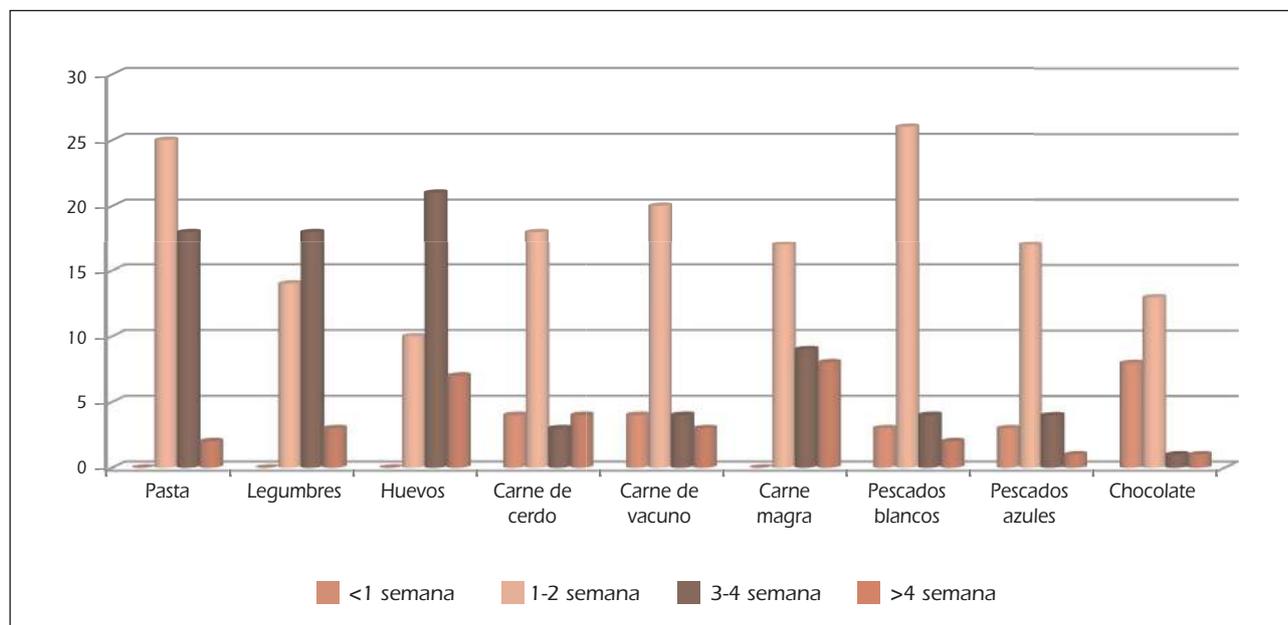
Mientras que el Gráfico 2 muestra las frecuencias de consumo de pasta, legumbres, huevos, carne de cerdo, carne de vacuno, carne magra, pescados blancos, pescados azules y chocolate. Se puede observar cómo el consumo de pasta, carne, pescados y chocolate es especialmente una o dos veces a la semana, cabe destacar que el consumo de pescados blancos es mayor que de pescados azules y cómo la carne magra es consumida por las mujeres gestantes con mayor frecuencia, de tres o cuatro veces semanales.

El consumo de huevos y legumbres se produce en mayor frecuencia, de tres y cuatro veces por semana en las mujeres embarazadas.

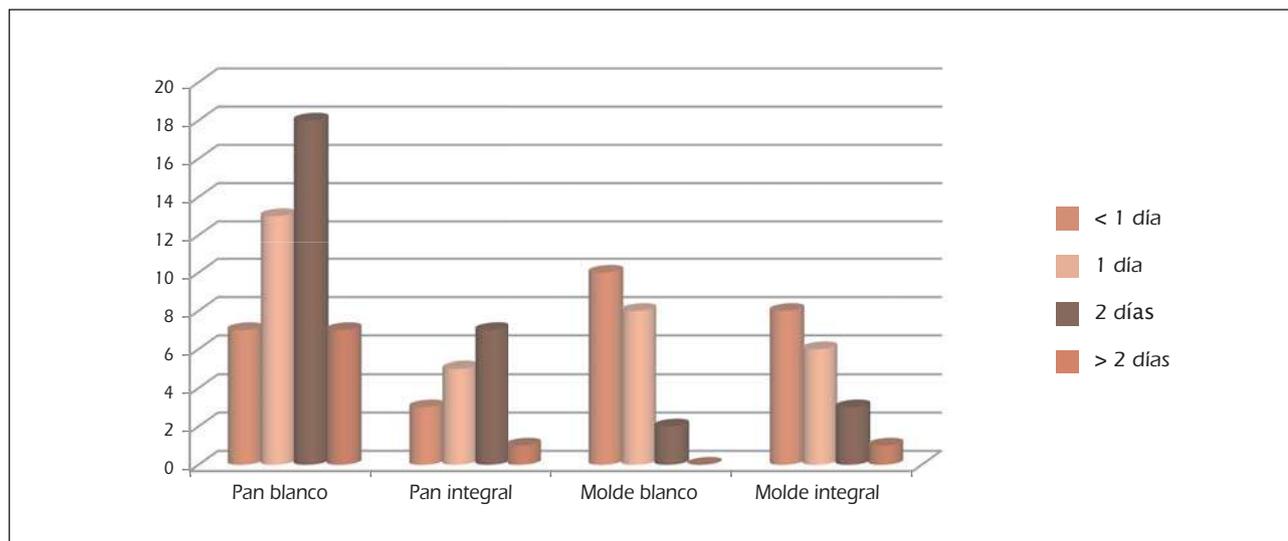
En cuanto al consumo de productos lácteos, como leche y yogures, el 85,48% de las mujeres encuestadas refería tener un consumo diario de una o dos raciones al día.

Por otro lado, a pesar de los beneficios de los productos integrales, la mayoría de las mujeres gestantes se decanta por el consumo diario de pan blanco (Gráfico 3).

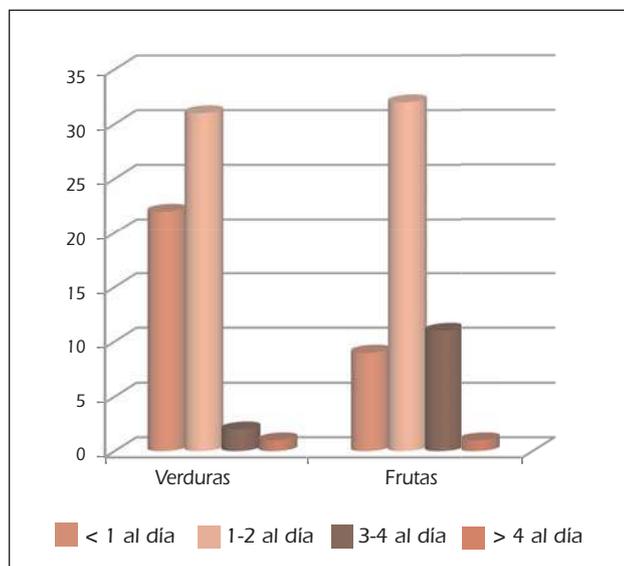
Finalmente, en relación con el consumo de verduras, el 50% de las mujeres consumía una o dos raciones al día y el 51,61% consumía una o dos piezas de fruta, alcanzando las recomendaciones diarias dadas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Sin embargo, el 37,1% de las mujeres gestantes no alcanzaba el consumo de verduras mínimo y el 14,52% no lo alcanzaba en el consumo de



**Gráfico 2.** Frecuencia de consumo de pasta, legumbres, huevos, carne de cerdo, carne de vacuno, carne magra, pescados blancos, pescados azules y chocolate en Cantabria y La Rioja



**Gráfico 3.** Consumo de pan entre las mujeres gestantes de Cantabria y La Rioja



**Gráfico 4.** Consumo de verduras y frutas entre las mujeres gestantes de Cantabria y La Rioja

frutas (Gráfico 4).

Además, como diferencias, se ha observado que se consume más fruta, legumbres y huevos en La Rioja frente a Cantabria en que se consumen más verduras. El consumo de lácteos es similar en ambas CC.AA.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC, alimentación y hábitos de vida de las mujeres gestantes de ambas CC.AA.

## Discusión

La epidemia de sobrepeso y obesidad que sufre la sociedad

española es alarmante. Tanto la etapa de la gestación como la mujer que pretende un embarazo resultan piezas clave para cambiar hábitos y mejorar la salud de la comunidad.

Por otro lado, la obesidad entre las mujeres embarazadas aumenta el riesgo de tener un recién nacido pequeño o grande para la edad gestacional, entre estos se ha demostrado que poseen mayores probabilidades de sufrir enfermedades cardiovasculares y metabólicas, tales como hipertensión y diabetes, trastornos osteomusculares y ciertos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon), cuando llegan a la edad adulta<sup>12,13</sup>. De este modo, previniendo y modificando hábitos dietéticos de las mujeres en edad fértil y de las mujeres gestantes se consigue una mejor salud para su descendencia.

La evidencia muestra que no solo la alimentación y el ejercicio en la población infantil son los culpables de las altas tasas de obesidad presentes; cada vez cobra más sentido cómo el ambiente y los eventos acontecidos durante el embarazo (diabetes gestacional, hipersulinemia materna, alteraciones del flujo placentario y exceso de nutrientes) contribuyen a aumentar las cifras de esta epidemia<sup>12</sup>.

La batalla de los profesionales para disminuir la tasa de obesidad infantil y futuros problemas en la edad adulta comienza ya durante el embarazo. El embarazo es un acontecimiento clave en la vida de las mujeres para adquirir nuevos hábitos alimentarios saludables que las acompañe durante el resto de su vida y la de sus hijos.

Estas complicaciones varían desde mayores tasas de aborto espontáneo y defectos congénitos, al aumento de las complicaciones durante el parto, como la distocia de hombros, mayores probabilidades de hipertensión gestacional, preeclampsia y diabetes gestacional, recién nacidos con mayor peso (más tejido adiposo) y también con bajo peso, insufi-

ciencias placentarias con disminución del flujo sanguíneo, mayor riesgo de finalización de la gestación a través de una cesárea, y de retención del peso ganado durante el embarazo<sup>1,3</sup>.

Al realizar la búsqueda bibliográfica no se ha hallado ningún estudio similar al propuesto que tuviese como fin el estudio de los hábitos alimentarios en las mujeres gestantes o en edad fértil españolas; ampliando la búsqueda de estudios similares a artículos de habla inglesa se pueden encontrar diferentes estudios con un objetivo similar al del presente trabajo.

Así, como se comentó anteriormente, Bookari et al.<sup>2</sup> en su artículo "*Exploring Australian women's level of nutrition knowledge during pregnancy: a cross-sectional study*" realizaron un estudio explorando los conocimientos de las mujeres gestantes sobre nutrición saludable, y determinaron que el 65,2% de estas no estaba familiarizada con *The Australian Guide to Healthy Eating*, una guía donde se determinan los hábitos alimentarios saludables que ha de seguir la población.

En este estudio se observa cómo el 84,22% de las mujeres respondió correctamente a las cuestiones relacionadas con seguridad alimentaria, campo importante a tener en cuenta durante el embarazo debido a su relación con infecciones intrauterinas y graves complicaciones fetales. En cuanto a la frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos, el 56,5% era consciente de la importancia del consumo de productos lácteos, el 45% del consumo de frutas y verduras, el 34,5% de farináceos y el 28,5% en el consumo de carne.

Sin embargo, este estudio se encargaba de valorar los conocimientos de las mujeres en hábitos saludables, cuando el objetivo del estudio que se ha realizado era describir y explorar los hábitos alimentarios de las mujeres gestantes encuestadas.

Mencionar otro estudio de características similares desarrollado también en Australia. Blumfield et al.<sup>10</sup> analizaron la dieta de las mujeres en edad fértil y determinaron que las guías de ese momento deberían ser revisadas, para coincidir en mayor medida con los requerimientos y valores nutricionales a alcanzar según la evidencia del momento.

### Limitaciones del estudio

Como limitaciones del presente estudio se ha observado que es necesario un periodo de tiempo más largo para la realización de un análisis de mayor validez aumentando el tamaño muestral, así como un diseño más depurado y un seguimiento en el tiempo para correlacionar hábitos con las diferentes características de las mujeres gestantes y/o resultados obstétricos.

Además, este estudio se encuentra basado en las respuestas

dadas por las mujeres embarazadas que en algunos casos podrían (esto es una deducción del equipo al no poder validar objetivamente las respuestas ni conocer en profundidad a las mujeres gestantes) estar influenciadas por el deber de seguir una vida saludable que más o menos todas conocerán y, sin embargo, siendo conscientes en caso de que no fuera así, dar respuestas que no se ajustan a la realidad absoluta, aunque de hecho se les indicaba que era un cuestionario anónimo.

### Conclusiones

En la actualidad, las mujeres gestantes tienen a su disposición mucha información sobre hábitos dietéticos y sobre alimentación, pero en muchas ocasiones es difícil gestionar y discernir aquello que se encuentra apoyado por la evidencia científica y aquello que no, así como el ser conscientes de los riesgos que supone no seguir una alimentación adecuada.

Como conclusiones finales es preciso determinar que la mayoría de las mujeres gestantes determinaron de manera subjetiva que seguían una dieta variada y equilibrada. Sin embargo, aparecen en menor medida los productos integrales, mientras que *snacks* y bollería siguen teniendo un consumo semanal, en vez de ocasional o puntual, como recomiendan diferentes instituciones.

El consumo de frutas y verduras es el adecuado en la mitad de las mujeres encuestadas aproximadamente, y cabe reseñar una preferencia por la carne magra y los pescados blancos. Los productos lácteos también tenían un gran peso en la dieta de las mujeres embarazadas encuestadas, solo el 14,516% no alcanzaba las recomendaciones dadas.

Para finalizar, al comparar los hábitos dietéticos de las mujeres gestantes de ambas comunidades se puede observar un mayor consumo de frutas, verduras, hortalizas, legumbres y lácteos en Cantabria, mientras que en La Rioja se consumen más huevos.

A pesar de las leves diferencias que se pueden observar no existen diferencias estadísticamente significativas entre los hábitos de vida saludables seguidos por las mujeres gestantes de Cantabria con respecto a las de La Rioja.

Resulta necesario reforzar la importancia de mantener el peso, actividad física y nutrición adecuados en todas las mujeres, pero especialmente en las mujeres gestantes. La población gestante ha de prestar especial atención a las pautas de nutrición, ejercicio físico, hábitos saludables en la preparación maternal realizada por la matrona, con apoyo personalizado. Para un futuro inmediato se proyecta un estudio con mayor tamaño muestral y refinado de datos, a fin de obtener resultados de mayor peso y validez.

## Agradecimientos

Agradecer a todas las matronas de Atención Primaria, tanto de La Rioja como de Cantabria, por su colaboración en la recogida de muestras y hacer posible la realización de este trabajo de investigación.

## NOTA

Este trabajo ha sido presentado en formato comunicación Póster al XIX Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas-II Asociación Cántabra de Matronas.

La Asociación Cántabra de Matronas galardonó este trabajo de entre todos los estudios de Cantabria presentados al congreso.

## Bibliografía

- Walsh JM, McAuliffe FM. Impact of maternal nutrition on pregnancy outcome. Does it matter what pregnant women eat? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 29(63-68).
- Bookari K, Yeatman H, Williamson M. Exploring Australian women's level of nutrition knowledge during pregnancy: a cross-sectional study. *Dovepress Journal: International Journal of Women's Health*. 2016; 8:405-19.
- Horvitz E, Hark L, Catalano PM. *Nutrition During Pregnancy. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
- Instituto Nacional de Estadística. 4.6 Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física, cuidados en el entorno familiar) [internet]. 2014. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Patrón de dieta mediterránea para la población general [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <http://www.seen.es/publico/rec-Dieteticas.aspx>
- Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Recomendaciones de alimentación para la población española. [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [http://www.nutricion.org/recursos\\_y\\_utilidades/rec\\_alim\\_saludable.htm](http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/rec_alim_saludable.htm)
- 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. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*; 2014.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guía de la alimentación saludable. Madrid; SENC; 2007.
- Kominiarek MA, Rajan P. Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation. *Med Clin North Am*. 2016; 6:1199-215.
- Blumfield ML, Hure AJ, MacDonald LK, Patterson AJ, Smith R, Collins CE. Disparities exist between National food group recommendations and the dietary intakes of women. *BMC Women's Health*. 2011; 11:11-37.
- Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, Van Woerkum CMJ. Nutrition awareness and pregnancy: Implications for the life course perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2007; 135:58-64.
- Frias AE, Grove KL. Obesity: a transgenerational problem linked to nutrition during pregnancy. *Semin Reprod Med*. 2012; 30(6):472-8.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y cifras sobre obesidad infantil [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (aecosan). Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España, 2015 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio\\_ALADINO\\_2015.pdf](http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf)
- Veguillas E. The Green Revolution, entendiendo la revolución veggie. *Latern* [internet] 2017. [cited 16 ago 2018]. Available from: <http://www.lantern.es/2017/02/the-green-revolution-entendiendo-la-revolucion-veggie/>
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. ENIDE 2011 Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <https://www.west-info.eu/files/Report188.pdf>
- Fundación Española de Nutrición. Encuesta de nutrición de la Comunidad de Madrid (ENUCAM). Documentos técnicos de Salud Pública nº D137. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Comunidad de Madrid [internet]. Madrid: AESON; 2014. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/ENUCAM\\_2014.pdf](http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/ENUCAM_2014.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1. Patrón de dieta mediterránea para la población general (SEEN)

Documento elaborado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

#### Patrón de dieta mediterránea para la población general

Seguir un **patrón de dieta mediterráneo** es muy recomendable ya que, además de proporcionarnos una dieta apetitosa y adaptada a nuestras costumbres, nos ayuda a mantenernos sanos y a prevenir el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas típicas de nuestro tiempo (como la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares o algunos tipos de cáncer).

- Procure tomar diariamente alimentos ricos en fibra y antioxidantes:
  - Tome al menos **tres piezas de fruta al día**, preferentemente de temporada (una de ellas con alto contenido en vitamina C como cítricos, fresas o kiwis), y un puñado de **frutos secos crudos** (nueces, almendras...) **una o dos veces por semana**; evite los frutos secos procesados por que pueden perder sus propiedades y/o o les pueden añadir grasas no saludables.
  - Incorpore **diariamente** a su dieta **cereales** y derivados preferentemente **integrales** (pan, arroz, pasta...), y patatas o similares.
  - Coma **legumbres** entre dos y cuatro veces por semana.
  - Tome **verduras y hortalizas** al menos **dos veces al día**. Una de las tomas que sean crudas (ensaladas generalmente).
- Use preferentemente **aceite de oliva virgen** tanto para **cocinar** como para **condimentar** ensaladas. **Disminuya** en su dieta el consumo de **grasas animales** (como mantequilla, tocino, bollería industrial, carnes grasas, embutidos, quesos, *bacon*, natas...).
- No tome muchos alimentos fritos, pero si lo hace, utilice siempre aceite de oliva virgen y no lo recaliente muchas veces.
- **Coma más pescado** que carne (a igualdad de peso tiene menos calorías que la carne y aporta grasas más saludables). Se recomiendan de dos a cuatro raciones de pescado a la semana.
- **Evite las carnes rojas** (como ternera, cerdo, caza) y **embutidos**. Tómelas como máximo dos veces por semana. Dentro de las carnes elija las que menos grasa tengan, como la de ave sin piel o conejo (en total 2-3 veces semana).
- **Evite** el consumo de alimentos elaborados con **aceites vegetales hidrogenados o grasas vegetales** (de palma o coco) y/o **animales**. Suelen estar presentes en margarinas comerciales y numerosos productos de bollería industrial como galletas, alimentos de comida rápida "comida basura", precocinados, aperitivos salados. Estos tipos de grasa suben el colesterol malo y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas.
- Los **huevos** son un magnífico alimento. La yema contiene una alta cantidad de colesterol, pero tomar de tres a cinco huevos por semana no le acarrearán ningún problema.
- Evite **alimentos y bebidas** a los que durante la fabricación y procesamiento se les ha añadido **azúcares**, especialmente refrescos.
- Se recomienda ingerir unas **dos raciones diarias de lácteos** (una ración equivale a un vaso de leche, dos yogures; 40-60 g de queso curado o 80-125 g de queso fresco).  
En periodos de crecimiento y mujeres embarazadas, lactantes y menopáusicas es aconsejable tomar una ración más. La **leche entera** es rica en ácidos grasos saturados y colesterol; si está obeso o con sobrepeso, su colesterol es elevado o toma más de medio litro al día, se recomienda tomarla **desnatada o semidesnatada**. El consumo de **yogures y/o leches fermentadas** puede ser una forma saludable de tomar lácteos.
- Si tiene costumbre, puede tomar cantidades moderadas de **vino o cerveza** con las comidas (una copa o vaso al día en mujeres y hasta dos en hombres). **Un consumo elevado de alcohol tiene muchos efectos negativos para la salud.**
- Utilice **sal yodada** en sus platos. Se recomienda **echar poca sal** a las comidas y **evitar** los productos **enlatados, embutidos y precocinados** por su alto contenido en sal. Para dar más sabor a sus platos, puede utilizar hierbas aromáticas tales como tomillo, perejil, orégano, estragón, pimentón, comino, etc.
- **Beba preferentemente agua.** Es la bebida más saludable que existe.
- Haga **ejercicio diariamente**. El ejercicio continuado, adaptado a su condición física y edad, previene la aparición de enfermedades crónicas y mejora su salud mental. Utilizar los sistemas públicos de transporte en vez del coche, ir a los sitios andando, salir a caminar una hora diaria, montar en bici, subir las escaleras, cortar el césped, ayudar a las tareas domésticas, pasear al perro, bailar... o aficionarse a cualquier deporte, son algunas de las maneras de introducir el ejercicio en su vida cotidiana. Coma **en cantidades moderadas** para mantener un **peso adecuado**. Si tiene sobrepeso siga estas mismas indicaciones, pero reduzca el tamaño de sus raciones.

