



SUMARIO

■ Editorial

Originales

- El aborto farmacológico en el contexto de la teleasistencia remota. Utilidad para la mujer gestante
- Evaluación de la instauración de protocolos sobre consejos dietéticos y actividad física tras diagnóstico de diabetes gestacional en el Servicio Murciano de Salud
- Lactancia materna. Pezoneras, ¿uso o abuso?

Revisiones

- Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal

Caso clínico

- Actuación de la matrona ante una complicación durante un parto de baja intervención. Caso Clínico

Echando la vista atrás:

Integración de las matronas en la Atención Primaria

Agenda:

- Día Internacional de la Matrona: 5 de mayo
- Reactivación del trabajo del comité técnico de la estrategia en salud reproductiva del SNS
- Nuevos cursos de formación continuada de la AEM
- Congreso Nacional de Educación Vial Materno-Infantil
- La AEM en el XIX Congreso Salud y Mujer
- Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón"



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

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

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

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

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

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

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

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

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

Comité científico

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



Sumario • Summary

Vol. 7 - nº 1 abril-agosto 2019

Editorial

4

Originales

- El aborto farmacológico en el contexto de la teleasistencia remota. Utilidad para la mujer gestante 6
 María Isabel Fernández Aranda
- Evaluación de la instauración de protocolos sobre consejos dietéticos y actividad física tras diagnóstico de diabetes gestacional en el Servicio Murciano de Salud 16
 Emilio José Bastida Riquelme
- Lactancia materna. Pezoneras, ¿uso o abuso?..... 26
 Gloria Aurora Boal Herranz, Ester Barrios Miras

Revisiones

- Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal 41
 M^a Angeles Campos Herrero, María Conde Álvarez, Eva Hortigüela Cámara, Ana López Cadenas, Lucía Val Peon

Caso clínico

- Actuación de la matrona ante una complicación durante un parto de baja intervención. Caso Clínico 47
 M^a Angeles Campos Herrero, María Conde Álvarez, Eva Hortigüela Cámara, Ana López Cadenas, Lucía Val Peon

Echando la vista atrás

- Integración de las matronas en la Atención Primaria 56

Agenda

- Día Internacional de la Matrona: 5 de mayo 58
- Reactivación del trabajo del comité técnico de la estrategia en salud reproductiva del SNS 60
- Nuevos cursos de formación continuada de la AEM 64
- Congreso Nacional de Educación Vial Materno-Infantil 65
- La AEM en el XIX Congreso Salud y Mujer 67
- Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón" 68

Editorial

Ya hace muchos años, allá por el año 1990, con una ilusión desbordante por crecer profesionalmente pensé que sería determinante para ello "asomarme" a la profesión que se ejercía fuera de nuestras fronteras y acudí a mi primer Congreso Internacional, en Kobe (Japón), en busca de novedades, mejoras supuestamente desconocidas en el entorno profesional de nuestra "madre patria".

Siempre se dice "que las primeras veces" dejan una huella más profunda y posiblemente sea así porque tengo aún recuerdos muy vívidos de muchas de las cosas que allí acontecieron, empezando por el discurso de la presidenta de aquel congreso. Nos mencionó que una reconocida matrona, con motivo de un encuentro en el congreso trienal anterior, le había dicho que otra matrona necesitaba poseer las tres Hs (en inglés) *Head* (cabeza), *Hands* (manos) y *Heart* (corazón), lo que tiempo después sirvió para acuñar el lema de aquel congreso de Kobe: "Un regalo de matrona: amor, habilidad y conocimiento".

Sin duda ese comentario dejó una huella profunda en mí y a medida que mi carrera profesional ha avanzado lo recuerdo, si cabe, con más intensidad, convencida de que sin estas condiciones la labor de cualquier matrona no será excelente.

Por aquello de la traducción las tres Hs del inglés las he convertido en las siglas C, M, C en español y sí, primero hablo de la Cabeza, el centro de control, porque es el lugar donde se aloja nuestra parte reflexiva y ética y en la que atesoramos todo el conocimiento necesario para ejercer nuestra profesión con competencia y seguridad. Ese conocimiento que empieza en las unidades docentes con un sustrato teórico importante, que no se completa nunca porque es la práctica de cada día la que aporta nuevos conocimientos que no están en los libros y nos afianza en el trabajo profesional y es la experiencia, principalmente de quienes nos preceden, la fuente de enriquecimiento profesional que nuestros compañeros nos regalan. Nunca están completos nuestros conocimientos, también porque la especialidad se desarrolla paralelamente al desarrollo de ciencia y técnica y surgen nuevas evidencias científicas que nos empujan a cambiar las formas de asistencia... Y aceptar los cambios es importante, no podemos vivir en el inmovilismo de ningún tipo, pero hay mucho que reflexionar antes de dar un paso para no abrazar ciegamente cuanta novedad o incluso el criterio de personas que se autoarrogan sin pudor el título de expertos, cada vez con más frecuencia, buscando más su beneficio personal que el de las propias mujeres y el de la profesión. Nuestra profesión no es un juego y requiere conocimientos técnicos y científicos tanto para saber hacer,

como para saber cuándo nada hay que hacer más que acompañar.

De otro lado, nuestra cabeza puede custodiar si uno los tiene, los principios básicos de la ética profesional —beneficencia, autonomía y justicia— que no solo no han perdido su vigencia, sino que son más necesarios que nunca en una sociedad en la que muchas de las prácticas profesionales han tomado un rumbo cuestionable, orientadas a la búsqueda de eficiencia y la competitividad por encima de todo y con el afán del provecho individual como leitmotiv. Las matronas debiéramos abrazarlos libre y voluntariamente aceptando el compromiso ético de orientar nuestro ejercicio profesional hacia el logro del bien común.

Y seguimos con las Manos depositarias del sentido del tacto, las que transmiten emociones como seguridad, firmeza, confianza, tranquilidad o cuidado, respeto, comprensión; manos que deben poseer habilidad para reconocer el crecimiento del feto, su postura, descubrir el punto en que su latido nos confirma la vida que se está gestando, para valorar el discurrir del parto y acompañarlo o si es anormal intervenir; manos sensibles y delicadas para ser las receptoras cálidas que reciben al niño que nace. Manos que necesitan ser no solo afectivas para dar un inconfundible toque terapéutico a nuestras acciones, sino hábiles y diestras en técnica (obstétrica-ginecológica) para conducir adecuadamente a la mujer lo largo de su vida sexual y reproductiva.

Por último, y no menos importante, el Corazón, ese motor que imprime pasión y compromiso en lo que hacemos y cómo lo hacemos; las matronas debemos seguir siendo personas vocacionales que creamos, amemos y disfrutemos con nuestra profesión porque además de ganarnos la vida de una forma lícita, entendamos que servir y contribuir con nuestro trabajo profesional a mejorar la vida de las mujeres y las familias, es un privilegio, una gratificación sobre nuestro quehacer.

El corazón nos permite interpretar emociones y responder con sensibilidad frente a los problemas de las mujeres que son el centro de nuestra actividad profesional. Nos permite mostrar esa compasión no lástima, que indica que entendemos las emociones que sufre la mujer a quien ofrecemos nuestra ayuda, o lo que se puede llamar "*empatía en acción*": conectar con la mujer y responder a sus necesidades con auténtica, sincera y desinteresada relación de ayuda profesional, algo muy diferente a desplegar un abanico de seducción falsa y superficial en un ritual artificioso en el que hay un exceso de cortesía, de sonrisas y expresiones pseu-

docariñosas, incluso ñoñas que buscan más obtener los parabienes de mujeres y familias o lo que se dice "caer simpáticas". Trabajo competente y simpatía, no son excluyentes sino muy al contrario, juntos son la base para generar confianza y respeto a esa mujer a la que trataremos como adulta, individual y éticamente, respetando sus derechos y elecciones.

Estimados colegas tened siempre presentes y repetid en vuestro interior a modo de mantra: Cabeza, Manos, Corazón, condiciones indispensables de la matrona.

Rosa Mª Plata Quintanilla
Directora de Matronas Hoy

El aborto farmacológico en el contexto de la teleasistencia remota. Utilidad para la mujer gestante

María Isabel Fernández Aranda

Matrona. Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

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

Fecha de recepción:

Fecha de aceptación:

Cómo citar este artículo:

Fernández Aranda MI. El aborto farmacológico en el contexto de la teleasistencia remota. Utilidad para la mujer gestante. *Matronas hoy*. 2019; 7(1):6-15.

Resumen

Introducción: el aborto farmacológico es un método utilizado de forma habitual para la interrupción del embarazo. La telemedicina como servicio de asistencia a distancia puede ofrecer ayuda a las mujeres proporcionando una alternativa segura para la interrupción voluntaria del embarazo en contextos no sanitarios o sin acceso a servicios sanitarios seguros.

Objetivo: buscar evidencia de la utilidad de la aplicación de la telemedicina en el caso del aborto farmacológico y en qué casos es más viable e idóneo.

Método: revisión narrativa de la literatura existente entre enero de 2010 y abril de 2018. Estrategia de búsqueda consistente en realizar combinaciones *booleanas* de términos predefinidos en español e inglés en cuatro bases de datos: Pubmed, Science Direct, Cochrane y Medes.

Resultados: se han considerado de interés 16 referencias bibliográficas que cumplen los criterios de inclusión.

Conclusiones: el aborto farmacológico es un método seguro, efectivo y aceptable, y puede ser gestionado a través de servicios de telemedicina en condiciones adecuadas de seguridad y privacidad para la mujer gestante.

Palabras clave: aborto inducido; embarazo; educación para la salud; telemedicina.

Abstract

Medical abortion in the remote teleassistance setting. Its usefulness for the pregnant woman.

Introduction: medical abortion is a method typically used for pregnancy interruption. Telemedicine as a remote care service can offer help to women, by providing a safe alternative for voluntary pregnancy interruption in non-healthcare settings or those without access to safe healthcare services.

Objective: to look for evidence of the usefulness of applying telemedicine in case of medical abortion, and in which cases it is more feasible and adequate.

Method: a narrative review of the literature existing between January, 2010 and April, 2018. A search strategy consisting in making Boolean combinations of predefined terms in Spanish and English, in four databases: Pubmed, Science Direct, Cochrane and MEDES.

Results: sixteen (16) bibliographic references which meet the inclusion criteria were considered of interest.

Conclusions: medical abortion is a safe, effective and acceptable method, and it can be managed through telemedicine services under the adequate conditions of safety and privacy for the pregnant woman.

Key words: induced abortion; pregnancy; health education; telemedicine.

Introducción

Desde su nacimiento, la medicina se ha encargado de curar y prevenir enfermedades que afectan a la salud de las personas, por lo tanto, la finalidad última de un sistema sanitario es la de garantizar que todos los usuarios tengan acceso a ella. Sin embargo, hay diferentes barreras que impiden prestar servicios sanitarios a gran parte de la población mundial, ya sea por la lejanía de los centros médicos o por las condiciones topográficas del terreno, lo que conlleva a que algunas personas, por el avance de su enfermedad, no pueden recibir atención médica, y otras la reciban pero no en el momento preciso¹. En este contexto se puede considerar la telemedicina como la prestación de servicios de salud a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), en aquellos casos en los que el paciente y el profesional sanitario no puedan estar en el mismo lugar^{2,3}.

Los usos y las aplicaciones que se le han dado a la prestación de servicios sanitarios a distancia son variados y abarcan distintas especialidades de la medicina; sin embargo, los factores que determinan el uso de la telemedicina dentro del contexto sanitario incluyen el nivel de información y tecnología del profesional sanitario que lo utilice, la facilidad de uso y la propensión a innovar⁴. En España existen varias experiencias que demuestran su utilidad en el terreno de la obstetricia, los estudios de Seguranyes et al.⁵ y Fernández Aranda⁶ ponen en evidencia la eficacia del uso de la atención telemática por videoconferencia para la atención de las mujeres en el postparto, la satisfacción por la atención recibida por este medio y la aceptación por parte de las mujeres gestantes del uso de las nuevas tecnologías, con tasas del 70% de aprobación en la búsqueda de información relevante en cuanto a su gestación.

En este contexto se encuentra uno de los servicios relacionados con la obstetricia donde la telemedicina comienza a aplicarse, el seguimiento y tratamiento del aborto farmacológico. Cada año, 19 millones de mujeres sufren un aborto inseguro y 68.000 mujeres mueren por sus complicaciones, la tasa de mortalidad por interrupción insegura del embarazo es de 367 por 100.000^{7,8}. En todo el mundo más del 30% de las mujeres se somete al menos a una interrupción médica o quirúrgica del embarazo⁹. El aborto farmacológico es un procedimiento seguro y efectivo para embarazos de hasta 10 semanas de edad gestacional que implica el uso de mifepristona y misoprostol con una tasa de aborto completo de más del 95%, con algo de dolor y con algo de mayor hemorragia que el aborto quirúrgico¹⁰.

Factores como la distancia física entre mujer gestante y profesional sanitario¹¹ o las barreras socioeconómicas¹² pueden recomendar la aplicación de la telemedicina en este tipo de actuaciones. Hay una clara evidencia que apoya la capacidad del personal sanitario para evaluar la elegibilidad

de la mujer gestante, administrar la medicación y garantizar el seguimiento a través de programas de telemedicina^{13,14}. A pesar de que la telemedicina potencialmente se puede extender a una amplia variedad de servicios, en el presente caso no existen estudios que contemplen todas las implicaciones que conlleva su aplicación a los diferentes sistemas sanitarios existentes. Por tanto, el objetivo de este estudio será el de buscar evidencia de la utilidad de la aplicación de la telemedicina en el caso del aborto farmacológico y en qué casos es más viable e idóneo.

Material y método

Se realizó una revisión narrativa de la bibliografía existente en las bases de datos Medes, PubMed, Cochrane y Science Direct. La estrategia de búsqueda consistió en realizar combinaciones *booleanas* de los siguientes términos en inglés y español; "telemedicine", "abortion", "internet" y "pregnant" y sus correspondientes en español "telemedicina", "aborto", "internet" y "gestante", con un filtro según el tipo de publicación y aplicando como límites respecto a la fecha de publicación de los artículos entre enero de 2010 y abril de 2018. Se ha optado por realizar el estudio en este intervalo para obtener resultados más actuales e incluir los trabajos más representativos. A continuación se revisaron las bibliografías de los artículos encontrados en busca de nuevas referencias. A través de los resúmenes o del texto completo, si estos faltaban se discriminó qué artículos se adecuaban al objetivo del estudio aplicando los siguientes criterios:

- Registros que en los apartados de título, resumen y texto completo describan y analicen intervenciones derivadas del uso de la telemedicina en situaciones de aborto farmacológico por las mujeres gestantes.
- Registros que en los apartados de título, resumen y texto completo ofrezcan resultados cuantitativos del uso de la telemedicina en situaciones de aborto farmacológico por las mujeres gestantes, incluyendo temas de índole legal, económica y social.

Los registros que cumplieron los dos criterios fueron analizados detenidamente y eliminados el resto. La estrategia de búsqueda del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y los resultados están incluidos en la Tabla 1.

Resultados

Siguiendo la metodología descrita en el apartado anterior se encontraron 16 artículos y estudios relacionados con el tema del estudio^{12-18,20-24,27,30,33,35} una vez aplicados los criterios de inclusión. Los resultados obtenidos se han ilustrado en la Tabla 2.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

	Bases de datos				Eliminados	Duplicados
	Pubmed	Cochrane	Science Direct	Medes		
	<i>(telemedicine [Title/Abstract] AND abortion [Title/Abstract])</i>	telemedicina: TA (Aborto farmacológico): TA	<i>"telemedicine and abortion"</i>	<i>(("telemedicina" [todos]) AND "aborto" [todos])</i>		
Registros obtenidos al realizar búsqueda <i>booleana</i> por palabras "telemedicina", "aborto", "internet" y "gestante" en español e inglés con criterio temporal entre enero de 2010 y abril de 2018	29	37	68	1		
Registros totales	135					
Lectura de artículo completo, se aplica criterio 1	19	10	21	1	74	10
Lectura de artículo completo, se aplica criterio 2	13	0	3	0	35	0
Registros incluidos en la revisión narrativa	16					

Tabla 2. Resultados obtenidos

	Autores	Título	Objetivo	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
1	Gomperts RJ, Jelinska K, Davis S. 2010 (23)	<i>Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services</i>	Analizar el servicio que presta <i>Women on Web</i> para ayudar a las mujeres a acceder a la mifepristona y el misoprostol en países que no cuentan con una atención segura para la interrupción del embarazo (TOP). Este estudio revisa el servicio de telemedicina	Estudio cuantitativo	Después de maximizar el seguimiento de 54,8 a 77,6%, el 12,6% decidió no hacer el TOP y el 6,8% de las mujeres que hicieron el TOP médico en casa necesitó una aspiración por vacío	La telemedicina puede proporcionar una alternativa a TOP inseguro. Los resultados de la atención se encuentran en el mismo rango que TOP en entornos ambulatorios
2	Grossman D, Grindlay K. 2011 (15)	<i>Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person</i>	Comparar la proporción de abortos médicos con un evento adverso clínicamente significativo entre la telemedicina y los	Estudio de cohorte retrospectivo	49 eventos adversos clínicamente significativos (sin muertes ni cirugía, 0,18% de los pacientes de telemedicina con ningún evento adverso [IC del 95%: 0,11-0,29%] y	Los eventos adversos son raros con el aborto con medicamentos, y la utilización de la telemedicina no es inferior a la atención en persona con respecto a los

Tabla 2. Resultados obtenidos (continuación)

	Autores	Título	Objetivo	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
			pacientes en persona en un sistema clínico en Iowa durante los primeros siete años del servicio		0,32% de los pacientes en persona [IC del 95%: 0,23 a 0,45%]). La diferencia en la prevalencia de eventos adversos fue del 0,13% (IC del 95%: -0,01% a 0,28%, p= 0,07)	eventos adversos clínicamente significativos
3	Grossman D, Grindlay K, Buchacker T. 2011 (14)	<i>Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine</i>	Estimar la efectividad y aceptabilidad de la provisión de telemedicina de aborto médico temprano en comparación con la provisión de una visita médica en persona a una afiliada de <i>Planned Parenthood</i> en Iowa	Estudio prospectivo de cohortes	La proporción con un aborto exitoso fue del 99% para pacientes con telemedicina (intervalo de confianza del 95% [IC] 96-100%) y del 97% para pacientes cara a cara (IC del 95% 94-99%)	La provisión de aborto médico a través de la telemedicina es efectiva y la aceptabilidad es alta entre las mujeres que eligen este modelo
4	Gomperts R, Petow S, Jelinska K, Steen L, Gemzell-danielsson K, Kleiverda G. 2012 (33)	<i>Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine</i>	Se analizan los factores que influyen en la tasa de intervención quirúrgica después de la terminación médica domiciliar del embarazo (TOP) por mujeres en países sin acceso a servicios seguros utilizando el servicio de telemedicina <i>Women on Web</i>	Estudio de cohortes	De las 2 323 mujeres que realizaron el TOP médico y no tuvieron ningún embarazo en curso, 289 (12,4%) recibieron una intervención quirúrgica. Se encontraron altas tasas en Europa del Este (14,8%), América Latina (14,4%) y Asia/Oceania (11,0%) y bajas en Europa Occidental (5,8%), Medio Oriente (4,7%) y África (6,1%; p= 0,000)	Las grandes diferencias regionales en las tasas de intervenciones quirúrgicas informadas después de TOP médico proporcionadas por la telemedicina no pueden explicarse por factores demográficos o diferencias en la longitud gestacional
5	Grindlay K, Lane K, Grossman D. 2013 (17)	<i>Women's and provider's experiences with medical abortion provided through telemedicine</i>	Evaluar las experiencias de pacientes y proveedores con la provisión de telemedicina para el aborto con medicamentos	Entrevistas en profundidad. Análisis cualitativo de los datos	Se encontraron ventajas en la telemedicina como disminución de viajes para pacientes y médicos y una mayor disponibilidad de ubicaciones y horarios de citas en comparación con la prestación en persona. En general, los pacientes fueron positivos o indiferentes al tener la conversación con el médico a través de la	Los hallazgos de este estudio indican que la telemedicina se puede utilizar para proporcionar aborto médico de una manera que sea altamente aceptable para los pacientes y proveedores con un impacto mínimo en la clínica

Tabla 2. Resultados obtenidos (continuación)

	Autores	Título	Objetivo	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
					telemedicina, y la mayoría informó que se sentía privada/segura y en algunos casos incluso más cómoda que una visita en persona	
6	Grossman DA, Grindlay K, Buchacker T. 2013 (27)	<i>Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa</i>	Se evalúa el efecto de un modelo de telemedicina que proporciona aborto médico en la prestación de servicios en un sistema clínico en Iowa	Estudio cuantitativo	La tasa de aborto disminuyó en Iowa después de la introducción de la telemedicina, y la proporción de abortos en las clínicas que fueron médicas aumentó del 46% al 54%. Después de que se introdujo la telemedicina, y con el ajuste de otros factores, los pacientes de la clínica tenían mayores probabilidades de obtener aborto médico y aborto antes de las 13 semanas de gestación	La telemedicina podría mejorar el acceso al aborto con medicamentos, especialmente para las mujeres que viven en áreas remotas, y reducir el aborto en el segundo trimestre
7	Gomperts R, Van der Vleuten K, Jelinska K, da Costa C, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. 2013 (35)	<i>Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil</i>	Evaluar la necesidad y el resultado del aborto médico autoadministrado con mifepristona y misoprostol en Brasil, a través de <i>Women on Web</i> , un servicio global de aborto con telemedicina	Revisión retrospectiva de casos	De las 1.401 mujeres que completaron la consulta en línea a <i>Women on Web</i> , 602 mujeres continuaron su solicitud de un aborto médico. De las 370 mujeres que usaron los medicamentos, 307 dieron información de seguimiento sobre el resultado del aborto con medicamentos	Hay una gran necesidad de aborto con medicamentos en Brasil. El uso doméstico de mifepristona y misoprostol a través de la telemedicina es seguro y efectivo
8	Wiebe ER. 2014(18)	<i>Use of telemedicine for providing medical abortion</i>	Revisión retrospectiva de casos de aborto farmacológico mediante telemedicina	Estudio de cohorte retrospectivo	1.858 mujeres gestantes realizaron el seguimiento tradicional y 29 mediante telemedicina sin complicaciones reseñables	Las mujeres gestantes utilizando sus propios medios tecnológicos (<i>smartphone</i>) pueden realizar determinadas pruebas como el médico o la enfermera en la clínica
9	Larrea S, Palencia L, Perez G. 2014 (21)	Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio	Analizar las complicaciones y los tratamientos declarados después de	Estudio prospectivo de cohortes	El 14,6% de las participantes declaró complicaciones (6,2% hemorragia y 6,8% aborto	El aborto farmacológico proveído por telemedicina puede ser una opción segura y efectiva para la

Tabla 2. Resultados obtenidos (continuación)

	Autores	Título	Objetivo	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
		de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento	un aborto farmacológico con mifepristona y misoprostol dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres que viven en América Latina		incompleto). El 19,0% tuvo tratamiento postaborto (10,9% evacuación quirúrgica y 9,3% antibióticos). Los embarazos previos aumentaron el riesgo de hemorragia (RI= 2,29; IC95%: 1,33-3,95%)	interrupción voluntaria del embarazo en contextos donde está legalmente restringido
10	Yang Y, Kozhimannil K. 2016 (16)	<i>Medication abortion through tele- medicine: implications of a ruling by the Iowa Supreme Court</i>	Analizar las implicaciones de la anulación de la restricción que habría impedido que los médicos administraran un aborto con medicamentos de forma remota a través de videoconferencias, especialmente en entornos rurales en el estado de Iowa (EE.UU.)	Artículo científico	Las decisiones judiciales que revierten estas prohibiciones podrían mejorar el acceso a servicios de aborto para los 21 millones de mujeres en edad reproductiva que viven en estos 18 estados, que tienen un suministro limitado de obstetras y ginecólogos, mayormente concentrado en áreas metropolitanas urbanas	La interacción entre la política de telemedicina, la política de aborto y la ciencia de la medicina es el núcleo de la decisión de la Corte, y tiene un significado más allá de los internos de Iowa
11	Raymond EG, Chong E, Hyland P.2016 (13)	<i>Increasing access to abortion with telemedicine</i>	Analizar las restricciones al aborto en varios estados de EE.UU. en cuanto a límites a la construcción de instalaciones, las calificaciones para los médicos y los procedimientos que se usan para el aborto	Estudio descriptivo	El 31% de los pacientes en áreas rurales viajaba más de 100 millas para servicios de aborto. Una vez que una mujer llega a un centro de aborto, puede encontrar barreras adicionales, incluido el acoso verbal de los manifestantes y el bloqueo físico de la entrada a la clínica. Este hostigamiento a veces es violento	Las consecuencias para la salud de impedir el acceso al aborto pueden ser graves: las mujeres pueden retrasar el procedimiento, lo que aumenta el riesgo o recurren a métodos de aborto inseguros
12	Norman WV, Dickens BM. 2017 (12)	<i>Abortion by telemedicine: an equitable option for Irish women</i>	Analizar las restricciones, temores y objeciones de las mujeres gestantes irlandesas ante el aborto farmacológico mediante telemedicina	Estudio descriptivo	Se evidencia una falta de datos del 32% de mujeres que practicó el aborto farmacológico mediante telemedicina. En el resto el 95% terminaron con éxito el embarazo con un 9,3% que requirió atención médica adicional	Existen evidencias de que el aborto médico a través de la telemedicina es seguro y de calidad, aunque el problema es si es legal practicarlo o no

Tabla 2. Resultados obtenidos (continuación)

	Autores	Título	Objetivo	Tipo estudio	Resultados	Conclusiones
13	Grindlay K, Grossman D. 2017 (20)	<i>Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: through the provider's lens</i>	Evaluar las experiencias con la provisión de telemedicina de aborto médico en Alaska utilizando métodos cualitativos	Entrevistas en profundidad	Se consideró que era fácil integrar la nueva tecnología en las operaciones clínicas, y que una visita de telemedicina requería en gran medida los mismos procesos generales y flujo clínico que una visita en persona, con pequeñas adiciones relacionadas con la configuración tecnológica para la interfaz del médico	Los hallazgos son consistentes con la literatura previamente publicada sobre el aborto con medicamentos proporcionada a través de la telemedicina, es decir la telemedicina se puede utilizar para proporcionar aborto médico de una manera que sea altamente aceptable
14	Aiken ARA, Digol I, Trussell J. 2017 (24)	<i>Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the republic of Ireland and northern Ireland</i>	Evaluar los resultados autoinformados y los eventos adversos después del aborto médico de origen propio a través de la telemedicina en línea	Estudio basado en la población	En 2010-12 se enviaron medicamentos para el aborto (mifepristona y misoprostol) a 1.636 mujeres y se obtuvo información de seguimiento para 1.158 (71%). 93 mujeres (9,3%, 7,6% a 11,3%) informaron haber experimentado algún síntoma por el cual se les aconsejó buscar consejo médico, y de estas, 87 (95%, 87,8% a 98,2%) buscaron atención	El aborto con medicamentos de origen propio que utiliza la telemedicina en línea puede ser altamente efectivo y los resultados se comparan favorablemente con los protocolos clínicos. Las tasas reportadas de eventos adversos son bajas
15	Perry N, Beca JP. 2017 (22)	Virus zika y aborto por correspondencia, una realidad cercana a Chile	Analizar las implicaciones de causalidad entre la infección prenatal de virus zika y el ONG internacionales ingresan y facilitan el acceso del aborto farmacológico en diferentes países	Estudio cuantitativo	Se presentaron 442 peticiones de aborto farmacológico en 107 días después de emitida la alerta epidemiológica por virus zika en noviembre de 2015 aunque solo se diagnosticó un caso	Estos datos revelan que en varios países de latinoamérica, pese a no estar afectado por virus zika se usan las plataformas web que proveen de un "aborto farmacológico por correspondencia"
16	Roopan G, Norman W. 2018 (30)	<i>Telemedicine and medical abortion: dispelling safety myths, with facts</i>	Clarificar los mitos existentes en cuanto a la seguridad y privacidad del aborto farmacológico mediante telemedicina	Revisión narrativa	Se analizan los estudios de Grossman y Grindlay entre otros con resultados ya reseñados	Los resultados encontrados en varios estudios proporcionan evidencia sobre la seguridad de la intervención mediante telemedicina en países en los que el servicio está alejado de la mujer gestante

Aunque se han encontrado estudios que apoyan la efectividad de la telemedicina para la provisión de aborto médico con medicamentos en comparación con la realizada en la clínica u hospital de turno¹⁵, las preocupaciones sobre la seguridad de la mujer gestante han llevado a muchos países a aprobar leyes que prohíben el uso de la telemedicina para proporcionar el aborto¹⁶. En general, las mujeres han informado de experiencias positivas con la atención recibida por telemedicina y la mayoría ha expresado que la consideraban privada y segura¹⁷.