## Anexo 2. Cuestionario para la recogida de datos

**Criterios de inclusión:** mujeres gestantes que acuden a la consulta de la matrona del centro de salud (> 32 SG)

Edad (años):

Lugar de nacimiento (país):

<b>Nivel de estudios</b>	
Analfabeta (no sabe leer ni escribir)	
Estudios primarios	
Educación Secundaria	
Formación Profesional	
Estudios universitarios	
Otros	

<b>Situación laboral: ¿actualmente se encuentra usted...</b>	
0: Estudiando	
1: Trabajando: especificar	
2: En paro	
3: Jubilado o con una invalidez laboral	
4: Otros. Especificar:	

<b>Número de personas en el hogar: ¿con quién vive usted actualmente?</b>	
0: Solo	
1: En pareja	
2: Con su pareja e hijos	
3: Solo con sus hijos	
4: Con padre/madre o ambos	
5: Con hermano/a/s	
6: Otros. Especificar:	

<b>Antecedentes personales:</b>	<b>Enfermedades o patologías:</b>
<b>Antecedentes obstétricos:</b>	Gestaciones (G)*- , Abortos (A)- , Partos (P)- , Hijos vivos (H)-
<b>*Tipo de parto(s):</b>	0: eutócico 1: ventosa 2: cesárea 3: fórceps 4: espátulas
<b>Patologías presentes en actual embarazo:</b>	
<b>Medicamentos durante el actual embarazo:</b>	
<b>FUR (fecha de última regla)</b>	FPP (fecha probable de parto)
<b>Sexo fetal:</b>	0: VARÓN 1: MUJER
<b>Peso 1ª visita matrona (kg):</b>	Talla: ganancia ponderal: IMC inicial: IMC final:
<b>Peso última visita matrona (kg):</b>	Tipo de báscula: 0: electrónica o 1: mecánica

Test O' Sullivan: si positivo: curva de las tres horas:	0: positivo o 1: negativo 0: positivo o 1: negativo	
Actividad física previa a embarazo: 0: SÍ 1: NO	Periodicidad y tiempo cada sesión: 1 vez semana, 2 veces/semana, 3 veces/semana, otras 15-30 min c/sesión, 30-45 min c/sesión, 45-60 min c/sesión otras	
Actividad física durante embarazo: 0: SÍ 1: NO	Periodicidad y tiempo cada sesión: 1 vez semana, 2 veces/semana, 3 veces/semana, otras 15-30 min c/sesión, 30-45 min c/sesión, 45-60 min c/sesión otras	
Tabaco: (nº cigarrillos/día)	Previo embarazo:	En embarazo:
Alcohol		
Dieta previa embarazo	0: variada 1: equilibrada 2: vegetariana 3: otros:	
Dieta durante embarazo	0: variada 1: equilibrada 2: vegetariana 3: otros	
<b>COMPORTAMIENTO Y PREFERENCIAS DE CONSUMO</b>		
Alimentos que no ingiere: ¿Es usted el encargado de la elaboración de la comida en el hogar?	Sí/No	
¿Cuántas comidas hace al día?	Antes del embarazo: Durante embarazo:	
¿Cree que su alimentación es adecuada y equilibrada?	Sí/No	
¿Ha modificado la dieta durante el embarazo?	Si es que sí, especifique en qué y por qué	
¿Cuál es su comida principal?	Antes del embarazo en el embarazo 0: desayuno 0: desayuno 1: Media mañana 1: Media mañana 2: Almuerzo/comida 2: Almuerzo/comida 3: Merienda 3: Merienda 4: Cena 4: Cena 5: Otra. Especificar 5: Otra. Especificar	
¿Qué suele beber usted durante el día y cantidad (nº de vasos)?	Agua	Infusiones
	Café	Zumos naturales
	Cerveza sin alcohol	Zumos envasados
	Refresco <i>light</i>	Otras. Especificar
	Refresco <i>no light</i>	
Indique en la siguiente tabla los cinco alimentos que más le gustan en la columna de la izquierda. En la columna de la derecha, indique los cinco alimentos que menos le gustan	Alimentos (más le gustan)	Alimentos (menos le gustan)
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	4.	4.
5.	5.	
¿Cree estar bien informada y con apoyo de los profesionales ante dudas con su ingesta diaria?	Sí/No	
¿Qué profesional le ha informado?	0: médico 1: matrona 2: familia 3: otro	

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA): se pregunta sobre el número de veces que ha consumido una serie de alimentos y bebidas en los últimos seis meses. Describa también los alimentos consumidos fuera del hogar, así como las comidas entre horas, tapas, vinos, cerveza, dulces, etc. Rellenar solo el nº veces en una de las columnas.

<b>Cereales y derivados</b>				
Pan (rebanadas)	Blanco			
	Integral			
	Molde blanco			
	Molde integral			
Bollería (unidad)				
Galletas (unidad)				
Cereales de desayuno (bol)				
Pasta (fideos, espaguetis, macarrones...)				
<b>Leche y derivados</b>				
Leche de vaca	Entera			
	Semidesnatada			
	Desnatada			
	Enriquecida			
Yogur (unidad)	Entero			
	Desnatado			
	Enriquecido			
Quesos				
<b>Azúcares</b>				
Azúcares (cucharada)	Azúcar			
	Miel			
	Sacarina			
Aceite (cucharadas)	Oliva			
	Girasol			
	Otros (maíz, soja...)			
<b>Verduras y hortalizas</b>				
Verduras y hortalizas				
<b>Legumbres</b>				
Garbanzos (plato)				
Judías blancas, pintas (plato)				
Lentejas (plato)				
<b>Frutas</b>				
Frutas				
Frutos secos				
Conservas de frutas (almíbar)				
<b>Huevos</b>				
Huevos (unidad)				

<b>Carnes y productos cárnicos</b>			
Cerdo			
Cordero			
Vacuno			
Pollo, conejo y pavo (plato)			
Embutidos			
<b>Pescados</b>			
Pescados blancos			
Pescados azules			
<b>Conservas</b>			
Navajas, calamar, atún, sardinillas...			
<b>Varios</b>			
Helados			
Chocolates y bombones (unidad)			
Patatas fritas y otros <i>snacks</i> (bolsas)			

# LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

- Cursos CFC
- Cursos ECTS

**Amplio catálogo de cursos**

- Cursos de Traumatología
- Cursos de Atención Primaria
- Cursos de Nutrición y Diabetes
- Cursos de Úlceras y Heridas
  - Cursos de Gestión
  - Cursos de Quirófano
  - Cursos de Urgencias
- Cursos de Salud Laboral
- Cursos de Farmacología
  - Cursos de Oncología
- Cursos de Cuidados Intensivos
  - Cursos de RCP
- Otros cursos de Enfermería



**HUCI** Humanizando  
los Cuidados  
Intensivos

**aulaDAE**  
Grupo Paradigma

**¡Novedad!**

**Cursos de Humanización  
en Cuidados Intensivos**

 **aulaDAE**  
Grupo Paradigma

[www.auladae.com](http://www.auladae.com)

## Promoción de conductas seguras en el uso de terminales y *apps* móviles por la mujer gestante

Matrona en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Experta Universitaria en Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud, Nutrición en Salud Pública, Seguridad Alimentaria y Educación del Consumidor y Promoción de la Salud en la Comunidad

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

Recibido el: 23 de noviembre de 2017. Aceptado el: 16 de agosto de 2018.

### Cómo citar este artículo:

Fernández Aranda MI. Promoción de conductas seguras en el uso de terminales y *apps* móviles por la mujer gestante. *Matronas hoy* 2018; 6(2):32-40.

### Resumen

**Introducción:** el uso de *smartphones* y *apps* ha crecido ampliamente en los últimos 17 años, también entre las mujeres gestantes que ven en estos dispositivos una forma de obtener respuestas de forma inmediata a sus dudas y buscar apoyo social con otras mujeres que están pasando por la misma experiencia que ellas. Su uso indiscriminado ha puesto de manifiesto en varios estudios que podría ser potencialmente peligroso, al comprometer la seguridad de la mujer y de su feto.

**Objetivo:** identificar los riesgos existentes para la mujer embarazada por el uso continuado de los *smartphone* y las *apps* sanitarias, para aplicarlo en la promoción de conductas saludables y de bajo riesgo en la consulta de Atención Primaria.

**Método:** revisión narrativa de los artículos publicados en español e inglés entre enero de 2000 y enero de 2017 en las siguientes bases de datos bibliográficas secundarias: *PubMed*, *Cochrane* y *MEDES* y que versen sobre la seguridad del paciente de la *mHealth* los *smartphone* o las aplicaciones de informática médica.

**Resultados:** se han considerado de interés 18 referencias bibliográficas que cumplen los criterios de inclusión.

**Discusión/conclusiones:** aunque solo hay seguridad en el efecto térmico que los móviles producen sobre los tejidos del organismo, como medida de precaución y como no se puede excluir la posibilidad de incremento de riesgo para el feto con niveles altos de exposición, es recomendable informar convenientemente de los riesgos existentes y reducir al mínimo el tiempo de exposición de la mujer gestante a los teléfonos móviles.

**Palabras clave:** seguridad del paciente; matrona; salud pública; salud materno-infantil; aplicaciones de informática médica.

### Abstract

**Promoting safe habits in the use of mobile phones and applications by pregnant women**

**Introduction:** there has been a great increase in the use of smart phones and applications during the past 17 years, also among pregnant women, who have found in these devices a way to obtain immediate answers to their doubts, and look for social support from other women who are undergoing the same experience. Various studies have demonstrated that their indiscriminate use could be potentially dangerous for the safety of the woman and the foetus.

**Objective:** to identify the risks for pregnant women entailed by a continuous use of smart phones and healthcare applications, in order to implement this in the promotion of healthy and low-risk habits at the Primary Care setting.

**Method:** a narrative review of the articles published in Spanish and English between January, 2000 and January, 2017, in the following secondary bibliographic databases: *PubMed*, *Cochrane* and *MEDES*, dealing with patient safety in terms of *mHealth*, smart phones or applications for medical information.

**Results:** eighteen (18) bibliographical references that meet the inclusion criteria have been considered of interest.

**Discussion/Conclusions:** though the only certainty is the thermal effect that mobiles cause on body tissues, it is recommended to inform adequately about the existing risks, and to reduce as much as possible the time of exposure of pregnant women to smart phones as a measure of precaution, and because the likelihood of an increase in the risk for the foetus caused by high levels of exposure cannot be ruled out.

**Key words:** patient safety; midwife; public health; mother-and-child health; medical computer applications.

## Introducción

El uso del teléfono móvil se ha generalizado mundialmente, el informe de referencia de la Unión Internacional de Telecomunicaciones, Medición de la Sociedad de la Información de 2016<sup>1</sup> indica que el 43,4% de la población mundial está en línea, en tanto que el número de suscripciones a la telefonía móvil asciende a casi 7.900 millones, estando la tasa de penetración de teléfonos móviles global en el 97%<sup>1</sup>. Los teléfonos móviles inteligentes en España representan ya el 87% del total de teléfonos móviles, lo que lo sitúa en primera posición en el ámbito europeo<sup>2</sup>.

La funcionalidad de los teléfonos móviles ha ido evolucionando, de ser unos simples terminales de intercomunicación a ser verdaderas agendas con acceso ubicuo a internet que permiten gestionar todos los aspectos de la vida cotidiana. Según el informe sobre el estado de las *apps* en España en 2015, el perfil medio del usuario es en un 49% de las ocasiones una mujer de entre 25 y 45 años que utiliza su *smartphone* hasta tres horas al día para comunicación (91,4%), correo electrónico (85,7%) y uso de redes sociales (72,8%)<sup>2</sup>.

Las mujeres, más que los hombres, disponen de teléfonos inteligentes que utilizan con aplicaciones relacionadas con la salud<sup>3</sup>. Estos datos permiten pensar en estos dispositivos como una plataforma idónea para obtener mejoras en la promoción de la salud de la mujer, especialmente en aquellos periodos vitales en los que está más necesitada de consejo, como son el embarazo y puerperio. En el ámbito obstétrico se observa que las aplicaciones para el embarazo superan en número a las de otros temas relacionados con la salud. La mayoría de las mujeres gestantes estudiadas descarga un promedio de tres aplicaciones de embarazo durante la etapa gestacional y emplea un amplio periodo de tiempo en interrelacionarse a través de estas *apps*<sup>4</sup>. El hecho de que un móvil al final es un dispositivo que utiliza radiación electromagnética en el rango de las microondas clasificada como "posiblemente cancerígena para los seres humanos", después de que un equipo de científicos revisaran estudios en teléfono

móvil seguros<sup>5</sup>, hace que el estudio de los riesgos que implica su uso continuado durante la gestación sea un tema prioritario. En este artículo se pretende definir aquellos que afectan a la mujer gestante como usuaria final de los servicios de Obstetricia que presta la matrona de Atención Primaria.

## Objetivo

Identificar los distintos tipos de riesgos a los que están expuestas las mujeres gestantes por el uso de teléfonos móviles y *apps* sanitarias y aconsejar un marco seguro para su uso mediante una revisión de la literatura existente en este campo. De esta forma se pretende proporcionar a la matrona de Atención Primaria una valiosa información para que pueda aplicarla en la promoción de conductas saludables y seguras en la consulta.

## Método

Revisión bibliográfica de artículos publicados en las bases de datos secundarias *Cuiden*, *Cochrane* y *PubMed*. En una primera fase se utilizaron las siguientes palabras clave en español e inglés: "Evaluación de riesgos; *apps* sanitarias, embarazo; seguridad y privacidad del paciente; *smartphone*; *mHealth*; aplicaciones de informática médica" y "*patient safety*; *nurse midwives*; *Public Health*; *Maternal and Child Health*; *medical informatics applications*", obteniéndose 245 artículos. En una segunda fase se afinó la búsqueda mediante combinaciones booleanas de los términos anteriores, para concretar las publicaciones en términos de tecnologías de la información ("Evaluación de riesgos" OR "riesgos" OR "seguridad del paciente" AND "gestante" OR "matrona" OR "*apps* sanitarias") o ("riesgos" OR "seguridad del paciente" OR "privacidad del paciente" AND "*mHealth*" OR "*smartphone*"). Se completó la búsqueda acudiendo a informes de empresas públicas y privadas relacionadas con las TIC y la sanidad. Para identificar los riesgos a analizar se siguieron los criterios incluidos en el Cuadro 1. El diagrama de flujo del estudio se representa en la Tabla 1.

**Cuadro 1. Criterios de evaluación de la bibliografía**

<b>1) Criterio temporal</b>	Informes, estudios, artículos, revisiones sistemáticas publicados entre enero de 2000 y enero de 2017 y que versen sobre riesgos a los que se está expuesto por el uso de teléfonos móviles y <i>apps</i> sanitarias y los efectos que pueden producir
<b>2) Criterio de cuantificación</b>	Estudios que ofrezcan estadísticas comparativas o resultados cuantificables sobre evaluaciones de riesgos o efectos sobre la seguridad del paciente de la <i>mHealth</i> los <i>smartphone</i> o las aplicaciones de informática médica, incluyendo por tanto palabras como "resultados" o "efectividad" dentro de los apartados de título o resumen
<b>3) Criterio de especialidad</b>	Estudios que especifiquen a las mujeres gestantes como los pacientes de estudio de referencia
Fuente: elaboración propia	

Tabla 1. Diagrama de flujo del estudio

	Bases de datos			Eliminados	Duplicados
	Pubmed	MEDES	Cochrane		
Registros obtenidos al realizar la búsqueda por descriptores clave MESH y DECS	151	20	25		
Registros obtenidos al efectuar la búsqueda <i>booleana</i> por palabras lenguaje natural ("evaluación de riesgos" OR "riesgos" OR "seguridad del paciente" AND "gestante" OR "matrona" OR "apps sanitarias") o ("riesgos" OR "seguridad del paciente" OR "privacidad del paciente" AND "mHealth" OR "smartphone")	34	10	5		
Registros totales	185	30	30		
	245				
Lectura de título y <i>Abstract</i> . Se aplica criterio 1	25	5	1	206	8
Lectura de título y <i>Abstract</i> . Se aplica criterio 2	17	5	1	12	0
Lectura de artículos. Se aplica criterio 3	16	1	1	1	0
Registros incluidos en la revisión narrativa	18				

Fuente: elaboración propia

## Resultados

Se han encontrado cinco tipos de riesgos diferentes por el uso de terminales móviles y *apps* sanitarias, que tienen potencialmente efecto sobre la mujer gestante: físicos, sociales, económicos, respecto a la seguridad y los implícitos en la aplicación. Cada tipo de riesgo provoca unos efectos diferentes que están especificados en el Cuadro 2.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos han evaluado los efectos en el embarazo de la exposición a las radiaciones no ionizantes generadas de forma natural en el medio ambiente y artificialmente en el medio de trabajo. Los resultados obtenidos indican que con niveles típicos de exposición ambiental, no aumenta el riesgo de abortos espontáneos, malformaciones, bajo peso al nacer ni enfermedades congénitas. También se afirma que hasta la fecha no se ha confirmado que el uso del teléfono móvil tenga efectos perjudiciales para la salud, pero dada la reciente popularidad de los teléfonos móviles y, por consiguiente, la posibilidad de una exposición más prolongada a lo largo de la vida, es necesario realizar nuevas investigaciones de los posibles efectos de su utilización. Por ello, el organismo ha anunciado

también que en los próximos años publicará una evaluación formal de los riesgos a partir de todos los resultados de salud estudiados en relación con campos de radiofrecuencias. En relación al efecto a largo plazo, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer catalogó a los campos electromagnéticos de radiofrecuencias como "posiblemente cancerígenos para los humanos (grupo 2B)" en el mes de mayo de 2011<sup>5,6</sup>.

En uno de los estudios analizados<sup>7</sup> no se observó que el uso del teléfono móvil por un periodo igual o superior a 10 años suponga un riesgo mayor de padecer gliomas o meningiomas. Sí ha sugerido un aumento del riesgo de cáncer de cerebro para los sujetos que han realizado un uso intensivo del móvil (30 minutos/día en 10 años). Las distintas incertidumbres limitan la fuerza de las conclusiones que se pueden extraer de estos análisis e impiden establecer una relación causal. Según las Directivas 89/391/CEE<sup>8</sup> y 92/85/CEE<sup>9</sup>, no puede excluirse la posibilidad de que la exposición a radiaciones no ionizantes, incluida la relacionada con los tratamientos de onda corta, pueda aumentar el riesgo para el feto. Por ello, y aunque no pueden considerarse en su conjunto como de alto riesgo, tampoco se puede excluir la posibilidad de

Cuadro 2. Riesgos derivados del uso de móviles

Tipo de riesgo y efecto sobre la mujer gestante				
Físico	Seguridad	Social	Económico	Propio de la <i>app</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiaciones no ionizantes según el tiempo de exposición y la posibilidad de cancerígeno</li> <li>• Calentamiento de los tejidos expuestos del organismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virus que afecten al funcionamiento del terminal móvil</li> <li>• Privacidad y confidencialidad de la información manejada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso abusivo de la mensajería instantánea y de las redes sociales. Relaciones intrafamiliares</li> <li>• Conducta adictiva a internet que conduce al aislamiento y al descuido de relaciones sociales, académicas, de salud y hasta de higiene personal</li> <li>• Uso excesivo del móvil y los juegos instalados en el mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto exagerado por su utilización</li> <li>• Descargas no autorizadas con gastos ocultos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala calidad de los datos obtenidos de la mujer gestante lo que dificulta su aprovechamiento</li> <li>• Decisiones clínicas tomadas que empeoran la calidad de vida de la mujer gestante</li> <li>• Acciones clínicas inapropiadas por fallos en el algoritmo de cálculo, herramienta de búsqueda de mala calidad, etc. Pueden ser reversibles o irreversibles</li> <li>• Información inexacta o contenido antiguo no actualizado en función a la nueva evidencia</li> <li>• Complejidad de la función de ayuda que cumple la <i>app</i>, a &gt; complejidad &gt; riesgo en su uso</li> <li>• Complejidad de los cálculos que tiene que realizar la <i>app</i> y el daño potencial según los errores de la programación</li> <li>• Efecto sobre el usuario según su uso clínico</li> <li>• Exactitud y fiabilidad de la aplicación</li> <li>• Falta de regulación o verificación oficial de la <i>app</i></li> </ul>

Fuente: elaboración propia

incremento de riesgo para el feto con niveles altos de exposición<sup>10</sup>, recomendándose, por tanto, reducir al mínimo la exposición a radiaciones no ionizantes durante el embarazo, evitándose, si es posible, las actividades en relación con tratamientos de onda corta.

Otros estudios<sup>11</sup> (Tabla 2) han evaluado si la exposición ocupacional paterna a radiaciones no ionizantes puede tener efectos adversos sobre el resultado de la gestación, incluyendo defectos al nacer comprobándose que la exposición prolongada a estas en hombres, aunque no afecta la función reproductiva, puede afectar a la calidad del semen<sup>12,13</sup>. En otros estudios, la exposición prolongada a microondas de baja intensidad en hombres, incrementó la tasa de disfunción sexual y redujo la tasa de embarazo espontáneo<sup>14</sup>.

Se ha planteado también que el uso del móvil por parte de una mujer embarazada podría derivar en problemas de concentración e hiperactividad para su hijo en el futuro<sup>15</sup>. Aunque el estudio fue realizado en ratones, el resultado demostró que las crías de estudio presentaban más hiperactividad y menos capacidad de memoria. Los investigadores atribuyen estas diferencias al efecto del terminal sobre el desarrollo

de las neuronas en la región del cortex prefrontal del cerebro. Además de que, según estos científicos, la tasa de absorción de radiación es mayor en el cerebro de los menores que en los adultos, se suma el hecho de que sus cráneos son más pequeños y delgados, lo cual agudiza el problema. Según la investigación, el peligro es aún mayor durante el embarazo, puesto que el feto es "particularmente vulnerable a las radiaciones de microondas".

El estudio de Divan<sup>16</sup> encontró que las madres que hicieron uso de teléfonos móviles durante su embarazo tenían un 54% más de probabilidades de tener hijos con problemas de comportamiento hasta los 7 años y este porcentaje aumentaba con la cantidad de exposición potencial a la radiación. Otras publicaciones apuntan como resultado al denominado riesgo de "demencia digital" en niños en edad escolar, este incluye problemas asociados como son los trastornos del lenguaje y del aprendizaje, déficits de atención, estrés, depresiones e incluso una creciente disposición a la violencia.

En relación al uso continuado del teléfono móvil, no hay consenso en la literatura sobre la patología que subyace en un uso excesivo.

Tabla 2. Resultados del estudio

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Conclusiones
Feychting M. (2005) <sup>10</sup>	<i>Non-cancer EMF effects related to children. Bioelectromagnetics</i>	Resumir la evidencia sobre los resultados adversos del embarazo en relación con exposiciones de frecuencia extremadamente baja (ELF) y radiofrecuencia (RF)	La mayoría de los estudios de exposiciones ELF no han demostrado ningún aumento de riesgo consistente para los resultados adversos del embarazo, pero las limitaciones en los métodos de evaluación de la exposición y el poder muy limitado para estudiar los altos niveles de exposición evitan cualquier conclusión
Mjoen G, Saetre DO, Lie RT, Tynes T, Blaasaas KG, Hannevik M, et al. (2006) <sup>11</sup>	<i>Paternal occupational exposure to radiofrequency electromagnetic fields and risk of adverse pregnancy outcome</i>	Evaluar las asociaciones entre la exposición paterna a la RFR y los resultados adversos del embarazo, incluidos los defectos congénitos, utilizando datos basados en la población de Noruega	En los descendientes de padres con mayor probabilidad de haber estado expuestos, se observó un mayor riesgo de parto prematuro y una disminución del riesgo de labio leporino
Ding XP, Yan SW, Zhang N, Tang J, Lu HO, Wang XL, et al. (2004) <sup>12</sup>	<i>A cross-sectional study on nonionizing radiation to male fertility</i>	Investigar la relación entre la radiación de microondas y la reproductividad masculina	Las personas que trabajan en el radar que sufrieron de la no ionización durante mucho tiempo y tenían una mala protección del escudo del radar mostrarían una lesión semiclínica en la esperma y una mala calidad del semen. Sin embargo, no afectó la función reproductiva masculina
Grajewski B, Cox C, Schrader SM, Murray WE, Edwards RM, Turner TW, et al. (2000) <sup>13</sup>	<i>Semen quality and hormone levels among radiofrequency heater operators</i>	Determinar si los operadores de calentadores de RF hombres experimentan un aumento de los efectos reproductivos adversos reflejados en la reducción de la calidad del semen o en los niveles alterados de la hormona	Se observan una menor calidad del semen y diferencias hormonales entre los grupos
Yan SW, Zhang N, Tang J, Lu HO, Wang XL. (2007) <sup>14</sup>	<i>Long-term exposure to low intensity microwave radiation affects male reproductivity</i>	Evaluar el efecto de la exposición a largo plazo a la radiación de microondas de baja intensidad en la reproductividad masculina	La exposición a largo plazo a la radiación de microondas de baja intensidad aumentó la tasa de disfunción sexual y disminuyó la tasa de embarazo natural en los hombres
Aldad TS, Gan G, Gao X, Taylor HS. (2015) <sup>15</sup>	<i>Fetal Radiofrequency Radiation Exposure From 800-1900 Mhz-Rated Cellular Telephones Affects Neurodevelopment and Behavior in Mice</i>	Analizar la asociación entre el uso de teléfonos celulares prenatales y la hiperactividad en niños asociado a la exposición a la radiación por radiofrecuencia en el neurodesarrollo	Se presenta la primera evidencia experimental de neuropatología debido a la radiación del teléfono celular intrauterino. Se necesitan más experimentos en humanos o primates no humanos para determinar el riesgo de exposición durante el embarazo
Kheifets L, Divan HA, Obel C, Olsen J. (2010) <sup>16</sup>	<i>Cell phone use and behavioural problems in young children</i>	Analizar los efectos potenciales en la salud por el uso del teléfono celular en niños, dado que estos usan teléfonos celulares a edades más tempranas y se desconoce su efecto a corto y largo plazo	La exposición a teléfonos celulares prenatalmente, y en menor grado postnatalmente, se asoció con más dificultades de comportamiento

Tabla 2. Resultados del estudio (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Conclusiones
Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT. (2012) <sup>17</sup>	Adicción o abuso del teléfono móvil	Revisar el estado actual del conocimiento sobre la adicción/abuso del móvil	Se evidencia que existe una problemática relacionada con el uso del teléfono móvil, pero la ausencia de criterios diagnósticos y la precaria calidad de los estudios dificultan la definición del problema
Tejeiro Salguero R, Pelegrina del Río M, Gómez Vallecillo JL. (2009) <sup>18</sup>	Efectos psicosociales de los videojuegos	Revisar el estado de la cuestión en relación con estos argumentos, tanto negativos como positivos de los videojuegos en los usuarios	Hasta ahora no existen estudios científicos realizados con el suficiente rigor e independencia que permitan determinar, sin sombra de duda, que el uso de estos juegos o juguetes cause o pueda causar daños inmediatos o previsibles en los niños y jóvenes usuarios, o inducir a conductas delictivas o reprobables socialmente
Weinsten A, Weizman A. (2012) <sup>19</sup>	<i>Emerging association between addictive gaming</i>	Analizar la evidencia de una alta prevalencia de adicción a los videojuegos y juegos de computadora entre los usuarios	Una comprensión adecuada de los mecanismos psicológicos y neurotransmisores subyacentes a ambos trastornos es importante para la clasificación diagnóstica adecuada de ambos. Además, es importante para el desarrollo de su tratamiento farmacológico
Bierbrier R, Lo V, Wu RC. (2014) <sup>20</sup>	<i>Evaluation of the accuracy of smartphone medical calculation apps</i>	Evaluar la precisión de las aplicaciones de cálculo médico basadas en teléfonos inteligentes	Los resultados sugieren que la mayoría de las aplicaciones de cálculo médico brindan resultados precisos y confiables. Las aplicaciones gratuitas que eran 100% precisas y que contenían la mayoría de las funciones deseadas por los internistas eran <i>CliniCalc</i> , <i>Calculate by QxMD</i> y <i>Medscape</i>
Huckvale K, Car M, Morrison C, Car J. (2012) <sup>21</sup>	<i>Apps for asthma self-management: a systematic assessment of content and tools</i>	Se evalúa el grado en que las aplicaciones actuales de teléfonos inteligentes y tabletas para personas con asma ofrecen contenido y herramientas de calidad adecuada para respaldar el autocontrol de esta patología	Los responsables de la formulación de políticas deben considerar la posible función de los mecanismos de garantía en relación con las aplicaciones. Los médicos no pueden recomendar herramientas que sean inexactas, inseguras o que carezcan de una base de evidencia
Rodrigues MA, Visvanathan A, Murchison JT, Brady RR. (2013) <sup>22</sup>	<i>Radiology smartphone applications; current provision and cautions</i>	Evaluar aplicaciones de teléfonos inteligentes relacionadas con la radiología contemporánea, centrándose en el nivel de participación médica anunciada en el desarrollo de aplicaciones	La participación médica en el diseño de la aplicación es variable lo que dificulta la evaluación de su precisión antes de la compra. Se requieren medidas adicionales para garantizar la precisión de tales aplicaciones
Van Velsen L, Beaujean DJ, van Gemert-Pijnen JE. (2013) <sup>23</sup>	<i>Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity</i>	Evaluar la interrelación entre proveedores de aplicaciones móviles y los profesionales sanitarios para crear aplicaciones útiles y seguras	Los proveedores de información y funciones médicas deben unirse al movimiento de código abierto y han de utilizar formatos de información médica estandarizados para permitir que terceros creen valiosas aplicaciones de puerta de enlace móvil

Tabla 2. Resultados del estudio (continuación)

Autores	Título	Objetivo del trabajo	Conclusiones
Lorchan LT, Wyatt JC. (2014) <sup>24</sup>	<i>mHealth and Mobile medical apps: a framework to asses risk and promote safer use</i>	Identificar una gama de diferentes tipos de riesgos a los que las aplicaciones médicas pueden contribuir y variables contextuales importantes que pueden modificar estos riesgos	Los riesgos para la seguridad del paciente y la reputación profesional son reales, y se tienen que tomar medidas para mitigarlos. La identificación de todos los diferentes tipos de riesgo y de las variables clave que influyen en el riesgo son etapas importantes
Velu AV, van Beukering MD, Schaafsma FG, Frings-Dresen MH, Mol BW, van der Post JA, Kok M.(2017) <sup>25</sup>	<i>Use of a Medical Mobile App to Prevent Work-Related Risks in Pregnancy</i>	Redactar un resumen temático de los facilitadores y las barreras percibidas según las mujeres embarazadas, los profesionales médicos y los empleadores para el uso de una aplicación móvil en la atención obstétrica para prevenir las complicaciones del embarazo relacionadas con el trabajo	Los resultados de este estudio son consideraciones importantes en el proceso de desarrollo de una aplicación médica que implementa una guía o información basada en evidencia en la práctica
Mahmoudabadi FS, Ziaei S, Firoozabadi M, Kazemnejad A. (2015) <sup>26</sup>	<i>Use of mobile phone during pregnancy and the risk of spontaneous abortion</i>	La exposición a los campos electromagnéticos de los teléfonos celulares ocurre cada vez más, pero la influencia potencial en el aborto espontáneo no ha sido investigada a fondo	Los resultados sugieren que el uso de teléfonos móviles puede estar relacionado con los primeros abortos espontáneos
Peragallo Urrutia R(1), Berger AA, Ivins AA, Beckham AJ, Thorp JM Jr, Nicholson WK. (2015) <sup>27</sup>	<i>Internet Use and Access Among Pregnant Women via Computer and Mobile Phone: Implications for Delivery of Perinatal Care</i>	Analizar la disposición de las mujeres embarazadas a participar en intervenciones de pérdida de peso por internet, que se realizan a través de computadoras o teléfonos móviles	Las mujeres embarazadas están dispuestas a participar en las intervenciones perinatales apoyadas por internet. Los hallazgos pueden informar del desarrollo de enfoques basados en teléfonos móviles y computarizados para la entrega de intervenciones clínicas y educativas
Fuente: elaboración propia			

Para algunos, es un uso abusivo que puede llegar a tener cierta dependencia psicológica, pero no una conducta adictiva; otros lo consideran un trastorno adictivo como la abstinencia, la falta de control y problemas derivados de su uso<sup>17</sup>. Otro motivo de discrepancia es el relacionado con la adicción a los videojuegos. Para algunos autores existe un patrón de uso excesivo o abuso sin llegar a la adicción como tal. Otros describen conductas adictivas, con una sintomatología que, aunque no consensuada, estaría dada por trastornos depresivos, ansiedad y hostilidad, habiéndose observado su asociación con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad), siendo, además, su padecimiento una predicción significativa<sup>18,19</sup>.

En cuanto a los riesgos derivados de la utilización de *apps* para teléfonos móviles se encuentra que es importante que estas aplicaciones sean exactas y fiables, dado que en función a la información que ofrezca la aplicación se tomarán decisiones que en determinadas circunstancias pueden ser críticas<sup>20</sup>. Por otro lado, se detectó la escasa o ninguna formación en obstetricia que tiene la mayoría de los desarrolladores de *apps* y que no involucran al personal sanitario en el proceso de desarrollo y, por lo tanto, pueden no ser conscientes de los problemas de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información sensible de la mujer gestante que se plantean por un contenido inapropiado de la aplicación o mal funcionamiento<sup>19-22,25-27</sup>. También se ha observado en el aná-

lisis de la bibliografía que existe un problema de volumen en cuanto al número de *apps* sanitarias existentes y su crecimiento exponencial, lo que hace que sea casi imposible su análisis y evaluación particular<sup>23</sup>, con el resultado de que la gran mayoría de ellas existan sin ningún tipo de regulación o verificación oficial. Se calcula que actualmente de las aplicaciones reguladas por la FDA americana el 0,5% sería de muy alto riesgo por el efecto y daño que podrían ocasionar al paciente<sup>24</sup>.

## Discusión

El posible efecto que sobre la salud provoca el uso continuado de *smartphones* y *apps* es un tema controvertido, puesto que para obtener resultados contundentes hace falta comprobar las consecuencias a largo plazo del empleo de estos dispositivos, y apenas han pasado unos pocos lustros desde su utilización global.

Se han planteado dudas sobre la distancia a la que se utilizan los teléfonos móviles de la cabeza (muy cerca), por ello en lugar de estudiar el efecto del calentamiento en todo el cuerpo, se debería determinar la distribución de la energía que absorbe la cabeza del usuario. También existen dudas sobre los efectos "no térmicos" producidos por la exposición a frecuencias de teléfonos móviles. Se ha sugerido que podrían producirse efectos sutiles sobre las células que podrían influir en el desarrollo del cáncer. También se ha planteado la hipótesis de posibles efectos sobre los tejidos excitables por estímulos eléctricos que podrían influir en la función del cerebro y los tejidos nerviosos.

Se han encontrado trabajos que estudian la relación entre la exposición a radiaciones no ionizantes durante el embarazo y los efectos reproductivos, no se obtiene ninguna evidencia de efectos nocivos sobre el feto o no son significativos. Otro problema se encuentra al establecer el nivel real de exposición, por la dificultad que tiene la realización de mediciones así como su interpretación sobre todo en espacios cerrados con interferencias. Los informes que valoran la relación entre exposición a radiaciones no ionizantes durante el embarazo con efectos adversos sobre el mismo presentan resultados muy variados. En muchos no es posible establecer esa relación por no ser los resultados estadísticamente significativos, en otros se encuentran incrementos significativos de riesgo de abortos, defectos en el nacimiento o bajo peso al nacer tras la exposición a radiaciones no ionizantes en la industria electrónica, sin que la comunidad científica haya considerado que estos efectos estén necesariamente causados por la exposición a campos electromagnéticos.

En cuanto a los riesgos asociados al uso de *apps* sanitarias, su escasa o nula regulación por parte de los organismos oficiales junto con la ausencia de un marco jurídico que fije unas reglas para el desarrollo de estos productos y la falta de una normativa específica, desembocan en problemas de

seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos manejados que son más graves cuanto más involucrada en un proceso asistencial esté la aplicación.

La complejidad de los cálculos que implementa y la escasa o nula implicación del personal sanitario en su desarrollo pueden marcar la exactitud y la fiabilidad de la *app* y el efecto sobre la mujer gestante según su uso clínico (p. ej.: en caso de embarazo de alto riesgo, diabetes o preeclampsia). La calidad de sus contenidos y el estar basada en la última evidencia científica o no puede ocasionar que se tomen decisiones clínicas poco afortunadas que puedan ser reversibles o irreversibles. Por último, va cobrando cada vez mayor importancia la calidad de los datos que sobre el organismo obtienen los dispositivos que monitorizan (estén o no conectados al móvil y monitorizados por *apps*), la pérdida de estos o su deficiente recolección podría dejar de ser una valiosa herramienta para valorar el estado de salud y su correcta evolución.

## Conclusiones

Las limitaciones que tienen en su elaboración los estudios sobre los efectos de las radiaciones no ionizantes y su relación con el embarazo hacen que no se puedan establecer conclusiones definitivas sobre el efecto que causan sobre la mujer gestante, aunque la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) catalogó a los campos electromagnéticos de radiofrecuencias como posiblemente cancerígenos para los humanos en el mes de mayo de 2011.

Solo hay seguridad en el efecto térmico que los móviles producen sobre los tejidos del organismo, pero como medida de precaución, y como no se puede excluir la posibilidad de incremento de riesgo para el feto con niveles altos de exposición, es recomendable informar convenientemente de los riesgos existentes y reducir al mínimo el tiempo de exposición de la mujer gestante a los *smartphone*.

Por último, como normas de uso general para las *apps* sanitarias específicas para mujeres gestantes se elegirán aquellas más acordes con la etapa gestacional en la que se encuentra la mujer, se seleccionarán solo aplicaciones verificadas por entidades gubernamentales o entidades de confianza, se disminuirá el tiempo dedicado a su uso y el empleo de redes sociales o mensajería instantánea tipo *Whatsapp* y, por último, se verificará en todo momento el origen y fecha de actualización de la información que proporcionan.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Informe sobre Medición de la Sociedad de la Información 2015, Resumen Ejecutivo [internet]. Ginebra: Unión Internacional de Telecomunicaciones. UIT. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [https://www.itu.int/dms\\_pub/itu-d/opb/ind/D-IND-ICTOI-2015-SUM-PDF-S.pdf](https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/ind/D-IND-ICTOI-2015-SUM-PDF-S.pdf)
- Observatorio Zeltia. Informe sobre las apps en España 2015. The appdate.com [internet]. Octubre 2015 [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <http://www.theappdate.es/blog/informe-sobre-las-apps-en-espana-2015-la-era-appcommerce/>
- Derbyshire E, Dancy D. Smartphone medical applications for women's health: What is the evidence-base and feedback? International Journal of Telemedicine and Applications. 2013; 9.
- Tripp N, Hainey K, Liu A, Poulton A, Pee M, Kim J, Nanan R. An emerging model of maternity care: Smartphone, midwife, doctor? Women and Birth. 2014; 27:64-7.
- WHO: Cell phone use can increase possible cancer risk [internet]. CNN. 31 de mayo de 2011. [cited 16 ago 2018]. Available from: <http://edition.cnn.com/2011/HEALTH/05/31/who.cell.phones/index.html>
- The International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs. Possible relationship between use of mobile phones and the risk of cancer: questions and answers. [internet]. [cited 16 ago 2018]. Available from: [http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2011/IARC\\_Mobiles\\_QA.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2011/IARC_Mobiles_QA.pdf)
- [INTERPHONE-IARC-2010] Interphone study reports on mobile phone use and brain cancer risk. International Agency for Research on Cancer (IARC) [internet]. WHO. Press release N° 200 17 May. 2010. [cited 16 ago 2018]. Available from: [http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2010/pdfs/pr200\\_E.pdf](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2010/pdfs/pr200_E.pdf)
- DIRECTIVA 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (Directiva Marco). (DO L 183 de 29.6.1989, p.1).
- DIRECTIVA 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia (décima Directiva específica con arreglo al apartado 1 del artículo 16 de la Directiva 89/391/CEE). (DO L 348 de 28.11.1992, p. 1).
- Feychting M. Non-cancer EMF effects related to children. Bioelectromagnetics 2005; 7:69-74.
- Mjoen G, Saetre DO, Lie RT, Tynes T, Blaasaas KG, Hannevik M, et al. Paternal occupational exposure to radiofrequency electromagnetic fields and risk of adverse pregnancy outcome. Eur J Epidemiol 2006; 21(7):529-35.
- Ding XP, Yan SW, Zhang N, Tang J, Lu HO, Wang XL, et al. A cross-sectional study on nonionizing radiation to male fertility. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2004 Jan; 25(1):40-3.
- Grajewski B, Cox C, Schrader SM, Murray WE, Edwards RM, Turner TW, et al. Semen quality and hormone levels among radiofrequency heater operators. J Occup Environ Med 2000 Oct; 42(10):993-1005.
- Yan SW, Zhang N, Tang J, Lu HO, Wang XL. Long-term exposure to low intensity microwave radiation affects male reproductivity. Zhonghua Nan Ke Xue 2007 Apr; 13(4):306-8
- Aldad TS, Gan G, Gao X, Taylor HS. Fetal Radiofrequency Radiation Exposure From 800-1900 Mhz-Rated Cellular Telephones Affects Neurodevelopment and Behavior in Mice. Sci. Rep. 2012; 2:312.
- Divan HA, Kheifets L, Obel C, Olsen J. Cell phone use and behavioural problems in young children J Epidemiol Community Health. 2010; 1:1-6.
- Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT. Adicción o abuso del teléfono móvil. Revisión de la literatura. Adicciones. 2012; 1:139-52.
- Tejeiro Salguero R, Pelegrina del Río M, Gómez Vallecillo JL. Efectos psicosociales de los videojuegos. Comunicación. 2009; 1:235-50.
- Weinsten A, Weizman A. Emerging association between addictive gaming. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(5):590-7.
- Bierbrier R, Lo V, Wu RC. Evaluation of the accuracy of smartphone medical calculation apps. J Med Internet Res 2014; 16(2):e32.
- Huckvale K, Car M, Morrison C, Car J. Apps for asthma self-management: a systematic assessment of content and tools. BMC Med 2012; 10:144.
- Rodrigues MA, Visvanathan A, Murchison JT, Brady RR. Radiology smartphone applications; current provision and cautions. Insights Imaging 2013 Oct; 4(5):555-62.
- Van Velsen L, Beaujean DJ, van Gemert-Pijnen JE. Why mobile health app overload drives us crazy, and how to restore the sanity. BMC Med Inform Decis Mak 2013; 13:23.
- Lorchan LT, Wyatt JC. mHealth and Mobile medical apps: a framework to assess risk and promote safer use. J Med Internet Res 2014; 16(9):e210.
- Velu AV, van Beukering MD, Schaafsma FG, Frings-Dresen MH, Mol BW, van der Post JA, et al. Use of a medical mobile app to prevent work-related risks in pregnancy: a qualitative analysis. JMIR Res Protoc. 2017; 6(8):e163.
- Mahmoudabadi FS, Ziaei S, Firoozabadi M, Kazemnejad A. Use of mobile phone during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. J Environ Health Sci Eng. 2015; 13-34.
- Peragallo Urrutia R, Berger AA, Ivins AA, Beckham AJ, Thorp JM Jr, Nicholson WK. Internet use and access among pregnant women via computer and mobile phone: implications for delivery of perinatal care. JMIR Mhealth Uhealth. 2015; 3(1):e25.

M<sup>a</sup> Luz Sánchez Escalada

## La relevancia de la prueba pericial psicológica en víctimas de violencia de género

Doctora en Psicología. Perito judicial forense. Máster en psicología aplicada. Experta en Mediación. Presidenta de la Asociación de Conflictología y Victimología (APICV). Consultora Instituto de Psicología y Salud Integral (IPSI), Santander

E-mail: lexitimia@gmail.com

Fecha de recepción: 6 de junio de 2018. Fecha de aceptación: 2 de agosto de 2018.

Cómo citar este artículo:

Sánchez Escalada ML. La relevancia de la prueba pericial psicológica en víctimas de violencia de género. *Matronas hoy* 2018; 6(3):41-50.

### Resumen

**Introducción:** la relevancia en la prueba pericial psicológica reside, principalmente, en que en esta valoración se recogen todos los efectos psicopatológicos y psicosociales producidos por los tipos que componen la violencia de género. Además, la pericia consiste en hacer visible el proceso de violencia y el riesgo de su aparente invisibilidad, así como los graves efectos en la salud de las víctimas.

### Objetivos:

- Exponer la valoración de la violencia psicológica, que en la práctica forense entraña ciertas características y dificultades, idiosincráticas, legales y sociales, donde en un informe científico se hace constatar: la existencia de maltrato, las consecuencias psicológicas y secuelas, así como la relación causal entre ambos, esto es, la huella psíquica de delito, y la credibilidad de los testimonios de las víctimas (mujeres e hijos en su mayoría).
- Revisar los resultados de las mediciones de la violencia de género con instrumentos de *screening* en ámbitos sanitarios con población española, aplicados en colectivos de especial vulnerabilidad como las mujeres embarazadas.
- Aportar como contexto los avances y retrocesos en el sexismo, para finalizar con una breve digresión sobre victimología y criminología en esta materia, así como recomendaciones sobre la atención a las víctimas.

**Metodología:** revisión bibliográfica a partir de bases de datos clínicas e investigaciones más relevantes en victimología de género desde la promulgación de la LO 1/2004, y sus actualizaciones. Consulta de artículos, tesis doctorales, macroencuestas y webs de organismos oficiales y de asociaciones de profesionales de la salud.

**Conclusiones-recomendaciones:** recomendar la recogida de otros informes profesionales, tanto en el ámbito sanitario como educativo (hijo/as), notas, y cualquier otra valoración realizada con anterioridad o en el curso de la valoración psicológica, lo que redundará en una información de inestimable valor en la pericia psicológica de gran relevancia en todos los casos puesto que pueden constituir un medio de prueba que corre a cargo de las víctimas, con importantes consecuencias jurídicas y existenciales. Es perentoria la coordinación entre profesionales especializados en la materia, en concreto con salud mental para evitar la revictimización.

**Palabras clave:** violencia contra la mujer; violencia física y sexual; embarazo; personal sanitario; matronas.

### Abstract

The relevance of psychological expert evidence in victims of domestic violence

**Introduction:** the relevance of psychological expert evidence consists primarily in the fact that this evaluation collects all the psychopathological and psychosocial effects caused by the types which form domestic violence. Besides, the evidence consists in making visible the violence process and the risk of its apparent invisibility, as well as the severe effects on the health of victims.

### Objectives:

- To show the evaluation of psychological violence, which in forensic practice involves certain characteristics and difficulties, of idiosyncratic, legal and social nature, where the following are stated in a scientific report: the existence of abuse, its psychological consequences and long-term effects, as well as the causal link between them, that is to say, the psychological impact of the crime, and the credibility of testimony by victims (mostly women and children).
- To review the results of Domestic Violence measurements through screening tools in healthcare settings with Spanish population, applied in particularly vulnerable population groups, such as pregnant women.
- To provide as context the advances and setbacks in sexism, ending up with a brief digression on victimology and criminology on this matter, as well as recommendations on victim care.

**Methodology:** a bibliographic review based on clinical databases and the most relevant research about domestic victimology, since the enactment of Organic Law LO 1/2004, and its updates. Articles and doctoral theses were consulted, as well as macro-surveys and webs by official agencies and healthcare professional associations.

**Conclusions and Recommendations:** it is recommended to collect other professional reports, both in the healthcare and the educational settings (children), notes, and any other assessment conducted previously or during the course of psychological evaluation; this will result in information of priceless value in psychological evidence, highly relevant in all cases, because these can become a means of evidence for victims with major legal and existential consequences. It is imperative to achieve coordination between professionals specialized in the matter, specifically with mental health, in order to avoid revictimization.

**Key words:** violence against women; physical and sexual violence; pregnancy; healthcare staff; midwives.

## Introducción

### Violencia de género (VG)

En España, las cifras de incidencia del maltrato a las mujeres por parte de su pareja o expareja han ido aumentando paulatinamente desde el año 2000 hasta la actualidad, cifrándose el incremento en más de un 157,80% según el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Sin embargo, leyendo con precaución estas cifras, hay que entenderlas también más que un aumento en la prevalencia de VG, como un desvelamiento o esclarecimiento de una victimización oculta, que es una de sus características idiosincráticas. Aún así, se estima que la prevalencia de VG en el total de las mujeres españolas alcanza el 30%. Por otra parte, si se atiende a una de las variables predictivas de la VG como es el sexismo en la población, en los estudios longitudinales<sup>1</sup> de más de 10 años se siguen observando resistencias en la modificación emocional sexista en la población adolescente, lo que lleva a los chicos a mantener estereotipos sexistas, otorgando el valor de la mujer en función de su apariencia física.

Las conductas más habituales reconocidas por los chicos, y con mayor significación estadística, están referidas a estrategias de control y poder, en dinámicas de dominio-sumisión como modelo relacional coercitivo:

- Intento de control en la toma de decisiones, decidiendo por ella hasta el mínimo detalle (13,77%), intentos de aislamiento de sus amistades (12,36%), ridiculización e insultos (10,3%).
- Sesgo en la percepción de maltrato: es percibido en mayor medida por los chicos cuando son las chicas las que realizan estas mismas conductas. Lo que señala la ineficacia o falta de cumplimiento de las medidas preventivas previstas en la LO 1/2004.