Se han encontrado dos aspectos de interés a analizar en la aplicación de la teleasistencia en este contexto:

- La utilidad de la telemedicina en la aplicación del aborto farmacológico en países en los que no está prohibido legalmente pero la dificultad para el acceso a centros sanitarios hace recomendable una asistencia a distancia (teleasistencia) para realizar el seguimiento controlado del aborto o se utiliza para facilitar a la mujer gestante el acceso a un servicio de forma anónima y controlada.
- La utilidad de la telemedicina en la aplicación del aborto farmacológico en países donde está prohibido/penalizado el aborto.

El trabajo de Grossman y Grindlay¹⁵ proporciona evidencia de que el desarrollo de la telemedicina para abortos médicos es tan seguro como la proporcionada en el servicio sanitario correspondiente lo que es importante para facilitar su integración dentro de los sistemas de salud. Grossman y Grindlay analizaron 8.765 casos de aborto atendido mediante telemedicina y 10.405 abortos médicos normales realizados en Iowa (EE.UU.), su análisis demostró que solo el 0,18% (IC del 95%: 0,11-0,29%) de los casos presentó eventos adversos clínicamente significativos en el grupo de telemedicina en comparación con 0,32% (IC del 95%: 0,23-0,45%) en el grupo de visita personal¹⁵. De los 19.170 abortos médicos analizados se informaron 49 eventos adversos clínicamente significativos (0,3%, diferencia global en la prevalencia de los efectos adversos entre grupo de estudio y control del 0,13% (IC del 95%: 0,01-0,28%; $p=0,07$).

En Canadá se iniciaron servicios de aborto directo a la telemedicina con el uso de metotrexato y misoprostol antes de la aprobación de la mifepristona^{18,19}. En Alaska, quienes buscan un aborto médico a través de la telemedicina se reúnen con el personal de la clínica local, un técnico capacitado les hace un ultrasonido, les mide la presión sanguínea, la estatura y el peso medidos por un asistente médico o enfermera, reciben información sobre el procedimiento y completan un formulario de consentimiento²⁰. Un médico a distancia revisará el historial de la paciente y las imágenes de ultrasonido, y lo visitará electrónicamente. Se confirma la elección de esta y se reitera el procedimiento²⁰. La paciente recibe instrucciones del médico sobre los medicamentos y recibirá mifepristona y misoprostol en la clínica satélite, hay variaciones en cómo se hace esto.

En cuanto a la utilidad de la telemedicina en la aplicación del aborto farmacológico en países donde está prohibido/penalizado el aborto, el estudio de Larrea y Palencia²¹ analiza las complicaciones y los tratamientos declarados después de un aborto farmacológico con mifepristona y misoprostol, dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres que viven en América Latina^{21,22,35}. Este estudio de 872 mujeres que usaron el servicio entre 2010 y 2011 encontró que aunque el 14,6% de las participantes declaró complicaciones (6,2% hemorragia y 6,8% aborto incompleto) el aborto farmacológico proveído por telemedicina puede ser una opción segura y efectiva para la interrupción voluntaria del embarazo en contextos donde está legalmente restringido. Otros estudios como el de Perry y Beca²² y Gomperts et al.³⁵ analizan el auge de ONG internacionales que facilitan el acceso del aborto farmacológico en diferentes países de Latinoamérica con la excusa de la infección prenatal de virus zika. La ONG holandesa, *Women on Web*, creada por la Dra. Rebecca Gomperts, ofrece gratuitamente lo que ellos llaman un "aborto médico seguro", a través del uso de mifepristona y misoprostol. Esta situación ha provocado que en países como Chile se presentaran 442 peticiones de aborto farmacológico en 107 días después de emitida la alerta epidemiológica por virus zika en noviembre de 2015.

Por último, en Irlanda del Norte, *Women on Web* proporciona acceso a los fármacos abortivos donde la atención segura del aborto no esté disponible²³. En Irlanda, el aborto es ilegal, por lo que aquellas mujeres gestantes que quieren abortar se ven obligadas a continuar con un embarazo no planificado fuera del país o recurrir a medios inseguros^{12,24}. *Women on Web* proporciona aborto médico temprano hasta la semana 10 de gestación a través de la telemedicina, los medicamentos son enviados a sus hogares por una organización asociada²⁴. En otros países como Estados Unidos existen restricciones tanto en los estados que proporcionan acceso al aborto farmacológico mediante telemedicina como en la metodología de administración de la mifepristona, obligando a la mujer gestante a tragar la medicación frente a un profesional sanitario en algunos casos o liberando el médico a distancia el cierre de seguridad donde se encuentran los fármacos a tomar²⁵.

Actualmente en España no se aplica esta utilidad de la telemedicina, exigiéndose la prestación del servicio de la interrupción voluntaria del embarazo con la presencia de especialistas en ginecología con práctica en instituciones sanitarias públicas o privadas acreditadas.

Discusión

Los datos encontrados en esta revisión narrativa demuestran que aunque hay preocupación por la seguridad y privacidad de la mujer gestante^{14-16,26,27}, en países donde el aborto farmacológico es legal y existe dificultad para el acceso al centro sanitario de referencia o se pretende facilitar a la

mujer gestante el acceso a este servicio de forma anónima y controlada, la telemedicina es una alternativa a la atención *in situ*, con personal sanitario cualificado. Las mujeres son atendidas antes y tienen más opciones en el tipo de procedimiento de aborto.

No se han encontrado diferencias significativas en los casos de eventos adversos en cuanto a la efectividad de la telemedicina para la provisión de aborto médico con medicamentos en comparación con el realizado en la clínica u hospital³⁰. La provisión de aborto médico en persona generalmente consta de múltiples componentes. Los cambios en el lugar de la prestación del servicio de aborto farmacológico implican modificaciones del papel y funciones de los profesionales sanitarios, y por ello no dependen solo de la innovación tecnológica. El aborto con medicamentos en casa proporciona autonomía e independencia a la mujer, siendo menos traumático por tener lugar en el propio hogar y con las actividades diarias sin cambios^{17,31}. En este sentido, el uso de enfoques innovadores como la telemedicina para la prestación de servicios de salud reproductiva y sexual es un área en rápido crecimiento³² y se está utilizando para brindar servicios de aborto con medicamentos en lugares donde el acceso a la atención es limitado^{13,18}.

En cuanto a las consideraciones éticas y legales, en la mayoría de los países, la ley penaliza la interrupción del embarazo a menos que se cumplan ciertas formalidades. El profesional sanitario que prescribe el aborto farmacológico debe saber que el medicamento está destinado a ser utilizado ilegalmente. Parece probable que la mayoría de las mujeres que utilizan el servicio proporcionado por *Women on Web* cometen un delito en su propio país, y esto puede tener consecuencias para ellas si son descubiertas y para el profesional que prescribe la medicación. El país de origen de la mujer gestante podría solicitar una extradición al país donde reside el profesional dependiendo de los acuerdos existentes entre los estados en cuestión.

Desde una perspectiva clínica, la parte más polémica del uso de la telemedicina en el aborto farmacológico está en que no implica un examen físico de la mujer para confirmar la edad gestacional. Es habitual que las mujeres no declaren su edad gestacional y que puedan aparecer riesgos de aborto incompleto, infección e incluso ruptura uterina en el tercer trimestre por el uso inapropiado de la mifepristona y misoprostol.

También la disponibilidad de este servicio a través de la telemedicina plantea cuestiones de equidad³³. Aunque internet permite superar las fronteras o restricciones nacionales y de otro tipo, el analfabetismo, la falta de acceso a la red y el temor a incurrir en gastos que no están al alcance de la mujer gestante hacen que la telemedicina sea inaccesible en países pobres. Los estudios que exploran el papel de la teleasistencia en la salud reproductiva han demostrado que las intervenciones de telemedicina tienen el potencial de brindar información y atención médica "rápida, conveniente, de bajo coste y escalable"^{28,29,34}.

Como limitaciones de este estudio se puede indicar que los estudios encontrados sobre el uso de la telemedicina en el aborto farmacológico son en su mayor parte anglosajones, las referencias en español son fundamentalmente estudios realizados en Latinoamérica. También, y dado que la telemedicina tiene potencial para abordar las disparidades geográficas, se echa en falta que se aborden las diferencias entre entornos rurales y urbanos o entre niveles socioculturales y económicos, esta información es relevante para el diseño de servicios y estrategias orientadas a la reducción de riesgos para las mujeres gestantes en contextos en que el aborto se realiza de forma ilegal y con métodos inseguros.

Como posible vía de investigación futura sería interesante analizar el papel de la ONG *Women on Web* por las implicaciones legales y sociales que conlleva su actuación en países donde el aborto farmacológico es ilegal.

Conclusiones

El aborto farmacológico es un método seguro, efectivo y aceptable, y puede ser gestionado a través de servicios de telemedicina en condiciones adecuadas de seguridad y privacidad para la mujer gestante. La evidencia ha demostrado que las intervenciones de telemedicina no comprometen la calidad de la atención a costa de proporcionar atención médica remota y accesible. Los eventos adversos generados tras una intervención con telemedicina presentan resultados análogos a los que se producen en intervenciones hospitalarias por lo que no son un factor que condicione su aplicación. Es importante tener presente las consideraciones en los terrenos ético, social, económico y legal que deben de analizarse profundamente antes de adoptar este servicio como una opción más en los servicios sanitarios dados las implicaciones que conllevan.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Jiménez W, Acuña J. Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios. Acta Odontológica Colombiana, 2015.
2. Peetso T. Telemedicine: The Time to Hesitate is Over! Eurohealth Incorporating Euro Observer. 2014; 20(3):1.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Telemedicine Opportunities and developments in Member States. Report on

- the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series". Organización Mundial de la Salud, vol. 2, 2010.
4. Saigí F, Torrent J, Jiménez A. Drivers of telemedicine use: comparative evidence from samples of Spanish, Colombian and Bolivian physicians. *Implementation Science*. 2014; 9:128.
 5. Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gómez-Moreno C, et al. Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*. 2014; 30:764-71.
 6. Fernández MI. Nuevas tecnologías en Atención Primaria como complemento en la asistencia gineco obstétrica prestada por matronas. Opiniones, actitudes y uso de las TIC de usuarias del Área Sanitaria Norte de Córdoba. *Matronas hoy*. 2014; 2(3):13-21.
 7. Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006; 368:1908-19.
 8. Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception*. 2006; 74:66-86.
 9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto Seguro: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª ed. 2012. [citado 12 mar 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
 10. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol*. 2013; 121:166-71.
 11. Sethna C, Doull M. Spatial disparities and travel to freestanding abortion clinics in Canada. *Women's Studies International Forum*. 2013; 38:52-62.
 12. Norman W, Dickens B. Abortion by telemedicine: an equitable option for Irish women. *BMJ*. 2017; 357:j2237.
 13. Raymond E, Chong E, Hyland P. Increasing access to abortion with telemedicine. *JAMA Intern Med*. 2016; 176:585-6.
 14. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstet Gynecol*. 2011; 118:296-303.
 15. Grossman D, Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstet Gynecol*. 2017; 130:778-82.
 16. Yang Y, Kozhimannil K. Medication abortion through telemedicine: implications of a ruling by the Iowa Supreme Court. *Obstet Gynecol*. 2016; 127:313-6.
 17. Grindlay K, Lane K, Grossman D. Women's and provider's experiences with medical abortion provided through telemedicine. *Womens Health Issues*. 2013; 23:e117-22.
 18. Wiebe E. Use of telemedicine for providing medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 124:177-8.
 19. Raymond E, Grossman D, Wiebe E. Reaching women where they are: eliminating the initial in-person medical abortion visit. *Contraception*. 2015; 92:190-93.
 20. Grindlay K, Grossman D. Telemedicine provision of medical abortion in Alaska: through the provider's lens. *J Telemed Telecare* 2017; 23:680-5.
 21. Larrea S, Palencia L, Perez G. Aborto farmacológico dispensado a través de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. *Gaceta sanitaria*. 2014; 29(3):198-204.
 22. Perry N, Beca JP. Virus zika y aborto por correspondencia, una realidad cercana a Chile. *Rev. chil. obstet. gineco*. 2017; 82(1):89-92.
 23. Gomperts RJ, Jelinska K, Davis S, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2010; 115:1171-5; discussion 1175-8.
 24. Aiken A, Digol I, Trussell J. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine: population based study in the republic of Ireland and northern Ireland. *BMJ*. 2017; 357:j2011.
 25. Raymond E, Blanchard K. Sixteen years of overregulation: time to unburden mifepristone. *N Engl J Med*. 2017; 376:790-4.
 26. The care of women requesting induced abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). [cited 12 mar 2019]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>
 27. Grossman D, Grindlay K, Buchacker T. Changes in service delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa. *Am J Public Health*. 2013; 103:73-8.
 28. Chernick L, Schnall R, Stockwell M. Adolescent female text messaging preferences to prevent pregnancy after an emergency department visit: a qualitative analysis. *J Med Internet Res*. 2016; 18:e261.
 29. *The Lancet*. Does mobile health matter? *Lancet* 2017; 390:2216E.
 30. Roopan G, Norman W. Telemedicine and medical abortion: dispelling safety myths, with facts. *Mhealth*. 2018; 4(3):1-4.
 31. Wainwright M, Colvin C, Swartz A, Leon N. Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health Matters*. 2016; 24(47):155-67.
 32. Jelinska K, Yanow S. Putting abortion pills into women's hands: realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*. 2018; 97(2):86-9.
 33. Gomperts R, Petow S, Jelinska K, Steen L, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Regional differences in surgical intervention following medical termination of pregnancy provided by telemedicine. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(2):226-31.
 34. Morrison J, Bergauer N, Jacques D, Coleman S, Stanziano G. Telemedicine: Cost-Effective Management Of High-Risk Pregnancy. *Manag Care*. 2001; 10(11):42-6, 48-9.
 35. Gomperts R, Van der Vleuten K, Jelinska K, da Costa C, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. *Contraception*. 2014; 89(2):129-33.

Evaluación de la instauración de protocolos sobre consejos dietéticos y actividad física tras diagnóstico de diabetes gestacional en el Servicio Murciano de Salud

Emilio José Bastida Riquelme

Matrón. Máster Universitario en Nutrición y Salud. Servicio Murciano de Salud.

E-mail: ebasri87@hotmail.com

Fecha de recepción: 23 de julio de 2018.

Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2019.

Cómo citar este artículo:

Bastida Riquelme EJ. Evaluación de la instauración de protocolos sobre consejos dietéticos y actividad física tras diagnóstico de diabetes gestacional en el Servicio Murciano de Salud. *Matronas hoy*. 2019; 7(1):16-24.

Resumen

Introducción: la diabetes gestacional (DMG), una de las complicaciones metabólicas más habituales en la gestación, es un tipo de diabetes que, como su nombre indica, solo se produce durante el embarazo, y se asocia a un incremento del riesgo de morbi-mortalidad materna y fetal, que pueden evitarse y/o reducirse con un adecuado control. Sin cifras objetivas, en la población española la prevalencia de DMG oscila entre un 7-12%.

El cribado prenatal (Test O'Sullivan) con una sobrecarga oral de glucosa y posterior monitorización de valores glucémicos entre la semana 24 y 28 de gestación o tras la primera cita prenatal cuando existieran factores de riesgo para su desarrollo, es el método utilizado para su diagnóstico. El rol de los profesionales sanitarios es de vital importancia, proporcionando educación sanitaria, consejos y control médico para así disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

Objetivo: poner en valor la importancia de instaurar protocolos personalizados sobre nutrición y ejercicio en mujeres gestantes diagnosticadas de diabetes de forma inmediata al diagnóstico, para disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materna-fetal al mejorar el control glucémico y así también reducir la potencial necesidad de instaurar tratamiento farmacológico con insulina.

Metodología: tipo de estudio cualitativo en función de una encuesta realizada *ad hoc* y contestada por una muestra representativa de profesionales sanitarios de Atención Primaria de Murcia involucrados en el diagnóstico de diabetes gestacional (37 participantes).

Resultados: se observan diferentes inconsistencias a la hora de proporcionar dietas personalizadas y protocolizadas no unificadas por parte de los profesionales sanitarios. También inexistencia de un protocolo detallado único, así como diferencias en el seguimiento del control prenatal (visitas prenatales) tras el diagnóstico de la diabetes gestacional.

Palabras clave: diabetes gestacional; embarazo; mujer gestante; dieta; educación nutricional; ejercicio.

Abstract

Evaluation of the implementation of protocols about diet advice and physical activity after diagnosis of gestational diabetes at the Murcian Health Service

Introduction: gestational diabetes (GDM) is one the most frequent metabolic complications during pregnancy. This is a type of diabetes that, as its name implies, only appears during pregnancy, and is associated with an increase in the risk of maternal and fetal morbimortality that can be prevented and/or reduced through adequate control. Without having objective figures, the prevalence of GDM in the Spanish population ranges between 7 and 12%.

The method used for diagnosis is prenatal screening (O'Sullivan Test) with an oral glucose overload and subsequent monitoring of glycemic levels between weeks 24 and 28 of pregnancy, or after the first prenatal appointment when there are risk factors for its development. Healthcare professionals play a critically important role, by providing health education, advice, and medical monitoring, in order to reduce maternal and fetal morbimortality.

Objective: to highlight the importance of implementing personalized protocols about nutrition and exercise for pregnant women diagnosed with diabetes immediately after diagnosis, in order to reduce the risk of maternal and fetal morbimortality by improving glycemic control, and thus also reduce the potential need to implement pharmacological treatment with insulin.

Methodology: a type of qualitative study based on an *ad hoc* survey and answered by a representative sample of Primary Care healthcare professionals from Murcia, involved in the diagnosis of gestational diabetes (37 participants).

Results: different inconsistencies were observed at the time of providing non-unified personalized diets under protocol by healthcare professionals; also the lack of a unique detailed protocol, as well as differences in prenatal monitoring follow-up (prenatal appointments) after the diagnosis of gestational diabetes.

Key words: gestational diabetes; pregnancy; pregnant woman; diet, nutritional education; exercise.

Introducción

La diabetes es una patología de origen metabólico caracterizada por la incapacidad de regular los niveles de glucosa en sangre. Esta regulación llevada a cabo por la insulina, hormona segregada por el páncreas, favorece la utilización de la energía (glucosa) en el ámbito celular, su déficit de producción o utilización altera los niveles de glucemia en sangre.

La diabetes es una de las complicaciones metabólicas más habituales de la gestación y se asocia a un incremento del riesgo de morbilidad materna y fetal, que pueden evitarse y/o reducirse con un adecuado control. La diabetes mellitus durante el embarazo (DMG) que cursa con intolerancia a la glucosa durante el mismo, producida por la mayor susceptibilidad a la resistencia de insulina durante esta etapa, es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones en la madre y en la descendencia¹. Los estudios experimentales sugieren que la hiperglucemia es el principal teratógeno en los embarazos diabéticos, pero otros factores relacionados con la diabetes también pueden afectar los resultados fetales. Los estudios prospectivos y retrospectivos de cohorte han demostrado un mayor riesgo de anomalías congénitas con la diabetes gestacional².

Repercusión de la DM sobre la gestación: infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, estados hipertensivos del embarazo y prematuridad.

Repercusión de la DM sobre el feto y el neonato: diabetes mellitus pregestacional: malformaciones y/o abortos (periodo de organogénesis) y crecimiento intrauterino restringido (CIR)* en situaciones de vasculopatía materna.

Tanto en la diabetes mellitus pregestacional (previa a la gestación) (DMPG) como la diabetes gestacional (desarrollada en el embarazo) y como consecuencia del hiperinsulinismo fetal secundario a hiperglucemia materna puede producirse:

- Macrosomía (distocia, traumatismo obstétrico y aumento de la tasa de cesáreas).
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal ante o intraparto.
- Miocardiopatía hipertrófica.
- Inmadurez fetal que puede manifestarse como síndrome de distrés respiratorio o alteraciones metabólicas¹.

La diabetes gestacional también se ha relacionado con niveles de hipovitaminosis D que en conexión con los fetos se ha relacionado con bajo peso al nacer, retraso de crecimiento intrauterino y alteración del desarrollo óseo fetal³.

Prevalencia

La DMG constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que puede tener en la salud materna y fetal⁴.

Determinar la prevalencia de la DMG es difícil, dado que, por un lado, no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados; por otro, los programas de cribado son diferentes en cada país y variables como la población estudiada (factores raciales, geográficos y hábitos dietéticos etc.), están asociados directamente a la prevalencia de diabetes tipo 2⁵.

Una importante revisión realizada por Buckley et al.⁶ (2012) concluía en que dos tercios de los estudios analizados estimaban una prevalencia de DMG entre el 2% y el 6% de los embarazos, aunque hubo estudios con cifras de prevalencia superiores al 22% (Imagen 1). Sin embargo, en los países nórdicos la prevalencia era sensiblemente más baja (< 4%), y más elevada en los países del Mediterráneo (> 6%), circunstancia que apuntaba la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ya en 2003⁵.

Otro estudio multicéntrico⁷ evaluó la prevalencia de la DMG en función de las respuestas del 74% de los 173 países a los que dirigieron la encuesta, arrojando estimaciones de prevalencia de la DMG que oscilaban entre el 1 y el 28%, precisando también que la comparación directa entre países es difícil debido a las diferentes estrategias de diagnóstico y subpoblaciones, y de ahí las grandes variaciones encontradas en la prevalencia estimada de DMG.