Aunque la mayoría de la población tanto juvenil como adulta reconoce las conductas de maltrato en su relación con la violencia física, también reconocen la coacción y la intimidación, incluyendo la realizada con las nuevas tecnologías. Tan solo el 10% considera maltrato sexista las conductas relacionadas con "llevar la contraria", indicador en sí mismo, no de maltrato, pero que sigue valorándose en una chica para tener una buena relación de pareja. En esta, la mujer tiene que inhibir la discrepancia, con el consiguiente riesgo de sumisión y anulación de la individualidad que implica. Esta anulación identitaria es una conducta previa a estrategias de control y aislamiento. En España, en el 2015<sup>1</sup>, del total de mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, el 63,6% afirma que sus hijos/as presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia, la mayoría (92%) era menor de 18 años cuando sucedieron los hechos, el 64% la sufrió directamente<sup>3,4</sup>, y se han contabilizado 44 muertes víctimas de asesinatos en 10 años. Lorente<sup>4</sup> estima que 900.000 hijos/as sufren maltrato cada año en España.

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género<sup>5</sup> establece la relación entre el maltrato recibido hacia la madre y el tipo de síntomas psicopatológicos de los hijos/as<sup>6</sup>.

La VG, a diferencia de otros tipos de violencia, es una agresión a los Derechos Humanos<sup>7</sup>, cuya expresión práctica y objetiva es el trato indigno como "cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres". Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada. Según añade Lorente<sup>8</sup> "una conducta que supone una doble intención: la continuidad propia del trato y el ataque a la dignidad como valor superior de la persona, lo cual conlleva que previamente se le haya restado significado como derecho fundamental"; esto es, una asimetría coercitiva en el principio de igualdad de valor.

La magnitud de la VG sitúa a la sociedad ante un grave problema de salud pública según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>9-11</sup> de proporciones pandémicas que necesita ser evaluado en todos los ámbitos sociales, jurídicos y sanitarios. El aumento de la prevalencia y la incidencia (comparación macroencuestas 2006-2011) refleja el déficit en las prácticas para su erradicación, lo que provoca una prolongación de los efectos devastadores en la salud de las mujeres y una extensión de las consecuencias hacia otras personas del entorno, habitualmente hijos e hijas, así como una ampliación a través de la repetición de la agresión.

Estos datos siguen siendo inadmisibles en España a pesar de los 10 años de la LO 1/2004<sup>12</sup>, donde se comprende "todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las amenazas, agresiones a la libertad sexual y a las coacciones o la privación de libertad que reciben las mujeres por parte de hombres con quienes conviven o hayan convivido". Las dotaciones presupuestarias a la misma han sido irregulares, con resultados prácticamente proporcionales a los mismos<sup>13</sup>. Por ello, en los últimos años de crisis económica, aparecen mayores limitaciones en la superación del sexismo en las actividades cotidianas de los jóvenes y aumenta con ello el riesgo de la mujer en toda su edad reproductiva, con especial énfasis en el embarazo. En España, solo en el año 2017, se han registrado 49 mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas y ocho menores fueron también asesinados, lo que supone la cifra más alta desde que se computan los datos, lo que retrotrae a cifras anteriores a la LO 1/2004<sup>14</sup>. Tanto es así, que el propio Defensor del Pueblo<sup>15</sup> en el 2017 señaló la necesidad de otorgar a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de la violencia machista una protección más rápida y eficaz, y alerta de que el quebrantamiento de las medidas de alejamiento se ha triplicado en ese mismo año, según los datos publicados por el Consejo General del Poder Judicial. Emplaza, así mismo, a la dotación de recursos con carácter de urgencia al pacto de Estado contra la VG. El pacto fue aprobado finalmente<sup>16</sup>, queda por ver la dotación presupuestaria y la aplicación de la nueva normativa.

### **Violencia psicológica**

La VG es siempre y en todos los casos una violencia psicológica que puede incluir todos los tipos de violencia que se interrelacionan: la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual, cuya severidad y frecuencia variarán de una víctima a otra, pero cuyo objetivo común en todas ellas es el control de las mismas.

Conviene destacar que si bien la violencia psicológica puede incluir al resto de violencias, puesto que los actos violentos y los efectos lo serán, la violencia psicológica puede darse en exclusividad, siendo esta situación la más habitual, aunque pueda estar oculta o disimulada bajo patrones socialmente admitidos y, como tal, invisibilizada durante el proceso de maltrato.

#### **Principales manifestaciones de la violencia psicológica**

Abuso verbal: rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, manipular, poner en tela de juicio su cordura.

Abuso económico: control instrumental asimétrico (premios y castigos) y/o abusivo de las finanzas; justificación exhaustiva de gastos, ingresos. Impedirle el control de las decisiones laborales, etc.

Intimidación: control abusivo de la vida de las víctimas a través de miradas, gestos o gritos. Descontrol emocional brusco y desconcertante, irritabilidad por cuestiones mínimas, manteniendo en las víctimas un estado de alerta constante.

Amenazas: de herir o herirse, suicidarse, llevarse a los hijos, hacerle daño a ellos/as y a animales domésticos, amenazar con irse o echarles de casa.

Desprecio o abuso emocional: tratar al otro como inferior, tomar decisiones importantes sin consultarle, se la denigra como persona, mujer y madre.

Aislamiento: control abusivo de la vida de la víctima mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de conversaciones y medios tecnológicos, impedimentos en el cultivo de amistades propias y restricción de las relaciones familiares.

#### **Dinámica de la violencia psicológica: síndrome de adaptación paradójica vincular**

Las víctimas viven en la dinámica de esta violencia por los mecanismos de negación, minimización y culpabilización, alcanzando la adaptación paradójica y patológica (Figura 1) por condicionamiento instrumental con dependencia afectiva, lo que refuerza todavía más el vínculo polarizado y el comportamiento agresor. Se intercalan fases de explosión más o menos violentas con otras de arrepentimiento y luna de miel, que cursan con manipulación afectiva, hasta el punto de llegar a un periodo más o menos rápido de mayor indefensión aprendida, por la cual, hagan lo que hagan, las

víctimas ya no pueden predecir la conducta del agresor, estableciéndose finalmente una total dependencia, siendo el agresor el que controla a la víctima. El agresor en todos los casos actúa desde la necesidad y la demostración de poder, buscando dominación y consiguiendo sumisión emocional, cognitiva y conductual de sus víctimas, que presentarán un conjunto sindrómico característico de las mujeres maltratadas, pudiendo cursar, en no pocos casos, con estados disociativos.

Esta dinámica cíclica puede mantenerse durante años, la media ha bajado a cinco, desde la entrada en vigor de la LO 1/2004. Este tipo de violencia psicológica, que puede cursar o no con otros tipos de violencia como se señalaba anteriormente, es de mayor invisibilidad, causando trastornos psicológicos, desestructuración psíquica, pudiendo agravar enfermedades físicas o incluso provocar el suicidio. Destacar en este sentido el primer estudio sobre suicidio llevado a cabo en medicina forense<sup>17</sup>, donde el 81% de las mujeres víctimas de violencia de género ha intentado o pensado suicidarse. En el informe se aporta el terrible dato de que intentaron suicidarse el 63% y requirió asistencia médica para salvar su vida. Son todas estas situaciones clave en la gestión del riesgo por los profesionales de la prevención primaria de la violencia de género, puesto que se encuentran en una situación privilegiada en cuanto al número de casos y tipos de violencia.

#### **Situaciones de mayor riesgo**

Si bien el riesgo a la VG se produce en toda la edad reproductiva de la mujer, la separación y divorcio siguen siendo las variables de mayor riesgo de VG y asesinato, y puede hacerse extensible a sus hijos/as como mecanismo de dominación y control por parte del agresor; en esta situación de cambio aumenta exponencialmente el riesgo de todos los tipos de violencia<sup>18</sup>. Las agresiones se producen con mayor virulencia hacia mujeres en situación civil de no casadas, en parejas de hecho, y peor en aquellas no convivientes de forma estable. Destaca muy especialmente la baja percepción de maltratada en las víctimas, lo que redundará en los mecanismos de negación comentados, siendo una de las características idiosincráticas de este tipo de violencia (Cuadro 1).

La prevalencia de la VG en ámbitos sanitarios se puede medir de forma cuantitativa con varios instrumentos, los más relevantes en cuanto a su capacidad discriminativa son: el *Abuse Assessment Screen* (AAS) y el *Index of Spouse Abuse* (ISA), que han sido estudiados mayoritariamente con población anglosajona. Revisados con población española<sup>20</sup> aportan buena fiabilidad y validez. Estos instrumentos de *screening* son asequibles, de gran utilidad para los profesionales de Atención Primaria. Ambos arrojan medidas diferenciales de los tres tipos de violencia medidos habitualmente para determinar la prevalencia de violencia de

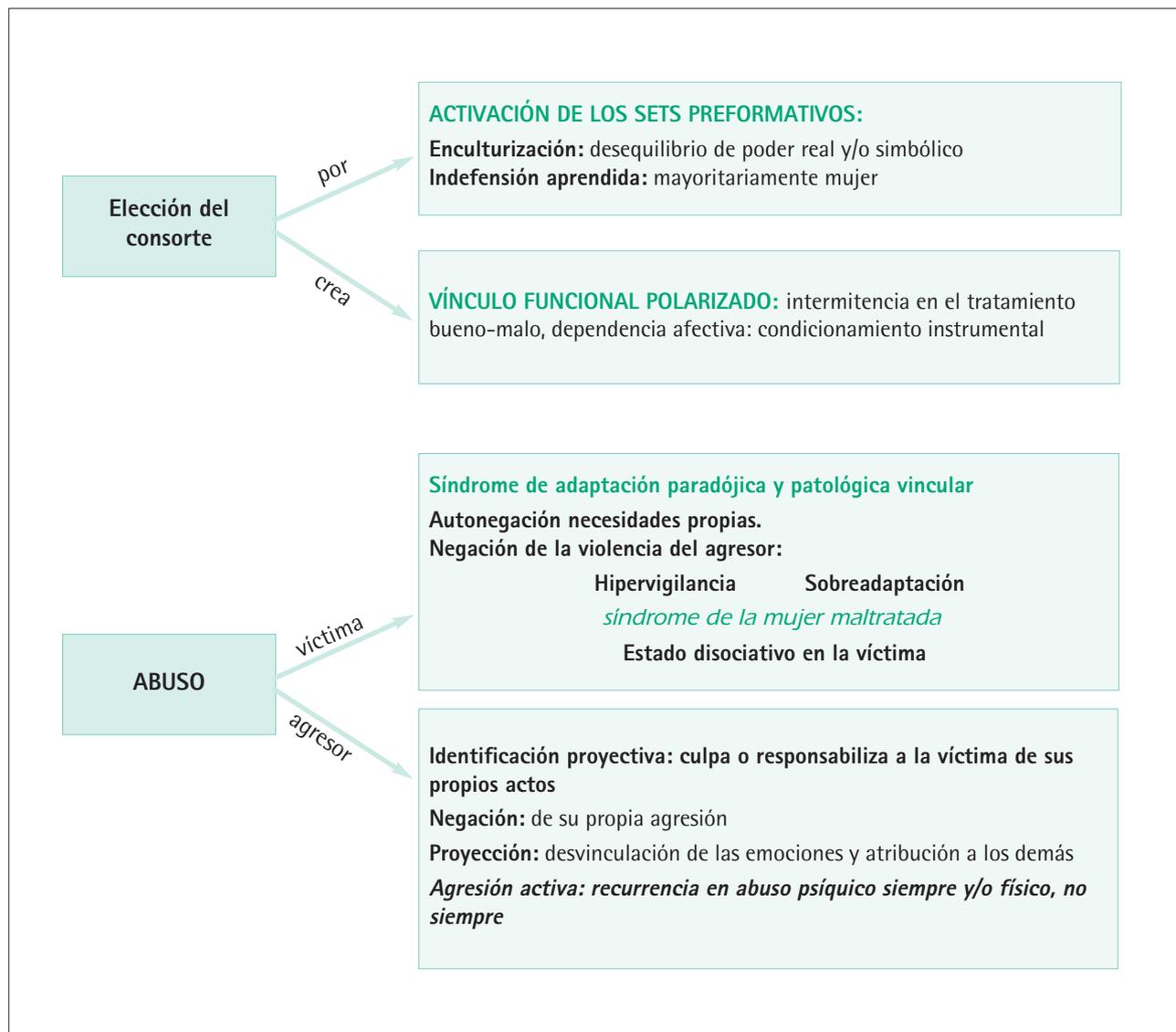


Figura 1. Síndrome de adaptación paradójica vincular

Cuadro 1. Marcadores de abuso: separación y/o divorcio

CTS	Casadas	Parejas de hecho	Separadas/divorciadas
Agresión verbal	13,1%	19,7%	32,9%
Agresión física	5,9%	14,7%	22,4%
Agresión física severa	3,4%	8,9%	15,2%
Agresión sexual	10,4%	17,0%	17,4%
Agresión sexual severa	4,0%	8,9%	8,7%
Lesiones	4,8%	8,9%	12,1%
Autodefinition maltratada	2,3%	5,3%	26,1%

Fuente: elaboración propia

género: violencia emocional (AAS: 4,8; ISA: 21,0), violencia física (AAS: 1, 7; ISA: 3,6 incluida la sexual con este instrumento) y violencia sexual (AAS: 0,5). Combinados los dos instrumentos sin duplicidad de datos se detecta un 22,7% de casos donde las mujeres están sufriendo cualquiera de los tipos de violencia periembarazo.

## Evaluación pericial psicológica en víctimas de violencia de género

### *Relevancia procesal de los partes de lesiones e informes forenses*

Solo baste hacer constar que en el 98% de sentencias condenatorias lo fue exclusivamente basado en el daño físico, en cambio la lesión mental y emocional no se aportaron en ningún caso como prueba de acusación, a pesar de la entrada en vigor de la Ley Orgánica (LO) 11/2003, de 29 de septiembre, que considera delito cualquier agresión desde la primera que se produzca, incluyendo no solo las agresiones físicas, sino también las psíquicas. Tampoco la LO 1/2004 ha aportado nada en relación a la carga de la prueba psíquica. Por ello, la psicología forense puede y debe aportar un rol fundamental en la valoración de la lesión mental de especial relevancia en la VG.

En España, la función pericial está regulada en el Derecho Civil por la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y en el Derecho Penal en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Además, existe la obligación legal y profesional de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones psíquicas y físicas que presumiblemente provengan de actos violentos (LECrím, art. 262, 355, 450; Ley de Protección del Menor, art.13; Código Penal, artículos 407 y 450, Códigos de Ética Deontológica Médica, art. 30.2 y psicológica art. 7 y 8), contando con instrumentos preparados a tal fin y con protocolos comunes específicos para la actuación sanitaria ante la violencia de género<sup>21</sup>.

Se hace señalar que el artículo 262 (LECrím) en la práctica profesional de su obligación se ha de referir "al que por razón de sus cargos profesiones u oficios", indicando que es una obligación de cualquier profesional, sea este del ámbito sanitario, trabajo social, educativo o cualquier otro, poner en conocimiento las circunstancias de una víctima en ocasión del quehacer profesional; no implica denunciar, pero sí ponerlo en manos de quien pueda investigarlo, mediante un parte o informe, para cursar la investigación que se adecúe al caso, bien médico forense o policial, etc. La omisión de su actuación bajo excusas de imparcialidad se entiende por un posicionamiento pasivo a favor del agresor que se podría ver impune y amparado por la actuación del propio sistema<sup>22</sup>.

Al emitir partes de lesiones y/o informes se contribuirá a su esclarecimiento y a romper el círculo de la violencia y

sus efectos psicológicos adversos. Tanto si la víctima desea en ese momento denunciar como si lo hace más adelante, algo habitual puesto que la denuncia es el momento de mayor riesgo de ser asesinadas al igual que sus hijo/as, los informes emitidos redundarán siempre beneficiosos, puesto que la propia víctima puede hacer uso de ellos en los momentos procesales relevantes, donde serán de vital importancia.

En cuanto al informe psicológico, y aun tomando en consideración las obligaciones limitadas que se imponen en la normativa profesional y Deontológica<sup>23</sup> (art. 40 del C. Deontológico-confidencialidad y/o reserva), el profesional de la psicología está obligado a informar (art. 7 del C. Deontológico) y art. 8 del Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Hasta el punto de que a los psicólogos se nos impone la obligación de denunciar, no solo informar (...) "sin que le fuera dable oponer el derecho a la intimidad de los clientes/pacientes que se protege en el art.18.1 de nuestra Constitución"<sup>24</sup>.

En aquellos casos de conflicto ético del ejercicio profesional, caso del tratamiento psicoterapéutico de parejas donde el profesional detecta VG (del 18 al 20% de los solicitantes)<sup>25,26</sup>, se ha de interrumpir la psicoterapia siempre, puesto que su situación no puede ser concebida como una "situación de crisis", y por lo mismo tampoco podrán beneficiarse de procesos como el de mediación familiar en el que existe estricta prohibición de la LOPJ (Art. 44) y por los mismos motivos tampoco de la psicoterapia conjunta. El criterio de la violencia es la demarcación determinante del territorio privado, y tal y como se recogen en el espíritu de las leyes mencionadas no se debe revertir un problema de Salud Pública en procesos privados, por ello es necesario que profesionales cualificados sepan discernir los mecanismos de la violencia y ser conocedores de la peligrosa asociación del elevado riesgo en los procesos de ruptura y denuncia para la mujer y sus hijos/as.

En el 2016, el 47% de las víctimas de VG retiró la denuncia (art. 416 LECrím), de estas, un 26% lo hace al acercarse el juicio oral: más por presiones de su entorno o del acusado, con sentimientos de miedo, humillación, vergüenza, presiones sociales y/o familiares, dependencia emocional y/o económica y por la creencia de que no se podrá demostrar su situación. "En tales casos, se echa por tierra todo el avance que supuso la denuncia y todo el esfuerzo de los operadores a lo largo del proceso, lo que fortalece al autor a la vez que perjudica a la víctima y produce un sentimiento de impunidad difícil de comprender por la sociedad", se dice en las conclusiones del XII Seminario de la Fiscalía GE 2016. Retiradas de acusación en el 48% por falta de pruebas fundadas en la presunción de inocencia del acusado (art. 24 CE). De las mismas conclusiones del seminario: "el gran número de sobreesiimientos y sentencias absolutorias, superiores a las que reflejan los datos estadísticos del Observatorio del CGPJ, producen así mismo la sensación de impunidad".

Todos los hallazgos revisados han de llevar a hacer propuestas para introducir de modo preventivo en la práctica diaria profesional de Atención Primaria los mecanismos de identificación y los instrumentos de detección y medición que reviertan en un informe a tal fin, del que puedan derivarse tanto la activación de los protocolos de atención y contención como los que puedan verse involucrados en las pruebas periciales psicológicas. Estas se pueden convertir no pocas veces tanto en la única prueba de inestimable valor para la paciente víctima de VG, como dentro del conjunto de valoraciones periciales pudieran llevarse a cabo en la actividad forense, tanto desde el contexto público como desde el privado. Recabar esta información es especialmente importante en el peritaje psicológico, puesto que las variables psicológicas implicadas tienen un relevante papel en reforzar conclusiones dentro de la valoración global de la víctima, de sus hijos si los hubiere, así como de realizar la estimación del riesgo de reincidencia en el agresor dentro de la valoración integral, si fuera posible<sup>27</sup>.

#### ***Cuadros sindrómicos más habituales en víctimas de violencia de género***

Es preciso conocer previamente los cuadros sindrómicos más habituales en este tipo de población victimizada, puesto que se ha de dar cuenta del proceso, aparentemente paradójico y patológico de adaptación, a una situación excepcional que ha provocado una reacción psicopatológica, centrándose más en los síntomas clínicos que en la dinámica agresora. Si bien se dan unas generalidades, las diferencias individuales en la vivencia traumática, en cada caso de violencia, son la norma más que la excepción.

Los trastornos depresivos, de ansiedad generalizada, abuso de sustancias, aislamientos e inadaptaciones con problemas interpersonales sociales, familiares y laborales son habituales. Los síntomas de estrés agudo se han visto modificados en sus criterios en el DSM-V<sup>28</sup> con respecto a su anterior (DSM-IV). El criterio de situación "estresante" (criterio A) requiere ser explícito en cuanto a si se califican eventos traumáticos que se experimentaron directa o indirectamente (añade) o se presenciaron. Esta modificación es positiva, sobre todo para los/as hijos/as víctimas. Además, el DSM-V en su criterio A2 en cuanto a la reacción subjetiva (temor intenso, desamparo, horror) ha sido eliminado (el DSM-IV era muy restrictivo en cuanto a los síntomas disociativos), puesto que, con base en la evidencia científica, las reacciones postraumáticas son muy heterogéneas en sus manifestaciones<sup>29</sup>. Las personas pueden cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-V para el estrés agudo si presentan nueve de los 14 síntomas que figuran en estas categorías: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y excitación. Este trastorno puede producir un profundo efecto en la personalidad cuando se manifiesta de modo persistente, pudiendo ocasionar secuelas permanentes (factor tiempo). Así,

el trastorno de estrés postraumático (TEPT: F43.1) en la revisión del DSM-V se diferencia significativamente de su anterior. Mientras había tres grandes grupos de síntomas en el DSM-IV: reexperimentación, evitación/embotamiento y excitación, en el DSM-V hay cuatro grupos de síntomas, resultado de desglosar el cluster evitación/embotamiento en dos grupos distintos, la evitación y las alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y en el estado de ánimo. Modificaciones estas más acordes tanto en la vivencia traumática en general, en el mundo occidental al menos, como en el caso que se ocupa de las víctimas de violencia de género. En función de la gravedad y la dosis, puede cursar con alteraciones en la personalidad de modo permanente, pasando a considerarse secuelas crónicas (factor intensidad).

Al analizar los tres factores que pueden predecir el desarrollo de un TEPT en su relación con las características de las dinámicas que se desarrollan en la VG, aumenta proporcionalmente la posibilidad de acabar provocando la aparición del cuadro traumático en las víctimas. 1. Frecuencia de la violencia: las conductas violentas aumentan con el tiempo de exposición. 2. Severidad de la violencia: la progresión suele cursar la mayoría de las veces (no siempre) desde una progresión de lo psíquico-verbal/violencia física: leve-moderada-grave, a lo físico, y homicidio o suicidio. 3. Duración de la violencia: la media de duración suelen ser cinco años en el 70% de los casos (Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres, 2000).

En cuanto al diagnóstico del TEPT complejo, (no recogido en el DSM-V) se quiere señalar las alteraciones crónicas en la personalidad de la víctima, como secuelas a la adaptación violenta, sobre todo en función a la observación de las afectaciones neurológicas en mujeres que han sido víctimas de violencia conyugal. Si bien va a depender de la severidad y la duración de la violencia, y la mayoría de las veces se da una relación entre dosis y efecto, se han de tener en cuenta en el diagnóstico los síntomas clínicos de las víctimas, y no tanto las dinámicas de maltrato. En las últimas ediciones y adaptaciones de los manuales DSM-IV y V (APA de uso internacional) las afectaciones neurológicas encontradas, situaron los hallazgos en las áreas visoespacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención<sup>30</sup>.

La nueva búsqueda de síntomas y parámetros del trastorno TEPT complejo (DESNOS)<sup>31</sup>, que efectivamente suele mostrar esta población revictimizada, puede constituir un daño multidimensional que abarca toda la totalidad del funcionamiento de la persona. Va más allá, por tanto, de un mero listado sintomatológico, explicando este cuadro un patrón de conductas (variables intervinientes y factores en interacción), que inciden en la generación de daño psíquico crónico en la mujer sometida a malos tratos continuados, aleatorios e impredecibles, aunque esperables. Los criterios propuestos por Herman<sup>33</sup> para el diagnóstico de TEPT complejo indican una historia de sometimiento a un control to-

talitario por un periodo más o menos prolongado (meses o años), lo que añade al TEPT, las oscilaciones en la falta de regulación del afecto de modo permanente. Otros síntomas más o menos permanentes de impulsividad, alteraciones en la consciencia y atención, alteraciones en la percepción de sí mismo, alteraciones en la figura del abusador, del intimidador; alteraciones en la relación con otros, somatizaciones y alteración del sistema de significados existenciales.

Con relativa frecuencia, y en mi experiencia clínica, encuentro este tipo complejo de TEPT no solo en situaciones de larga victimización al delito violento, sino también en situaciones de victimización secundaria. Ello se produce, o bien por omisión de algunos, bastantes o todos los profesionales implicados en la cadena asistencial, o por excesiva reexperimentación con motivo de las relaciones asistenciales inadecuadas (p. ej.: por falta de recursos, de tiempo o falta de formación especializada en la materia, o ambos motivos) de médicos, psicólogos, agentes judiciales y jueces, educadores y/o agentes sociales, etc., además de los fallidos procesos judiciales. Generadores todos de un proceso de revictimización y recaída en el daño o dolor padecido por las víctimas. Su padecimiento será un estigma cronificado de modo existencial y verá a todos como culpables, y lo seremos porque el sistema violentará al igual que el vínculo violento y el delito quedará impune. Los hijos/as víctimas, quizá a su vez, tendrán que adaptarse al custodio violento con la consiguiente adaptación e identificación-alienación, y se habrá participado en la perpetuación sistémica de la cultura violenta.

### Protocolo de evaluación

En un protocolo científicamente válido y fiable de evaluación psicológica forense y al igual que en todas las situaciones, en los casos de víctimas de VG se tienen en cuenta principalmente tres áreas de valoración<sup>33</sup>: en primer lugar, establecer que la VG se ha producido. En segundo lugar, valorar los efectos psíquicos (lesión o secuelas) de dicha violencia y, por último, establecer y demostrar el nexo causal entre la situación violenta y el daño psíquico (lesiones psíquicas y secuelas). Se añade al protocolo una cuarta área de valoración sobre la credibilidad del testimonio.

- Constatar la existencia del maltrato: mediante la entrevista clínico forense y diversos cuestionarios con validez científica discriminante, tanto del diagnóstico clínico, como del criterio forense inexcusable de validez y fiabilidad del testimonio. Así mismo, se evalúan las características sociodemográficas, la historia evolutiva y de victimización, las circunstancias y el contexto de la violencia en cuanto a características del entorno de la víctima y sus efectos psicopatológicos. Se contrasta su testimonio con la información que se conoce sobre la violencia psicológica y la de género: si refiere en su narración conductas abusivas suficientes y su congruencia con las dinámicas y los procesos psíquicos de mantenimiento y adaptación a la violencia.

Se analizan la vulnerabilidad y la personalidad previa, las relaciones interpersonales con el agresor, la existencia de hijos y su valoración, la relación con los mismos, antecedentes personales del entramado familiar, de salud, educacionales, sociales y laborales. En este punto será de gran valor recoger cuanta información y documentación sea relevante al caso: informes sanitarios, partes de lesiones, informes psicopedagógicos, resultados académicos (hijo/as), problemas de conducta, bajas laborales, etc., pudiendo establecer un análisis longitudinal de la vivencia traumática que permita concluir si la mujer e hijos/as han sido víctimas de violencia y constatando, por tanto, la existencia de recurrencia de la violencia. Se extrae la información que pueda verificar o no la existencia de una dinámica recurrente de violencia, a la que las víctimas han estado sometidas, evidenciando o no, la situación de maltrato.

- Valoración de las consecuencias psicológicas. Daño psíquico y secuelas: posteriormente, la actividad pericial consiste en emitir psicodiagnóstico de las consecuencias y repercusiones psíquicas, psicosociales y laborales que haya padecido la víctima. Se habrá de verificar la existencia de lesión psíquica como consecuencia de las agresiones, así como posibles secuelas (remisión, estabilización, cronificación). Es preciso, siempre y en todo caso, para sostener enfermedad o trastorno mental, sobre todo en el contexto legal, que exista apoyatura en sistemas de medición debidamente validados y de amplia utilización (test, entrevistas, inventarios, etc.). Una de las dificultades en este punto es el establecimiento de la posible morbilidad previa, puesto que la valoración pericial se suele producir *a posteriori* o en el mejor de los casos en el momento intraestrés, puesto que la consideración de las secuelas y su cronificación, al igual que el pronóstico, dependerán de múltiples variables asociadas (factores de riesgo y factores protectores).

Para emitir el diagnóstico diferencial se habrá procedido mediante entrevistas y test psicométricos, evaluando la sintomatología y sus niveles de gravedad: depresión, ansiedad, ideación suicida, alteraciones en la estructura del sueño (fases), trastornos de la alimentación (relativamente frecuentes), autoestima y fuerza del yo, trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático. Valorar así mismo aquellas funciones neuropsicologías que puedan verse afectadas dentro del funcionamiento cognitivo (atención, concentración, memoria, bajadas de CI: presentan alteraciones de modo frecuente). Se valorará así mismo, y con especial énfasis, la sintomatología psicósomática típicamente asociada a aquellos periodos donde las víctimas sientan ataques de pánico (con o sin ingresos hospitalarios), dolores musculares, nerviosismo motor y dificultades respiratorias y otros problemas físicos que pueden alertar del miedo subjetivo percibido por la víctima en cuanto al peligro de su integridad física y la de sus hijos/as, activando el protocolo de actuación de medidas de protección de modo inminente.

El diagnóstico de estrés postraumático es el que mejor define la situación de la vivencia de violencia de género, y el que establece en su definición el nexo causal directo de sus síntomas. Algo que ocurre en el 60/70% de las mujeres víctimas de este tipo de violencia. Se ha de establecer si es agudo, con una duración de menos de tres meses, o crónico si son más de tres; y de inicio inmediato o demorado (también relativamente frecuente), si desde el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses. Si bien algunas respuestas de reexperimentación suelen remitir o desaparecer aparentemente con el paso del tiempo (*flashback*, pesadillas), son más habituales en los momentos de intraestrés y pueden funcionar como un nódulo de activación/desactivación, reactivándose en momentos de asociación o de estrés (procesos judiciales, visitas del padre custodio, hijo/as en edad lactante, etc.).

- La relación causal: después de la constatación del proceso de violencia y sus efectos, con el consiguiente diagnóstico diferencial, con la sintomatología y/o las secuelas producto del daño psíquico si lo hubiere, y si cursa de modo compatible, con episodios de violencia en mujeres y/o niños/as, se ha de proceder a establecer el nexo causal entre ambas situaciones.

Para ello han de establecerse tres dimensiones que sustentarán ese nexo causal: dimensión clínica diagnóstica, dimensión psicopatológica y dimensión vincular o práxica dentro de una variable temporal al fin de valorar a través de ella las habilidades perdidas, aptitudes mentales y actitudes, rasgos de personalidad, etc. Por la que se valorará la transitoriedad o cronicidad de las secuelas o trastornos diagnosticados.

En cuanto a los criterios científico-forenses de causalidad (etiológicos), contextuales (topográficos), del curso del maltrato y su trastorno (cronológicos), de la cantidad y continuidad sintomatológica señalados, no obstante, surge una consideración relevante que esclarece la duda de la posibilidad de concurrir otras causas que pudieran solaparse con la sintomatología. Esta duda sobre las concausas pierde bastante valor, si se tiene en cuenta que cualquier persona, aun sin antecedentes de vulnerabilidad psicopatológica, en una situación en sí misma generadora de lesión psíquica, ha de considerársela causa directa de la misma, atendiendo al criterio de razonabilidad científica.

En todo caso, se entiende legalmente como causa directa a los síntomas internalizantes, quedando fuera los externalizantes (conductas disruptivas, agresividad, etc.), debido al factor tiempo (contiguos y contingentes) y la posible contaminación de otros factores no directamente relacionados con el delito y porque, legalmente, se consideran que no anulan ni merman capacidades. En este caso, la victimización, no presentando relación causal directa, se considera solo factor de riesgo, y como tal no cumpliría el requisito legal para la estimación de la prueba.

### Valoración de la credibilidad del testimonio

En el contexto jurídico es inexcusable esta valoración en todos los casos, además en la mayoría de los casos de VG el hecho ocurre con bastante invisibilidad y, por tanto, no hay testigos directos, o bien porque se carece de otras pruebas, o por el tiempo que ha de transcurrir entre los hechos hasta que se presente la denuncia. Todo ello dificulta la obtención de la prueba que suele basarse, únicamente, en la declaración de las víctimas y los agresores.

En la valoración psicológica de la credibilidad no se cuenta de modo unívoco<sup>34</sup>, en ninguna ciencia se produce tampoco una evidencia total, con un instrumento que permita de forma indubitada la total credibilidad. Si bien, se cuenta con instrumentos notablemente validados (MMPI-2) en cuanto a la simulación y/o disimulación. (MMPI-2: escalas K y F, detectan del 81 al 89% de simuladores. Índice F-K (79,2%), índice de *gough* (P.D.> -9), y el perfil de V invertida (42,5%); Escalas I (T> 70) Y k (P.D.> 70). Además, este instrumento de fuerte base empírica incluye estudio de la personalidad, y posee estudios convergentes con muchos otros (MILLON, etc.).

Se analizará, además, la validez de contenido del testimonio en su consistencia, huella de memoria, para constar o no su admisibilidad como prueba, y la fiabilidad con los indicios de realidad de la huella psíquica con el control de la simulación<sup>35</sup>. Se obtendrá en todo caso mayor o menor peso de credibilidad testimonial, esto es, probatura en sentido forense de más o menos creíble o verdadera, en tanto que de su ausencia no se puede concluir que sea falsa.

### Digresión: victimología y criminología

Es recurrente el prejuicio social de la denuncia falsa, que es un mito, a tenor de los datos estadísticos publicados, en donde no ha dejado de arrojar una bajísima incidencia de esas denuncias falsas, no superando en nueve años de medición el 0,01% (Memoria de la F.G.E 2016. Pág. 460). Además, hay consenso internacional en los manuales de criminología donde se afirma con rotundidad estadística que las mujeres delinquen desproporcionadamente menos que los hombres (en 2018, el 92,65% de los presos era hombre<sup>37</sup>), y el abanico de infracciones femeninas es mucho más limitado y más leve, esto a pesar de que la mujer ha ganado posiciones de poder en la vida pública y de seguir siendo sensiblemente mayoría en la población (INE: 51% frente a un 49%). En la actualidad, los prejuicios van en contra, o bien, de la actual legislación, o por falta (y falsa) acusación de acientifidad en las valoraciones periciales, y también por los propios prejuicios dentro del corpus científico.

El 86% de las personas que denunció ser víctima de malos tratos en el ámbito familiar fue mujer y el 83% de las víctimas de delitos contra la libertad sexual. Y esto te-

niendo en cuenta que algunos estudios arrojan resultados en donde las mujeres solo denuncian estos delitos cometidos contra ellas en la intimidación en un 30% de los casos (y un 47% las retiran), frente al 65% de las denuncias que interponen por otros motivos en otros contextos. Esto es, después de tener en cuenta todos los datos estadísticos de las denuncias por VG se está viendo que tan solo el 6,72%, aproximadamente, alcanza a ver la condena judicial y que el 95% de esta punta del *iceberg* lo logra aportando partes de daños físicos. En este sentido, señala Lorente<sup>38</sup>: "Primero se sospecha de la denuncia de las mujeres y cuando son asesinadas quizá se llega a sospechar que lo fueran por violencia de género". Todos estos datos han de hacer reflexionar sobre los prejuicios de todo el entramado social y profesional que sostienen la impunidad en esta materia.

## Conclusiones/Recomendaciones

- Realizar un cribado sistemático a toda la población femenina, estableciéndolo dentro del protocolo habitual de todos los profesionales implicados en la cadena de asistencia (muy importante la de los profesionales sanitarios en general y el de las matronas en particular). Las entrevistas han de realizarse de modo individual (aunque vayan acompañadas del agresor a quien se observará en las conductas de "control y dominio" descritas), no siempre y en todos los casos las víctimas prefieren narrarlo y sí en cambio dejarlo plasmado en las escalas.
- Dedicar más tiempo a las víctimas en consulta, si se detectan síntomas, aportar un apoyo incondicional a la mujer, manifestar que "nos puede ocurrir a cualquiera en cualquier periodo de nuestra vida", contarlas casos si es preciso, es una forma que siempre es bien acogida y aporta confianza a la diezmada autoestima y consiguiente culpabilización de las víctimas.
- No se ha de esperar siempre y de modo inmediato a que la víctima reconozca el hecho, eso la puede llevar más o menos tiempo, sino que serán los profesionales quienes tienen que aportar de inmediato la disposición y seguimiento. Se ha de transmitir a las víctimas no solo empatía, sino eficacia y eficiencia en el abordaje de su situación traumática, y no paternalismos, apuntalar y elevar su dignidad, y si es preciso acompañar al resto de los servicios asistenciales.
- Derivar a las víctimas a Salud Mental, puesto que el 70% refiere preferencia de asistencia psicológica. La coordinación entre otros profesionales y recursos de Salud Mental especializados es crucial para la buena atención y seguridad en la intervención con las pacientes, evitando la revictimización.

## Abreviaturas

VG: violencia de género.

AAS: *Abuse Assessment Screen* (panel de evaluación de abuso).

ISA: *Index of Spousal Abuse* (índice de abuso conyugal).

LEC: Ley de enjuiciamiento civil.

LEcrim: Ley de enjuiciamiento criminal.

LOPJ: Ley Orgánica del Poder Judicial.

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, American Psychiatric Association, APA).

TEPT: trastorno de estrés postraumático.

MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, uno de los instrumentos más importantes y utilizados en la evaluación de psicopatología en adultos en los contextos clínicos, médicos, forenses y de selección de personal.

FGE: Fiscalía General del Estado.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia de Género 2015 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [citado 16 ago 2018]. Disponible en [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)
2. Rosser Limiñana A. Menores expuestos a la violencia de género. Consejo General de Psicología de España. FOCAD. 2018.
3. Rosser Limiñana A, Suriá Martínez R, Alcántara López M, Castro Sáez M. Hacer visible lo invisible. Buenas prácticas en la intervención con menores expuestos a violencia de género. Aliante: Limencop; 2016.
4. Lorente Acosta M. Donde más duele. El País [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2017/02/04/mujeres/1486201498\\_722077.html](https://elpais.com/elpais/2017/02/04/mujeres/1486201498_722077.html)
5. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental y juventud. Las víctimas invisibles de la violencia de género. "Quiero crecer"; 2015.
6. Sepúlveda García de la Torre A. La violencia de género como causa del maltrato infantil. Cuad. Med. Forense. 2006; 43-44:149-64.
7. Conferencia Mundial de Derechos Humanos [internet]. Naciones Unidas. 1993. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>
8. Lorente Acosta M. Violencia contra las mujeres y trato indigno. Entre la invisibilidad y la negación. Feminismo/s. 2005; 6:65-78.
9. World Health Organization (WHO). Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national

- multisectorial response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 16 ago 2018]. Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/violence/global-plan-of-action/en/>
10. Krug Etienne G. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
  11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resumen del 2017: actualidad de la Salud Mundial [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/2017/year-review/es/#event-resumen-del-2017-actualidad-de-la-salud-mundial>
  12. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. p. 42166-97 (32 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760>
  13. Magro Servet V. Especial 10 años de la Ley Orgánica de Protección Violencia de Género. Madrid: Wolters Kluwer; 2016.
  14. Sánchez ML. Las raíces de la Violencia [internet]. Asociación latinoamericana de Psicología Jurídica y Forense; 2004. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <http://psicologiajuridica.org/psj17.html>
  15. Defensor del Pueblo [sede web]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/>
  16. Boletín Oficial de las Cortes Generales Congreso de los Diputados. Pacto de Estado en España en materia de violencia de género. Serie D. núm. 1993 de agosto de 2017. Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/pactoEstadoVG2017.pdf>
  17. Lorente Acosta M, Sánchez del Lara Sorzano C, Naredo CC. Suicidio y violencia de género. Federación de Mujeres Progresistas y Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
  18. Fundación Isonomía. Universidad Jaume I. "Ruptura, Violencia y Mediación Familiar". Actas del VI congreso Estatal. Isonomía sobre Igualdad entre hombres y mujeres. 2017.
  19. Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof* 2008; 9(3):32-7.
  20. Velasco Juez MC. Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada; 2005.
  21. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género; 2006.
  22. Asensi FL. La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica* 2008; 21:15-29.
  23. Consejo General de la Psicología de España. Código Deontológico del Psicólogo en España [internet]. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <https://www.cop.es/index.php?page=Codigo-Deontologico>
  24. Bernalte Benazet J. El secreto profesional, la confidencialidad y la reserva. Apuntes. PsiAra. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya; 2014. Disponible en: [http://www.psiara.cat/view\\_article.asp?id=4509](http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4509)
  25. Sánchez ML. Dinámicas de amor, sexo y conflicto. 2011. Adaptado de: Sánchez ML Interacción afectiva sexual y adaptación en conflictos de pareja. Tesis Doctoral. UNED; 2009.
  26. Echeburúa E, Corral P. Violencia en la pareja, 2002. En: Urra J (ed.). *Tratado de Psicología Forense*. Madrid: Siglo XXI; 2002. p. 377-97.
  27. Ministerio de Justicia de España. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Madrid: Ministerio de Justicia. Secretaria General; 2011.
  28. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. APA. DSM-IV (2001) y DSM-V (2011). Madrid: Masson; 2001-2011.
  29. Guimón J. Controversias en la clasificación de los trastornos mentales. Core Academic-OMIE Editorial; 2014. p. 104.
  30. Pérez FM, Torres A, Conde O. Afectación neuropsicológica en mujeres que han sido víctimas de malos tratos. Salamanca: Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca; 2007.
  31. Asensi LF, Araña M. "TEPT complejo en violencia de género". Congreso Internacional y Virtual de Psiquiatría; 2005.
  32. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Strees* 1992; 5:377-91.
  33. Navarro Góngora J, Navarro Abad E, Vaquero Delgado E, Carrascosa Miguel AM. Manual de peritaje sobre malos tratos psicológicos. Junta de Castilla y León; 2004.
  34. Godoy-Cervera V, Higuera L. El análisis de contenido basado en criterios (cbca) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Papeles del Psicólogo* [internet]. 2005 [citado 16 ago 2018]; 26(92):92-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809204>
  35. Arce R, Fariña F. Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (seg). *Papeles del Psicólogo* [internet]. 2005 [citado 16 ago 2018]; 26(92):59-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77809202>
  36. Serrano Maillo A. Introducción a la Criminología (Colección Estudios de Criminología y Política Criminal). 6ª ed. Madrid: DYKINSON; 2009.
  37. Lorente Acosta M. Femicidio vinculado. Blog: Autopsia [internet]. 2018. [citado 16 ago 2018]. Disponible en: <https://miguelorenteaautopsia.wordpress.com/2018/03/29/femicidio-vinculado/>



## ¡Enfermería21 se actualiza!

► Conoce todas las novedades incorporadas y el nuevo diseño web del portal líder de Enfermería

- Adaptado a múltiples dispositivos
- Más visual e intuitivo
- Acceso a todas las plataformas y servicios de Grupo Paradigma desde un mismo sitio
- Conoce a través de la sección de Diario DICEN todas las noticias del sector
- Acceso a toda la oferta formativa de DAE Formación: AulaDAE, AulaOPE y AulaEIR
- Ofertas de empleo, revistas de Enfermería, test, documentos, libros y multitud de recursos relacionados con el mundo de la Enfermería

## HOMENAJE A LOS DRS. GABRIELLE MORREALE Y FRANCISCO ESCOBAR REY



Hace unos meses, exactamente el 4 de diciembre pasado, falleció Dña. Gabrielle Morreale, una mujer de ciencia, algo que afortunadamente cada vez es menos excepcional en España; aunque otros méritos como ser presidente de la *European Thyroid Association*, haber publicado más de 300 trabajos científicos en las principales revistas mundiales de endocrinología, ser directora de un instituto científico de reconocido potencial investigador en España, el "Alberto Sols" de Madrid perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), ser catedrática de universidad, miembro de la Real Academia de Medicina, haber sido galardonada con la mayoría de los premios importantes en su especialidad es... ¡"harina de otro costal"! Incluso ella, química de profesión, llegó a conseguir un doctorado en Medicina, *honoris causa*, por la Universidad de Alcalá de Henares a la edad de 71 años, hecho ante el que muchos indolentes y desganaos actuales dirían ¡tendrá ganas! Y, efectivamente, a la Dra. Morreale si algo le sobró en la vida fueron las ganas de seguir aprendiendo para seguir dando hasta el final de sus días.

Tras doctorarse en química con premio extraordinario fin de carrera en Granada, su tierra de adopción puesto que nació en Milán, en 1951 realizó una estancia formativa junto

a su marido, el Dr. Francisco Escobar Rey (médico-cirujano), en Leiden (Holanda) con el Prof. Querido, finalizada la cual, tuvieron que tomar una decisión: regresar a España aun viviendo bajo los negativos influjos de una larga postguerra o quedarse en esa Europa, más proclive y protectora de la ciencia y los científicos. La pareja, humilde, sencilla y generosa, tomó la más conveniente para su país, aunque quizá no tanto para ellos, científicos con un futuro mucho más prometedor en cualquier otro lugar en el que hubiera despegado la investigación científica y se protegiera a los científicos más que lo que hacía la España de 1956. Regresaron y crearon la Unidad de Estudio de Tiroides en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en 1974 se trasladaron a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, donde junto con Alberto Sols, fundaron el Instituto de Investigaciones Biomédicas.

La comunidad científica coincide en afirmar que la Dra. Morreale y su esposo e inseparable colaborador, Dr. Francisco Escobar del Rey (médico fallecido en 2015) han sido los iniciadores de la Endocrinología moderna analítica, dignos sucesores del merecidamente y también admirado por ellos Dr. D. Gregorio Marañón, quien puso los primeros cimientos de la Endocrinología y Nutrición españolas allá por los años

30. Ellos dos hicieron el tándem perfecto tanto en su vida personal como en la profesional, compartiendo más de 50 años de investigaciones juntos en torno al estudio del papel del yodo y las hormonas tiroideas en el desarrollo del cerebro.

En varias ocasiones he pensado en cuan inadvertidos han pasado los fallecimientos de esta gran pareja de científicos, a la que algunos imaginativos periodistas han dado en denominar "los Curie españoles". Me pasma que las intrascendentes noticias que pueden producir "*celebrities* del papel *couché*", la mayoría de méritos, cuando menos dudosos para haber sido erigidos en "estrellas" de no se sabe qué "galaxia", acaparen todos los medios informativos; y personas con trayectorias científicas como la de la Dra. Morreal y el Dr. Escobar pasen apenas inadvertidas. Es probable que la propia familia, fiel a la sencillez y la discreción que los ha caracterizado siempre, tampoco la abandonaran en esos momentos luctuosos, pero respetar la intimidad del duelo y de la despedida no está reñido con el deber de informar de lo verdaderamente importante: dar a conocer a la sociedad, de la que parte desgraciadamente sigue y aplaude banalidades del tamaño de las actuaciones de los "famosetes de pacotilla", a las personas de "valores" y su obra destinada a toda la sociedad. En este caso, la semblanza humana-profesional, su trabajo "social" y la aplicación científica de trabajos de esta pareja de verdaderas estrellas porque aunaban talento y humanidad.

Con tal motivo, el comité editorial ha buscado en las hemerotecas de los principales periódicos nacionales, y de la que más referencias se han encontrado ha sido, desde 1975 al día de su fallecimiento, 40 sobre la Dra. Morreal. Nos parecen escasas para esta gran mujer que salta a los periódicos en 1975 tras su elección como Presidenta de la Sociedad Española de Endocrinología y mientras los medios destacaban, al hilo de la noticia, la sorpresa de que la elección hubiera recaído sobre una mujer, ella aprovechaba la entrevista para expresar satisfecha, sin reprimir su alegría, que a partir de ese momento se considerase a la Endocrinología como una ciencia biológica básica en la que se reunían tanto la bioquímica básica como la clínica.