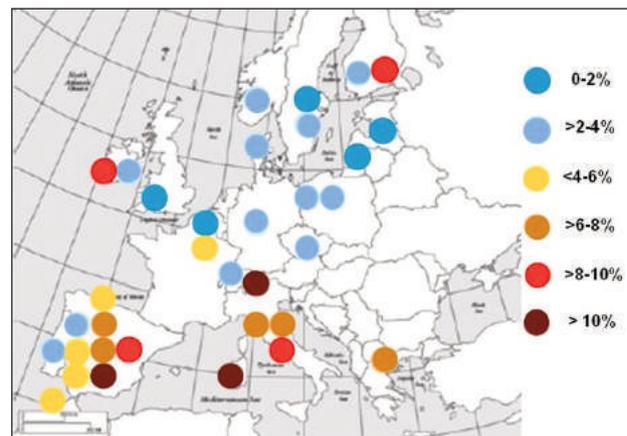


Imagen 1. Prevalencia de DMG en Europa (tomada de Buckley⁶)

Según el Grupo GEDE (2014) aproximadamente un 1% de todas las mujeres embarazadas presenta DMPG y hasta un 12% de los casos, dependiendo de la estrategia diagnóstica empleada, presentará DMG en el transcurso del embarazo¹.

Ávila Turcios et al.⁸ refieren una prevalencia en España de DMG entre 3 y un 9%.

Se observa que la variabilidad de la prevalencia de DMG, incluso interregional, abarca un amplio abanico según ya mostró Buckley⁶ y estudios más recientes como el de Ávila Turcios et al.⁸, cuyo trabajo circunscrito a la C.C.A.A. de Castilla y León encontró entre la población de León un 3,3% de pre-

valencia de DG y un 0,4% de las mujeres gestantes diagnosticadas de DMPG. Por su parte, Duran et al.⁹, en población madrileña, encontraron una prevalencia de DMG de 10,6% aplicando los criterios de CC. Este estudio, con las mismas variables de edad, paridad, etnicidad, IMC y personal médico, riesgo familiar de DMG, aplicando otro criterio diagnóstico como el de IADPSGC, elevó la tasa al 35,5% (Cuadro 1).

Lo realmente preocupante de la DMG es que la prevalencia es cada vez mayor, convirtiendo esta enfermedad en un problema de salud pública importante¹⁸.

En 2003 ya alertaba con preocupación la SEGO del aumento alarmante de la DMG (y diabetes tipo 2) en paralelo con la obesidad, tanto en los EE.UU. como en todo el mundo⁵. Más

Cuadro 1. Estudios españoles sobre prevalencia de diabetes gestacional (modificado de Buckley⁶)

AUTORES REGIÓN FECHA	TIPO ESTUDIO	POBLACIÓN	PREVALENCIA ESTIMADA DE DG (POR CRIBADO Y PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO)		
			<i>American Diabetes Association (ADA)</i>	<i>National Diabetes Data Group (NDDG)</i>	Otros (ver notas al pie)
Bartha et al. ¹⁰ Cádiz, 1994-1996	Observacional prospectivo	3.986 mujeres embarazadas consecutivas no seleccionadas en clínicas prenatales (50-g GCT + NDDG)		5,9%	
Jiménez-Moleón et al. ¹¹ Granada, 1995	Observacional retrospectivo	Todos los 1.962 nacimientos en un solo hospital universitario (universal 50-g GCT + ADA)	3,31%		
Gorgojo et al. ¹² Madrid, 1998-1999	Observacional retrospectivo	1.293 mujeres embarazadas consecutivas en un distrito urbano (universal 50-g GCT + ADA)	7,3%		
Lombardo et al. ¹³ Castilla-León, 2001-2002	Observacional prospectivo	583 mujeres embarazadas consecutivas (universal 50 g de GCT + NDDG)		8,2%	
Ricart et al. ^{14, 16} hospitales generales del SNS, 2002	Observacional prospectivo	9.270 embarazos no seleccionados en 16 hospitales (universal 50-g GCT + ADA)	11,6%		
Ronzón-Fdez. et al. ¹⁵ Avilés, 2003	Observacional retrospectivo	899 mujeres embarazadas no seleccionadas en cinco hospitales en una sola área de salud			4,7%*
Gargallo et al. ¹⁶ Madrid, 2004	Observacional prospectivo	369 mujeres embarazadas consecutivas en una clínica prenatal en Madrid (universal 50-g GCT + NDDG)		7,9%	
Martínez Bugallo et al. ¹⁷ Tenerife, 2006	Observacional retrospectivo	Cribado universal de 3.724 embarazos en un solo hospital			4,4%
Duran et al. ¹⁹ Madrid, 2011-2012	Observacional prospectivo	1.750 mujeres embarazadas desde abril de 2011 hasta marzo de 2012 con CC 1.526 mujeres embarazadas desde abril de 2012 hasta marzo de 2013 con IADPSGC			CC 10,6% IADPSGC 35,5%
Ávila Turcios et al. ⁸ León, 2013	Observacional retrospectivo	2.124 partos atendidos en el 2013 en el Hospital de León			3,3**

* O'Sullivan and Mahan (100-g OGTT)

** Sin constancia del cribado y protocolo de diagnóstico empleado

recientemente Lawrence et al.²⁰ apostillan el claro aumento en las dos últimas décadas debido fundamentalmente a la mayor frecuencia de obesidad y, de forma específica en su estudio, al aumento de la obesidad en la edad fértil.

El incremento de su prevalencia en España en las últimas décadas ha sido atribuido a la confluencia de factores demográficos como el retraso en la edad de concepción, el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población, los hábitos de alimentación y de actividad física menos saludables y el crecimiento de otros grupos étnicos con mayor riesgo de DG²¹.

Por ello, es de vital importancia establecer un mecanismo de acción para reducir el impacto negativo en la mujer embarazada y su recién nacido.

Cribado diabetes gestacional²²

Se utiliza el test de O'Sullivan basado en la determinación de la glucemia en plasma venoso, 60 minutos después de la ingesta de glucosa, en cualquier momento del día e independientemente de que haya o no toma previa de alimentos. La prueba se realizará:

- Durante el primer trimestre del embarazo cuando esté presente uno de los siguientes factores de riesgo:

- Edad \geq 35 años.
- Obesidad (índice de masa corporal \geq 30).
- Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previas.
- Antecedente de diabetes en familiares de primer grado.
- Antecedente de hijo nacido con macrosomía.
- El Programa Integral de Atención a la Mujer Región de Murcia añade otro factor como los malos antecedentes obstétricos como abortos de repetición y muerte fetal²³.

- Durante el segundo trimestre del embarazo (24-28 semanas) a todas las mujeres gestantes no diagnosticadas previamente, presente o no factores de riesgo (Grado de Recomendación A).

- Durante el tercer trimestre del embarazo en aquellas mujeres gestantes en que no se ha realizado previamente. Cuando se establece el diagnóstico de macrosomía fetal o polihidramnios se obviaré la prueba de cribado y se realizará una prueba de sobrecarga oral de glucosa.

Ante una prueba de O'Sullivan positiva (\geq 140mg/dl o 7,8mmol/L) se efectuará la confirmación diagnóstica con la prueba de sobrecarga oral con 100 g de glucosa (Figura 1).

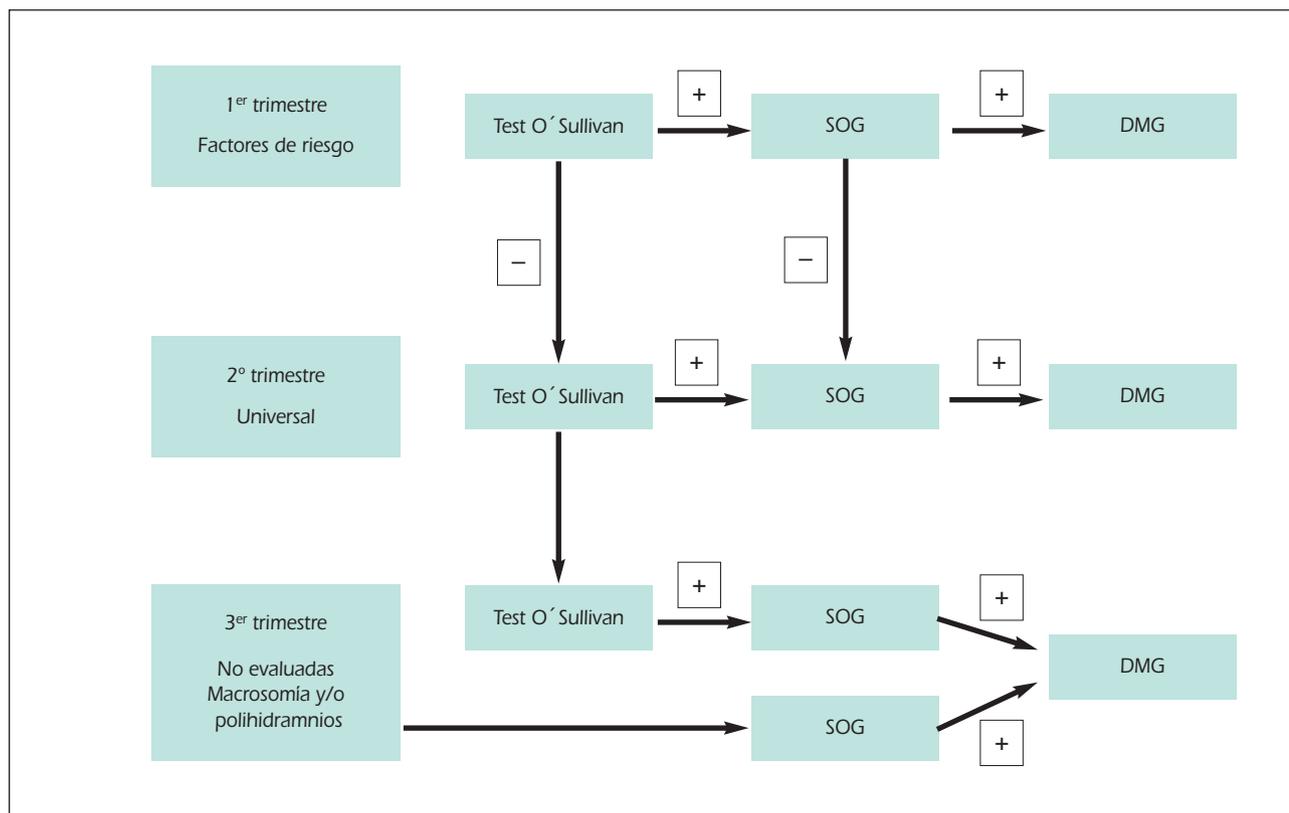


Figura 1. Estrategia diagnóstica de diabetes gestacional en el embarazo. Grupo GEDE¹

Educación terapéutica en la diabetes gestacional

Los pilares de la educación terapéutica en la mujer con diabetes gestacional son la dieta, el ejercicio y el autoanálisis. La educación terapéutica tiene en el caso de la DG características peculiares porque se trata de un corto periodo de tiempo en el que la mujer debe comprender y colaborar en el cuidado de su trastorno metabólico, sea para asegurar el bienestar fetal, sea para prevenir su propio riesgo de diabetes 2 en el futuro²⁴.

La educación sanitaria es el primer paso en el protocolo tras el diagnóstico según el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (2015), ya que existen complicaciones directas a un pobre control de la glucemia como es la macrosomía, hipoglucemia, muerte fetal, preeclampsia y parto prematuro. Todas ellas son importantes por lo que una nueva instauración y modificación de la dieta durante el embarazo junto con otros cambios en el estilo de vida son realmente necesarios²⁵.

Un estudio realizado por el grupo de investigación "HAPO Study Cooperative" entre 23.316 mujeres (2008) demostró una fuerte relación entre un mal control de la glucosa materna y los malos resultados perinatales, por lo que se reitera la importancia de mantener controladas las glucemias durante el embarazo con el fin de evitar complicaciones²⁶.

Por su parte, Reader et al.²⁷ pudieron confirmar su hipótesis de que es posible lograr un buen control glucémico basado en cambios dietéticos y de estilo de vida.

Más recientemente Yu Sun et al.²⁸ demostraron en su trabajo que la intervención temprana en el estilo de vida en el embarazo puede reducir la incidencia de DMG.

Se requiere una adecuada educación terapéutica diabético-lógica, que deberá adaptarse a los conocimientos de base de la mujer¹.

La terapia nutricional incluye asesoramiento nutricional, un plan de nutrición personalizado y un programa de ejercicio moderado, con el objetivo de lograr la normoglucemia, prevenir la cetosis, facilitar el aumento de peso adecuado y contribuir al bienestar fetal²⁹.

De todo esto surge la idea de intervenir sobre el estilo de vida, sobre todo promoviendo la adopción de una dieta mediterránea y ejercicio físico¹⁸.

Si los niveles de glucosa no pueden alcanzarse con la terapia de nutrición sola, se debe iniciar una terapia médica²⁸.

El ejercicio regular contribuye enormemente al equilibrio de la glucosa y a la sensación de bienestar. Se debe andar al menos una hora al día siempre que no haya contraindicación expresa. Es importante sensibilizar a las pacientes sobre los beneficios del ejercicio en general y en el caso de la DG porque mejora la sensibilidad a la insulina²⁴.

En el *St. Carlos Gestacional Diabetes Study*¹⁰ se destaca la importancia de la educación sanitaria no solo como factor preventivo para la DMG, sino también como factor determinante del tratamiento, al demostrar que el 80% del total de las mujeres gestantes con DMG de su estudio alcanzó los objetivos de control glucémico mediante tratamiento dietético y modificaciones del estilo de vida, realizado por el personal de enfermería.

Según la guía clínica del NICE (2015)²⁵ sobre diabetes en el embarazo los pasos a seguir en el cuidado de la mujer diabética embarazada son:

1. Educación sanitaria por parte de la matrona: dieta y ejercicio.
2. Educación sobre la utilización del glucómetro.
3. Registro de glucemia antes y después del desayuno, comida y cena.
4. Seguimiento en dos semanas en la consulta de la matrona o la especialista en diabetes.
5. Interconsulta a endocrinología
6. Interconsulta a ginecología/obstetricia.

Las recomendaciones dietéticas según el Hospital Clínic Universitario de Barcelona (2011) en su protocolo³⁰ para la mujer diabética embarazada son parecidas a las establecidas para la diabetes mellitus. La dieta debe ser:

- Balance energético igual a 0 (normocalórica).
- Sin objetivo de pérdida de peso (no restrictiva).
- Restricción calórica del 33% para mujeres obesas diabéticas (Knopp et al., 2013)³¹.
- Adaptada a las necesidades individuales nutricionales teniendo en cuenta su estilo de vida, actividad física, necesidades médicas (si existen otras patologías) y sus preferencias alimentarias.
- Adaptada a su estilo de vida.
- 15-20% proteínas, 30% de grasas, 50-55% de hidratos de absorción lenta o bajo índice glucémico.
- Seis tomas diarias.

Aparte de las modificaciones en la dieta se debe comenzar a realizar ejercicio físico aeróbico diario, ya que este aumenta la metabolización de la glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina. En general se aconseja caminar media hora diaria, practicar deportes como natación y si hubiera algún tipo de contraindicación, pueden realizarse ejercicios con las extremidades superiores³².

Objetivos

Objetivo principal

- Poner en valor la importancia de instaurar protocolos unificados sobre la nutrición y ejercicio en mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional como terapia inicial para mejorar el control glucémico y reducir la necesidad de instauración de tratamiento farmacológico con insulina.

Objetivos específicos

- Resumir los protocolos actualizados para el seguimiento del embarazo en el diagnóstico temprano de la diabetes gestacional, la educación sanitaria recomendada para su control y minimización de complicaciones asociadas.
- Evaluar mediante la elaboración e implementación de una encuesta dirigida al profesional sanitario involucrado en el diagnóstico de la diabetes gestacional, el nivel de implementación del consejo dietético y actividad física que se lleva a cabo en la actualidad en el centro de salud.

Método

El tipo de estudio es de tipo cualitativo prospectivo descriptivo transversal que responde a los objetivos identificados anteriormente. Para elaborar el resumen actualizado para el seguimiento del embarazo en la diabetes gestacional se planteó una búsqueda de estudios publicados en revistas, bases de datos científicas tales como Pubmed, Medline, Embase, The Cochrane Library, Cinahl y páginas web con validez científica desde el año 2003 hasta la actualidad, tanto en España como en otros países en idioma castellano e inglés en relación con el tema de estudio.

Se utilizaran operadores booleanos como: *AND*, *OR*, *NOT* junto con una combinación de palabras clave relacionadas

con el tema de estudio como son: embarazo, diabetes, nutrición, tanto en castellano como en inglés.

Para valorar el nivel de implementación del consejo dietético y las disposiciones sobre la actividad física que se llevan a cabo en la actualidad en los servicios sanitarios en Murcia, se elaboró una encuesta dirigida al personal sanitario que presta directamente asistencia a mujeres embarazadas diagnosticadas de esta patología.

La muestra aleatoria propuesta sería (mínimo) 20 matronas y/o médicos de Atención Primaria de diferentes áreas y zonas de salud adscritos al Servicio Murciano de Salud, ya que son los encargados de diagnosticar a la mujer con diabetes gestacional. Los profesionales fueron reclutados en diferentes centros de salud de la Región de Murcia tras una visita y explicación del objetivo de la encuesta a realizar. Finalmente se les remitió esta a través del correo interno de los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud.

Resultados

La encuesta fue respondida por el 78% de mujeres y el 22% de hombres. De estos el 56,7% fue matrona/ón, 16,2% ginecóloga/o y 27% médico de Atención Primaria; la mayoría de profesionales encuestados tenía más de cinco años de experiencia en el ámbito obstétrico-ginecológico.

En el 100% ($fr= 37/37$) de los casos se realiza correctamente el cribado a aquellas mujeres gestantes con factores de riesgo durante la primera visita prenatal. La primera visita se efectúa entre las 9 y 11 semanas en el Servicio Murciano de Salud²³.

La mujer gestante es valorada por el Servicio de Ginecología o de Endocrinología antes de dos semanas en el 81% ($fr= 30/37$) de los casos y después de ese periodo el 19% ($fr= 7/37$) de los casos restantes (Gráfico 1 y 2).

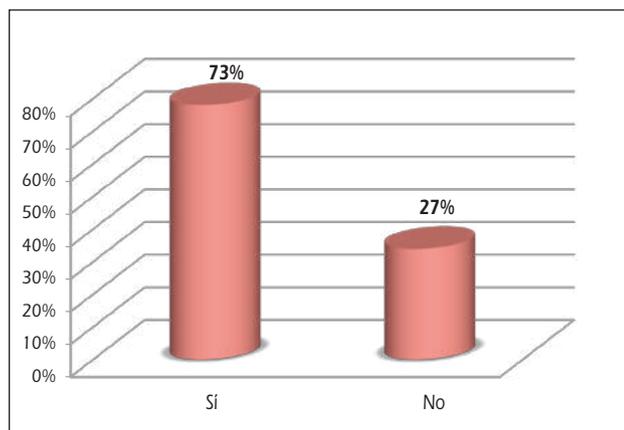


Gráfico 1. Porcentaje de profesionales que realizan recomendaciones dietéticas el mismo día del diagnóstico

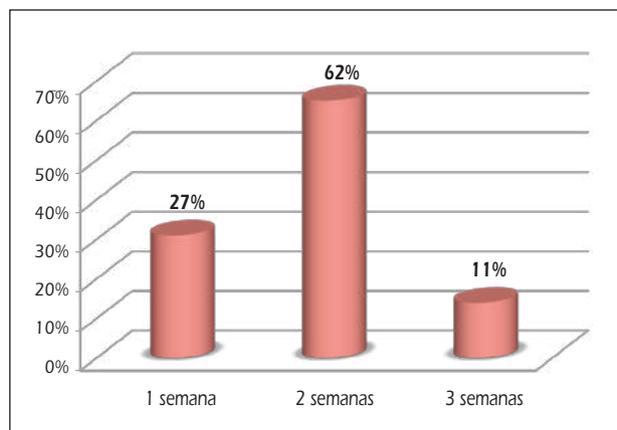


Gráfico 1. Semanas transcurridas hasta valoración de la glucemia tras la instauración de la dieta

El 59,5% (fr= 22/37) de profesionales proporciona información por escrito de las recomendaciones, frente al 40,5% que lo hace de forma tanto verbal como escritas (fr= 15/37) para así facilitar el acceso a la información por parte del paciente.

Un 73% (fr= 27/37) de los profesionales sanitarios realiza recomendaciones dietéticas el mismo día del diagnóstico aprovechando esa cita, mientras el 27% (fr= 10/37) restante no lo hizo procediendo a la derivación a otro profesional.

En un 27% (fr= 10/37) de los casos las mujeres gestantes son valoradas de nuevo en un periodo de una semana tras el diagnóstico, instauración de la dieta y registro de glucemias, el 62% (fr= 23/37) en un periodo de dos semanas y el 11% (4/37) en un periodo de tres semanas (Gráfico 3 y 4).

Los profesionales recomiendan diferentes tipos de dietas sin especificar el índice de masa corporal (IMC). Un 18,9% (fr= 7/37) recomienda una dieta entre 1.800-2.200 kcal, un 70,3% (fr= 26/37) recomienda una dieta de 2.200 kcal y solo el 10,8% (fr= 4/37) ajusta la dieta a los requerimientos de la mujer.

El 89,2% (fr= 33/37) de los profesionales sanitarios recurre a dietas protocolizadas como método de proporcionar información a las mujeres mientras que solo el 10,8% (fr= 4/37) personalizan la dieta a la situación específica de la misma según sus requerimientos y estilo de vida, aunque no se especifica qué variables toman en cuenta para establecer las kilocalorías de la dieta personalizada y el tiempo o tipo de ejercicio que aconsejan, ya que esto no fue analizado.

Un 89% (fr= 33/37) de los profesionales no tiene en cuenta aspectos de la historia médica de la mujer gestante como son el sobrepeso/obesidad a la hora de personalizar la dieta, lo que puede avocar a un aumento de mujeres que necesiten finalmente tratamiento farmacológico con insulina.

El 100% (fr= 37/37) de los profesionales considera que realizar ejercicio junto a cambios dietéticos es muy importante. No se ha recogido información específica del tipo de recomendaciones proporcionadas por los profesionales sanitarios y tampoco si son monitorizadas de alguna forma.

Un 83,7% (fr= 31/37) de los profesionales sanitarios recomienda al menos 30 minutos de ejercicio físico, un 16,3% (fr= 6/37) al menos 60 minutos y ninguno (fr= 0/37) de los profesionales que realizaron la encuesta considera suficiente 15 minutos de ejercicio.

Discusión

Tras el diagnóstico de la diabetes gestacional solo un 73% de los profesionales aprovecha esa cita para comenzar con cambios dietéticos, educación sanitaria y ejercicio, ya que el resto espera a realizar una interconsulta a endocrinología para su comienzo o en el caso de médicos de Atención Primaria, derivar a las mujeres gestantes a la consulta de la matrona lo antes posible para comenzar esta nueva fase. El comienzo de cambios dietéticos y en el ejercicio lo antes posible es vital para su éxito, teniendo en cuenta la importancia de comenzar cuanto antes a regular las glucemias y así reducir los índices de morbilidad perinatal³⁰.

El Hospital Clínic de Barcelona³¹ destaca la importancia de realizar una dieta personalizada a la mujer con DG teniendo en cuenta entre otras cosas su IMC, requerimientos nutricionales, actividad física y estilo de vida; pero solo un 10,8% de los profesionales tiene esto en cuenta siendo la dieta mayoritaria proporcionada una entre 1.800-2.200 kcal protocolizada, que no significa que sea unificada (el 100% de los profesionales está de acuerdo en esto: pregunta número 8) o la misma proporcionada por los diferentes profesionales, lo que hace llegar a la conclusión del escaso seguimiento a los protocolos y consejos que pueden recogerse en esta guía práctica.

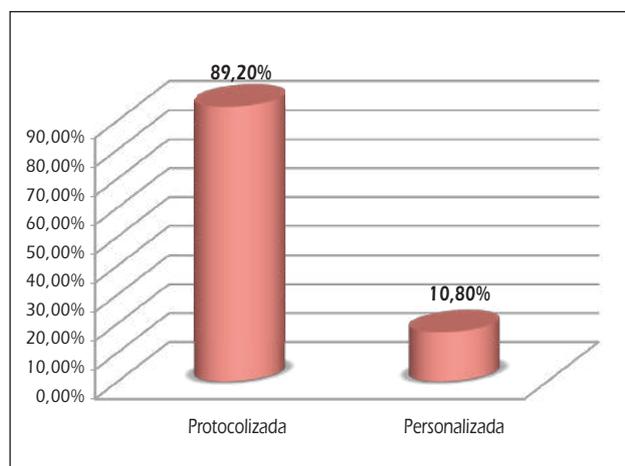


Gráfico 3. Tipo de dieta proporcionada a la gestante

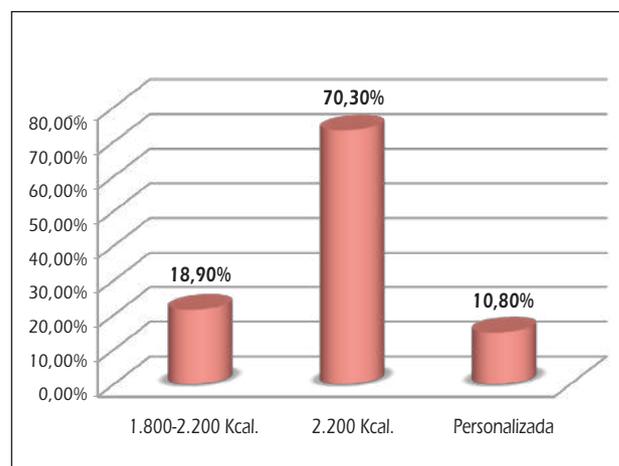


Gráfico 4. Dietas recomendadas

Según una revisión realizada por Johnson et al. en 2006³³ concluyen que la información verbal y escrita de forma conjunta mejora la satisfacción y el conocimiento del usuario, lo que aumenta la efectividad del tratamiento y de la información suministrada. Un 40,5% de los profesionales sanitarios analizados en esta encuesta solo realiza la educación sanitaria de forma verbal lo que incurre en una pérdida de información, inconsistencia entre profesionales y bajo grado de satisfacción que de forma general es reconocida por los mismos profesionales ante el *feedback* de los usuarios.