Desde el inicio de su carrera, y siempre en trabajo conjunto con su marido (médico), el yodo ha sido el elemento de estudio de sus vidas; ya su tesis doctoral versó sobre la relación entre la incidencia de bocio en las Alpujarras y la deficiencia del citado elemento. Gabrielle Morreal y su esposo, Francisco Escobar, realizaron la primera encuesta nutricional de yodo en España (de hecho el conocimiento de la fisiopatología tiroidea actual en gran parte se debe a ellos dos). Revolucionaron en su momento la escena científica demostrando la estrecha relación entre el metabolismo (desyodación) de la T4 y su actividad hormonal, a la vez que, incluso discrepando de los conocimientos de la época, demostraron que la placenta no solo no es una barrera para las hormonas tiroideas, sino que el efecto de la transferencia de hormona tiroidea de la madre (tiroxina) al feto, desde etapas muy

precoces del embarazo, tiene un papel fundamental en el desarrollo cerebral del feto. Si la tiroides de la madre funciona con normalidad, la tiroxina secretada por esta protege el cerebro del feto hasta el nacimiento.

## DESCUBRIDORES DE LA PRUEBA DEL TALÓN

Estas evidencias científicas demostradas por esta insigne pareja fueron la base para su más grande aporte científico: la detección precoz del hipotiroidismo congénito a través de la medida rutinaria de TSH y hormonas tiroideas en sangre del talón de recién nacidos, a fin de prevenir el hipotiroidismo y cretinismo congénito, o cuantificando el problema, evitar que casi 150 niños al año en España sufrieran discapacidad intelectual como consecuencia del hipotiroidismo congénito.

Aunque el primer programa de cribado neonatal realizado en el mundo a través de sangre de talón, desarrollada por Robert Guthrie, data de 1957, esta solamente servía para detectar una única enfermedad congénita: fenilcetonuria. No fue hasta 1970 que se incorporó la detección del hipotiroidismo congénito (y otros) en los programas de cribado neonatal.

En España, el primer programa de cribado neonatal se inició en 1968, desde la Universidad de Granada y bajo la iniciativa del Prof. Federico Mayor Zaragoza. En 1978, el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, estableció el Programa de Detección Precoz Neonatal de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito, mediante la publicación del Real Decreto 2176/1978, de 25 de agosto.

En el año 1990, se celebró en las Naciones Unidas la mayor reunión de la historia de líderes mundiales, 71 Jefes de Estado y de Gobierno y otros 88 altos funcionarios: la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. En esta cumbre se reconoció la deficiencia de yodo (ID) e hipotiroxinemia materna y se adoptó una Declaración sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo de la Infancia y un Plan de Acción para implementar la Declaración en esa década, estableciendo como objetivo la eliminación de los trastornos por deficiencia de yodo (IDD), en ese momento en que la IDD era un problema de salud pública en muchas partes del mundo puesto que se contabilizan dos mil millones de personas afectas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990, menos del 20% de la sal del mundo en desarrollo estaba yodada. Hoy, como resultado de seguir la estrategia de yodación universal de la sal, aproximadamente el 70% de todos los hogares en el mundo en desarrollo están usando sal yodada.

La tenacidad y el convencimiento de esta pareja, infatigables al desaliento, les hizo persistir y avanzar en sus estudios y lanzar al mundo el mensaje clave de la importancia del yodo. Tal es así, que pocos años después de que España legislara la prueba del talón, UNICEF se sumó a esta importante decisión y propuso realizar el análisis sanguíneo a todos los recién nacidos del mundo.

Las evidencias científicas disponibles en relación con las yododeficiencias eran contundentes y la máxima autoridad mundial en materia de sanidad, la OMS, se había pronunciado claramente al respecto, a pesar de lo cual en 1998, la Dra. Morreale, en una entrevista concedida a raíz de el Premio Nacional de Investigación Gregorio Marañón, decía "sentirse frustrada por la falta de interés por la carencia de yodo."

Por fin, a la vista de las evidencias, en 2003, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), con representación de todas las CC.AA., estudió el problema de los trastornos causados por los déficits de yodo (TDY) y sus posibilidades de prevención, y en diciembre de ese año, el pleno del CISNS aprobó unas recomendaciones para implementar en todas las CC.AA. en sus respectivos territorios en el libre ejercicio de sus competencias sanitarias.

Dichas recomendaciones pueden resumirse en dos fundamentales:

- Información a los ciudadanos y a los profesionales de la salud sobre la adecuada utilización de la sal yodada.
- Información específica a los profesionales de la salud de la atención especial que ha de recibir la mujer gestante y la mujer con intención de quedarse embarazada, así como la madre lactante, y de la prescripción correcta en estas situaciones de 200 µg diarios de yoduro potásico. Para poder hacer posible esta recomendación, se registró y autorizó posteriormente por la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios, en 2004, el fármaco adecuado.

Otras dos importantes recomendaciones se aprobaron también:

1. Prohibición de utilizar antisépticos yodados en la madre durante el embarazo y el periodo perinatal, lo mismo que en el recién nacido.
2. Usar únicamente sal yodada en los comedores escolares de todas CC.AA.

Eliminar los TDY era una preocupación que trascendió del Ministerio de Sanidad y Consumo, y así el Consejo de Ministros de 16 de junio de 2006 aprobó, en cumplimiento de los acuerdos internacionales, el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009, que recoge, en el Objetivo 9, la Medida 9.8: "... impulsar acciones para la erradicación de los trastornos por déficit de yodo, que impidan las graves consecuencias que esta carencia produce en niños, niñas y adultos". Se encargó el cumplimiento de esta medida al Ministerio de Sanidad y Consumo con la colaboración competencial de las CC.AA.

Muchas circunstancias han impedido publicar esta reseña con anterioridad pero la Asociación Española de Matronas, desde la noticia de sus respectivos fallecimientos, ha querido rendirles un homenaje de reconocimiento y gratitud con el orgullo de haberles conocido y recibido su apoyo y guía en un tema que aún no está resuelto y que en buena parte las matronas somos las primeras que podemos detectar y, por tanto, ponerlo en vías de solución.

## ECHANDO LA VISTA ATRÁS

### La AEM en la lucha contra la yododeficiencia



Al hilo del sentido homenaje a los Drs. Morreale y Escobar, para esta sección incluimos los pasos dados por la Asociación Española de Matronas (AEM) en la lucha contra la yododeficiencia.

En el relato anterior se ha expuesto la situación de la yododeficiencia en España y la lucha que mantuvieron ellos de forma principal para revertir esta situación. Las investigaciones de ambos pusieron en el punto de mira la atención imprescindible a las mujeres embarazadas, y a ello la AEM prestó y presta máxima atención desde hace más de una década.

Como respuesta institucional, en 2005 el Ministerio de Sanidad organizó un Grupo de Trabajo con la colaboración de Unicef, miembros de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), la SemFYC y la Asociación Española de Matronas (AEM) para la elaboración de la guía de los defectos congénitos, en cuyo primer capítulo se abordaban las necesidades nutricionales en el embarazo haciendo hincapié en la problemática de los trastorno por déficit de yodo.



Guía para la prevención de defectos congénitos

#### Grupo Español de Yodo en el Embarazo y el Niño

Aun con el problema no resuelto y convencidos de la gravedad, en 2008, se formó el Grupo Español de Yodo en el Embarazo y el Niño (GEYEN). Entre los integrantes estaba la AEM, para trabajar también en la prevención del déficit de yodo. Este es un grupo multidisciplinar formado por profesionales sanitarios implicados en la atención a la mujer embarazada y a la infancia, que ha sido promovido por Eupharlaw (Grupo Europeo de Derecho Farmacéutico); el reto de este grupo es mejorar la información terapéutica de la sociedad y de los profesionales de la comunidad científica implicados sobre el déficit de yodo y su prevención. Prevención que solo puede ser eficaz a través de la yodoprofilaxis, es decir, garantizando el aporte suficiente de yodo durante la etapa preconcepcional, el embarazo y la lactancia.

Uno de los actos de las campañas de difusión y concienciación de este grupo contó con la experta intervención de los Drs. Morreale y Escobar del Rey, jornada de la que se extrajeron las siguientes conclusiones:

- No se necesitaba realizar estudios para conocer la nutrición de yodo en la mujer gestante y lactante española puesto que había certeza de la existencia de un déficit moderado de yodo generalizado en toda la población española.
- Toda madre, durante el embarazo, tenía derecho a una ingestión adecuada de yodo para poder producir la cantidad de tiroxina (T4) necesaria para el desarrollo mental óptimo de su hijo/a, con una aportación de 200-300 microgramos de yoduro potásico al día. Este aporte debía hacerse a través de un fármaco, puesto que ni la sal yodada, ni los polivitamínicos aseguraban dicha dosis suficientemente y algunos no estaban exentos de contraindicaciones en el embarazo.



Grupo GEYEN

- Otro de los aspectos fundamentales sobre los que se llegó a un acuerdo consensuado fue la necesidad de prescribir yoduro potásico desde la etapa preconcepcional hasta el final de la lactancia materna. Así, se consideró que era más recomendable indicar a la mujer, desde tres meses antes del embarazo, una triterapia, es decir, la ingesta de ácido fólico, yodo y vitamina B<sub>12</sub>. Este tratamiento era muy recomendable que se mantuviera durante todo el embarazo, y como mínimo hasta la 12 semana de gestación, momento en el que podría pasarse a la monoterapia, con la ingesta única de yodo, hasta el final de la lactancia.
- De forma unánime se consensó finalmente que era necesaria una información veraz, correcta y adecuada sobre la forma de prevenir el déficit moderado de yodo en el embarazo y, por tanto, las deficiencias en el recién nacido que este puede causar. Todos los presentes en la jornada hicieron un llamamiento a favor de la información sobre este problema de salud pública. Se abogó por campañas hacia instituciones, profesionales y hacia la población, con una información que se exige que sea mantenida, actualizada, veraz y adecuada, sugestiva e impactante.

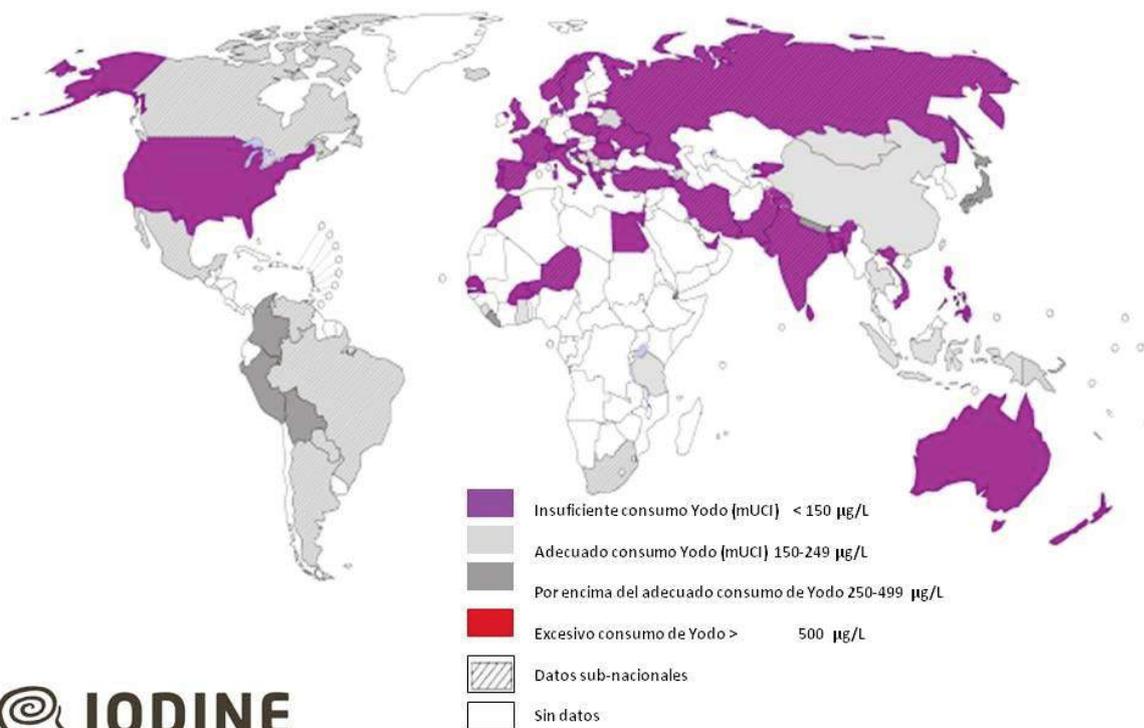
Sin duda, desde 1993, año en que las instituciones mundiales en materia de sanidad empezaron a implementar iniciativas y difusión en torno a los TDY, se ha avanzado mucho pero aún no está definitivamente resuelto.

Este pasado abril ha tenido lugar un evento histórico en el que por primera vez se produce una llamada a la acción pan-europea de los 31 socios EUthyroid, que representan a 27 países, y del que se ha extraído la preocupación general de los científicos porque en torno al 50% de los recién nacidos de Europa, no alcanza su potencial cognitivo completo debido a la deficiencia de yodo. También en esta reunión se ha puesto de manifiesto el empeoramiento del compromiso de los responsables políticos para abordar la deficiencia de yodo en Europa. De esta reunión se ha generado la Declaración de Cracovia sobre el yodo, para que los responsables políticos europeos apoyen las medidas para eliminar la deficiencia de yodo (se incluye en "Agenda").

Se ha de tener siempre presente que erradicar las deficiencias congénitas por déficit moderado de yodo es tarea de todos. Todos debemos conocerlo y actuar, en consecuencia, con responsabilidad.

### Tabla Global de Nutrición en Yodo 2017

Basada en la concentración urinaria media (mUIC) en embarazadas



Las fronteras, colores, denominaciones y otra información mostrada en el mapa no implica ningún juicio por parte de Iodine Global Network con respecto al estado legal de cualquier territorio o aceptación o aprobación de tales límites.

IODINE Global Network 2017 Mujeres embarazadas en el mundo

# La Gran Biblioteca de Enfermería online

- Más de **140 títulos** de todos los temas y especialidades
- Incluye el **buscador Encuentr@**, el mejor del sector
- Además, podrás acceder a ella **donde y cuando quieras** a través de su **app**



App disponible para  
iOS y Android

 grupoparadigma



# AGENDA

## La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación



Fue el inicio del asociacionismo de las matronas con objetivos muy claros: la defensa de los intereses de las matronas y la salud de las mujeres

Durante todos estos años la Asociación Española de Matronas (AEM) ha tenido que batallar y sufrir la falta de sensibilidad y la incompetencia de muchos ministros, subsecretarios, directores generales y subdirectores. Finalmente, algunas cuestiones se fueron resolviendo por imperativo legal (Directivas Europeas) y también porque nunca abandonamos ninguna causa justa. El trabajo de la AEM se fue canalizando con acciones concretas dirigidas hacia:

- **La sociedad:** las mujeres y sus familias, en el entorno de la salud sexual y reproductiva, a lo largo de toda su vida.
- **Las matronas:** trabajando por los intereses de la profesión en la formación de las/os actuales y futuras/os matronas, la formación continuada de los titulados, la calidad de los cuidados, las políticas concernientes a la mujer y familia y a la propia profesión (laboral-económico), la divulgación de los avances en salud sexual y reproductiva, por la identidad y la autonomía de la profesión.
- **Otros profesionales:** estableciendo relaciones de intercambio y colaboración mutua, basadas en el reconocimiento de la eficacia del trabajo en equipo multidisciplinar.
- **Relaciones internacionales:** vinculación y colaboración con la Confederación Internacional de Matronas y durante algunos años con la Asociación Europea de Matronas.
- **Las Administraciones:** sentando las bases de reconocimiento como entidad de derecho representativo y consultivo en todo el territorio nacional. La vertebración del liderazgo: promoviendo y ayudando a la fundación de otras asociaciones de carácter autónomo.
- **Las grandes empresas:** para contar con su apoyo económico en áreas de formación continuada, creación de premios de investigación, congresos, participación en estudios de calidad de productos, etc.

## Agenda • La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación

No hay ninguna duda del papel esencial que ha desempeñado para la profesión y es de justicia reconocerlo. Se podría escribir una larga crónica que recogiera todas las horas, días, semanas y años dedicados a luchar por los intereses de una profesión que, en algún momento, estuvo en riesgo de quiebra por falta de recursos humanos, pero se sintetizará en 40 puntos.

Los objetivos de la Asociación Española de Matronas se han dinamizado y muchos alcanzado, concretándose en más de 40 logros importantes para el colectivo de matronas y para las mujeres. A pesar de las limitaciones de las competencias de las asociaciones de carácter científico y sin ánimo de lucro se han venido creando comisiones para la defensa de otros aspectos no científicos del colectivo.

- 1) Mantener vivo el espíritu de identidad y el sentimiento de pertenencia entre el colectivo, materializado en un proyecto de futuro.
- 2) Hacer presente y visible al colectivo de matronas frente a las Administraciones y otras profesiones en el ámbito sanitario y social.
- 3) El reingreso en la Confederación Internacional de Matronas de la que fuimos expulsadas, en función únicamente a la pérdida de la autonomía colegial en el año 1978.
- 4) Mantener 1.890 plazas de Atención Primaria de Matrona del extinto Insalud (antes de las transferencias a las CC.AA.) destinadas a desaparecer en el año 1983 y configurar las actividades de matrona en dicho ámbito, de acuerdo con el ordenamiento jurídico español y europeo.
- 5) La reapertura de la formación de Matronas tras innumerables gestiones ante todas las instancias posibles (España y UE) con la creación de las Unidades Docentes de Matronas y el aseguramiento de la tutela de la formación de las futuras profesionales.
- 6) La edición de una revista, *Matronas hoy*, publicación científica destinada a la formación, actualización y estímulo al estudio en investigación del colectivo de matronas. Posteriormente, negoció con Ediciones Mayo para la creación de *Matronas profesión*, gratuita para todas las matronas y con representatividad de todas las asociaciones en el Comité Científico.
- 7) La publicación de un *Manual de Procedimientos para Matronas* consenso revisado de actuaciones

en pro de ofertar la más actual, continua, homogénea y eficiente prestación de servicios.

- 8) La edición de un libro de divulgación titulado *Los Consejos de tu Matrona*, regalo a todas las mujeres gestantes a las que tenemos acceso en las consultas de embarazo y que a día de hoy, tras más de 22 años de la implementación de esta iniciativa, su resultado es la de más de cinco millones de ejemplares repartidos entre las mujeres gestantes de todo el territorio nacional, desde 1995. Es la publicación educativa/informativa más leída a lo largo del embarazo.
- 9) Ser Órgano Consultivo para el Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia y Ministerio de la Presidencia en todos los asuntos de ordenamiento jurídico relacionado con la salud de la mujer y la profesión de matrona.
- 10) Creación, promoción y participación en la edición de *Matronas profesión* junto con otras asociaciones, para asegurar una revista científica gratuita para todas las matronas de España.
- 11) Participación directa como parte de la organización del V Congreso Mundial de Perinatología (Barcelona, 2001); en preliminares, nuestra participación en el XXII Congreso Europeo de Medicina Perinatal (Granada 2010). Participación directa en el Congreso Mundial del Feto como Paciente con todas las asociaciones mundiales de obstetras.
- 12) Puesta en marcha de un plan de marketing o campaña de imagen, cuyos objetivos son el conocimiento, fortalecimiento y promoción de la imagen de la matrona dentro de la sociedad, presentando el perfil positivo de estos profesionales de alto nivel y sólida formación que, de manera clara y eficaz, pueden responder a las exigencias sociales en materia sanitaria. Marzo de 2004 fue la fecha de lanzamiento de esta campaña cuyo soporte divulgativo consistió en la edición de un tríptico, distribuido en 5.000 farmacias de toda España, con una información comprensible y precisa sobre la figura de la matrona. Posteriormente, también se ha organizado otra campaña dirigida a mujeres menopáusicas en el marco de Palacio de Congresos de Madrid, mediante documentación informativa y atención directa de matronas en un *stand*, con resultados extraordinarios.
- 13) Organización de más de 80 cursos de convocatoria nacional (menopausia, recuperación de suelo pélvico, digitopuntura, autoconocimiento, progra-

mación neurolingüística, interpretación de RCTG, suturas y anudados, ecografías, etc.).

- 14) Organización de la celebración local de 28 ediciones del día de la Patrona de carácter científico y lúdico.
- 15) Organización de 19 congresos nacionales, ocho jornadas científicas nacionales y tres seminarios internacionales en pro de la defensa del parto de baja intervención.
- 16) Puesta en marcha de una (importante) macroencuesta sobre la salud de las matronas de hospitales, que fue presentada en el X Congreso Nacional y que se edita bajo el título: *Informe Lucina: la salud de las matronas*. En la actualidad se está procesando una encuesta socioprofesional de matronas en Atención Primaria.
- 17) La asociación ha presidido, en varios mandatos, la Comisión Nacional de la Especialidad y sigue trabajando en ella.
- 18) Convocatorias consultivas (líderes, profesoras, asociaciones etc.) para el diseño del futuro de la titulación de las matronas, junto a otras asociaciones (Libro blanco).
- 19) La asociación ha sido anfitriona de tres reuniones del Consejo Internacional de Matronas (ICM) y de la Asociación Europea de Matronas (EMA).
- 20) Creación de dos logotipos nuevos para elementos de divulgación que expresan visualmente el ámbito de actuación de la matrona: a lo largo de toda la vida de la mujer.
- 21) La asociación ha sido pionera en proporcionar cursos de terapia cráneo-sacral (osteopatía) al colectivo de asociadas desde hace 15 años, al entender estos conocimientos como herramientas magníficas en manos de las matronas.
- 22) La asociación logra convocar un foro de obstetras y matronas que desvelan los errores de la obstetricia intervencionista que se realiza en España, en ese momento, denominado "Seminario Internacional Complutense" (2005) cuyo fruto visible fue "La Carta de Madrid", como primer documento de compromiso profesional acorde con las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento. Posteriormente se estableció un consenso con la SEGO en su propuesta de 2007 para la desmedicalización de los partos de bajo riesgo. Por último, la asociación ha trabajado con el Ministerio de Sanidad en el documento de Estrategia de atención del parto normal (2007), de Estándares para las Unidades Obstétricas y continúa formando parte del grupo técnico para mejora y revisión de los documentos anteriores
- 23) Participación, como invitada, en casi todos los foros médicos y de la Administración de debate sobre la salud de la mujer, organizado por medios de comunicación o profesionales de la salud. Alguno de los foros médicos solicitaron los auspicios de la asociación.
- 24) La asociación forma parte y ha sido socio fundador de la Plataforma Pro-lactancia Materna (IHAN) y del Club de Salud de la Mujer.
- 25) La Asociación Española de Matronas ha promovido y ayudado a la fundación de muchas de las asociaciones autonómicas de matronas con el fin de vertebrar el liderazgo ante el panorama político. Al mismo tiempo ha favorecido la transferencia de muchas asociadas nacionales hacia las correspondientes autonómicas. De hecho muchas de estas organizaciones mantienen un vínculo formal con la AEM participando con el 20% de sus cuotas y manteniendo derechos como socios directos. La Asociación Española tiene socios directos en todo el territorio nacional y representación ante todas las Administraciones del Estado Español.
- 26) La asociación trabaja con el Ministerio de Sanidad en todos los documentos recientes de recomendaciones en el entorno del parto, sexualidad y otras comisiones o grupos de expertos.
- 27) La Asociación Española de Matronas ha sido promotora, coordinadora y editora del único y exclusivo Código Deontológico de las matronas españolas.
- 28) La Asociación Española de Matronas reclama, desde 1995, el desarrollo total de las competencias previstas con el modelo formativo actual y en la Directiva 36/2005 CEE que refunde las Directivas 154 y 155/80. Desde 2005 remite a cada nuevo/a Ministro/a de Sanidad las propuestas para el desarrollo pleno de las competencias de las matronas. También se han mantenido diversas reuniones en el mencionado ministerio con estas propuestas.

## Agenda • La Asociación Española de Matronas cumple 40 años desde su fundación

- 29) La Asociación Española de Matronas, entre sus fines, siempre ha considerado prioritario la formación continuada para el colectivo, y destina presupuestos importantes para financiar un Programa de Formación Continuada de sus asociados.
- 30) Creación de un premio a la investigación para matronas, Premio "Maribel Bayón", en homenaje a una de las matronas más luchadoras de las últimas décadas con dotación de la propia AEM.
- 31) Creación de un premio de reconocimiento a la labor personal de las matronas denominado "Matrona del año".
- 32) Creación del Premio Nuk con Boehringer que, en la actualidad, gestiona otra asociación.
- 33) Celebración de varias Jornadas de Puertas abiertas con mujeres gestantes y familiares con fines informativos y educativos.
- 34) Atención de consultas de matronas y mujeres gestantes y asesoría jurídica.
- 35) Creación de un premio sobre trabajos de lactancia materna que se entrega en cada Congreso Nacional de la IHAN.
- 36) Edición del *Decálogo de la buena matrona*.
- 37) Creación y edición de una colección facsímil de los libros antiguos más importantes de la Obstetricia bajo la denominación *Los Pilares del saber*.
- 38) Instauración del nombramiento "Matrona Honorífica" a personas, no matronas, que han destacado por su trabajo en temas relacionados con la profesión de matrona. El primer nombramiento se otorgó al antropólogo Juan Luis Arsuaga por su dedicación al estudio de la pelvis femenina, base de su tesis doctoral.
- 39) Interposición de Recurso Contencioso Administrativo a la Orden Ministerial que regula la especialidad de Enfermería Comunitaria y Familia, porque solapaba las competencias propias de las matronas.
- 40) Recientemente se ha creado una nueva publicación de carácter informativo/divulgativo *online* INFO-MATRONAS, que con una periodicidad mensual llega a más de 4.500 matronas.

Han sido, como decimos, intensos años de trabajo, luchas, esperanzas, triunfos visibles y muchos desengaños y frustraciones en los que la AEM ha estado presente, vigilante y activa por la defensa de los intereses de las matronas y las mujeres.

**¡Feliz 40 cumpleaños!**

## Clausura del XIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas y II de la Asociación Cántabra de Matronas (Santander, 31 de mayo-2 junio 2018)

Con un regusto muy dulce se hace balance de este pasado congreso nacional en su edición 19ª, año en el que, por otra parte, se cumple el 40 aniversario de la fundación de la Asociación Española de Matronas (AEM).

Es imposible no echar la vista atrás y recordar con una sonrisa, y mucho orgullo, aquel primer congreso de 1988, "Matronas y salud para el año 2000", celebrado 10 años después de la fundación de la AEM. Esta década de la asociación se enfrentó probablemente a los dos retos más trascendentes de la profesión en el último cuarto de siglo XX: conseguir la justicia que finalmente se nos negó de mantener nuestro colegio profesional propio y revertir el cierre de las Escuelas de Matronas. Dos hitos determinantes para el futuro de la profesión como así lo ha constatado el tiempo.

La ilusión de las matronas y el empuje de un colectivo unido recibieron este congreso, tras años de carencia de este tipo de eventos, con una calurosa acogida y una numerosa participación, que edición tras edición se ha refrendado, hasta que la crisis económica y una amplia oferta de jornadas y congresos han condicionado la participación.

En aquel momento se habló de temas punteros, y las matronas demostraron su interés, cualificación y su compromiso con la profesión:

- Sida, embarazo, parto y recién nacido.
- Epidemiología del C.A. genital.
- Últimos avances en genética humana.
- Nuevas perspectivas para el futuro de la profesión. Liderazgo de la profesión de matrona.



Inauguración del Congreso Nacional de la AEM

Han pasado otros 30 años desde entonces y aunque los avatares de la sociedad, de la propia profesión y de la economía están marcando tendencias nuevas, el Congreso Nacional de la AEM, que en esta ocasión retornaba a Santander y la asociación lo coparticipaba con la Asociación Cántabra de Matronas, ha tenido una cualificación superior a juicio de participantes, patrocinadores y organizadores.

Un nuevo empeño por la variedad, interés, novedad, aplicabilidad de temas en el trabajo de las matronas y ponentes de talla reconocida, fueron premisa para arrancar esta 19ª edición. El lugar, sin duda una ciudad maravillosa, y el entusiasmo de los organizadores, el mismo o más si cabe de hace 30 años, ha resultado en una valoración absolutamente favorable.

Como corresponde a 40 años de vida de la Asociación Española de Matronas y además por ser la primera asociación de matronas de España, participe y pionera en muchos de los procesos relativos a las matronas y salud de la mujer en estas cuatro décadas, la conferencia inaugural corrió a cargo de la presidenta emérita de esta asociación, M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén. La ponente hizo un recorrido, vivido y participado en su propia persona, por estos 40 años de trabajo de la primera asociación de matronas que nació al hilo del grave problema de la pérdida del colegio profesional de matronas y ha continuado defendiendo los intereses de las matronas y de la salud de las mujeres, dentro y fuera del país, con resultados y logros bien conocidos y de los que las hemerotecas nacionales dan fe.



Dña. M<sup>a</sup> Ángeles Rodríguez Rozalén

En la mesa dedicada a las Unidades Docentes se trataron los aspectos positivos y negativos de la formación actual, así como las posibilidades de mejora desde los diferentes puntos de vista de los ponentes que con-

formaban la mesa: EIR, Profesor-Tutor, Directora de Unidad Docente y Experta (Presidenta de la Comisión Nacional de la especialidad de Matrona); con la mirada puesta en la necesidad de implicación de todos de cara a mantener un futuro prometedor para la formación de matronas en España.



Mesa de Unidades Docentes

En la segunda mesa, dedicada a la Atención Especializada, se abordaron temas de interés y rabiosa actualidad, cuyo conocimiento se hace imprescindible para una mejor práctica diaria de las matronas. Se habló de la influencia de la obesidad en los resultados materno-fetales, RCIU, actualización en inducciones, avances en el síndrome antifosfolipídico, pasando por la relación de factores inmunológicos en la aparición de determinadas patologías gravídicas, manejo de posiciones anormales en el parto; para concluir con la utilización de la sedación consciente en obstetricia como arma del arsenal terapéutico indicada para el alivio del dolor en el parto.



Mesa de Atención Especializada

Como colofón, y a modo de resumen en relación con la mesa dedicada a Atención Primaria, quedó

patente la importancia del rol de la matrona. En consulta es fundamental para el seguimiento y vigilancia del embarazo, apoyándose en la ecografía básica que tímidamente, y aunque no sin dificultades en algunas comunidades, va incorporándose a la práctica de las matronas de Atención Primaria y cuyos resultados no dejan lugar a la duda porque produce tranquilidad a las mujeres, favorece el vínculo madre-hijo/a y permite hacer mejores diagnósticos al profesional.

En el campo de la menopausia también es destacada la labor de la mujer para abordar y aliviar los problemas de esta etapa, así como disfunciones del suelo pélvico entre las que destaca la incontinencia urinaria.

En relación a la patología de la vulva, nuevamente la matrona adquiere un papel fundamental en la detección precoz de estos problemas que pueden llegar a grados importantes de malignidad si no se detectan a tiempo de soluciones, lo mismo que en la detección de las ETS.



Conferencia de Atención Especializada

La mesa final del congreso, bajo el título de "Miscelánea" dado que agrupaba una serie de variados temas, abarcó un amplio abanico de especialidades no relacionadas directamente con la obstetricia, pero que sin duda tienen importancia para la asistencia de las matronas. Así se expuso la aportación de la terapia sacro-craneal como ayuda para la consecución de un embarazo o como medio para solucionar posibles compresiones nerviosas y musculares de madres e hijos que interfieren en la vida diaria, a través de normalizaciones.



Mesa de Atención Primaria

Otro tema interesante, a la vista de que las matronas llevamos años reclamando el pleno desarrollo de las competencias, fue la exposición, al hilo desde la perspectiva de la gestión directiva, de la importancia de que las direcciones conozcan nuestras competencias, faciliten nuestro desarrollo y las matronas en un *feedback* demuestren la realidad de su capacitación con una oferta que supere con creces la atención que durante muchos años, por falta de recursos, han venido prestando la enfermería generalista en áreas exclusivamente competenciales de matronas. En esta ponencia se hizo hincapié en la necesidad de un liderazgo activo y decidido de las matronas y de la puesta en marcha de estrategias y proyectos de funcionamiento que se han de mostrar y compartir con todos los profesionales del entorno sanitario.

Esta mesa tuvo un espacio importante para tratar el sensible y no resuelto tema de la violencia de género, en el que se proporcionaron a la concurrencia datos actualizados sobre el problema, así como una extraordinaria y clara visión del mismo, haciendo hincapié desde el punto de vista profesional en dos aspectos fundamentales: la necesidad de formación en violencia de género y la de dejar constancia escrita de todas y cada una de nuestras actuaciones como sanitarios directamente relacionadas con las mujeres y potenciales confidentes o detectores de violencia de género, única prueba que en muchas ocasiones tiene las mujeres sometidas a este tormento.

Finalmente, en la intervención jurídico-legal se hizo una revisión de las causas de demandas más habituales y la expuesta posición de las matronas a estos requerimientos, la necesidad de contrarrestarlas no solo con una buena praxis sino con la constancia escrita de la

ejecución. De otro lado, la abogada ponente hizo una exposición de la situación actual de la prescripción que no solo no ha sacado a la enfermería de un limbo legal, sino que nos ha puesto a todos en una situación de riesgo, y en concreto a las matronas que a pesar del reconocimiento expreso de su situación excepcional en la disposición adicional de este decreto, no delimita la autorización de uso de los productos y medicamentos necesarios para la práctica y uso corriente en la actividad de matrona.

Moreno, Noelia Carmen Planells Domingo, Patricia Guillén Guzmán, residentes U.DM. Valencia. Hospital Lluís Alcanyis (Xàtiva) Valencia, por la comunicación titulada: "Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual".

- El Premio a la Mejor Comunicación en formato póster otorgado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Santander fue para la titulada: "Hábitos alimenticios y actividad física durante el embarazo", de Raquel



Clausura del congreso

## Premios

En esta ocasión a la dotación habitual para premios de la Asociación Española de Matronas se sumó el patrocinio del Colegio de Enfermería de Cantabria, siendo, por tanto, dos premios a los mejores trabajos en formato comunicación oral y dos en formato póster:

- El Premio a la Mejor Comunicación oral otorgado por la Asociación Española de Matronas fue para la titulada: "Relación entre el ingreso en fase latente de parto y la morbilidad materno-fetal", de Laura Abad López, Estefanía Camarero Briones y Nerea Garijo Pérez.
- El Premio a la Mejor Comunicación en formato póster otorgado por la Asociación Española de Matronas fue para la titulada: "Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona", de Rosa Ana Martín de Vega, Gloria Boal Herránz, Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Rosa Ana Martín de Vega, matronas de Atención Primaria de Madrid.
- Por su parte, el Colegio de Enfermería de Cantabria otorgó el Premio a la Mejor Comunicación en formato oral a Laura Folgado Catalá, Juan Diego Pérez



Premiadas

Sánchez Blanco y Marcos Talavera Escribano, equipo que conjuntó el conocimiento en ciencias físicas de la actividad física y el deporte de estos con los de la matrona del Hospital Gómez Ulla de Madrid, Rosario Sánchez Garzón.

- La Asociación Cantabra de Matronas premió de entre todos los trabajos presentados por matronas (y/o residentes de Cantabria) el trabajo titulado: "Objetivo: evitar la obesidad gestacional. Explorando los hábitos dietéticos en gestantes de 2 CC.AA. diferentes", elaborado por Alba Díez Ibarbia, Estefanía Moreno Román, Natalia Herrero Fernández, matronas del H.U. "Marqués de Valdecilla" Santander (Cantabria) y del Hospital Clínico Universitario (Salamanca).

### Eventos sociales

El Excmo. Ayuntamiento de Santander ha apoyado decididamente este congreso y en prueba de ello ofreció un cóctel de bienvenida a todos los congresistas en el inigualable Palacio de la Magdalena, residencia de reyes y hoy patrimonio de la ciudad. El propio Jefe de Protocolo del Consistorio recibió a los congresistas en la Sala Noble de este singular y hermoso edificio histórico haciendo una introducción de lo que ha representado para el país y para la ciudad.

Sin duda, los congresistas disfrutaron de un rato de ocio en un espacio único del que todos se han llevado un recuerdo en su imaginación y en las múltiples fotografías que sin excepción immortalizan este encuentro.

### Cena de congreso

La organización de este congreso ha cuidado hasta los mínimos detalles, como es habitual en su forma de hacer las cosas, y quiso poner un broche de oro a este encuentro con una cena en otro de los edificios emblemáticos de la ciudad: el Gran Casino del Sardinero, émulo en su construcción al de Montecarlo de gran raigambre y tradición en la ciudad y en tiempos, entre la realeza, nobleza y alta burguesía que hicieron de Santander el lugar de vacaciones de sus periodos estivales.

Un suculento y cuidado menú entre conversaciones, intercambios y nuevos contactos, tuvo su colofón en un animado baile que se prolongó hasta la madrugada lo que no fue óbice para cerrar con una asistencia in-



Cóctel de bienvenida

teresada y permanente en sala desde las nueve de la mañana. Un congreso al que solo le faltó un poquito más de sol, pero la climatología fue incluso más adversa en muchos otros lugares de nuestra geografía. Como dice el refrán "no hay mal que por bien no venga", acaso la lluvia disuadió de la grandísima tentación a algunos congresistas de elegir entre ciencia o disfrutar

de la hermosa y sin igual playa del Sardinero que, a poco más de 200 metros del Palacio de Congresos, invitaba a su disfrute.

Desde estas páginas os expresamos la gratitud de la Asociación Española de Matronas y de la Asociación Cántabra por haber hecho posible, con vuestra presencia, este congreso pensado por y para los asistentes. A todos los que participaron con sus trabajos en los que se ha de entender el nivel de exigencia del comité científico de este congreso como vía única de conseguir

mayor aceptación y credibilidad del conocimiento y práctica de las matronas principalmente, aunque no de forma exclusiva, en el marco sanitario en el que desempeñamos nuestra labor.

40 años haciendo profesión ha sido el lema de este congreso y sin duda la Asociación Española de Matronas seguirá cumpliendo años en los que no dejará de velar por las matronas y las mujeres, con el esfuerzo y el convencimiento de que esta profesión requiere hechos más que palabras, como la historia atestigua.

## Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón"

La Asociación Española de Matronas en 2008 convocó por primera vez el Premio de Investigación para Matronas "Maribel Bayón" *in memoriam* de la que fuera matrona y miembro activo de la asociación, fallecida el 13 de octubre de 2007.

Para quienes no hayan conocido a Maribel, simplemente decir que fue una de las fundadoras de la AEM a la que apoyó y defendió sin escatimar esfuerzos desde su inicio y a la que tuvo presente hasta en sus últimos momentos. Fue esa persona discreta y humilde cuya actividad profesional entregada y generosa (Hospital "La Paz") y trato humano afable y sensible, la convirtieron en una persona querida admirada y respetada.

En su labor tenaz y callada en su trabajo diario y en el de la Asociación Española de Matronas, dejó la impronta de su fuerza, de su voluntad, de su valentía y la generosidad que la caracterizaban. También en su enfermedad, que fue un gran obstáculo en su vida, se distinguió haciéndole frente con dignidad, sin perder la esperanza, muestra de su lucha por la vida y de su calidez humana.

Por todo ello, la Asociación Española de Matronas ha



Maribel Bayón

querido tener un reconocimiento especial con su persona y crear este premio que haga perdurar su memoria entre las matronas. Para el año 2019 convoca su tercera edición, con el objetivo de animar al colectivo a presentar trabajos de calidad que plasmen la competencia de las matronas (y futuras).

### La Asociación Española de Matronas anuncia la convocatoria del PREMIO MARIBEL BAYÓN al mejor trabajo científico/investigación del periodo 2018-2019



Los objetivos de este premio son motivar e incentivar al colectivo de matronas españolas en el ámbito de la investigación y difundir el trabajo que están realizando en su área asistencial, docente o investigadora sobre el cuidado de la salud de la mujer, en el marco de sus competencias.

#### Participantes

**Individual:** todas las matronas tituladas de nacionalidad española.

**Residentes:** de las unidades docentes de España a condición de que en el trabajo presentado participe directamente, como mínimo, una matrona titulada.

**Grupo de trabajo:** profesionales de distintas titulaciones relacionadas con la salud de la mujer, siempre que participen en el mismo un mínimo del 50% de matronas.

# Agenda • Convocatoria tercera edición premio "Maribel Bayón"

## Dotación

La dotación del premio es de un total de 4.000 €, dividido en tres partes:

- 1 primer premio de 2.500 €.
- 1 segundo premio de 1.000 €.
- 1 tercer premio de 500 €.

En caso de que alguno de los premios sea declarado desierto, el jurado podrá proponer la utilización de la cantidad para otra actividad científica de la Asociación Española de Matronas.

## Plazos

La fecha de presentación de los trabajos se inicia el día 30 de septiembre de 2018 y finaliza el 30 de junio de 2019.

## Jurado

- El jurado estará compuesto por siete matronas/es de reconocido prestigio que desarrollan su trabajo en hospitales, centros de Atención Primaria, en docencia y gestión. Todos serán designados por la Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas.
- El jurado valorará, entre otros aspectos, la calidad científica, la concreción y claridad expositiva, el interés académico y práctico, la originalidad y actualidad del tema.
- El fallo del jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto el premio convocado si, a su juicio, los trabajos presentados no reúnen la calidad científica necesaria.

## Fallo y entrega de los premios

El fallo se dará a conocer antes del día 30 de septiembre de 2019.

La entrega de los premios se realizará en un acto público y en el lugar que acuerde la Asociación Española de Matronas

## Normas generales

- Los trabajos deberán ser inéditos y escritos en lengua española, podrán tratar sobre cualquier área de trabajo en el cuidado de la salud de la mujer.
- Se presentarán de forma anónima o bajo seudónimo, incluyendo en el envío un sobre cerrado donde constarán los datos de la/s persona/s autora/s (nombre y apellidos, domicilio completo actual, centro y puesto de trabajo, teléfono/s de contacto y *e-mail*); como única referencia externa, el sobre podrá llevar, en su caso, el seudónimo elegido para personalizar el trabajo (en archivo y página impresa aparte).
- Los trabajos premiados en este certamen podrán ser publicados por la Asociación Española de Matronas así como los trabajos presentados al concurso que reúnan los requisitos para ello, citando siempre la autoría e informando previamente a los autores/as de las posibles modificaciones que pudieran, en su caso, ser necesarias.
- La presentación de los trabajos a concurso implica la aceptación de las presentes normas.

## Estructura y formato

Los trabajos se estructurarán en el siguiente orden: Introducción, Objetivos, Material y método, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

Deberán presentarse en lengua castellana, a 1½ espacio entre líneas, con tamaño mínimo de letra 12 pt., en papel blanco DIN A-4 y su extensión no superará las 25 páginas incluyendo tablas, figuras y bibliografía.

Las referencias bibliográficas tendrán que ser numeradas consecutivamente en el orden en que se citan por primera vez en el texto e identificadas mediante números arábigos entre paréntesis siguiendo la última versión de las normas de Vancouver.

El número máximo de citas será de 40.

Los trabajos se enviarán en soporte informático (CD o dispositivo de memoria/*pendrive*), realizados con un editor de texto tipo Word o PDF, especificando el nombre del archivo/s y adjuntando, además, dos ejemplares impresos en tamaño DIN-A4.

#### **Dirección de envío**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS  
"PREMIO MARIBEL BAYÓN"  
Avda. Menéndez Pelayo, 93- 3º. 28007 Madrid.

#### **Páginas**

1. En la primera página constará únicamente el título del trabajo.
2. En la segunda página el título del trabajo y resumen del mismo, no superior a 300 palabras, en inglés y castellano (*abstract*).
3. En la tercera página inicio del trabajo (máximo 25).

En archivo Word aparte ha de especificarse:

- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para la correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

A efecto curricular se considerará como autor/a principal al primer firmante del trabajo. El resto de autores serán colaboradores.

## La Asociación Española de Matronas se adhiere a la Declaración de Cracovia

La Asociación Española de Matronas (AEM) ha rubricado la Declaración de Cracovia sobre yodo, desarrollada por el proyecto europeo EUthyroid, desde el convencimiento de que representa un nuevo empuje para la prevención TDI en el que se destaca el compromiso de las partes interesadas para la resolución de este persistente y grave problema.

LA AEM, como ya lo viene haciendo desde los primeros pasos institucionales dados para luchar contra este problema, a cuyo conocimiento España ha hecho aportaciones valiosísimas a través de las investigaciones de Morreale y Escobar, respalda firmemente el trabajo de EUthyroid y esta nueva iniciativa.

La asociación entiende que las matronas suelen ser, en la mayoría de los casos, el primer contacto de las mujeres en su embarazo y, por tanto, son piezas claves en la detección de situaciones de origen causal que requieren el correspondiente tratamiento, y en la advertencia y el apoyo de la suplementación requerida por cuestiones de la mayor demanda generada por causa del embarazo y lactancia.

Hay que incluir el siguiente manifiesto, originalmente aparece enmarcado con un marco degradado en violeta, creo que sería la mejor forma de ponerlo.

### La Declaración de Cracovia sobre el Yodo – Tareas y Responsabilidades de los Programas de Prevención Dirigidos a los Trastornos por deficiencia de yodo



#### El Consorcio EUthyroid

Short running title: Krakow Iodine Declaration of the EUthyroid Consortium

Key words: Iodine; iodine deficiency; neurocognitive function; prevention; epidemiology; outcomes research; harmonization; multi-stakeholder approach.

Address for correspondence:

Henry Völzke, M.D. Institute for Community Medicine, SHIP/ Clinical-Epidemiological Research University Medicine Greifswald

Walther Rathenau Str. 48

D-17475 Greifswald; Germany

Phone: +49 - 3834 - 867707; e-mail: voelzke@uni-greifswald.de

#### Declaración conjunta

Los trastornos por deficiencia de yodo (TDY) representan una amenaza para la salud mundial de las personas y de las sociedades. Los efectos adversos de la deficiencia de yodo son diversos e imponen una carga significativa en los sistemas de salud pública. Aunque este hecho está bien establecido, los programas de prevención de TDY reciben sorprendentemente poca atención por parte de los legisladores, los líderes de opinión y el público. Los epidemiólogos, endocrinólogos y nutricionistas europeos que investigan los TDY, bajo el paraguas de la acción de investigación e innovación de Horizon2020 EUthyroid (Identificación del proyecto: 634453, <http://euthyroid.eu/>), están cada vez más preocupados por el deterioro del compromiso de los políticos para abordar las estrategias de salud pública contra los TDY de las poblaciones europeas.

## Antecedentes

Con muy pocas excepciones, como Islandia, Europa es un continente con deficiencia de yodo. Los adultos que viven en regiones con deficiencia de yodo tienen un alto riesgo de bocio, nódulos tiroideos e hipertiroidismo. El hipertiroidismo subclínico, como un TDY común y frecuentemente no diagnosticado, se asocia con un mayor riesgo de mortalidad y enfermedad coronaria. Además, la deficiencia de yodo durante el embarazo y la lactancia materna está muy extendida en Europa y afecta negativamente al desarrollo del niño. Incluso la deficiencia leve o moderada de yodo de la madre afecta la síntesis de las hormonas tiroideas y puede perjudicar el desarrollo del cerebro, la función neurocognitiva y reduce el coeficiente de inteligencia de la descendencia. Durante el embarazo, las mujeres tienen una necesidad marcadamente mayor de yodo, que a menudo no está cubierta por las fuentes de alimentos y los suplementos de yodo.