Siguiendo el protocolo establecido por NICE (2015)²⁵ debe citarse a la mujer diabética antes de dos semanas para hacer una revisión de las glucemias y seguimiento prenatal tras el comienzo de los cambios dietéticos y ejercicio. Un 11% de mujeres, según los encuestados, podrían ser vistas hasta en tres semanas posterior a su diagnóstico, lo que implica una mala gestión del tiempo ya que es de vital importancia controlar las glucemias y si no se fuera capaz con la dieta con la instauración de insulina inmediata para evitar complicaciones materno-fetales³⁰. También un 19% de estas mujeres no es valorada por un facultativo especialista en Obstetricia o Endocrinología hasta después de dos semanas.

Mata et al.³⁴, en su revisión del 2010, afirman que si el embarazo transcurre sin problemas y sin contraindicaciones médicas, el ejercicio físico personalizado, combinando un programa de acondicionamiento neuromuscular con un programa de acondicionamiento cardiovascular, resulta altamente recomendado para las mujeres embarazadas, ya fueran activas o sedentarias, previamente; concluye en que el ejercicio físico juega un papel importante en la regulación de la glucemia; de hecho, con una sencilla recomendación basada en la realización de 30 minutos de actividad cardiovascular, mejora el acondicionamiento cardiorrespiratorio de la mujer embarazada con DMG.

El 100% de los profesionales recomienda efectuar al menos 30 minutos o más de ejercicio moderado al día a todas las mujeres vistas en consulta, por lo que entienden de vital importancia el ejercicio como método para el tratamiento de la DG.

Como futuro estudio sería interesante conocer el número de mujeres que recuperan la normalidad tan solo con consejo dietético y el porcentaje de gestantes tratadas con insulina, para confirmar la importancia de una buena evaluación e instauración dietética y rápida unida a cambios en la actividad física prescritos por profesionales sanitarios ante un diagnóstico de DG.

Conclusiones

1. Cumplimiento generalizado del cribado prenatal de DG tras la primera cita (9-11 semana) ante la mujer gestante con factores de riesgo.

2. Necesidad de minimizar el tiempo de espera tras el diagnóstico de DG para indicar los cambios dietéticos, ejercicio y monitorización de glucemias ya que el tiempo que transcurre hasta la instauración farmacológica con insulina es corto, por lo que cualquier retraso en el establecimiento de los cambios dietéticos y en el ejercicio van a rebajar la tasa de éxito que brindarían estos y consecuentemente habría un aumento de mujeres gestantes diabéticas en tratamiento con insulina.

3. Importancia de ofrecer a las mujeres gestantes diabéticas dietas personalizadas teniendo en cuenta su estilo de vida, requerimientos nutricionales y situación médica poniendo especial atención en la valoración del sobrepeso/obesidad como aspectos directamente relacionados con la incidencia de DMG.

4. Es imprescindible dar información clara, precisa y comprensible y por escrito además de la verbal, ya que incrementa las posibilidades de éxito; la información escrita es un recordatorio que las mujeres gestantes siempre tienen disponible para recordar los consejos profesionales sobre cambio dietético y ejercicio lo que revierte positivamente en mejores cifras glucémicas.

5. Estudiar los cambios a llevar a cabo dentro del propio Sistema de Salud (Murcia) para que exista equidad en el régimen de control de la mujer diagnosticada de diabetes gestacional por los servicios especializados (Endocrinología y Obstetricia).

Agradecimientos

Agradezco a cada uno de mis compañeros sanitarios que han contribuido a la realización de este estudio contestando a la encuesta, así como el apoyo recibido.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), Sociedad Española de Diabetes (SED). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Avances en Diabetología. [internet] 2015 [citado 8 mar 2019]; 31(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-asistencia-gestante-con-diabetes-guia-S1134323014001525>
2. Allen VM, Armson BA. Genetics Committee; Maternal fetal Medicine Committee. Teratogenicity associated with pre-existing and gestational diabetes. J Obstet Gynaecol Can. 2007 Nov; 29(11):927-34. doi: 10.1016/S1701-2163(16)32653-6
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control Prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado en mayo 2017.

4. Ferrara A. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus: a public health perspective. *Diabetes Care* [internet] 2007 [cited 8 mar 2019]; 30 Suppl 2:S141-6. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/30/Supplement_2/S141
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Diabetes y embarazo. Documentos de Consenso SEGO. 2003.
6. Buckley BS, Harreiter J, Damm P, Corcoy R, Chico A, Simmons D, et al. DALI Core Investigator Group. Gestational diabetes mellitus in Informes, Estudios E Investigación 91 Europe: prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabet Med.* [internet] 2012 Jul [cited 8 mar 2019]; 29(7):844-54. Available from: <http://atlanticdipireland.com/wp-content/uploads/2016/01/gestational-diabetes-mellitus-in-Europe-prevalence-and-current-practice-and-barriers-in-screening.pdf>
7. Jiwani A, Maseille E, Lohse N, Damm O, Hod M, Khan J. Gestational diabetes Mellitus: results from a survey of country prevalence and practices. *J Maternal Fetal Neonatal Med.* 2012 Jun; 25(6):600-10. DOI: 10.3109/14767058.2011.587921
8. Ávila Turcios DM, Hernández Moreno A, Kyriakos G, Alejo Ramos M, Ballesteros Pomar MD, Aguado García R, et al. Diabetes Gestacional: Prevalencia y complicaciones Materno-Fetales en la población seguida en Atención Especializada en el complejo asistencial Universitario de León. En: XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes [internet]. Pamplona: Elsevier; 2014. [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-avances-diabetologia-326-congresos-xxv-congreso-nacional-sociedad-espanola-9-sesion-diabetes-y-gestacion-bloque-2-879-comunicacion-diabetes-gestacional-prevalencia-y-complicaciones-9016>
9. Durán A, Sáenz S, Torrejón MJ, Bordiú E, Del Valle L, Galindo M, et al. Introduction of IADPSG criteria for the screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus results in improved pregnancy outcomes at a lower cost in a large cohort of pregnant women: the St. Carlos Gestational Diabetes Study. *Diabetes Care.* 2014 Sep; 37(9):2442-50. DOI: 10.2337/dc14-0179
10. Bartha JL, Martínez-Del-Fresno P, Comino-Delgado R. Gestational diabetes mellitus diagnosed during early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:346-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(00\)70222-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(00)70222-5)
11. Jiménez-Moleon JJ, Bueno-Cavanillas A, Luna-Del-Castillo JD, García-Martín M, Lardelli-Claret P, Gálvez-Vargas R. Prevalence of gestational diabetes mellitus: variations related to screening strategy used. *Eur J Endocrinol* [internet] 2002 [cited 8 mar 2019]; 146:831-7. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/477f/24965e05a2fe6a3d474cd348cb56e944494_2.pdf
12. Gorgojo JJ, Almodóvar F, López E, Candil D. Incidencia de la diabetes mellitus gestacional según distintos criterios diagnósticos en la zona suroeste de Madrid. Influencia del diagnóstico sobre los parámetros materno-fetales *Rev Clin Esp* 2002; 202: 136-41. DOI: [doi.org/10.1016/S0014-2565\(02\)71008-4](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(02)71008-4)
13. Lombardo M, Salas I, Bassas E, Perea R. Diabetes gestacional: estudio prospectivo de los parámetros analíticos obtenidos en el test de O'Sullivan como factores de riesgo de macrosomía y parto por cesárea. *Av Diabetol* [internet] 2003 [citado 8 mar 2019]; 19:65-72. Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-28371>
14. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González N, et al. Potential impact of American Diabetes Association (2000) criteria for diagnosis of gestational diabetes mellitus in Spain. *Diabetologia* 2005; 48:1135-41.
15. Ronzón-Fernández A, de la Maza-López A, Maciá-Bobes C, García Bao C, Gómez-Castro MJ. Incidencia de diabetes mellitus gestacional en el área sanitaria de Avilés (Asturias) en el año 2003. *Aten Primaria* 2006; 37:418-20.
16. Gargallo MA, Zugasti A, Garberí M, Barrechegusen CO. Detección de diabetes gestacional en población general: rentabilidad diagnóstica de la aplicación de los criterios de la ADA en una zona sanitaria de Madrid. *Av Diabetol* 2004; 20:168-72. Disponible en: <https://docplayer.es/13193912-Introduccion-m-a-gargallo-fernandez-1-a-zugasti-murillo-1-m-garberí-navarro-2-cristina-oliver-barrechegusen-2.html>
17. Martínez Bugallo F, Rodríguez Álvarez C, Salgado Parreño FJ, Aguirre-Jaime A. Diabetes gestacional oculta por incumplimiento del protocolo diagnóstico. *Med Clin (Barc)* [internet] 2008 [citado 8 mar 2019]; 130:676-7. Disponible en: <https://docplayer.es/4698071-Diabetes-gestacional-oculta-por-incumplimiento-del-protocolo-diagnostico.html>
18. Cabrerizo L, Asaf C. Diabetes Mellitus gestacional [internet]. Fundación Española de Nutrición. [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.fen.org.es/index.php/en/firma/diabetes-mellitus-gestacional>
19. American Diabetes Association 13. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Position Statement. *Diabetes Care* 2018 Jan; 41(Supplement 1): S137-S143. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc18-S013>
20. Lawrence JM, Contreras R, Chen W, Sacks DA. Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women, 1999-2005. *Diabetes Care* [internet] 2008 [cited 8 mar 2019]; 31:899-904. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/5/899>
21. Pérez Ferre MN. Diabetes gestacional: factores de riesgo, programas de seguimiento durante la gestación y prevención de diabetes tipo 2 en el periodo post-gestacional [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. 2015. [citado 8 mar 2019] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/33349/1/T36449.pdf>
22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control Prenatal del embarazo. Protocolo actualizado mayo 2017.
23. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Programa Integral de Atención a la Mujer. Región de Murcia [sede web] 2012. [citado 8 mar 2019]

- 2019]. Disponible en: <https://www.um.es/estructura/unidades/igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf>
24. Figuerola Pino D. Manual de educación terapéutica en diabetes. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2011.
25. NICE. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE guideline [NG3] Published date: February 2015. Last updated: August 2015. [cited 8 mar 2019]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>
26. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. The New England Journal of Medicine [internet]. 2008 [cited 8 mar 2019]. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0707943>
27. Reader D, Splett P, Gunderson E. Impact of Gestational Diabetes Mellitus Nutrition Practice Guidelines Implemented by Registered Dietitians on Pregnancy Outcomes. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics [internet] 2006. [cited 8 mar 2019]; 106(9). Available from: [http://jandonline.org/article/S0002-8223\(06\)01386-1/fulltext](http://jandonline.org/article/S0002-8223(06)01386-1/fulltext)
28. Yu Sun RN, Zhao H. The effectiveness of lifestyle intervention in early pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus in Chinese overweight and obese women: A quasi-experimental study. Applied Nursing Research 30. 2016: 125-30. 30.
29. ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guideline on Gestational Diabetes. Am Fam Physician [internet] 2014 [cited 8 mar 2019]; 90(6):416-417. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2014/0915/p416.html>
30. Clinic Barcelona Hospital Universitari. Protocol Diabetes Gestacional. [sede web]. Barcelona; 2011. [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <https://www.um.es/estructura/unidades/igualdad/recursos/piam-rm-2013.pdf>
31. Knopp RH, Magee MS, Raisys V, Benedetti T, Bonet B. Hypocaloric diets and ketogenesis in the management of obese gestational diabetic women. J Am Coll Nutr [internet] 1991; [cited 8 mar 2019]; 10(6):649-67. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07315724.1991.10718184?journalCode=uacn20>
32. Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Diabetes gestacional: guía clínica [sede web]. Santiago de Compostela; 2015 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>
33. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. Cochrane. Consumers and Communication Group. [internet] 2006. [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD003716/informacion-verbal-y-escrita-versus-informacion-verbal-solamente-para-los-pacientes-con-alta-hacia>
34. Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD, Guillén del Castillo M. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. Revista Andaluza de Medicina del Deporte. [internet] 2010 [citado 8 mar 2019]; 8(2):47-79. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-andaluza-medicina-del-deporte-284-articulo-prescripcion-del-ejercicio-fisico-durante-X1888754610509220>

Lactancia materna. Pezoneras, ¿uso o abuso?

¹ Gloria Aurora Boal Herranz
² Ester Barrios Miras

¹ Matrona. Centro de Salud San Fernando. Comunidad de Madrid.

E-mail: gloriaboal@hotmail.com

² Pediatra. Centro de Salud San Fernando. Comunidad de Madrid

Fechas recepción: 25 de febrero de 2019.

Fecha aceptación: 10 de marzo de 2019.

Cómo citar este artículo:

Boal Herranz GA, Barrios Miras E. Lactancia materna. Pezoneras, ¿uso o abuso? *Matronas hoy*. 2019; 7(1):26-39.

Resumen

Introducción: hoy en día la pezonera es un instrumento con una gran aceptación y publicidad en la lactancia materna, tanto en el ámbito sanitario como en la población. Sin embargo, existe gran controversia sobre sus ventajas e inconvenientes, no estando recomendado como primera opción en la mayoría de guías clínicas de lactancia.

Objetivo: comprobar los beneficios y/o riesgos del uso de la pezonera durante el periodo de lactancia natural en el ámbito de la Atención Primaria en relación con el mantenimiento de la lactancia materna.

Material y métodos: se realiza un estudio descriptivo de la población de mujeres púperas que acuden a la consulta de la matrona desde la primera semana de vida hasta el establecimiento de lactancia durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018. Los datos se obtienen del registro de la historia clínica del programa AP Madrid.

Resultados: la incidencia de uso de pezoneras fue del 31,9%. Hay una relación directa entre el uso de pezonera y la menor incidencia de lactancia materna, menor flujo de leche, peor enganche y menor ganancia de peso en los primeros días de vida en la población estudiada. También se observa una mayor pérdida de peso del recién nacido en el hospital y en Atención Primaria.

Conclusiones: en el presente estudio se observa que el uso de pezoneras no es útil a la hora de corregir dificultades en la lactancia y compromete aún más el empeño por consolidarla.

Palabras clave: pezonera; lactancia materna; dificultades con la lactancia; grietas y lactancia; método de suplementación lactancia.

Abstract

Breastfeeding. Nipple shields, use or abuse?

Introduction: nipple shields are tools currently widely accepted and advertised for breastfeeding, both in the healthcare setting and among the population. However, their advantages and disadvantages are greatly controversial, and they are not recommended as first option in the majority of breastfeeding guidelines.

Objective: to confirm the benefits and/or risks of using nipple shields during the natural breastfeeding period in the Primary Care setting, regarding the maintenance of breastfeeding.

Material and methods: a descriptive study was conducted in the population of puerperal women attending the midwife unit from the first week of life until breastfeeding was established, during the months of October, November and December, 2018. Data were obtained from the clinical record registry in the AP Madrid program.

Results: there was a 31.9% incidence of the use of nipple shields. There was a direct relationship between the use of nipple shields and the lower incidence of breastfeeding, less flow of milk, worse latching, and lower weight gain in the first days of life, among the population studied. A higher weight loss in the newborn was also observed at hospital and in Primary Care.

Conclusions: in the present study, it was observed that the use of nipple shields is not useful in terms of correcting difficulties in breastfeeding, and compromises even more the effort to establish it.

Key words: nipple shield; breastfeeding; breastfeeding difficulties; cracks and breastfeeding; breastfeeding supplementation method.

Introducción

Las pezoneras son vainas de silicona en forma de pezón que se usan sobre el mismo durante la lactancia. Las razones más frecuentes para su uso son pezones planos, dificultades de enganche, succión débil o desorganizada del bebé y grietas en el pezón. La mayoría se indica durante los primeros tres días de vida durante su ingreso en la planta de maternidad previo al alta hospitalaria; son bien aceptados por las madres al principio aunque con el tiempo resulte incómodo y poco higiénico el uso prolongado.

Se conoce su empleo desde hace al menos 500 años, las primeras pezoneras estaban hechas de distintos materiales (plata, madera, piel de animales) para el alivio del pezón dolorido e ingurgitado no dejando salir leche a su través. Hace aproximadamente 30 años se empezaron a utilizar materiales como silicona y látex, más flexibles y que mejoraban la sensibilidad en el pezón. Estos últimos se empezaron a usar para transferir leche materna al recién nacido.

A pesar de que existe poca evidencia que apoye su uso, es una herramienta muy usada para facilitar el enganche en los primeros días cuando la lactancia no está establecida; hay estudios que sugieren que cerca del 92% de los sanitarios lo han usado en alguna ocasión¹. Sin embargo, determinados trabajos demuestran una peor transferencia de leche que puede comprometer el mantenimiento de la lactancia materna y la ganancia de peso del bebé.

Debido a que sus indicaciones no son claras y que puede suponer un riesgo para el mantenimiento de la lactancia y la ganancia de peso del recién nacido, su uso debería ser limitado e ir asociado no solo a vigilar los signos de transferencia en el recién nacido, sino a asegurar que las tomas son eficaces durante su uso. A menudo se utilizan para resolver el problema de falta de enganche, sin asegurar una lactancia materna efectiva y sin tener un buen control de la misma.

En los estudios que hablan de la satisfacción de las madres para su uso, cerca del 80% considera que fue el último recurso para salvar su lactancia².

Debido a que además se pueden comprar libremente en farmacia, no requieren control y a menudo no se corresponden con la talla adecuada para el pezón de la madre pueden resultar traumáticas y demorar la consulta de seguimiento en lactancia. Es habitual su recomendación sin informar de los posibles riesgos derivados de su uso.

En relación a su uso para el manejo de las grietas y el dolor en la mama, si bien hay autores que publican una disminución del roce o el dolor^{2,3}. Otros comentan que podría aumentar el dolor por rozamiento^{4,5} y quienes puntualizan su utilidad de forma transitoria, siempre y cuando la colocación sea correcta y hasta que se corrija la causa y se hayan curado las grietas⁶.

La principal razón por la que las mujeres utilizaban las pezoneras era la presencia de pezones cortos o planos (62%). Otras razones fueron la succión desorganizada (43%), el dolor en los pezones (23%), la regurgitación (15%), la prematuridad (12%), el frenillo corto (1%) y otras razones (1%). El 46% de las mujeres señaló más de una razón para usarlas. El 67% de las mujeres que recibió información sobre estas optó por usarlas. Al 51% les ayudó a tener éxito con la lactancia y al 49% restante su uso les resultó incómodo, especialmente al tercer o cuarto día, cuando presentaban fugas de leche⁶.

Se cree interesante apuntar que el uso de pezoneras en bebés prematuros puede provocar una "confusión de pezones" siendo difícil habituar después al bebé al enganche espontáneo al pecho^{7,8}.

Aunque su uso debiera limitarse a los primeros días en ocasiones es difícil su retirada pasadas las primeras semanas de vida. Se debería alertar al profesional sobre los riesgos del uso de pezoneras cuando la madre y el bebé están aprendiendo a amamantar⁹.

Sin duda, el apoyo de los profesionales de la salud es importante para las mujeres durante la lactancia. En el estudio de Ekstron et al.¹⁰ concluyen en que es necesaria una capacitación orientada a los procesos de asesoramiento sobre la lactancia cuando los problemas pueden remediarse con el uso de protectores de pezón para prolongar la duración de la lactancia materna en mujeres con problemas de esta. Por su parte Hanna et al.¹¹ obtuvieron resultados consistentes con los hallazgos de investigaciones anteriores en las que las pezoneras pueden ayudar a las madres que de otra manera abandonarían la lactancia materna. Afirman que los problemas con el agarre o pezones dolorosos, invertidos o planos pueden tratarse en algunos casos con protectores de pezón. Por ello expresa que los profesionales de la salud deben conocer esta opción y ofrecer a las madres información sobre las pezoneras cuando esté clínicamente indicado para aliviar las dificultades de la lactancia materna.

Si bien las indicaciones anteriormente citadas pueden justificar su uso, es necesario saber que la pezonera puede disminuir la transferencia de leche, actuando como barrera artificial y pudiendo derivar en una pobre ganancia ponderal^{12,13}.

El pezón plano o invertido como se ha mencionado con anterioridad es el motivo más frecuente para su uso, a pesar de lo cual se recomienda como última medida a tomar, priorizando otras como la posición crianza biológica, técnica de autoenganche, comenzar la toma por el pezón invertido para que lo haga de forma más vigorosa, que la madre sostenga el pecho en forma de "C" o "U" para facilitar el enganche, estimular el pezón de forma táctil o con un sacaleches, exprimir manualmente unas gotas de leche para favorecer el agarre y la succión, enseñar a la madre la técnica

de sándwich o la de rugby. Cuando se establezca la lactancia y el agarre adecuado, las pezoneras se pueden retirar¹⁴.

Aunque el pezón plano es la indicación principal para su uso, la Guía NICE señala que no hay evidencia de que sean eficaces⁶.

La prematuridad es la indicación con más evidencia. Los investigadores han encontrado que algunos prematuros toman el pecho más fácilmente (Clum et al., 1996)¹⁵ y toman más leche del pecho cuando se usa pezonera que cuando maman directamente del pecho (Meier et al., 2000)^{16,17}.

Aun así no se deben usar en todos los bebés prematuros y siempre vigilar una transferencia correcta de leche.

Objetivos

- Conocer la incidencia de la utilización de pezonera en el área de influencia sanitaria del Centro de Salud de San Fernando en la Comunidad de Madrid.
- Determinar la relación entre el empleo de pezonera con las siguientes variables:
 - Incidencia de la lactancia materna durante el establecimiento de la misma.
 - Estado del recién nacido.
 - Tipo de alimentación del lactante en el ámbito hospitalario y de AP.
 - Calidad de enganche al pecho materno.
 - Existencia de grietas en pezones.
 - Cantidad de flujo de leche materno.
 - Pérdida de peso del recién nacido (RN) en los primeros días de vida.
 - Incremento de peso del bebé en las dos primeras semanas de vida.

Hipótesis

Hay una relación directa entre utilización de pezonera y las siguientes variables:

- Menor actividad del RN.
- Descenso en la incidencia de lactancia materna en la maternidad del hospital.
- Menor incidencia de lactancia materna en ámbito de Atención Primaria.
- Menor incidencia de grietas en pezones.
- Peor enganche al pecho materno.
- Menor flujo de leche en la madre.
- Mayor pérdida de peso del bebé.
- Menor ganancia de peso del bebé.

Metodología

Estudio cuantitativo.

Diseño: transversal, descriptivo, no experimental.

Tipo de estudio: correlacional.

Sujetos y ámbito de estudio:

- **Criterios de inclusión:** todas las mujeres puérperas que acudan a consulta de la matrona con edad igual o superior a 16 años.
- **El criterio de exclusión:** madres cuyo bebé murió ante o intraparto o estuviera ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, bebés con lactancia artificial exclusiva o madres con tratamiento que altere el estado del bebé.
- **Obtención de la muestra:** se pretende obtener la muestra de las historias clínicas del programa AP Madrid de las mujeres puérperas, de 16 años cumplidos o más, y sus bebés que acuden a consulta de matrona entre los 3 y 7 días de vida del bebé y hasta consolidar el tipo de alimentación del lactante (entre 1–2 meses de vida) en el C.S. de San Fernando en la Comunidad de Madrid.

Tamaño de la muestra

Asumiendo un nivel de confianza del 95%, para una potencia de 80%, una desviación estándar de la puntuación total de cuestionario de 3.00 y una diferencia mínima a detectar en el cambio de puntuación del cuestionario de 3, se calcula un tamaño de muestra de 15 mujeres del grupo estudio (uso de pezoneras) y 45 mujeres del grupo control (no utilización de pezoneras).

Descripción de los participantes: mujeres en periodo de puerperio y hasta consolidar el tipo de alimentación del lactante, en el área de influencia sanitaria del C.S. de San Fernando.

Procedimiento: revisión de datos de la historia clínica de AP Madrid.

Definición de las variables

Cualitativas:

- Uso de pezoneras. Variable de agrupación, dicotómica. Se obtiene de la información que la madre aporta durante la primera consulta en AP sobre su utilización (0) o no utilización (1) en el hospital.
- Estado del recién nacido. Variable dicotómica. Se valora si el RN está activo: buen color, buen tono muscular y enganche espontáneo al pecho (1); o está poco activo: adormilado, que no realiza enganche a pecho de forma espontánea y requiere intervención para poder hacerlo (0).

- Tipo de alimentación del lactante durante la estancia en la maternidad del hospital. Variable categórica. Se valoran cuatro aspectos: lactancia materna exclusiva (1), lactancia mixta con un porcentaje de leche materna mayor del 50% (2), lactancia mixta con un porcentaje de leche materna menor del 50% (3) y lactancia artificial (4).
- Tipo de alimentación del lactante a partir de la primera visita al centro de salud. Variable categórica. Se valoran cuatro aspectos: lactancia materna exclusiva (1), lactancia mixta con un porcentaje de leche materna mayor del 50% (2), lactancia mixta con un porcentaje de leche materna menor del 50% (3) y lactancia artificial (4).
- Presencia de grietas en pezones. Variable dicotómica. Se valora la ausencia de grietas (0) y presencia de grietas (1).
- Calidad en el enganche del bebé al pecho. Variable categórica. Se valora como buen enganche si el bebé y la madre no tienen dificultad para el agarre (1). Enganche regular, si precisa intervención o ayudar a la madre y el bebé para conseguir el enganche (2). Mal enganche, si a pesar de la intervención no se consigue enganchar al pequeño al pecho y precisa de seguimiento (3).
- Cantidad de flujo de leche por el pecho materno. Variable categórica. Se evalúa por la cantidad de leche que eyecta el pecho mediante expresión o sacaleches. Bueno (1), si la cantidad de flujo es suficiente para la nutrición completa del bebé; regular (2), si se obtiene un porcentaje medio para abastecer al neonato de alimento; malo (3), si la cantidad de leche es muy escasa en proporción de las necesidades del niño/a.
- Ganancia de peso del bebé. Variable dicotómica. Se valora el correcto incremento de peso (1), 20-30 g mínimos diarios, (0) si no cumple con este incremento.

Cuantitativas:

Pérdida de peso durante los primeros días de vida. Variable numérica. Se calcula el porcentaje de pérdida de peso con respecto al peso al nacimiento.

Análisis de datos: se utiliza el paquete estadístico SPSS. Las técnicas estadísticas que se estudiarán serán: tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad. Coeficiente correlación de Pearson para variables numéricas, coeficiente correlación de Spearman para variables ordinarias. Se utilizará t de *Student* para k muestras para pruebas no paramétricas.

Aspectos éticos-legales

Las autoras de este estudio declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con este trabajo.

Beneficios y riesgos esperados

La intervención en la que va a participar no tiene descritos efectos secundarios. El uso o no de las pezoneras lo determina la indicación en el hospital, no es un criterio de AP. Por otra parte, solo hay un observador, con lo que evita la variación interobservador.

Confidencialidad

Los datos se utilizarán con el único propósito de realizar esta investigación y no serán destinados a otras finalidades.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 -EDL 2016/48900-, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos. De acuerdo a lo establecido en la legislación mencionada se puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a su profesional del estudio.

Análisis de los datos

Para la realización de este trabajo se utilizó el programa estadístico de SPSS. Las técnicas estadísticas han sido las siguientes:

- Tablas de frecuencia, medidas de tendencia, control central y de variabilidad.
- La variable de agrupación (uso de pezoneras) con escala de medida dicotómica se compara con las siguientes variables:
 - Nominales:
 - Actividad del RN.
 - Incidencia de lactancia materna en la maternidad del hospital.
 - Incidencia de lactancia materna en el ámbito de la Atención Primaria.
 - Incidencia de grietas en pezones.
 - Enganche al pecho de la madre.
 - Flujo de leche de la madre.
 - Ganancia de peso del bebé.

Para estas variables se utilizó el estadístico correlación de Spearman.

- Numérica:
 - Pérdida de peso del RN.

Se empleó el estadístico correlación de Pearson.

Se compararon muestras no paramétricas entre la variable enganche y el resto de variables con el estadístico de Kruskal-Wallis.

Resultados

Descriptivos

Se ha atendido a 69 madres con sus respectivos hijos/as, de las cuales el 31,9 % utilizó pezonera y el 68,1% no la usó, por lo que se cumplió con el primer objetivo (Tabla 1).

Se encontró que del total de la muestra (n= 67), 21 casos (31,35%) el recién nacido está poco reactivo; mientras que 46 casos (68,65%) el bebé está activo. De los casos en los que los recién nacidos estuvieron poco reactivos se obtiene que 14 emplearon pezoneras mientras que siete no la habían utilizado (Tabla 1).

Del total de la muestra, el tipo de alimentación al alta hospitalaria fue lactancia materna exclusiva en un 59,40%, lactancia materna mayor en el 50% un 24,63%, lactancia

materna menor del 50% un 14,49% y lactancia artificial un 1,4% (Tabla 1).

En el centro de salud, una vez establecida la lactancia aproximadamente al mes de vida, se encuentra lactancia materna exclusiva en el 60%, lactancia materna mayor del 50% el 21,4%, lactancia materna menor del 50% el 11,4 % y lactancia artificial el 7,1%, del total de la muestra (Tabla 1).

De la muestra presente, en cuanto al enganche en el ámbito de Atención Primaria se presenta buen enganche en un 79,71%, regular un 5,79% y malo un 14,49% (Tabla 1).

La presencia de grietas en la muestra representa un 33,33%, en contra de un 66,66% que no han aparecido (Tabla 1).

Se ha observado que el flujo de leche, de todas las madres que entraron en el estudio, fue bueno en un 53,64%, regular un 23,18% y escaso un 23,18% (Tabla 1).

La ganancia de peso fue adecuada (mayor de 20-25 g por día) en un porcentaje de 85,5% e inadecuada en un 14,5 de entre las madres que se incluyeron en la muestra (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes

		Frecuencia	Porcentaje
Pezonera	Sí	22	31,9
	No	47	68,1
Estado del RN	Poco activo	21	31,35
	Activo	46	68,65
Tipo alimentación en el hospital	LM exclusiva	41	60
	LM > 50%	17	24,3
	LM < 50%	10	14,3
	L Artificial	1	1,4
Tipo alimentación en Atención Primaria	LM exclusiva	41	60
	LM > 50%	15	21,4
	LM < 50%	8	11,4
	L Artificial	5	7,1
Enganche	Bueno	55	80
	Regular	4	5,7
	Malo	10	14,3
Grietas	Sí	46	67,1
	No	23	32,9
Flujo de la leche	Bueno	37	54,3
	Regular	16	22,9
	Malo	16	22,9
Ganancia de peso	Inadecuada	10	14,3
	Adecuada	59	85,7

Del total de la muestra, por último, y por percentiles se observa en el percentil 25 una pérdida de peso de 5,46, en el percentil 50, 6,8 y en el percentil 75, 8,8 (Tabla 2).

Tabla 2. XXXXXXXX		
N	Válidos	69
	Perdidos	0
Percentiles	25	5,46
	50	6,80
	75	8,80

Correlaciones

Pezonera-estado del recién nacido

- Hay una relación directa entre el uso de pezonera y la menor actividad del RN.

Al asociar el uso de pezonera con el estado del RN en los primeros días de vida se observa que existe una relación lineal significativa con $n=69$; Rho de Spearman $,487$; $p\text{-sig}=.000$; IC95%. Por lo tanto, se confirma la H1 (Tabla 3).

Pezonera-tipo de lactancia en hospital

- Hay una relación directa entre la utilización de pezonera y la menor incidencia de lactancia materna en la maternidad del hospital de referencia.

Se asocia el uso de pezonera con el tipo de alimentación del lactante en el hospital y se encuentra una relación lineal directa significativa con $n=69$, Rho de Spearman $,379$; $p\text{-sig}=.001$; IC95%, por lo que se confirma la hipótesis (Tabla 3).

Pezonera-tipo de lactancia en AP

- Se presenta una relación directa entre la utilización de pezonera y la menor incidencia de lactancia materna en el ámbito de Atención Primaria.

Al asociar el uso de pezonera con el tipo de alimentación del lactante en Atención Primaria se encuentra una relación lineal directa significativa con $n=69$, Rho de Spearman $-.326$; $p\text{-sig}=.006$; IC95%, por lo se confirma la hipótesis (Tabla 3).

Pezonera-grietas

- Existe una relación directa entre el uso de pezonera y menor incidencia de grietas en pezones.

Al asociar el uso de pezonera con la presencia de grietas en el pezón no se encuentra relación entre ambas con $n=69$, Rho de Spearman $,022$; $p\text{-sig}=.858$; IC95%, por lo que se descarta la hipótesis. (Tabla 3).

Pezonera-enganche

- Hay una relación directa entre uso de pezoneras y peor enganche al pecho de la madre.

Al asociar el uso de pezonera con el enganche encontramos una relación directa con $n=69$, Rho de Spearman $,602$; $p\text{-sig}=.000$; IC95%, por lo que se confirma la hipótesis (Tabla 3).

Pezonera-flujo de leche de la madre

- Se presenta una relación directa entre el uso de pezoneras y menor flujo de leche de la madre.

Al asociar el uso de pezonera con el flujo de leche materna se evidencia una relación directa entre ambas para $n=69$, Rho de Spearman $-.354$; $p\text{-sig}=.003$; IC95%, por lo que se respalda la hipótesis. (Tabla 3).

Tabla 3. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)		
	Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
Estado del RN	,487	,000
Tipo de alimentación hospital	,379	,001
Tipo alimentación AP	-,326	,006
Grietas	,022	,858
Enganche	,602	,000
Flujo de leche	-,354	,003
Ganancia de peso	,337	,005

Pezonera-ganancia de peso

- Hay una relación directa entre uso de pezonera y una menor ganancia de peso del bebé.

Al asociar el uso de pezonera con la ganancia de peso se observa una relación directa entre ambas con $n=69$, Rho de Spearman= ,337; $p-sig=$,005; IC95%, por lo que no se acepta la hipótesis (Tabla 3).

Pezonera-pérdida de peso del bebé

- Existe una relación directa entre uso de pezonera y la mayor pérdida de peso del bebé.

Al asociar el uso de pezonera con la pérdida de peso en los primeros días de vida se encuentra una relación directa entre ambas con $n=69$, $p-sig=$,004; IC95%, por lo que se confirma la hipótesis (Tabla 4).

Relación entre enganche con otras variables

Se asocia el enganche con otras variables categóricas y se encuentra que hay una relación directa entre la variable enganche y el resto de variables con $n=69$, con significación estadística en todas ellas, según se muestra en la Tabla 5.

Discusión

- Como objetivo se propuso conocer la incidencia del uso de la pezonera. En el presente estudio se ha encontrado una incidencia del 31,9%. En comparación con trabajos anteriores es una cifra alta, en el estudio de Pincombe et al.¹⁸ solo un 14,2% la usaba y Kronborg et al.¹⁹ publicaban un 22% en su serie de 2017. Aunque no se determinaron

los motivos por los que se emplearon, otros estudios coinciden en que la indicación más frecuente es la dificultad de enganche debido a pezón plano, invertido, ingurgitación o succión débil siendo este de un 73% de los casos según el estudio de Brigham²⁰.

La mayoría (89,8%) de las mujeres reportó una experiencia positiva con el uso del protector de pezón y el 67,3% de las mujeres que el protector de pezón ayudó a prevenir la interrupción de la lactancia materna. Chertok et al.²¹, cuando su uso es prolongado este mismo autor en su estudio constata que el 37,5% refiere tener complicaciones derivadas de la pezonera como la percepción de disminución de cantidad de leche, dependencia de la pezonera para la succión del recién nacido, aumento de aire durante la toma o dolor por rozamiento.

Si bien la indicación de la pezonera suele producirse en las primeras 72 horas de vida, siendo recomendable su retirada lo antes posible, en la serie de Chertok solo el 65% de las madres había dejado de usarlas en los primeros dos meses y de este grupo el 16,7% fue debido a un cese de lactancia²¹.

- Determinar la relación entre el empleo de pezonera con las siguientes variables:

– Hay una relación directa entre el uso de pezonera y el la menor actividad del RN.

En el presente estudio se ha observado que hay una relación lineal significativa entre el uso de pezonera y la menor actividad del bebé; cuando se ha empleado pezonera, el bebé manifiesta una actividad disminuida, lo que es entendido como consecuencia de un mayor esfuerzo en obtener la leche del pecho y la menor eficacia para ingerir alimento, por lo que ambos aspectos repercuten negativamente en su estado.

Tabla 4. Xxxxxxxx

	Pezonera	N	Media	Desviación tip.	Sig (bilateral)
Pérdida_peso_N	Sí	22	8,2409	2,50231	0,004
	No	47	3,3315	2,51766	

(Se han asumido variables iguales)

Tabla 5. Xxxxxxxx

	Estado RN	Tipo alim hos	Tipo alim ap	Flujo leche	Ganancia peso	Pezonera
Chi cuadrado	12,748	15,294	9,991	8,593	16,891	25,294
Gl		2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,002	,000	,007	,014	,000	,000

No se ha encontrado ningún dato al respecto en la bibliografía consultada.

– Hay una relación directa entre la utilización de pezonerera y la menor incidencia lactancia materna tanto en la maternidad del hospital como en Atención Primaria.

El resultado obtenido en este estudio sobre la mayor incidencia de alimentación artificial del bebé en el centro de salud en relación con la utilización de pezonerera es lineal directa significativa. Se entiende, al igual que en la hipótesis anterior, que la dificultad del RN para alimentarse adecuadamente del pecho con pezonerera contribuye a la necesidad de aportarle suplemento artificial.

Varios estudios han señalado que el empleo de pezonerera está relacionado con una disminución de transferencia del leche, Amatayakul et al.²² encontraban una diferencia de 47 g de media de cantidad de leche extraída entre las madres que no usaban pezonerera frente a 27 g en madres que sí la utilizaban.

Este dato es controvertido, pues la pezonerera se usa en pacientes en los que previamente se ha encontrado un problema de lactancia por mal agarre, lo cual también puede ser el motivo de una hipogalactia materna por falta de estimulación y vaciado de la mama^{12,23}.

Una excepción a esta situación es el paciente prematuro, en el cual puede haber un aumento de transferencia de leche con pezonerera (Meier et al.²⁴); no obstante, esta situación no justifica usar pezonerera en cualquier prematuro, solo en aquel en el que la succión es débil o no realiza buen enganche y siempre vigilando la transferencia de leche^{12,23}, como se ha indicado con anterioridad.

– Existe una relación directa entre la utilización de pezonerera y menor incidencia de grietas en pezones.

En la bibliografía consultada se ha encontrado las siguientes consideraciones:

Las pezonereras se recomiendan en caso de grietas dolorosas, aunque su eficacia es relativa y a veces incluso aumentan el dolor por rozamiento^{4,5}. El uso de pezonereras parece aliviar de forma transitoria las molestias de las grietas^{3,6}. En caso de grietas, si es necesario emplear pezonereras, utilizarlas el menor tiempo posible y mantener la lactancia supervisada hasta que se consiga retirar las pezonereras²³. Es importante tener en cuenta que se debe usar una talla de pezonerera adecuada, que es aquella que permite entrar en la pezonerera el pezón y parte de areola, si la pezonerera es pequeña puede dañar al pezón por el rozamiento.

No hay pruebas suficientes para demostrar que las pezonereras disminuyan el dolor de los pezones ni la curación de las lesiones^{6,24}.

Al asociar el uso de pezonerera con la presencia de grietas en el pezón, en el presente estudio no se encontró relación entre ambas, lo que se interpreta como que su uso no produce mejoría en la grieta.

– Hay una relación directa entre uso de pezonereras y peor enganche al pecho de la madre.

Los distintos autores que se han consultado publican la necesidad de emplear pezonereras para corregir la dificultad del bebé para engancharse previa a su uso. Así se encuentra:

A favor: estos autores recomiendan las pezonereras principalmente para la succión desorganizada del bebé⁶, o para ayudar al mismo a hacer la transición exitosa al pecho¹⁷ o cuando el bebé no prematuro tiene problemas para tomar el pecho^{4,17}. Otros publican que su uso debe suspenderse tan pronto como se aprecie mejoría de la sintomatología¹⁷.

En contra: las pezonereras pueden causar "confusión de pezones" y pueden hacer que el bebé tenga más dificultad para aprender a succionar directamente del pecho^{7,8}. Aseguran que con la pezonerera el RN no aprende a mamar mejor, no se corrige el problema de base; por lo tanto, no se recomiendan salvo en casos muy concretos^{4,24}. Siempre que existen problemas de enganche se debe valorar la postura y el agarre al pecho, corregir cualquiera de estas dos variables mejora el enganche, dejando la pezonerera para aquellos casos en los que no se consiga con estas medidas.

En el presente estudio al asociar el uso de pezonerera con el enganche se encuentra una relación directa entre el uso de pezonereras y peor enganche. Se ha interpretado como la dificultad que el bebé tiene para el agarre como consecuencia del uso de pezonereras. Se entiende este aspecto por la conducta del RN producto de la confusión producida por la succión mantenida con pezonerera. Esta conducta es claramente diferenciable del reflejo natural del bebé mediante la cual este intenta introducir el pezón en la boca de forma activa, mientras que cuando ha utilizado la pezonerera no tiene ese reflejo, en este caso abre la boca en espera de que le sea introducido el pecho en su boca.

No se han de comparar estos estudios por su diferente enfoque, las autoras de este artículo buscan las consecuencias positivas/negativas del uso de pezonereras y los autores consultados publican datos sobre eficacia o no para corregir una determinada dificultad previa.

– Hay una relación directa entre el uso de pezonereras y menor flujo de leche de la madre.

La bibliografía revisada queda reflejado que las pezonereras pueden reducir el flujo de leche^{5,7} y pueden interferir en la producción de leche⁵.

En este estudio al asociar el uso de pezonerita con el flujo de leche se encuentra una relación directa entre el uso de pezoneritas y el menor flujo de leche de la madre. Esto refleja la interferencia de la pezonerita entre la boca del bebé y el pecho materno que hace que disminuya considerablemente el estímulo directo a la mama para la progresiva producción de leche lo que propicia menor cantidad aportada.

- Existe una relación directa entre uso de pezonerita y la mayor pérdida de peso del bebé.

La pezonerita dificulta la extracción de leche^{3,4,8}, por ello debe plantearse como último recurso, de forma transitoria y con seguimiento.

El uso de pezoneritas produce un vaciado inadecuado y será conveniente que se complete con extracción^{5,12,13,15}.

Al asociar el uso de pezonerita con la mayor pérdida de peso en los primeros días de vida, se encuentra una relación directa entre ambas, por lo que la pezonerita contribuye a impedir la adecuada transferencia de leche del pecho materno al bebé.

- Hay una relación directa entre uso de pezonerita y una menor ganancia de peso del bebé.

El único estudio encontrado que relaciona el uso de pezoneritas con la ganancia de peso del recién nacido lo realizó Chertok en 2009²¹; en él concluía que no existía una insuficiente ganancia de peso con pezonerita, el 41% de los recién nacidos a estudio era suplementado con fórmula en las primeras dos semanas de seguimiento y el 59% a los dos meses. Quizá por este motivo se han encontrado resultados distintos².

En este estudio asociamos el empleo de pezonerita con la inadecuada ganancia de peso en los primeros días de vida, encontrando una relación directa entre ambas, por lo que la pezonerita contribuye a impedir la adecuada transferencia de leche y que el bebé tiende a mantener una ganancia adecuada por el suplemento que se le aporta en Atención Primaria para corregir este déficit.

Conclusiones

La presente investigación intentó determinar, en primer lugar, la incidencia del uso de pezoneritas en las madres que acuden al C.S. de San Fernando y en segundo lugar conocer los distintos factores que se relacionan con esta conducta.

Si bien la indicación de pezonerita se hace solo en aquellos casos en los que hay problemas de enganche que no se resuelven por otras medidas, en la presente muestra un 31,9% de las madres las usaban, existiendo un sobreuso de las mismas, dado que en ocasiones suplen la falta de herramientas del clínico ante problemas de enganche o succión del bebé.

En el presente estudio se ha estudiado el uso de pezoneritas buscando las consecuencias (positivas o negativas) para la consecución de la lactancia materna y no las causas que las propician. Si bien su indicación se hace en los primeros días de vida del bebé en la planta de maternidad, su seguimiento y posterior retirada se realiza en consultas de Atención Primaria, de forma que la persona que indica su uso no sigue ni mide las consecuencias de este. En opinión de los autores del artículo esta situación entraña el riesgo de utilizar una medida sin conocer ni explicar a las madres los riesgos derivados de su uso.

En la muestra de este trabajo se cumple la primera hipótesis planteada, esto es, hay una incidencia menor de lactancia materna con el uso de pezonerita.

Se encuentra que no solo no contribuyen a corregir el problema que indica su uso (como aseguran muchos autores), sino que se obtienen resultados negativos posteriores para el establecimiento de la lactancia natural por los siguientes aspectos:

- Grietas o dolor: poner una pezonerita para curar una grieta puede no ser eficaz. La existencia de una grieta implica un mal agarre del pezón, corregir el mismo y mejorar la postura es la medida fundamental para su curación. La evidencia dice que no la cura y sí puede infectarse y producir mastitis por la manipulación de un objeto no siempre limpio. Puede incluso provocar mayor dolor debido a la presión o al roce del pezón sobre la pezonerita, si esta es pequeña. Hay que permitir que la grieta se cure con una higiene correcta, buen secado tras cada toma y corregir el enganche (si este es incorrecto). En este estudio, el uso de pezoneritas no se relacionaba con una menor incidencia de grietas con lo que se entiende que no es útil para su aparición ni curación.
- Confusión de pezones: poner una pezonerita porque el bebé tiene dificultades para succionar, no siempre es la solución, dado que puede no corregir el problema poniendo en riesgo la lactancia si disminuye la transferencia de leche, y sí puede dificultar aún más el posterior agarre. Si el bebé no se engancha se le debe alimentar mientras se ayuda a la madre y al RN para que este se enganche. Los profesionales deberían estar alerta en este aspecto. La succión del bebé es un reflejo natural, si un RN no succiona de forma adecuada se debe valorar su inmadurez o cualquier otra patología que afecte a la succión. En la mayoría de los casos, si el bebé tiene dificultades para succionar habrá que esperar a que este tenga el desarrollo físico y/o neurológico que le permita manifestar dicho reflejo, tan importante en la lactancia. Emplear la pezonerita es confundirle en su propio reflejo y dificultar aún más el enganche posterior.
- Vaciamiento de la mama/extracción de leche por parte del bebé: la pezonerita puede ser es un instrumento que

dificulta la extracción de leche por parte del lactante, por lo que el vaciado del pecho puede ser insuficiente. La resistencia que opone la pezonera para la correcta succión y transferencia de leche hace que la mama no pueda vaciarse correctamente.

Otras consideraciones

¿Por qué se utiliza la pezonera? Porque es un buen método para que el bebé succione.

¿Por qué se retira la pezonera? Porque es el peor método para que el bebé lacte.

- **Pezones planos o invertidos:** el presente estudio no ha analizado este aspecto debido a que la escasa incidencia es de 1,77% de mujeres (Schwager et al.)²⁵. Habitualmente los pezones planos se tratan de igual modo que pezones protruidos sin observar importantes diferencias en el enganche. En una ocasión se empleó la pezonera para corregir el enganche en el caso de pezones invertidos y se observó que el bebé succionaba, pero no transfiere leche porque el pezón invertido tiene mayor dificultad que el normal para ser introducido en la pezonera; como consecuencia la areola tampoco entra, por lo tanto el bebé no la exprime con lo que la transferencia es muy escasa. Por este motivo se cree que la pezonera no es la solución y, en su caso, habrá que intentar protruir el pezón con sacaleches o manualmente, para ayudar al bebé a que se agarre de forma directa; se requiere más constancia y persistencia por parte de la madre y del profesional, probablemente superándose estas premisas se consiga.
- **Prematuridad:** a pesar de que algunos autores²⁶ apuntan que los RN inmaduros obtendrían mayor cantidad de leche empleando pezoneras, esto debe constatarse en cada caso para permitir su uso, ya que el bebé prematuro manifiesta mayor facilidad para succionar con la pezonera porque le estimula el paladar (una zona muy sensible a la estimulación para iniciar el reflejo de succión). Sin embargo, también es verdad que el bebé inmaduro tiene menos fuerza de succión y esta no consigue una adecuada transferencia y le confundirá para que agarre el pecho cuando esté preparado neurológicamente. Si se usa en esta población debe ir acompañado de un seguimiento estrecho para asegurar una correcta transferencia y una retirada lo antes posible con una suplementación (si la precisa) con un método que no interfiera con la lactancia materna.
- **Ingurgitación mamaria:** si bien al principio de su existencia las pezoneras se usaban para proteger una mama ingurgitada, las primeras no servían para transferir leche, esta indicación viene más determinada de su uso primitivo que de su utilidad. Poner una pezonera en la mama ingurgitada provoca mayor dificultad de agarre porque es

más difícil que la areola ingurgitada se introduzca en el pezón de la pezonera y el bebé pueda extraer la leche. Se estima que en este caso se debe extraer (con sacaleches o extracción manual) una cantidad de leche suficiente para que pezón y areola puedan ser introducidos en la boca del bebé.