Debido a la falta de datos válidos, no estamos seguros de la magnitud del problema, pero las estimaciones sugieren que hasta el 50% de los recién nacidos en Europa están expuestos a la deficiencia de yodo. Esta deficiencia puede prevenirse de manera fácil y económica mediante la fortificación del yodo, generalmente mediante el suministro de sal yodada. Más específicamente, la sal yodada debería reemplazar a la sal no yodada en casi toda la producción de alimentos, al menos en áreas donde la fortificación no aumentaría el riesgo de ingesta excesiva de yodo. Este enfoque no aumentará la ingesta total de sal, que está en línea con las recomendaciones dietéticas actuales. Sin embargo, persisten algunos retos para su implementación, particularmente en Europa debido a la fragmentación y la diversidad de enfoques. El consorcio EUthyroid ha estado recopilando experiencias de los distintos programas nacionales de prevención de los TDY. La Declaración de Cracovia sobre yodo tiene como objetivo definir las tareas más importantes para la prevención óptima de los TDY cuando se han introducido programas y señalar las responsabilidades para llevarlas a cabo.

## Asegurar una Europa eutiroidea

Nosotros, signatarios de la Declaración de Cracovia sobre Yodo, solicitamos a los legisladores, funcionarios de salud pública, científicos y al público que unan fuerzas para garantizar que las estrategias existentes para prevenir los TDY se implementen en toda Europa para alcanzar y asegurar un estado de yodo suficiente. En particular, solicitamos:

- Métodos de prevención de los TDY: los reguladores y los legisladores deberían armonizar la yodación universal de sal obligatoria para garantizar el libre comercio de alimentos enriquecidos en Europa. Del mismo modo, la alimentación yodada de los animales requiere de la aprobación de una normativa para garantizar el libre comercio dentro de la UE.
- Control de la prevención de los TDY: los gobiernos nacionales y las autoridades de salud pública deben realizar una monitorización y una evaluación armonizadas de los programas de fortificación con yodo a intervalos regulares para garantizar el suministro óptimo de este elemento a la población.
- Apoyo a la prevención de los TDY: los científicos, junto con los trabajadores de salud pública, organizaciones de pacientes, la industria y el público, deberían apoyar las medidas necesarias para garantizar que los programas de prevención de los TDY sean sostenibles, según corresponda, dentro de un entorno que cambia rápidamente y con una mayor conciencia social del problema.

## Métodos para la prevención de los TDY

### Yodación universal de la sal

La yodación universal de la sal es la estrategia preferida para la prevención de los TDY y es recomendada por la OMS, UNICEF y la Red Global de Yodo (IGN) como el método más costo-efectivo. La promoción de la yodación universal de la sal no es antagónica con las políticas destinadas a limitar el consumo de sal

para reducir la hipertensión como factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Las sinergias de limitar la ingesta diaria de sal a menos de 5 gramos y garantizar la suficiencia de yodo con sal enriquecida puede asegurar una óptima implementación y promoción de una buena salud.

- Responsabilidad para la regulación y ejecución: gobiernos y autoridades de salud pública.
- Responsabilidad para la producción y el control de calidad: la industria alimentaria.

### Principio obligatorio

Aunque falta evidencia científica de grado A, los programas obligatorios de prevención mediante la yodación universal de la sal son preferibles a los programas voluntarios por suponer un mejor control, una mayor efectividad y menores costos.

- Responsabilidad para tomar decisiones: gobiernos y autoridades de salud pública.
- Responsabilidad de proporcionar evidencia: los científicos.

### Dosificación de la fortificación con yodo

La dosis óptima de yodo para fortificar la sal ha de basarse en los resultados actualizados de los estudios de seguimiento y evaluación.

- Responsabilidad para tomar decisiones: gobiernos y autoridades de salud pública.
- Responsabilidad para proporcionar hallazgos válidos: los científicos.

### Armonización transnacional

Dentro de una economía globalizada con un amplio comercio de productos alimenticios a través de las fronteras, la armonización de los programas nacionales de prevención de los TDY es una prioridad importante dentro de la UE para apoyar la libre circulación de mercancías. Actualmente la UE se encuentra en un mercado fragmentado con diferentes regulaciones nacionales relativas a los vehículos de yodo (yoduro de potasio o yodato) y métodos de prevención de los TDY (programas obligatorios o voluntarios). Esto alienta a la industria alimentaria a proporcionar productos no yodados para evitar las barreras comerciales. Con la excepción de Islandia, toda la sal comercializada o utilizada con fines alimentarios por los miembros de la UE y los estados candidatos ha de fortalecerse con una cantidad mínima de yodo universalmente establecida. Acordar la adopción universal de una concentración mínima de yodo en la sal permitirá una segura y efectiva mejoría del consumo de yodo en toda la UE. Se autorizaría a los Estados miembros a regular el contenido de yodo de la sal en función de la gravedad de la deficiencia de yodo en sus regiones geográficas, siempre que el contenido de yodo de la sal requerido localmente sea igual o superior a la cantidad mínima de yodo establecida de forma universal.

- Responsabilidad para tomar decisiones: las autoridades nacionales y de la UE en materia de comercio y salud pública.

### Control del programa de prevención de los TDY

#### Monitorización de la nutrición de yodo

Los programas para la prevención de los TDY están integrados en un entorno en el que los hábitos, los productos alimenticios y los marcos regulatorios se modifican rápidamente. El estado de la nutrición de yodo de las poblaciones puede verse afectado por muchos factores, incluidos los cambios en los patrones

alimentarios, el nivel de sal yodada en los alimentos, la diferente efectividad de las campañas de información o las enmiendas a las leyes. Un requisito para los estudios regulares de monitorización es que han de ser representativos de la población objetivo y deben proporcionar resultados válidos.

- Responsabilidad de iniciar y financiar el monitoreo: gobiernos y autoridades de salud pública.
- Responsabilidad de proporcionar hallazgos válidos: los científicos.

### **Evaluación**

El monitoreo no puede reemplazar la evaluación de los programas de prevención de los TDY, que se basan en observar los resultados primarios de la estrategia de prevención, incluida cualquier tendencia en la incidencia de determinadas enfermedades tiroideas y los tratamientos relacionados. Se tienen que proporcionar fuentes de datos adecuadas para el análisis de la efectividad y la monitorización de daños potenciales.

- Responsabilidad para la regulación y la financiación: gobiernos y autoridades de salud pública.
- Responsabilidad de proporcionar datos adecuados: registros públicos, compañías de seguros de salud, hospitales, farmacias, etc.
- Responsabilidad de proporcionar hallazgos válidos: los científicos.

### **Estandarización y armonización**

Los científicos han de ser conscientes del posible sesgo en sus estudios. Los estudios de monitoreo y sus resultados han de estandarizarse para garantizar la validez de los datos para que las decisiones políticas puedan basarse en la evidencia. Los datos tienen que armonizarse en la medida de lo posible para mejorar la comparabilidad transnacional entre los diferentes programas de prevención de los TDY y para identificar a los países de referencia.

- Responsabilidad: científicos, proveedor de datos para estudios de resultados

### **Medidas que acompañan al Programa de Prevención de los TDY**

#### **Comité Asesor**

Se necesitan estructuras para apoyar a los gobiernos y las autoridades de salud pública en la aceptación de la responsabilidad y el cumplimiento de sus tareas. Los comités asesores deberían incluir a los principales interesados en el campo de la prevención de los TDY incluyendo tiroidólogos, epidemiólogos, economistas de la salud, pediatras, ginecólogos, nutricionistas, científicos de la comunicación, organizaciones de pacientes, representantes de la industria y grupos de consumidores.

- Responsabilidad de iniciar y financiar: gobiernos, autoridades de salud pública. Campañas informativas  
Los programas de prevención de los TDY, especialmente aquellos que son voluntarios, han de ir acompañados de campañas públicas de información.
- Responsabilidad de asesorar a gobiernos y autoridades de salud pública y proporcionar datos e información: científicos, nutricionistas, médicos, organizaciones de pacientes y la industria.

Nosotros, signatarios de la Declaración de Cracovia sobre Yodo, pedimos el apoyo de todas las partes interesadas en toda Europa y más allá para reunir recursos y experiencia para garantizar que nuestras generaciones futuras puedan desarrollar todo su potencial sin ninguna limitación resultante de la exposición a la deficiencia de yodo.

## Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2018

Un año más la Asociación Española de Matronas (AEM) reafirma su compromiso con la Fundación Española de Contracepción rubricando el manifiesto que la sociedad propone para este nuevo año 2018. Las matronas con competencias en salud sexual y reproductiva no pueden hacer oídos sordos a una

realidad y es que en el siglo XXI existe desinformación en este tema, principalmente entre los jóvenes, colectivo más vulnerable, y cuyas desgraciadas consecuencias enumera el propio manifiesto pensando de forma expresa en los adolescentes en este año 2018.

### Manifiesto del Día Mundial de la Anticoncepción 2018

**"Adolescente: es tu vida, es nuestro futuro"**



El alarmante incremento de las enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, sífilis, sida, clamidia, VIH), la persistencia de las mismas cifras de IVE en las menores de 19 años con una tasa del 8,97 por cada mil mujeres en 2016 (9,38 en 2015 y 9,92 en 2014), así como la desigualdad en el acceso a una contracepción eficaz según el lugar de residencia son razones suficientes para que en el Día Mundial de la Anticoncepción, la Fundación Española de Contracepción reivindique este año un mayor acceso de los adolescentes a la educación en salud sexual y reproductiva y a los anticonceptivos más eficaces.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

El Comité de los Derechos del Niño (CRC, por sus siglas en inglés) de la ONU ha analizado frecuentemente la necesidad del acceso a la educación sexual, y ha solicitado a los Estados Parte, entre los que figura España, que adopten medidas para proveer información, educación y servicios de planificación familiar y salud reproductiva para jóvenes. Este comité ha expresado recientemente su inquietud por aquellos países en los que la educación sobre salud reproductiva no forma parte del plan oficial de la Educación Primaria y Secundaria y, por ello, les recomienda impartir y dar formación al respecto.

En 2018 nadie discute el derecho del niño y la niña a la información sobre salud sexual y reproductiva. Además, el CRC alienta a los estados a ofrecer capacitación a los profesores y a otros profesionales de la educación sobre instrucción en educación sexual y expresa su preocupación por el hecho de que los responsables no la fomenten. Critica, a la vez, las barreras a la educación sexual, limitando así el acceso de los adolescentes a la información, y los obstáculos a la prevención y atención.

España cuenta con la Ley Orgánica 2/2010 (3 de marzo) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que en su capítulo I artículo 5 se marca como objetivo que los poderes garanticen tanto la información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo, como el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva y eliminando toda forma de discriminación.

Por todo ello, teniendo en cuenta nuestra realidad social (aumento de las ITS, persistencia de los embarazos en adolescentes) y los riesgos sanitarios y afectivos que amenazan a los más jóvenes, la Fundación Española de Contracepción exige el cumplimiento estricto, urgente y obligatorio de la legislación en materia de

acceso igualitario a la información y la atención de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva. Demanda, a la vez, el compromiso efectivo y necesario de la educación sanitaria integral y desde la perspectiva de género y la información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no buscados.

Sorprende que en la era de la información (páginas web, Whatsapp, Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, LinkedIn...) se aluda a la desinformación de los adolescentes en salud sexual y reproductiva, una evidencia que certifican los más recientes datos y encuestas.

Solo una educación en materia de salud sexual transversal y progresiva, una sociedad que viva en igualdad y garantice el acceso a la contracepción eficaz hará que los adolescentes puedan vivir su vida con salud y prepararse para un prometedor futuro. SU FUTURO ES NUESTRO FUTURO. Mejorar la vida de los adolescentes es apostar por mejorar nuestra sociedad.

Fundación Española de Contracepción

Madrid, 28 de septiembre de 2018

# NORMAS de PUBLICACIÓN

## **MATRONAS HOY**

*Matronas hoy*, en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas 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.

## **INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS**

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen).

Las tablas, cuadros y gráficos se enviarán en un fichero aparte del texto, cuyo número no excederá de seis en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda.

La página del título tiene que contener: el título del trabajo, el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a; solo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica (*e-mail*) y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

La bibliografía utilizada tendrá que aparecer señalizada de forma consecutiva, usando numeración arábiga, entre paréntesis. La forma de referenciarla será según las Normas de Vancouver: <http://www.enfermeria21.com/wp-content/uploads/Vancouver-2012.pdf>

Asimismo, en todos los manuscritos ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa que haya financiado el trabajo, así como el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar como "Financiación: ninguna". Además, todos los trabajos que se envíen han de ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Los conflictos de intereses pueden ser laborales, de investigación, económicos o morales. Si no hay ningún conflicto de intereses deberá hacerse constar como "Conflicto de intereses: ninguno".

## **NORMAS PARA CADA SECCIÓN**

### **Artículos originales**

Descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica y rigurosa. La extensión máxima será de 12 páginas, conteniendo un máximo de seis tablas y seis figuras.

El resumen no superará las 250 palabras, estará estructurado en: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones. Las palabras clave serán cinco términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.

En la Metodología es necesario especificar el diseño, la población estudiada, los sistemas estadísticos y cualesquiera otros datos necesarios para la comprensión del trabajo.

### **Colaboraciones cortas**

Se trata de artículos originales de menor entidad cuya extensión no supere las seis páginas, tres tablas y tres figuras.

### **Revisiones**

Serán revisiones de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés que contenga un análisis crítico que permita obtener conclusiones. Tendrán una extensión máxima de 12 páginas, diez figuras y seis tablas.

### **Documentos especiales**

Informes, protocolos o documentos importantes para el colectivo.

### **Agenda**

Noticias, cursos, convocatorias de reuniones y congresos, así como de premios y becas.

### **Aquí y ahora**

Entrevistas a matronas en su lugar de trabajo. Sección ocasional.

### **Echando la vista atrás**

Reportajes sobre hechos o acontecimientos reseñables en la profesión de las matronas.

## **NORMAS PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS**

### **Idioma**

Castellano.

## Envío de originales

La preparación del manuscrito original tendrá que hacerse de acuerdo a las normas y requisitos de uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas. Deberá incluirse siempre:

### Carta de presentación

Será necesario hacer constar en la misma:

- Tipo de artículo que se remite.
- Declaración de que es un texto original y no se ha enviado o se encuentra en proceso de evaluación en otra revista.
- Datos de contacto del autor/a principal: nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución.
- Si se tratase de estudios realizados en seres humanos, debe enunciarse el cumplimiento de las normas éticas del comité de investigación o de ensayos clínicos correspondiente y de la Declaración de Helsinki vigente.

### Título

Se indicarán, en página independiente y en este orden, los siguientes datos: título del artículo en castellano, apellidos y nombre de todos los autores, separados entre sí por una coma (se aconseja que figure un máximo de seis autores). Mediante números arábigos, en superíndice, se relacionará a cada autor/a, si procede, con el nombre de la institución a la que pertenece y se reseñará una dirección de correo electrónico que desean hacer constar como contacto con *Matronas hoy*.

### Resumen

Tendrá que ser comprensible por sí mismo sin contener citas bibliográficas. Será redactado obligatoriamente en los siguientes idiomas: español e inglés, respetando en todo caso la estructura del trabajo: introducción, objetivos, método, resultados, discusión y conclusiones.

### Palabras clave

Ha de incluirse al final del resumen un máximo de cinco palabras clave que coincidirán con los descriptores del *Medical Subjects Headings* (MeSH), accesible en la URL siguiente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

### Abreviaturas

Se incluirá un listado de las abreviaturas presentes en el trabajo con su correspondiente explicación.

### Texto

De acuerdo a la estructura siguiente:

- Introducción.
- Objetivos.
- Método.
- Resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.

## Agradecimientos

En este apartado se citarán las ayudas de todo tipo recibidas, señalando la entidad o empresa o personas que las facilitó.

## Bibliografía

Las referencias bibliográficas se ordenarán y numerarán por orden de aparición siguiendo las normas de Vancouver en su última versión.

## Figuras y fotografías

Las imágenes han de ser enviadas en ficheros con alta resolución y formato JPEG (no sirven pegadas en el documento de Word). Si se utilizan fotografías de personas identificables, es necesario tener la autorización para su publicación. Si se presentan imágenes procedentes de libros, páginas web, etc., es preciso comprobar los derechos de autor y conseguir la correspondiente autorización cuando sea precisa. Todas las figuras irán numeradas por orden de aparición en el texto, acompañadas de sus respectivas leyendas en un fichero de texto.

No se admiten ficheros de Power-Point ni similares.

## Tablas

Todas las tablas irán debidamente numeradas por orden de aparición en el texto, acompañadas de su respectivo número y pie de foto en un fichero.

## ENVÍO DE ORIGINALES

Los trabajos se remitirán por vía electrónica a través de la dirección de correo:  
[matronashoy@grupo-paradigma.com](mailto:matronashoy@grupo-paradigma.com)

## EVALUACIÓN DE ORIGINALES

Los trabajos remitidos para publicación serán evaluados mediante el método de la doble revisión por pares.

## PROCEDIMIENTO EDITORIAL

*Matronas hoy* confirmará la recepción de los trabajos recibidos y, posteriormente, de la aceptación para su publicación o el rechazo de los mismos.

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no considere apropiados.

Una vez haya sido aceptado el manuscrito, *Matronas hoy* se reserva el derecho a realizar cambios editoriales de estilo o introducir modificaciones para facilitar su claridad o comprensión, pudiendo modificar el título o el resumen, sin que ello conlleve cambios en su contenido intelectual.

Cada autor/res recibirá las pruebas del trabajo para su revisión, en formato PDF antes de la publicación, que deberá devolver corregidas en el plazo de tres días a *Matronas hoy*.

# PUBLICATION GUIDELINES

## **“MATRONAS HOY”**

“Matronas hoy”, on its third version, is the official scientific/informative publication by the Spanish Association of Midwives, intended to facilitate the potential publication of the great number of studies currently conducted by midwives, as well as to become a tool for the continuous training of the entire group. The approach of these articles includes all the perspectives of sexual and reproductive health of women and newborns, in terms of care, management, education and research, as well as everything associated with the midwife profession in history, its present and future.

## **GENERAL INSTRUCTIONS FOR SUBMITTING MANUSCRIPTS**

The manuscript should be written using the Word program as word processor and Excel or PowerPoint in case of graphs and tables (image format is not accepted for these).

Tables, charts and graphs will be sent in a file separate from the text; these shall not exceed the number of six as a set and must be numbered and defined according to the order in which they appear in the text, including headline, key or caption, as relevant.

The title page must include: the title of the article, which must be brief and informative (it should not exceed 15 words), the name and two surnames of each author, only stating the higher academic degree held, as well as their institutional filiation. The following must also be included: name, mail and electronic (e-mail) address, and the contact telephone of the author responsible for the article, for any potential mail.

The bibliography used must be marked consecutively, using Arabic numbers between parentheses. The reference system must follow the Vancouver Rules: <http://www.enfermeria21.com/wp-content/uploads/Vancouver-2012.pdf>

Likewise, all manuscripts must state any potential financial support, and the organization, agency, institution or company funding the study, as well as the number of project, agreement or contract. In case of no external funding, it must be stated as: “Funding: None”. Besides, all articles sent must include a statement with any potential conflict of interests by each one of the persons signing the article. Conflicts of interest can be occupational, of research, economic or moral. If there is no conflict of interests, this must be stated as “Conflict of Interests: None”.

## **RULES FOR EACH SECTION**

### **Original articles**

The complete description of a basic or clinical research that provides enough information for a critical and rigorous assessment. The maximum length will be 12 pages, containing at most six tables and six figures.

The abstract cannot exceed 250 words and will be structured into: Objectives of the Study, Method, Outstanding Outcomes, and the main Conclusions. The key words will be five terms that define the article contents for its inclusion in national and international databases.

Under Methodology, it is necessary to specify the design, the population studies, the statistical systems, and any other data necessary for understanding the article.

### **Brief contributions**

These are original lower-level articles, not exceeding six pages, three tables and three figures.

### **Reviews**

These will be reviews of previous publications associated with a topic of interest, containing a critical analysis that allows to draw conclusions. Their maximum length will be of 12 pages, ten figures and six tables.

### **Special Documents**

Reports, protocols, or documents which are important for the group.

### **Agenda**

News, courses, announcement of meetings and congresses, as well as awards and grants.

### **Here and Now**

Interviews with midwives in their working place. Occasional section.

### **Looking Back**

Articles on noteworthy facts or events regarding the profession of midwives.

## **RULES FOR SUBMITTING ARTICLES**

### **Language**

Spanish.

### **Sending original articles**

The original manuscript must be prepared according to the rules and uniform requirements by the International Committee of Journal Editors. The following must always be included:

#### **Letter of Introduction:**

This letter must state:

- Type of article submitted.
- Statement that it is an original text, and that it has not been sent or is under evaluation process by any other journal.
- Contact details of the main author: full name, mail and electronic address, telephone and institution.
- In the case of studies conducted on human beings, it must be stated that the ethical rules by the relevant research or clinical trial committee have been followed, as well as the current Declaration of Helsinki.

#### **Title**

The following details will be included, in a separate page and in this order: title of the article in Spanish, surnames and name of all the authors, separated by a comma (it is recommended to include six authors at most). Through Arabic numbers, each author will be linked in superscript with the name of their institution, if relevant, and an email address will be stated as the intended contact with "Matronas hoy".

#### **Abstract**

This must be understandable in itself, without including any bibliographic references. It must be written in Spanish and in English, always following the article structure: introduction, objectives, method, results, discussion and conclusions.

#### **Key words**

At the end of the abstract, a maximum of five key terms must be included, that will coincide with the Medical Subjects Headings (meSH) descriptors that can be accessed at the following URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

#### **Abbreviations**

A list of all abbreviations used in the article must be included, with their own explanation.

#### **Text**

According to the following structure:

- Introduction.
- Objectives.
- Method.
- Results.
- Discussion.
- Conclusions.

### **Acknowledgements**

In this section, any type of support received will be included, as well as the entity, company or persons who provided them.

### **Bibliography**

Bibliography references will be ordered and numbered according to the order in which they appear, following the Vancouver Rules on its latest version.

### **Figures and photographs**

Images must be sent in files with high resolution and in JPEG format (they are useless if pasted on the Word document). If using photos of persons who can be identified, it is required to have their authorization for publication. If presenting images from books, web-pages, etc., their copyright must be confirmed, and the relevant authorization must be obtained when required. All figures will be numbered by the order in which they appear in the text, with their respective captions, in a file.

No PowerPoint files or similar will be accepted.

### **Tables**

All tables will be adequately numbered by the order in which they appear on the text, with their respective number and caption, in a text file.

## **SUBMITTING ORIGINAL ARTICLES**

Articles will be sent by email through this e-mail address: [matronashoy@grupo-paradigma.com](mailto:matronashoy@grupo-paradigma.com)

## **EVALUATION OF ORIGINAL ARTICLES**

Any articles sent for publication will be assessed through the method of double review by peers.

## **EDITORIAL PROCEDURE**

"Matronas hoy" will confirm reception of the articles received, and afterwards, their acceptance for publication or their rejection.

The Editorial Board reserves the right to reject those articles not considered appropriate.

Once the manuscript has been accepted, "Matronas hoy" reserves the right to make any editorial changes of style, or to conduct modifications in order to facilitate their clarity of understanding: there can be a modification in the title or the abstract, not entailing any changes in the intellectual contents.

Each author will receive the article proofs for review before publication, in PDF format; these must be sent back with any corrections to "Matronas hoy" within three days.

# EXPERTO DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

**32  
ECTS**

SALUS INFIRMORUM  
**UPSA Madrid**

**¡Especialízate  
en Urgencias!**

- MODALIDAD: online
- DURACIÓN: 7 meses
- PLAZAS: 100



**aulaDAE**  
Grupo Paradigma

<https://www.auladae.com/expertos>