- **Frenillo corto o anquiloglosia:** no en todos los casos de frenillo corto el bebé tiene dificultades para el enganche. Si fuera el caso se puede ayudar a que el bebé abra más la boca para permitir que el pezón traspase la lengua por encima, además de cambiar posturas que mejoren el enganche, como la crianza biológica. Si fuera imposible es preferible esperar a resolver el problema quirúrgicamente, alimentando al bebé con métodos que no interfieran en la lactancia natural.
- **Pezones grandes:** si los pezones son grandes y no caben en la boca del bebé habrá que esperar a que el bebé crezca, agrande la boca y pueda engancharse. Poner una pezonera para obligar al pezón a entrar en la misma para introducirlo en la boca del bebé podría comprimir el pezón y dificultar un buen riego sanguíneo, lo que producirá dolor.
- **RN decaído que no succiona:** hay que tener en cuenta que en el bebé que no tiene suficiente fuerza para extraer la leche del pecho directamente, la pezonera le dificultará más la extracción por el esfuerzo añadido que requiere la resistencia que opone la pezonera, por lo que un bebé con poca fuerza es el peor caso que para recomendar una pezonera. Habrá que alimentar al bebé hasta que recupere su actividad e intentar el enganche.
- **Dificultad para dejarlas.** Si bien al principio puede infundir confianza en la madre porque mejora un enganche que no se ha conseguido de otra manera, a la larga la pezonera es un instrumento que resulta engorroso en la colocación y mantenimiento de la misma para que el bebé se enganche. Las madres comprueban la dificultad del uso de la pezonera: se desprende del pecho con mucha facilidad, cae al suelo y hay que volverla a lavar o esterilizar, se le olvida cogerla para poner al bebé y tiene que ir a buscarla, si sale de casa no se le puede olvidar porque no podrá dar de comer al bebé. Este rechaza la pezonera porque necesita mucho esfuerzo para obtener poca leche. Con todas las trabas para su uso las madres quieren dejar de usarlas y entonces se dan cuenta que no pueden porque el lactante no sabe engancharse. Debido a la confianza que generan en la madre pueden ser considerados adictivos; la madre y el bebé prefieren su uso y en estos casos, si la transferencia no está comprometida es difícil dejar de usarlos²⁷, el problema surge cuando se detecta un problema derivado de su uso que obliga al clínico a intentar quitarlas.

Efectos no deseables de la pezonera

El mayor riesgo del uso de las pezoneras, al margen de su indicación, es la posible disminución de producción de leche como consecuencia de la disminución significativa del estímulo del pecho por parte del bebé a través de la pezonera, escasa transferencia de leche por el mayor esfuerzo que requiere la misma y necesidad de alimentar la bebé con otros métodos y con suplementación y, en el peor de los casos, produciendo una ganancia ponderal no adecuada en aquellos a los que no se ha suplementado.

En esta experiencia, el bebé se engancha bien a la pezonera pero no al pecho, aquella no permite la introducción de pezón y areola de la madre en el pezón de la pezonera. Por otro lado, la areola de la pezonera no se puede introducir en la boca del bebé, por su propio diseño, la areola de la pezonera no puede ni debe introducirse en la boca del bebé. Tras confundirse con el estímulo continuado del paladar por la pezonera ya no será capaz de agarrarse al pecho sin ella.

La conducta del bebé, tras el uso desde el inicio y persistencia de la pezonera, consiste en abrir la boca y no cerrarla ni succionar el pecho. El bebé espera a que se le estimule el paladar para iniciar la succión, algo que no ocurrirá nunca con el pecho materno.

Método de retirada de la pezonera

Antes de plantearse la retirada es importante conocer las necesidades e inquietudes de la madre, a veces se observan madres reacias a su retirada, en lactancias no comprometidas no se debe intervenir; en otras ocasiones la resistencia de la madre a dejar de usarlas hace que no se deba insistir en retirarlas.

El método de retirada de la pezonera no es un procedimiento metódico, es más un arte que una ciencia. Hay que valorar todos los aspectos influyentes en la técnica de la lactancia: en la madre las habilidades naturales, la capacidad de aprendizaje, sus aspectos emocionales y de los apoyos sociales con los que cuenta. En el lactante hay que tener en cuenta la conducta instintiva, la capacidad madurativa y fisiológica, los aspectos que han influido y modificado su instinto natural de enganche y succión, la necesidad de alimentarle derivado del insuficiente incremento de peso y, por lo tanto, la interferencia posterior que esto suponga para el enganche natural al pecho. Hay que manejar al bebé desde el punto de vista instintivo y la conducta irascible o irritable ocasionado por las dificultades que ha tenido para alimentarse adecuadamente. Ayudar a la madre a colocarle al bebé al pecho teniendo en cuenta su comportamiento, propio de su conducta alterada por la pezonera, adiestrar a la madre en la forma de tranquilizarle para que no se irrite en el proceso de puesta al pecho y enganche para que haya alguna posibilidad de éxito.

Teniendo en cuenta todo lo anterior se debe elaborar una metodología absolutamente individualizada para orientar a la mujer en el manejo de la puesta al pecho con esta dificultad.

Todo ello, con la previa aceptación de la madre, y no solo, sino la confianza, persistencia y deseo de esta de llevar a cabo todo el proceso de aprendizaje que ella y el bebé necesitan, es indispensable para obtener algún éxito en el fin perseguido.

Se valora la necesidad de estimular la zona peribucal del bebé con el objetivo de restablecer el reflejo natural que permita la succión de pezón y areola de forma activa por parte del niño/a para un correcto enganche.

Método de alimentación del bebé en Atención Primaria

Hay distintos métodos para alimentar al bebé en caso de que no sea posible el enganche al pecho de la madre^{8,27, 28}:

- **Técnica dedo-jeringa.** Aunque es un método efectivo los primeros días tiene el riesgo de confundir el reflejo de succión y dificultar posteriormente el enganche al pecho materno, cuando se utiliza desde el nacimiento y se sostiene en el tiempo. Esta confusión es debida al aprendizaje del bebé a no introducir el pecho de forma activa y natural en su boca y esperar a que se le alimente estimulando el paladar.

Como alternativa se puede emplear jeringa y chupete (de forma exclusiva para el momento de la alimentación) que no estimule el paladar, en espera de poder acceder al enganche al pecho. Si bien la técnica del chupete es más complicada para los padres y puede desechar más leche que la anterior, se consigue que el bebé no busque el dedo, como a veces sucede con el dedo jeringa, como estímulo del paladar para iniciar la succión. Es una técnica más complicada que la anterior por lo que precisa de apoyo y entrenamiento, en cualquier caso si los padres no consiguen controlarla se enseñará el dedo-jeringa, insistiendo a los progenitores que no introduzcan el dedo de forma activa sino que permitan al bebé chuparlo, succionarlo e introducirlo por su propio reflejo.

- **Técnica del vasito o cuchara.** Es una técnica no invasiva para el bebé y la única que tiene estudios que demuestren que no interfiere con el enganche natural; sin embargo, requiere apoyo y adiestramientos pues a los padres les suele preocupar el riesgo de atragantamiento y desechar más cantidad de leche. En este punto se recuerda que se ha de colocar al bebé con el cuerpo en vertical y la cabeza alineada para evitar el atragantamiento y que no se debe introducir la leche en la boca, sino que es el

bebé el que lame la leche del vaso que se deposita en su labio inferior.

- **Relactador.** Indicado en los casos en los que el bebé tenga buen enganche y buena succión y que el problema principal sea la hipogalactia materna. Hay que recordar que es una técnica cara y que está pensada para utilizar más tiempo que las anteriores. Una alternativa a dicha técnica, en bebés con buen enganche y buena succión, es colocar una sonda en la comisura labial mientras este está enganchado al pecho materno y cuando succione presionar el émbolo de la jeringa si no baja solo con la succión del

bebé. Si se opta por esta última opción la madre puede necesitar ayuda de otra persona lo cual puede complicar su uso.

Por último, concluir que cada caso debe ser individualizado y que la técnica de suplementación ideal es aquella con la que los padres se sienten cómodos y confiados. Una vez más el papel del sanitario es informar y dar apoyo en la técnica elegida.

A continuación se describe en el Cuadro 1 las posibles dificultades de enganche y el manejo de las mismas.

Cuadro 1. Conducta del bebé, causas e intervenciones para corregir las dificultades en el enganche

	Situación	Causas	Intervención
1	El bebé con hambre llora y rechaza el pecho cuando se le acerca	Está nervioso, muy hambriento o se le ha obligado a coger el pecho sin conseguirlo	No forzar al bebé, retirarle, consolarlo e intentarlo de nuevo de forma natural, espontáneamente. Si sigue rechazándolo, esperar varias tomas e intentarlo nuevamente de forma natural, espontáneamente. Alimentar al bebé con otro método que no interfiera con la lactancia hasta conseguir agarre. Iniciar extracciones de leche para garantizar producción
2	El bebé con hambre no coge el pecho ni lo rechaza cuando se le acerca	Está adormilado o no quiere engancharse porque no obtiene leche	Mantenerlo cercano al pezón hasta que tenga la intención de cogerlo se puede estimular los labios con el pezón. Alimentar al bebé con otro método hasta conseguir enganche. Iniciar extracciones de leche para garantizar producción
3	No abre la boca suficientemente, boca entreabierta	Hábito de biberón u otro método de alimentación no natural	Esperar unos días, intentar enganche en otras posturas con bebé relajado. Alimentar al bebé con otro método hasta conseguir enganche. Iniciar extracciones de leche para garantizar producción
4	Abre la boca con intención de coger el pecho, pero no la cierra, se pone nervioso	La madre ha utilizado pezonera	Acercar y esperar a que la cierre espontáneamente. Si se pone nervioso, desistir e intentarlo más tarde. Se pueden estimular los labios con chupete para reinstaurar el reflejo confundido para succionar el pezón y areola y lo introduzca el propio bebé. Mantener al bebé junto al pecho periodos largos de tiempo dándole la oportunidad de enganche espontáneo. Alimentar al bebé con otro método hasta conseguir agarre. Realizar extracciones de leche para garantizar producción
5	Cierra la boca lentamente con intención de coger el pecho o no la cierra	El bebé es perezoso, o está adormilado	Esperar a que cierre la boca de manera natural. Si no se consigue, alimentar con otro método hasta conseguirlo. Hacer extracciones de leche para garantizar la producción
6	Cierra la boca pero no succiona	El bebé es perezoso, o está adormilado, o no quiere succionar porque sabe que no obtendrá leche por escaso flujo	Sugerir a la madre que se comprima la mama mientras está enganchado o intentar el inicio de succión estimulando con sonda al pecho. Complementar alimentación hasta conseguir transferencia completa. Mantener extracciones de leche para garantizar la producción

Cuadro 1. Conducta del bebé, causas e intervenciones para corregir las dificultades en el enganche (continuación)

	Situación	Causas	Intervención
7	Coge solo pezón, lo succiona, provocando dolor a la madre	Mal enganche de forma puntual o ha tomado biberón y ha modificado la fisiología de succión	Se separa al bebé del pecho deshaciendo el vacío, introduciendo un dedo limpio en la boca del niño y volver a intentarlo, esperando a que abra bien la boca. Hasta conseguir alimentar al bebé con otro método. Extraer leche para garantizar producción
8	Coge pezón y areola con labios invertidos	Pecho y labios del bebé secos, en el momento de enganche, o hábito del bebé o postura natural anatómica del labio inferior del bebé	Previo al enganche lubricar con leche de madre boca y pecho. Si persiste recolocar el labio con un dedo limpio para intentar evertirlo. Extracción de leche para garantizar producción
9	Enganche correcto, no succiona o hace succión no nutritiva o transferencia insuficiente, se cansa	Bebé adormilado, flujo escaso de leche materna, no obtiene suficiente leche, hábito de biberón u otro método de suplementación de forma más o menos prolongada, patología en la succión	Sugerir a la madre que se estimule el pecho suavemente mientras está enganchado. Esperar un tiempo prudencial de adaptación o corrección del problema; comprobar succión de transferencia. Si es necesario complementar alimentación con otro método hasta la solución. Seguir con extracciones de leche para garantizar producción
10	Se engancha bien, succiona y transfiere suficiente leche		

Bibliografía

- Eglash A, Ziemer AL, McKechnie AC. Health professionals' attitudes and use of nipple shields for breastfeeding women. *Breastfeed Med* 2010; 5(4):147-51. doi:10.1089/bfm.2010.0006
- Chertok IR, Schneider J, Blackburn S. A pilot study of maternal and term infant outcomes associated with ultrathin nipple shield use. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [internet] 2006. Mar-Apr [cited 12 mar 2019]; 35(2):265-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620253>
- Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo. Guía de la Lactancia Materna. 2007.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP, nº 5. 2004.
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Guía para Las Madres que Amamantan. Vitoria-Gasteiz 2017.
- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- OMS, Organización Panamericana de la Salud. UNICEF. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. 1998.
- Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. Madrid: Hospital 12 de Octubre; 2007.
- Auerbach KG. The effect of nipple shields on maternal milk volume. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. [internet] 1990 Sep-Oct [cited 12 mar 2019]; 19(5):419-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2231080>
- Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, Mårtensson BL. Women's use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Pub-Med Breastfeed Med*. [internet] 2014 Nov [cited 12 mar 2019]; 9(9):458-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25188544>
- Hanna S, Wilson M, Norwood S. A description of breast-feeding outcomes among U.S. mothers using nipple shields. *Midwifery*. [internet] 2013 Jun [cited 12 mar 2019]; 29(6):616-21. Available from: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795179>
- Chevalier McKechnie A, Eglash A. Nipple Shields: A Review of the Literature. *Breastfeed Med*. [internet] 2010 Dec [cited

- 12 mar 2019]; 5(6):309-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014757/>
13. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EF. Breast-feeding and health in de 1980: a global epidemiologic review. *J. Pediatr* 1991; 118:659-66.
 14. Servicio Madrileño de Salud. Protocolo de lactancia Materna en la Hospitalización. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014
 15. Clum D, Primomo J. Use of a silicone nipple shield with premature infants. *J Hum Lact*. [internet] 1996 Dec [cited 12 mar 2019]; 12(4):287-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/9025443>
 16. Meier PP, Brown LP, Hurst N, Spatz D, Engstrom J, Borucki LC, et al. Nipple Shields for Preterm Infants: Effect on Milk Transfer and Duration of Breastfeeding. *J Hum Lact official journal of International Lactation Consultant Association*. 2000; 16:106-14; quiz 129. [10.1177/089033440001600205](https://doi.org/10.1177/089033440001600205).
 17. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano. Guía de Lactancia Materna. 2015.
 18. Pincombe J, Baghurts P, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E, et al. Baby friendly hospital initiative practices and breast feeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 2008; 24:55-61. [10.1016/j.midw.2006.06.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.06.009)
 19. Kronborg H, Foverskov E, Nilsson I, Maastrup R. Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr*. [internet] 2017 Jan [cited 12 mar 2019]; 13(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26799605>
 20. Brigham M. Mothers' reports of the outcome of nipple shield use. *J Hum Lact* 1996; 12(4):291-7.
 21. Chertok IR. Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction. *J Clin Nurs*. 2009 Nov; 18(21):2949-55. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.02912.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02912.x). Epub 2009 Sep 4.
 22. Amatayakul K, Vutyavanich T, Tanthayaphinant O, Tovanabutra S, Yutabootr Y, Drewett RF. Serum prolactin and cortisol levels after suckling for varying periods of time and the effect of a nipple shield. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1987; 66:47-51.
 23. Chow S, Chow R, Popovic M, Lam H, Merrick J, Ventegodt S, et al. The Use of Nipple Shields: A Review. *Front Public Health*. [internet] 2015 [cited 12 mar 2019]; 3:236. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607874/>
 24. Meier PP, Brown L, Hurst NM, Spatz DL, Engstrom JL, Borucki LC, Krouse AM. Nipple Shields for Preterm Infants: Effect on Milk Transfer and Duration of Breastfeeding. *J Human Lact*. 2000; 16(2):106-14. <https://doi.org/10.1177/089033440001600205>
 25. Schwager RG, Smith JW, Gray GF, C&inn D Jr. Inversion of the human female nipple, with a simple method of treatment. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1974; 54-564.
 26. Spatz D. Nipple shields for preterm infants: breastfeeding outcomes. Paper Presented at: 4th. Annual Lactation Conference for Advanced Practitioners; Oak Brook, IL: Rush College of Nursing 1998.
 27. Rioja Salud. Guía de la Lactancia Materna para Profesionales de Salud. 2010.
 28. Barrios Miras E. En Familia AEP. Lactancia materna. Técnicas de Suplementación [internet]. [citado 12 mar 2019]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/lactancia-materna-tecnicas-suplementacion>

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA



Cursos online

Amplio catálogo de cursos

- Cursos de Humanización
- 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
- Curso de RCP
- Otros cursos de Enfermería



aulaDAE
Grupo Paradigma

www.auladae.com

¹ M^a Angeles Campos Herrero
² María Conde Álvarez
¹ Eva Hortigüela Cámara
³ Ana López Cadenas
² Lucía Val Peon

Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal

*1 EIR Complejo Hospitalario Santiago de Compostela
2 Eir Complejo Hospitalario de La Coruña
3 EIR Complejo Hospitalario de Pontevedra*

E-mail: septimasur@hotmail.com

Fecha de presentación 18 de diciembre de 2018.

Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2019.

Cómo citar este artículo:

Campos Herrero MA, Conde Álvarez M, Hortigüela Cámara E, López Cadenas A, Val Peón L. Maternidad subrogada: análisis de la situación ético-legal. *Matronas hoy*. 2019; 7(1):41-6.

Resumen

Debido a la polémica que suscita actualmente el tema de la maternidad subrogada se realiza una revisión bibliográfica para analizar el estado de la cuestión. Se lleva a cabo un estudio comparativo entre las diferentes legislaciones existentes y argumentos ético-legales, tanto a favor como en contra. Si bien en España la maternidad subrogada está prohibida, numerosas personas acceden al registro de sus hijos gracias a la Instrucción de la Dirección General de los Registros y el Notariado (DGRN) del 5 de octubre de 2010 y a las indicaciones del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos. Como conclusión se destaca la necesidad de desarrollar una legislación común internacional para evitar la explotación de las mujeres y la desprotección de los menores.

Palabras clave: maternidad subrogada; madres; bioética.

Abstract

Surrogacy: An analysis of its ethicolegal situation

Due to the controversy currently raised around the matter of surrogacy, a bibliographic review was conducted in order to analyze the current situation. A comparative study was conducted between the different existing legal systems and ethicolegal arguments, both in favor and against it. Although surrogacy is forbidden in Spain, many persons have access to registering their children due to the Order by the General Directorate for Registries and Public Notaries (DGRN) from October, 5th, 2010, and the indications by the European Court of Human Rights. The conclusion is the need to develop an international common legislation to prevent women exploitation and lack of protection for minors.

Key words: surrogacy; mothers; bioethics.

Introducción

La gestación subrogada tiene lugar cuando una mujer se presta a gestar un niño para, una vez nacido, entregárselo a la persona o personas que se lo han encargado y que van a asumir su paternidad/maternidad¹. Existen dos modalidades²:

- **Tradicional/gestacional:** en el primer caso los gametos pertenecerían al padre comitente y a la madre gestante (técnica actualmente en desuso). En el segundo caso, los gametos pertenecerían a los padres comitentes o a algún donante, pero la madre gestante no tendría ninguna relación genética con el bebé³.
- **Comercial/altruista:** en el primer caso la madre gestante percibiría una determinada cantidad de dinero por gestar al bebé y en el segundo caso los padres comitentes se limitarían a sufragar los gastos médicos, sin ninguna contraprestación económica para la mujer gestante³.

Se suele recurrir a ella en los siguientes supuestos⁴:

- Alteración/anomalía/ausencia uterina.
- Situación de salud materna en la que un embarazo suponga un gran riesgo.
- Abortos de repetición.
- fracasos de la fecundación *in vitro* (FIV).
- Parejas homosexuales y personas solteras.

En el Antiguo Testamento ya se menciona una práctica semejante a la actual gestación subrogada cuando Sarah, incapaz de procrear, pide a su esposo Abraham que mantenga relaciones con una esclava (Hagar) para poder tener a su hijo Ishmael. El primer caso documentado se produjo en 1976, tratándose de un caso de gestación "tradicional", en la que la mujer gestante prestaba sus gametos y el padre comitente su esperma. El primer embarazo por sustitución "gestacional" (en el que la mujer gestante no aporta sus óvulos) tuvo lugar en 1984. La mayor notoriedad de esta técnica se produjo a mediados de los 80 del pasado siglo a raíz del caso denominado "*Baby M*", en el que la mujer gestante se negó a entregar al bebé nacido tras ser inseminada con esperma del padre comitente².

Material y método

Tipo de estudio: revisión sistemática.

Estrategia de búsqueda: se ha realizado en las bases de datos Pubmed, Cinhal, Dialnet, Embase, Uptodate, Cochrane, Joanna Briggs mediante el motor de búsqueda Mergullador de Bibliosaúde. Se enmarcó la búsqueda en un periodo tem-

poral de los dos últimos años. Se sistematizó la búsqueda en dos fases. En la primera fase, a fin de establecer el marco conceptual de trabajo, se emplearon los descriptores MESH "*surrogate*" AND "*mothers*" (obteniendo como resultado de la búsqueda n= 12 artículos de revisión). Tras la lectura y análisis de los mismos se excluyeron ocho de dichos artículos de revisión ya que no contribuían al conocimiento del marco ético-legal del tema a estudio. En una segunda fase se emplearon los términos y *booleanos* ("*Surrogate*"[Mesh]) ("*Mot-hers*" [Mesh] OR "*Mother*" [Mesh]) ("*bioethics*" [Mesh]) con sus diferentes combinaciones.

Criterios de inclusión y exclusión de los estudios:

Se utilizaron como criterios de inclusión: a) publicación en inglés o español; b) desarrollo de cuestiones bioéticas y legales de la maternidad subrogada; c) marco temporal de la publicación entre enero de 2013 y marzo de 2018.

Como criterios de exclusión se recogieron: a) específicos de la legislación de un único país, exceptuando España; b) exclusivos sobre la filiación.

Para la selección de los artículos se realizó la lectura de los resúmenes y posteriormente de los artículos completos. Así mismo, a partir de la bibliografía de los artículos, se accedió a la fuente original ya fuesen artículos, libros, etc., y se procedió a su lectura para decidir su inclusión o no en el estudio.

Tras la búsqueda se localizaron 91 resultados, aunque se excluyeron 69 que no se correspondían con el objetivo de esta revisión; seleccionándose 22 trabajos (un libro, un TFG, un informe de un comité y 19 artículos) (Figura 1).

Resultados

Tras la revisión de los 22 artículos seleccionados se ha constatado que la literatura científica recoge el marco ético-legal de 16 países. Se ha estructurado la información existente atendiendo a: prohibición; admisión total; admisión con fin altruista y, finalmente, las características recogidas en el marco normativo. En función de estos criterios se ha verificado su prohibición en siete países y su admisión en 13, si bien de estos últimos solo es sin consideraciones adicionales en cuatro (Cuadro 1)^{2,5,6}.

El marco legislativo actual en España viene dado por el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida, el cual establece que "será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero" y que "la filiación de los hijos nacidos por gestación de sustitución será determinada por el parto", por lo que los contratos de gestación subrogada no tendrían

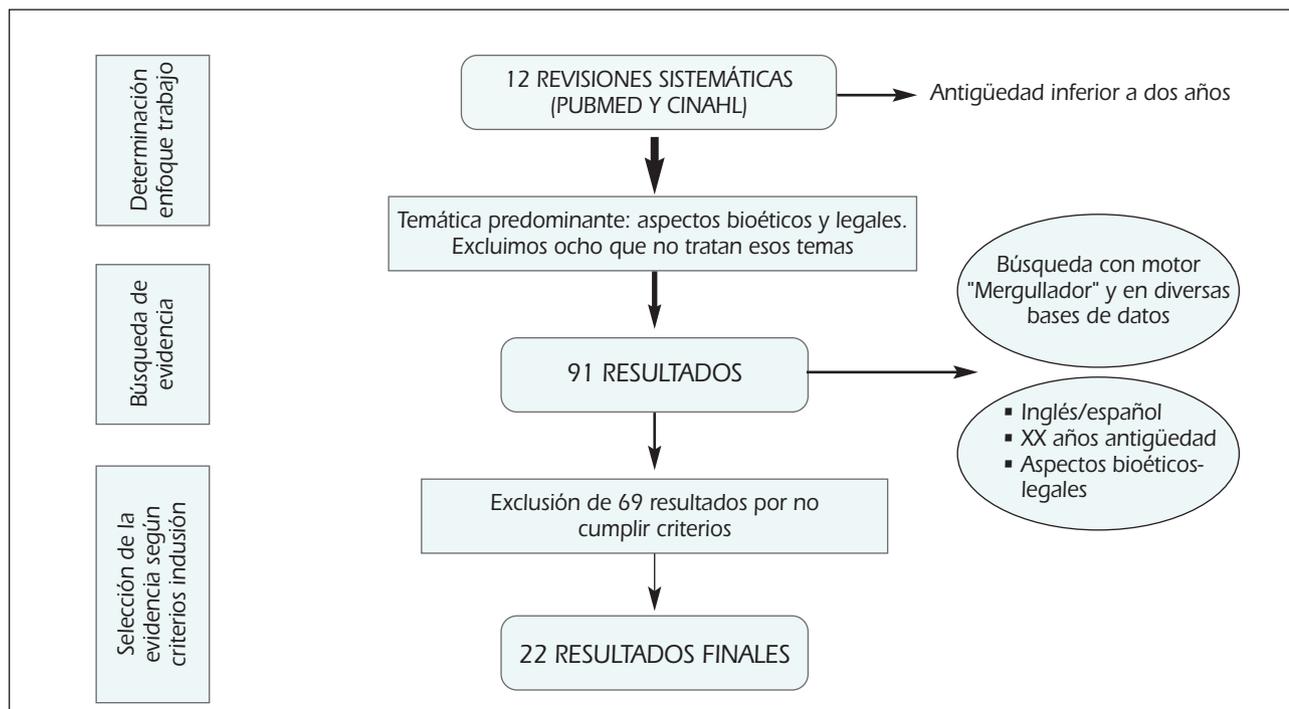


Figura 1. Resultados tras la búsqueda

Cuadro 1. Marco ético-legal de la maternidad subrogada mundial

País	Prohibición	Admisión total	Admisión altruista	Características/ámbito de actuación
Francia	X			Prisión para los intermediarios
Alemania	X			Prohíbe y castiga la gestación por sustitución pero no a la madre gestante ni a la comitente
Suiza	X			Penado por ley (tanto los solicitantes del servicio, como los intermediarios)
Italia	X			Penada la organización, realización o publicidad de esta práctica Excepción: Tribunal civil Roma en febrero 2000 permitido a una mujer con malformación genital
Austria	X			TRA solo permite gametos propios de comitentes excepto esterilidad masculina, que permite semen donante pero solo mediante inseminación artificial
Reino Unido			X	Solo por motivos médicos y sin ejecutar contrato La mujer gestante cuenta con seis semanas de reflexión tras el parto para entregar o no al recién nacido
Canadá			X	La ley prohíbe gestación comercial, pero delega en cada provincia la interpretación legal de cada caso
Grecia			X	Para ciudadanos griegos (no parejas homosexuales) Comitente debe acreditar incapacidad para gestar. La mujer gestante no puede aportar sus óvulos. La entrega del recién nacido debe estar pactada con anterioridad al parto

Cuadro 1. Marco ético-legal de la maternidad subrogada mundial (continuación)

País	Prohibición	Admisión total	Admisión altruista	Características/ámbito de actuación
Brasil			X	No existe legislación específica, regulado por resoluciones La mujer gestante debe ser familia de uno de los comitentes
Israel			X	Condiciones concretas, parejas heterosexuales. La filiación requiere autorización por orden judicial
Rusia		X		Prohibida la modalidad "tradicional" La filiación requiere consentimiento de la mujer gestante
Ucrania		X		País más liberal en esta materia pero las parejas homosexuales no pueden ser comitentes. La mujer debe acreditar su incapacidad para gestar. La mujer gestante no puede reclamar si el hijo si material genético es de los comitentes
India			X	Desde 2016 solo se admite la altruista, quedando excluidos homosexuales y extranjeros
Australia			X	Semejante al sistema de Reino Unido pero con más requisitos. No permitida a homosexuales o personas solteras
México	X	X	X	Cada estado es competente para regular esta práctica. Destinado a nacionales. No tiene en cuenta orientación sexual o soltería
EE.UU.	X	X	X	Gran variabilidad legal entre estados (Arizona y Columbia la prohíben expresamente)

efecto. Los artículos 220 y 221 del Código Penal establecen las penas que se impondrán a las personas que entreguen a un hijo para que se modifique su filiación⁷.

A pesar de no ser legal en España, son numerosas las personas que acceden al registro de los hijos nacidos mediante esta técnica gracias a la Instrucción de la Dirección General de los Registros y el Notariado (DGRN) del 5 de octubre de 2010 y a las indicaciones del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos⁷⁻¹¹.

Discusión

Tras el análisis del material se ha verificado que hay argumentos ético-legales comunes a la mayor parte de autores. Se han categorizado en función de las posibles repercusiones esgrimidas por los/as autores/as:

Argumentos a favor

- Su regulación terminaría con el mercado negro existente y el turismo reproductivo (con el riesgo de abuso al que se ven sometidas las mujeres de países más desfavorecidos)².
- Daría respuesta a una creciente demanda social⁵.

- Supondría una ingente y productiva actividad económica, especialmente conveniente en tiempos de crisis.
- Aseguraría el derecho a la filiación y a la identidad del niño⁷.
- Garantizaría el derecho a la reproducción permitiendo acceder a la paternidad a personas con imposibilidad física para poder concebir^{2,12}.
- Ofrecería seguridad jurídica a las partes².
- Defiende el derecho a la igualdad (imposibilidad de tener hijos genéticamente propios en las parejas homosexuales de hombres)^{7,12}.
- Alternativa a los complejos procesos de adopción¹².
- No atenta contra la salud física y psíquica de la mujer gestante ni del nacido^{2,7,12}.
- Beneficia a todos los implicados¹³.
- Defiende la autonomía reproductiva².

Argumentos en contra

- Atenta contra la dignidad de la mujer¹³⁻¹⁵, instrumentalizando su cuerpo y mercantilizando su capacidad reproductora^{4,12,16}.

- Riesgo de cosificación del niño al ser considerado objeto de comercio^{4,13,14}.
- Prioriza el deseo reproductivo de los comitentes frente al interés superior del menor⁴.
- Vulnera el principio de igualdad en lo referente al aspecto económico, ya que solo las personas de mayor poder adquisitivo podrán acceder a estas técnicas en países extranjeros¹².
- Consecuencias negativas para las partes más vulnerables; mujer gestante (alteraciones psíquicas, etc.) y menor (alteración en desarrollo identidad, etc.)^{1,4,13,15}.
- Explotación de la mujer¹⁵ (granjas de mujeres en países subdesarrollados) y riesgo de tráfico de niños⁴.
- Pone en riesgo la libertad de elección de la madre gestante en materia de derechos sexuales y reproductivos (control sexual de la mujer)¹⁵.
- Dificultad para comprender la situación familiar en caso de que exista un vínculo de unión con la mujer gestante¹.
- Imposible disociar gestación-maternidad debido al vínculo desarrollado durante la gestación^{4,15,17}.
- Dificultades para establecer la filiación en función de la legislación de cada país¹⁸⁻²⁰.
- La adopción pasaría a un segundo plano porque se optaría por gestar a un hijo con vínculo genético¹.
- El deseo de tener un hijo no es garantía de que vaya a ser querido y cuidado¹.
- Riesgo de que el nacido quede en situación de desamparo si se produce una ruptura del acuerdo^{4,15}.

Conclusiones

Esta técnica, a la cual recurren cada vez más personas, ha suscitado un intenso debate ético-social en todo el mundo²¹, debido a que plantea diversos dilemas; por una parte el desarrollo científico y los cambios sociales postulan su admisión y regulación, y por otra parte, parece ser contraria al conjunto de principios y valores en los que se fundamenta nuestra sociedad.

Son múltiples los argumentos expuestos a favor y en contra de la maternidad subrogada¹, pero destacan dos líneas de pensamiento claramente diferenciadas; los que están a favor de su prohibición, argumentando para ello la necesidad de protección de la dignidad humana y del interés superior del menor y, por otro lado, los que apoyan su aprobación, basándose en el principio de igualdad, en lo que respecta a filiación, sexualidad y situación económica, y en el derecho a la autonomía reproductiva.

En la actualidad existe un clima de alta inseguridad jurídica debido a la gran disparidad legislativa en lo relativo a la re-

gulación de esta práctica. Dentro de esta heterogeneidad, se puede observar una clara tendencia restrictiva en la mayoría de los países europeos, entre ellos España.

Conscientes de la complejidad que reviste la maternidad subrogada, del creciente número de acuerdos que se producen y ante la dispar recepción que tiene en los distintos ordenamientos jurídicos, se considera necesaria una regulación urgente sobre la misma⁷, en el ámbito nacional e internacional¹⁹, en la que se valoren todos los aspectos que entran en conflicto en estos casos, con el fin de evitar la existencia de situaciones de desprotección para las partes intervinientes en este tipo de acuerdos. Es precisa una regulación que garantice el respeto a los derechos humanos, haciendo prevalecer el interés superior del menor, especialmente cuando estos acuerdos se siguen realizando al margen de la ley².

La matrona como profesional garante de los derechos de la mujer en toda su trayectoria vital debe conocer la legislación vigente en su ámbito laboral para poder asesorarla de manera adecuada²².

Agradecimientos

La presente revisión bibliográfica fue un proceso de aprendizaje y experimentación personal de los autores, en el que fue necesario esfuerzo y constancia para poder llevarlo a cabo. Por esto se quiere mencionar y agradecer a Dña María Jesús Núñez, jefa de estudios de la Unidad docente de Galicia de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica, por su apoyo y ayuda en la consecución de la misma.

Bibliografía

1. Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada. Bilbao: Comité de Bioética de España; 2017.
2. Lamm E. Gestación por sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres [internet]. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2013. p. 332. [citado 12 mar 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/115984>
3. Van Zyl L, Walker R. Beyond altruistic and comercial contract motherhood: The profesional model. *Bioethics*. Volumen 27. 7th ed. New Zeland: Pearson; 2013. p. 373-81.
4. Jouve de la Barreda N. Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada. *Cuad Bioet* [internet]. Ago 2017 [citado 12 mar 2019]; XXVIII (2):153-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87551223002>
5. Van Zyl L, Walker R. Surrogacy, Compensation, and Legal Parenthood: Against the Adoption Model. *J Bioeth Inq*. 2015; 383-7.

6. Ávila Hernández CJ. La maternidad subrogada en el derecho comparado. *Cadernos de derecho actual* [internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]; 6:313-44. Disponible en: <http://www.cadernos-dedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/101>
7. Angulo Colom M. La realidad de la maternidad subrogada: ¿es necesaria su admisión en España? [Trabajo fin de grado]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Dret; 2016.
8. Núñez Bolaños M, Nicasio Jaramillo IM, Pizarro Moreno E. El interés del menor y los supuestos de discriminación en la maternidad subrogada, entre la realidad jurídica y la ficción. *Derecho privado y Constitución* [internet]. 2015 [citado 12 mar 2019]; 29:227-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5300042>
9. Montero E. La maternidad de alquiler frente a la summa divisio iuris entre las personas y las cosas. *Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos* [internet]. 2015 [citado 12 mar 2019]; 72:223-36. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/handle/10171/42389>
10. Petitfils C, Muñoz Sastre MT. French Laypersons' Views on Surrogate Motherhood An Exploratory Study. *Psicologica (Valencia)* [internet]. 2014 [cited 12 mar 2019]; 35(3):693-702. Available from: <https://www.uv.es/psicologica/articulos3.14/19PETITFILS.pdf>
11. Hernández Rodríguez A. Determinación de la filiación de los nacidos en el extranjero mediante gestación por sustitución: ¿hacia una nueva regulación legal en España? *Cuadernos de derecho transnacional* [internet]. 2014 [citado 12 mar 2019]; 6(2):147-74. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/CDT/article/view/2264/1204>
12. Salazar Benítez O. La gestación por sustitución desde una perspectiva jurídica: algunas reflexiones sobre el conflicto entre deseos y derechos. *Revista de derecho político* [internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]; 99:79-120. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/19307/16192>
13. Aparisi Miralles A. Maternidad subrogada y dignidad de la mujer. *Cuad Bioet* [internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]; 28(93):163-76. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2017/28/93/163.pdf>
14. Garibo Peyró AP. The best interest of the child and the case of surrogate maternity. *Cuad Bioet*. 2017 May-Aug; 28(93):245-59.
15. Watson C. Womb Rentals and Baby-Selling: Does Surrogacy Undermine the Human Dignity and Rights of the Surrogate Mother and Child? *The New bioethics: a multidisciplinary journal of biotechnology and the body*. 2016; 22:212-28.
16. Regalado Torres D. Efectos, consecuencias y regulación de la maternidad subrogada. *Femeris: Revista Multidisciplinar de Estudios de Género* [internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]; 2(2):10-34. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/FEMERIS/article/view/3756>
17. Fernández Muñoz PI. Gestación subrogada, ¿cuestión de derechos? Dilemata [internet]. 2018 [citado 12 mar 2019]; 26:27-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278536>
18. Rodríguez López M. Los problemas emergentes en el derecho de filiación. En: Uscanga Barradas A, Fernández Suárez JA (dirs.). *Derechos y obligaciones en el estado de derecho: actas del III Coloquio Binacional México-España*. México/España: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de Oviedo; 2017. p. 521-8.
19. Mahajan T. (Mis)regulation—the case of commercial surrogacy. *Indian J Med Ethics*. 2015 Jan-Mar; 12(1):38-41.
20. Gössl Gössl SL. The recognition of a "judgment of paternity" in a case of cross-border surrogacy under German Law—commentary to BGH, 10 december 2014, az. Xii zb 463/13. *Cuadernos de Derecho Transnacional* [internet]. 2015 [cited 12 mar 2019]; 7(2):448-65. Available from: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/CDT/article/view/2796/1573>
21. Igareda González N. La inmutabilidad del principio "mater semper certa est" y los debates actuales sobre la gestación por sustitución en España. [internet] *Universitas: Revista de filosofía, derecho y política*; 2015 [citado 12 mar 2019]; 21:3-19. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/UNIV/article/view/2410>
22. Álvarez Plaza C. La matrona en el escenario de la gestación subrogada. *Matronas Prof* [internet]. 2017 [citado 12 mar 2019]; 18(1):4. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/editorial.pdf>

¹ María Begoña Moreno Dueñas
² Desireé Díaz Jiménez
³ Marta Rodríguez Villalón

Actuación de la matrona ante una complicación durante un parto de baja intervención. Caso Clínico

^{1,2} Matrona. Hospital Virgen del Rocío. Servicio de Parto. Sevilla.

E-mail: begonamoren75@hotmail.com

³ Matrona. Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Público Virgen de la Victoria. Málaga.

Fecha de recepción: 16 julio 2018.

Fecha de aceptación: 30 marzo 2019.

Cómo citar este artículo:

Moreno Dueñas MB, Díaz Jiménez D, Rodríguez Villalón M. Atención de la matrona ante una complicación durante un parto de baja intervención. Caso clínico. *Matronas hoy* 2019; 7(1):47-54.

Resumen

Se expone un caso clínico de Obstetricia acontecido sorpresivamente durante el transcurso de un proceso de parto de bajo riesgo. Se aborda el manejo de la complicación (prolapso de brazo) que se produce en el desarrollo del parto y que requiere de una actuación emergente.

La valoración enfermera se realiza siguiendo el modelo *Sunrise* de Leininger (el caso expuesto se adapta a su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados). Esta valoración permite un abordaje integral ya que contempla también los elementos sociales y culturales que rodean a la mujer gestante. De este modo, la matrona adapta e individualiza sus cuidados a la realidad de la mujer a la que acompaña. Esta perspectiva integral se aplica al proceso de embarazo, parto y puerperio creando algoritmos y protocolos de baja intervención para prestar unos cuidados de calidad y mantener unos niveles de morbilidad materna y neonatal mínimos.

Palabras clave: parto de baja (mínima) intervención; cuidados transculturales; modelo *Sunrise* Lenniger; accidente obstétrico; prolapso.

Abstract

Midwife action when faced with a complication during a low-intervention birth: A case report.

An Obstetrics clinical case is presented, which occurred unexpectedly during the course of a low-risk delivery. The management of the complication was addressed: an arm prolapse that occurred during birth and required emergency action.

Nursing assessment was conducted following the Leininger's Sunrise Model (the case presented adapted to her Theory of Culture Care Diversity and Universality). This assessment allows a comprehensive approach, because it also includes the social and cultural elements surrounding the pregnant woman. In this way, the midwife adapts and individualizes her care to the reality of each specific woman. This comprehensive perspective is applied to the process of pregnancy, delivery and postpartum, creating low-intervention algorithms and protocols in order to provide quality care and maintain minimum levels of maternal and neonatal morbimortality.

Key words: low (minimum) intervention birth; cross-cultural care; Leininger's Sunrise Model; obstetric accident; prolapse.

Introducción

Trabajo de parto de una mujer gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido sano que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica². Un parto normal no necesita más intervención que un apoyo integral y respetuoso¹.

En la mayoría de los partos, con atención profesional, apoyo adecuado y muy pocos procedimientos médicos, la mujer da a luz sin riesgo para su seguridad o la del feto. Para ello es esencial que las mujeres tengan confianza en sus posibilidades de afrontar el parto y que los profesionales (matronas y obstetras) hagan un seguimiento certero de la adecuada evolución de este proceso fisiológico.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (2007), el parto no intervenido (parto sin medicalizar) es aquel que es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal, así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia por parte del personal asistencial (matrona y técnico auxiliar en cuidados de enfermería)².

Cuando se asiste un parto de bajo riesgo, y con mínimo intervencionismo, es criterio de la última década evitar el ingreso en la Unidad de Partos de aquellas mujeres gestantes que no cumplan los criterios actuales de fase activa de parto (dinámica uterina regular con más de dos contracciones en diez minutos, y una dilatación de ≥ 4 cm), pues a partir de este periodo la evolución del parto fisiológico puede ser más predecible y se intenta evitar la práctica de técnicas innecesarias con antelación^{1,3}.

La mujer podrá estar acompañada por una persona de su elección durante todo el proceso, adoptar libertad de movimiento para afrontar mejor el dolor, ingerir líquidos y alimentos suaves. La valoración de las constantes vitales junto con las exploraciones vaginales se deben realizar cada cuatro horas^{1,3}.

La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina materna se realiza mediante RCTG externo y de forma intermitente (monitorización de 20-30 minutos cada una o dos horas, con auscultación intermitente cada 15-30 minutos entre los periodos de monitorización electrónica). Solo en los casos en que el trazado del RCTG presente alteraciones (o a la mujer se le haya administrado analgesia epidural) se dejaría una monitorización continua, abandonándose la práctica de mínima intervención^{1,3}.

Cuando se sospecha un retardo en la progresión del parto se recomienda¹:

- Ofrecer apoyo, hidratación y un método efectivo para el control del dolor.
- Uso de métodos alternativos para la estimulación de la dinámica uterina si la mujer así lo prefiere (acupresión, estimulación de las mamas, etc.).
- Amniotomía si la bolsa está íntegra.
- Nueva valoración a las dos horas y si el progreso es menor de 1 cm se diagnostica retardo de la dilatación. En ese caso de debe ofrecer la estimulación con oxitocina, que requerirá de monitorización continua.

Amniotomía como estimulante del parto

Casi 50 años después del reconocimiento del rol de las prostaglandinas, tanto para el inicio del parto y como para la dilatación cervical, existe un sustento fisiológico para los efectos observados en la amniotomía. Las membranas fetales y la decidua uterina producen grandes cantidades de prostaglandina E2 y F2 α y es sabido que la sola manipulación, y más aún la rotura de las membranas fetales, causa un incremento de la síntesis de prostaglandinas⁴.

La amniotomía se ha convertido en uno de los procedimientos más comunes realizados en la obstetricia, siendo utilizada para inducción del parto sola o asociada a otros fármacos, como prostaglandinas y oxitocina, para visualizar el color y aspecto del líquido; también para la colocación de electrodos en el cuero cabelludo fetal, con la finalidad de obtener el registro de la actividad cardíaca del feto o para la obtención de sangre y la medición del pH en el diagnóstico de acidosis fetal. Asimismo, ha sido empleada para aumentar la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y acortar de esta forma la duración del trabajo de parto⁵.

La realización de la amniotomía, aunque es una maniobra sencilla, requiere principalmente que la presentación fetal esté apoyada sobre el cérvix, con la cabeza en la excavación pélvica o al menos insinuada dentro de esta; proceder a la rotura con la asepsia debida y mejor aprovechando una contracción, sin retirar los dedos guía hasta la evacuación mayor del líquido amniótico para evitar una de las posibles complicaciones asociadas a la misma como el prolapso de cordón umbilical y, más rara aún en posición cefálica, la de un miembro superior como en este caso. Estas emergencias obstétricas requieren casi siempre la finalización urgente del trabajo de parto mediante cesárea para la extracción fetal.

La situación fetal transversa que produce aproximadamente en uno de cada 300 partos, es en la que con más frecuencia puede producirse prolapso de miembro superior, pero no era el caso; sin embargo, la corriente hídrica al producirse la amniorrhexis, probablemente asociada a algún otro condicionante materno y/o fetal (bajo peso fetal, por ejemplo),

desembocó en esta complicación obstétrica que se trata en el presente trabajo.

Atención de la matrona en el trabajo de parto

La atención que ofrece la matrona durante el proceso de parto debe ser muy cuidadosa con la intimidad. Además hay que tener en cuenta los factores socioculturales para elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades particulares y concretas de cada mujer gestante, lo que significa ser consciente de que la identidad étnica de cada persona determina, en parte, sus valores culturales o sus pautas de conducta y sus expectativas⁶.

Tras esta somera revisión de los conocimientos actualizados sobre la asistencia al periodo de dilatación de un parto de baja intervención, se expone y detalla el caso clínico concreto.

Caso clínico

La Sra. AL, de 32 años de edad, secundigesta y de origen marroquí, ingresa el 15 de abril de 2018 en paritorio por trabajo activo de parto en gestante a término con 5 cm de dilatación. No desea analgesia epidural.

Dados sus antecedentes, evolución del embarazo (bajo riesgo) e inicio espontáneo del parto se etiqueta como de "Bajo Riesgo".

La mujer desea un parto no intervenido y se respeta su voluntad controlando el avance fisiológico del mismo sin intervenciones especiales.

Tras cuatro horas de evolución se procede a nueva valoración, siendo la dilatación la misma que la anterior. La mujer gestante presenta contracciones regulares cada dos minutos que refiere como dolorosas y así se objetivan (intensidad y frecuencia) en los tramos de RCTG realizados.

Tras sospecha de retardo en la fase activa de la primera etapa del parto se optó por proceder a la rotura artificial de membranas fijando la presentación desde el fondo uterino. Como resultado de la amniorraxis artificial fluyó líquido claro, detectándose, mientras se esperaba la salida del líquido amniótico, un movimiento de la cabeza fetal que permitió adelantar el brazo por delante del polo fetal prolapsándose el miembro superior. Dada la situación de emergencia se avisó al ginecólogo de guardia.

En el registro cardiotocográfico apareció a tal tiempo una deceleración leve de la cual el feto se recuperó satisfactoriamente, manteniendo después una buena variabilidad. Se colocó a la mujer gestante en posición de Trendelenburg para su traslado a quirófano para proceder a realizar una cesárea de urgencia.

A los 20 minutos nace una mujer viva, de 2.540 g de peso y 46 cm. Apgar 9/9/10 y pH 7.32. Intervención sin incidencias.

Desarrollo del plan de cuidados

Para establecer un adecuado plan de cuidados se realizó una evaluación completa a partir de la recogida de datos a través de la cual se identificaron los problemas que serían la base del mismo; se procedió a hacer una valoración mediante el modelo transcultural desarrollado por Leininger que, en sus propias palabras, define la enfermería transcultural como "el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte"⁷.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, de cuya unión surge una de las grandes áreas de esta última: la enfermería transcultural, que es el área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal. En el contexto multicultural actual se ha de valorar las creencias y valores de los pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura. Si bien "la salud y los cuidados son universales", las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas⁸.

El método *Sunrise* (o del Sol Naciente) desarrollado por Leininger y utilizado en este caso, es un método de investigación de etnoenfermería en el que se resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o émic para después contrastarlo con los factores étic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería⁹.

El modelo de Sol Naciente descubre a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de su estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno.

La mitad superior del círculo representa los componentes del círculo social y los factores de la concepción del mundo que influyen en los cuidados y salud a través del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros situados en la posición central del gráfico. Las dos

mitades forman un sol completo que representa el universo que las enfermeras/os deben tener en consideración para valorar los cuidados humanos y la salud (Imagen 1).

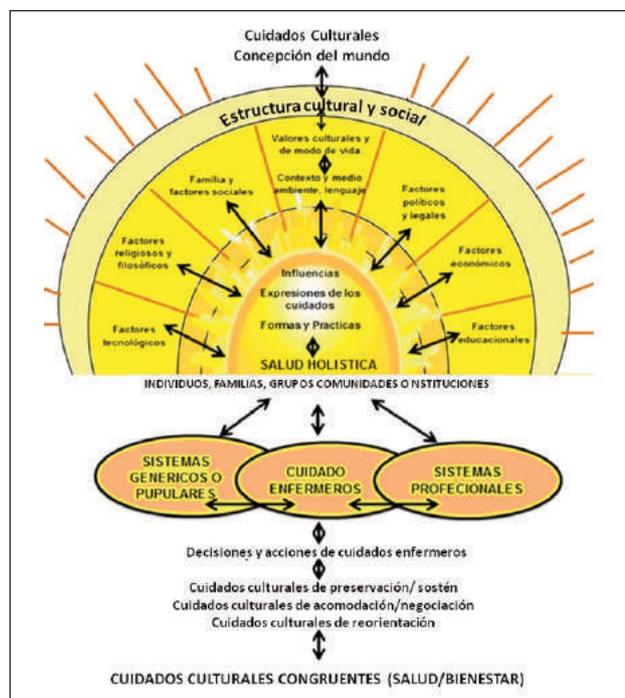


Imagen 1. Prevalencia de DMG en Europa (tomada de Buckley⁶)

El caso expuesto, dado el origen de la madre gestante (origen marroquí), se adapta a la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados de Leininger y de ahí la elección para la valoración integral de los cuidados de la mujer, posteriormente puérpera.

La creación de los diagnósticos enfermeros se realizaron priorizando en función de la relevancia que tengan para la salud de la madre y del bebé.

Los datos personales e historia de la paciente, para el desarrollo del caso clínico, fueron recabados en el centro de Atención Primaria donde se controló su embarazo y puerperio.

Datos del proceso gestación-parto-puerperio

Antecedentes personales: parto eutócico en 2015 llevado a cabo en España. Sin incidencias.

Resultados analíticos: serologías negativas, rubéola inmune. Exudado vaginal negativo. Grupo y Rh AB positivo.

Exploración física: peso: 67 kg; talla: 163 cm; IMC: 25,28. No edemas. Alerta y orientada.

Embarazo controlado y de bajo riesgo. Acorde a fecha de última regla el 31/05/2017 (37 semanas y 1 días).

Dilatación:

- Signos vitales: TA: 125/64 mmHg; FC 79 ppm; SatO₂ 98%; T 36,3 °C.
- Registro cardiotocográfico fetal: intermitente con intervalos de 30 minutos cada 2 h con auscultación intermitente cada 15 minutos entre los periodos de monitorización. Patrón tranquilizador. Dinámica uterina regular cada dos minutos.
- Acompañamiento de la mujer durante la dilatación por su marido (persona de su elección).
- Sospecha de retardo en la dilatación. Comprobaciones realizadas:
 - No presenta analgesia epidural.
 - Exploración: cérvix borrado, centrado y blando. 5 cm dilatación. Posición fetal cefálica. I plano de Hodge (dos exploraciones iguales con intervalo de 4 h de evolución).
 - Libertad de movimientos durante el periodo de dilatación.
 - Ingesta de líquidos claro durante la dilatación.
 - Cuerpo cetónicos en orina: no presentes.
 - Contracciones cada dos minutos de evolución durante cuatro horas. Percibidas y referidas como dolorosas. Duración máxima de la contracción 70 segundos.

Cesárea:

- Canalización de vía venosa y sondaje vesical permanente. Analítica preanestésica con parámetros normales.
- Cesárea incisión media y bajo anestesia intradural.

Puerperio inmediato:

- Tras 90 minutos de recuperación materna, se realiza piel con piel y lactancia materna instaurada de forma eficaz antes de abandonar la sala de recuperación postanestésica.
- Herida quirúrgica sin signos de infección ni sangrado.
- Evolución puerperal tardía normal.

Valoración de enfermería

Recogida de datos según el modelo transcultural desarrollado por Madeleine Leininger: Modelo de factores (modelo *Sunrise* o Sol Naciente) (Tabla 1).

Diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) 10 con los correspondientes NIC (intervenciones propias, que no requieran prescripción médica para conseguir los resultados) 11, NOC (Resultados, *Nurse Outcome Classification*) 12 y actividades realizadas (Tabla 2).

Tabla 1. Modelo transcultural desarrollado por Madeleine Leininger. Modelo de factores (modelo *Sunrise* o Sol Naciente)

Factores tecnológicos	Manejo y acceso a medios de comunicación; poseen <i>smartphone</i> , televisión y radio en casa; sin embargo, no tienen acceso a internet, al cual acceden a través del locutorio al que acuden para hablar con sus familiares una vez cada tres semanas. Tanto la radio como la televisión son una fuente útil para obtener información contribuyendo a la educación y promoción de la salud. En cuanto a la casa en la que reside, se trata de un inmueble pequeño con tres habitaciones, cocina, comedor y baño. Está en buenas condiciones, con mobiliario básico. En la cocina tienen los utensilios necesarios para una alimentación normal. La vivienda es compartida con su hijo de 3 años, su cuñado, la esposa de este y el hijo de ambos. Comentan que su situación actual ha mejorado, ya que en Marruecos vivían 11 personas en una misma casa, mayor que la actual y en peores condiciones.
Factores religiosos y filosóficos	AL destaca la religión en su vida diaria, el islam. Todos en la familia son seguidores de la misma. Refiere rezar diariamente en casa junto a su familia en dirección a la Meca ya que no tienen ninguna mezquita cerca a la que acudir para sus oraciones. El Ramadán es practicado por todos, excepto los menores de edad; ella a pesar del embarazo lo llevó a cabo hasta el final. Para su religión los métodos anticonceptivos no están bien vistos por lo que no usan ninguno.
Factores sociales y familiares	AL lleva casada con su marido cinco años y hace cuatro que se vinieron a España en busca de un lugar mejor, poder tener hijos y darle una buena calidad de vida. Tras residir un año en España tuvieron su primer hijo. Tras el nacimiento se trajeron a su cuñado y su esposa a vivir con ellos. Su marido y su cuñado trabajan en la construcción y su cuñada le ayuda a las labores de la casa y al cuidado de los niños. En cuanto a la relación con su familia refiere que es muy buena, aunque se muestra nostálgica, ya que no los ve ni habla con ellos tanto como le gustaría. Sus padres sobrepasan la tercera edad. Teme que les pueda suceder algo y no pueda estar presente. Comenta que están bien atendidos por sus hermanas. En cuanto a la relación con su marido expone que es normal, con sus buenos y malos momentos, es él quien toma las decisiones importantes y el que trae el dinero a casa. Durante el parto se observa a su marido muy pendiente de ella en todo momento, mostrándole su apoyo.
Factores culturales, creencias y estilos de vida	Echa de menos su ciudad y sus costumbres. Narra que al comienzo de vivir en España su adaptación fue complicada ya que pasaba la mayoría del tiempo sola en el domicilio y se dedicaba en exclusiva de la alimentación y limpieza del hogar. Su barrera idiomática la limitó a relacionarse solo con su pareja. Ha sido él quien le enseñó castellano. Al tener a su primer hijo, fue su marido quien propuso traer de Marruecos a su hermano y su cuñada para que así, además de darle una mejor vida, su cuñada le hiciese compañía y le ayudase con el pequeño. De nuevo será su cuñada quien le ayude con este nuevo miembro de la familia puesto que continúan viviendo todos juntos. En su hogar, todos sus miembros se encargan de mantener vivas las costumbres de su país para que sus hijos, a pesar de tener una crianza en España, conozcan y mantengan sus raíces culturales.
Factores políticos y legales	Actualmente su marido tiene trabajo y está dado de alta en la Seguridad Social. Su estancia en España es legal. Por el momento no contemplan volver a su país, ya que aquí tienen una mejor calidad de vida tanto ellos como sus hijos.
Factores económicos	Su marido y su cuñado son quienes aportan dinero a casa. El poder adquisitivo limitado de la familia les permite vivir al día a día. Los dos miembros masculinos de la familia trabajan por temporadas. A pesar de ello, el dinero que ganan les da para vivir dignamente. Refieren que están tan acostumbrados a vivir con pocos recursos, que se "apañan" y se ayudan entre todos.
Factores educativos	El nivel educativo que presenta está directamente relacionado con diversos aspectos del cuidado del bebé, tales como lactancia materna. AL hace alusión a su anterior bebé refiriendo que dio lactancia materna hasta los 2 años, como recomienda el islam y que con su nueva niña hará lo mismo. Cuenta que la familia debe ahorrar por lo que la lactancia artificial no entra dentro de sus planteamientos. La intención de un amamantamiento exclusivo es firme, por lo que en el trabajo con ella se seguirá esa línea. Comenta que dejó los estudios a muy temprana edad para poder ayudar a su familia. No se plantea volver a retomarlo ya que refiere no tener tiempo por dedicación expresa a su familia.

Tabla 2. Diagnósticos NANDA⁵ con los correspondientes NIC⁶, NOC⁷ y actividades realizadas

Diagnóstico enfermero			
00148: Temor: proceso de parto de bajo riesgo en presencia de prolapso de miembro superior del feto con finalización en cesárea (r/c) falta de exposición, separación del sistema de apoyo (pareja) y manifestado por (m/p) verbalización del problema, aumento de alerta y cambio de la respuesta fisiológica			
INTERVENCIÓN NOC		INTERVENCIÓN NIC	
1404 Autocontrol del miedo Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)		5610 Enseñanza: pre-quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Informar a los familiares del tiempo aproximado de la intervención, el porqué de su realización y cómo se llevará a cabo • Animar a la mujer gestante a que realice preguntas y comente sus inquietudes 	
EVALUACIÓN			
Indicador	Valor inicial	Valor final	Evaluación/seguimiento
140403 Busca información para reducir el miedo	2	5	Durante el traslado a quirófano hasta el momento del nacimiento del recién nacido
140417 Controla la respuesta del miedo	3	5	Durante el traslado a quirófano hasta el momento del nacimiento del recién nacido
00106 Disposición para mejorar la lactancia materna: proceso de parto y nacimiento en presencia de cesárea m/p deseo de lactancia materna exclusiva y verbalización de necesidad de ayuda para un enganche correcto del recién nacido tras cesárea		5270 Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> • Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad • Favorecer la conversación, el llanto, los gritos como medio de disminuir la respuesta emocional 	
INTERVENCIÓN NOC		INTERVENCIÓN NIC	
1624. Conducta de la Salud Maternal en el postparto Escala desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)		5820 Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los cuidados que va a recibir durante su estancia en la sala post-anestésica, además las posibles sensaciones que pueda experimentar • Llevar el recién nacido con la mujer gestante para promover la seguridad y reducir el miedo • Crear un ambiente de confianza 	
EVALUACIÓN			
Indicador	Valor inicial	Valor final	Evaluación/seguimiento
162402 Establece un vínculo con el lactante	3	5	Desde el nacimiento del bebé y durante toda su estancia hospitalaria
162432 Utiliza el apoyo familiar	3	5	Desde su llegada a planta y durante toda su estancia hospitalaria
		6680 Monitorización de signos vitales. <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso y saturación según corresponda • Monitorizar la frecuencia cardiaca fetal en quirófano mientras se realizan los preparativos para la intervención 	
		6930 Cuidados postparto <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos vitales y control del sangrado y altura uterina • Facilitar un apego progenitor-lactante óptimo 	
		6710 Fomentar el apego <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al recién nacido cerca de la madre y así facilitar el contacto ocular tras ser extraído y valorado por el pediatra para que pueda verlo y sentirlo • Dar al padre la oportunidad de ver, coger y explorar al bebé mientras su madre acaba la intervención • Facilitar el inicio de la LM tras acabar la intervención e instruir para un agarre y succión correctos 	

Plan de cuidados

En la Tabla 2 se recoge la planificación de los cuidados, seguimiento y evaluación tras su ejecución. Estos son elaborados siguiendo la taxonomía enfermera estandarizada (NANDA, NIC, NOC).

Después de identificar los problemas se procede a priorizar aquellos que suponen la alteración del bienestar. En el caso que ocupa este artículo se actúa principalmente sobre el temor y la instauración de una lactancia materna exclusiva.

Todas las intervenciones expuestas suponen la participación activa de la mujer puérpera. La matrona durante todo el caso clínico tiene función informativa y educadora desde el inicio del proceso hasta el final, además de llevar a cabo los procedimientos asistenciales más adecuados en cada situación por las que pasa la mujer gestante, tomando medidas estándares que eviten en todo momento complicaciones potenciales.

Tras la recuperación postquirúrgica inmediata de la paciente, la matrona es la encargada del asesoramiento y ayuda con la lactancia materna y la realización de piel con piel en la sala de recuperación. Para ello crea un ambiente de confianza, ayuda a la técnica, facilita el contacto madre-hijo y valora el estado óptimo del recién nacido.

Para finalizar, valora las destrezas maternas en el manejo del recién nacido y el reconocimiento de signos que le ayuden a determinar si la alimentación se está llevando a cabo adecuadamente.

Discusión

- Solo se ha encontrado en los archivos de Partería del Reino Unido (UK *Midwifery Archives*) un caso comentado de prolapso de miembro superior del feto en un parto vaginal de baja intervención (en domicilio), que por el exitoso manejo de la rara y potencialmente desastrosa complicación y ciertas similitudes con el presente caso, se menciona; tras la amniorrexis se produjo el prolapso de brazo aunque la diferencia con este caso es importante porque en esa ocasión el feto no mantuvo la presentación cefálica, sino que viró a situación oblicua lo que facilitó el avance del miembro¹³. En el caso que se presenta en este artículo no hubo un cambio neto de la situación fetal, aunque comprensiblemente para liberar el orificio cervical y permitir el avance del miembro tuvo que producirse cierta oblicuidad de la situación de la presentación y/o ascenso de la cabeza fetal (movimiento detectado al tacto mientras se realizaba la amniotomía).
- En el caso clínico presentado, las actuaciones llevadas a cabo en todo momento durante la asistencia al parto fueron bajo las indicaciones de la guía de práctica clínica (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal) con un grado de recomendación SIGN tipo A1.

- Además de lo infrecuente y la singularidad del caso, hay que destacar la presencia de forma súbita e inesperada de esta como de otras complicaciones obstétricas, recordando que hay un conjunto de factores que predisponen o favorecen su presentación como bien descrito está en el caso de los prolapsos de cordón umbilical y que también son predisponentes o favorecedores de la complicación descrita en este caso clínico¹⁴.
- El prolapso de miembro superior del feto no supuso compromiso fetal, y el manejo oportuno y adecuado de la complicación obstétrica condujo a buenos resultados generales¹⁴.
- La peculiaridad de este caso radica en lo inesperado de la complicación acaecida, ya que a pesar de tratarse de una situación de bajo riesgo y parto de baja intervención, la evolución hasta el nacimiento puede progresar hacia una complicación obstétrica generando una situación de emergencia.
- Es importante apuntar que en obstetricia no es posible predecir qué mujeres gestantes requerirán cuidados adicionales a una situación de absoluta normalidad en la asistencia obstétrica-neonatal en el parto; este caso vuelve a recordar que a cualquier parturienta en el transcurso del parto, aunque esté etiquetado de bajo riesgo, puede acaecerle complicaciones diversas por diferentes causas que pongan en riesgo a la unidad materno-fetal y requieran intervenciones urgentes y extraordinarias.

Conclusiones

- A pesar de guiar la práctica clínica en función a la evidencia científica actual se demuestra en el presente caso, una vez más, que un parto de bajo riesgo puede complicarse en cualquier momento del proceso¹.
- La formación y el entrenamiento de los profesionales del Área de Obstetricia son dos factores que pueden condicionar el resultado materno y perinatal¹⁴. En este caso una resolución de 20 minutos desde la rotura artificial de las membranas, el prolapso de miembro superior y el nacimiento por cesárea, posibilitó unos buenos resultados materno-fetales.
- Los indicadores de calidad obstétrica han aumentado considerablemente conforme ha aumentado la práctica obstétrica basada en evidencias y se ha traducido también en una mayor satisfacción en las usuarias y profesionales¹⁵.
- Tanto las instituciones sanitarias como los profesionales de salud deben comprometerse con todo el proceso de embarazo, parto y puerperio creando algoritmos y protocolos de baja intervención para prestar unos cuidados de calidad y mantener unos niveles de morbimortalidad materna y neonatal mínimos¹⁶.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01.
2. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2007.
3. Herrera Cabrerizo B, Carreras Fernández I. Guía de asistencia al parto poco intervencionista. Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda). 2007.
4. Stewart P, Kennedy JH, Calder AA. Spontaneous labour: when should the membranes be ruptured? *Br J Obstet Gynaecol*. [internet] 1982 [cited 8 mar 2019]; 89:39-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7059544>
5. Ventura W, Lam-Figueroa N. ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura. *An Fac med*. [internet] 2008 [citado 8 mar 2019]; 69(2):127-9. Disponible en: <http://www.scieo.org.pe/pdf/afm/v69n2/a12v69n2.pdf>
6. Fortuño S, Redondo T, Mínguez JA. Factores psicosociales, laborales, deporte y embarazo. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT (eds.). Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Fundamentos de Obstetricia*; 2007. p. 241-68.
7. Leininger M. Revista "Cultura de los cuidados". Año III. N° 6. (2 semestre 1999) Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural [internet]. Universidad de Alicante. [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/76/151>
8. Leno González D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* [internet] 2006 [citado 8 mar 2019]; 22: artículo 32. Disponible: <http://hdl.handle.net/10481/7118>
9. Díaz OS, Callejas, M Camargo PJ. Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos de salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía. *Revista Colombiana de Enfermería* 2010; 6(6):35-46.
10. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* 2015-2017. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
11. Bulechek GM, McCloskey-Dochterman J, Butcher HK, Wagner CM (eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (eds.). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Uk Midwifery Archives. *Hand Presentation/prolapsed hand* [internet]. [cited 8 mar 2019]. Available from: <https://www.midwifery.org.uk/articles/hand-presentation-prolapsed-shoulder/>
14. Holbrook BD, Phelan ST. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2013; 40:1-14.
15. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof*. 2006; 7(1):27-33.
16. Presa Lorite JC, Hijona Elosegui JJ, Gómez Fernández J. Urgencias y emergencias durante el parto. En: Martínez Galiano JM. *Manual de asistencia al parto*. Barcelona: Elsevier. 2013. p. 225-58.



enferteca
Grupo Paradigma

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



ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Integración de las matronas en la Atención Primaria

En pleno 2019 se puede hablar de tan largo recorrido de la Atención Primaria de Salud en España, de la que actualmente es muy probable que una gran parte de matronas desconozcan los avatares sufridos, al menos en lo que se refiere a la incorporación de la figura de la matrona a los equipos de salud de la Atención Primaria (con el formato actual), algo que por la década de los 80-90 fue un hito en el Sistema Nacional de Salud.

En 1984, con la publicación del Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras básicas de salud, se iniciaba el cambio en la Atención Sanitaria tomando de base el desarrollo conceptual de una nueva filosofía que primaría el fomento de la salud y la mejora de la calidad de vida, dando un papel protagonista al cuidado de los aspectos preventivos en salud, en lugar de ajustarse a la atención a la enfermedad como venía siendo habitual. Esto supuso una reordenación general del sistema sanitario en el que la inclusión de la matrona en Atención Primaria sería parte del proceso de reforma. Sin embargo, en un principio no se contempló su inclusión, motivo por el cual la Asociación Española de Matronas (AEM) lideró una "batalla" con las instituciones sanitarias defendiendo la idoneidad de la matrona en los equipos básicos de salud, ya que esta contaba con unas actividades perfiladas y regladas en la atención directa a las mujeres de las que carecía la enfermería generalista.

LA AEM, para evitar la amortización de las 1.890 plazas existentes de matronas de APD y de equipos tocológicos, propuso su reconversión configurando las actividades de matrona para la nueva Atención Primaria, de acuerdo con el ordenamiento jurídico español y europeo.

Era evidente que muchas de las matronas adscritas a los equipos tocológicos eran mínimamente operativas al haber sido relegada su función a la de mera auxiliar del tocólogo en ambulatorios de la Seguridad Social, sin atención directa a las mujeres embarazadas, ni papel independiente ni propio; por otra parte, los partos que desde hacía décadas habían

sido redirigidos de la asistencia domiciliaria a la hospitalaria tampoco ocupaban a las matronas. Tampoco había un superávit de matronas para una holgada cobertura de la Atención Especializada y para asumir esa otra nueva parcela, la de la Atención Primaria, que se iniciaba, había que pensar que se requeriría un contingente de matronas que no había disponible. Por último, algo incuestionable que también defendió como corresponde la AEM, fue que el conocimiento y atribuciones de actividades totalmente específicas en la atención y cuidado directos de la mujer por parte de las matronas convertía al colectivo en pieza clave para la salud de la mujer.

En 1984, la entonces Dirección General del INSALUD aceptó el proyecto específico de reforma de las actividades de la matrona en Atención Primaria presentado por la AEM, que estaba centrado fundamentalmente en la implantación de actividades de atención directa de matrona a la mujer en edad fértil. Este proyecto que fue canalizado a través de la Subdirección General de Atención Primaria y cuyas dos actividades más importantes, novedosas y con un marcado carácter preventivo fueron la educación grupal para la salud y las consultas de matrona.

Con esta visión se creó, para el desarrollo del programa de la mujer como profesional de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, la figura de Matrona de Área (de igual modo para el desarrollo del programa bucodental se creó la figura de Odontólogo de Área, o para el desarrollo de actividades de fisioterapia, la del Fisioterapeuta de Área). El extinto INSALUD, en un primer momento, dirigió a las matronas con fecha 25 de febrero de 1984 una circular (núm.5/91) confirmando finalmente la integración de la matrona en los servicios de Atención a la Mujer para la atención de la mujer gestante y la no gestante y del recién nacido (RN), facilitándoles el desarrollo de las actividades propias e independientes de su profesión, reguladas mediante directiva 80/155/CEE para el ámbito de la Comu-



nidad Económica Europea y traspuesta al ordenamiento jurídico español.

Paralelamente se inició el reciclaje y formación de aquellas matronas en áreas de Atención Primaria y de Salud Materno-Infantil y se diseñaron y pusieron en funcionamiento unidades de psicoprofilaxis obstétrica. Esto fue parejo también con la reconversión de las mismas matronas en una nueva modalidad de Matrona de Atención Primaria, a cuyo perfil se le dotó de características laborales y profesionales en consonancia con el sistema sanitario del momento.

Desde entonces han pasado más de 30 años y en la actualidad es absolutamente normal (algunas colegas por cuestión de edad no han conocido otra cosa) observar el funcionamiento de los centros de salud en los que la matrona tiene una función cuasi exclusiva y de vital importancia en la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de todo su ciclo vital.

Sin embargo, esto costó mucho, muchísimo, la Asociación Española de Matronas tuvo que batallar no solo con las instituciones sanitarias cuya ignorancia, error, olvido o ¡vaya usted a saber! motivó aquella deficiente e injusta planificación de la AP sin matronas; además, tuvo que batallar con algunas matronas que no querían asumir este cambio cómodamente instaladas en un puesto que no les reportaba trabajo ni les exigía un reciclaje intenso para asumir el cambio propuesto que, a largo plazo para la profesión, se traduciría en un beneficioso desarrollo de las otras competencias propias de matrona distintas a las bien conocidas y de siempre atribuidas al colectivo como la de la asistencia al parto.

Es cierto que aún quedan muchos pasos que dar, empezando por solventar las diferencias que hay entre comunidades autónomas en cuanto a la distribución de plantillas que impiden la equidad en el acceso a la atención a las mujeres; no es menos cierto que enfermeras generalistas u otros, con el beneplácito si no la orden de los propios gestores de salud, que olvidando o negando las competencias que la ley otorga a las matronas, están ejerciendo competencias exclusivas de las matronas.

Muchos gestores no saben, no quieren entender, que la primera lección es emplear bien los recursos humanos y colocar en cada puesto al personal más competente, un problema sin duda que revierte sobre usuarios y profesionales. La Asociación Española de Matronas sigue luchando porque esto no suceda, pero no puede hacerlo sola. Que consigamos lo que es de justicia, esto es, desarrollar nuestras competencias en Atención Primaria en toda su extensión, será labor de cada matrona/a con un trabajo diario impecable, levantando individualmente su voz contra la injusticia o el desatino, uniéndola a la del colectivo por el mismo objetivo, buscando el apoyo de las mujeres que han encontrado en las matronas la solución a sus demandas de salud sexual y reproductiva.

Sin haber perdido la ilusión, a algunas/os los largos años de lucha nos han hecho ser muy realistas y por eso sabemos que este camino también será largo y espinoso, ya dice el refrán "que Zamora no se ganó en una hora", así que "sin prisa pero sin pausa" seguiremos luchando por ello. No olvidéis que luchar por la profesión es una obligación ética de los profesionales y "el asunto de todos" siempre ha de estar por encima "del asunto de uno".

AGENDA

Día Internacional de la Matrona: 5 de mayo

Las matronas españolas contábamos con una fecha en la que celebrar la onomástica de la profesión desde hacía más de dos siglos, el 31 de mayo; no así otros países que progresivamente iban engrosando las filas de la Confederación Internacional de Matronas (CIM). De ahí que desde 1980 la ICM se planteara la elección de un día internacional para las matronas del mundo. Esta elección finalmente llegó en 1992 cuando los países miembros elegimos la fecha del 5 de mayo para la celebración.

Para este 5 de mayo de 2019, la ICM anuncia su lema: "Matronas y Matrones: defensores de los derechos de la mujer", con el objetivo de que este día sirva para celebrar y abogar por las muchas formas en que las matronas defienden los derechos de las mujeres, las niñas y de la propia profesión en todo el mundo.

Carta de la Presidenta de la ICM

El lema de este año para el Día Internacional de la Matrona (DIM) va en consonancia con la segunda de las tres Direcciones Estratégicas de ICM, (Calidad, Equidad y Liderazgo) establecidas en la Estrategia 2017-2020.

"Matronas y Matrones: defensores de los derechos de la mujer" es un lema que anuncia y destaca el papel vital que desempeñan las matronas y los matrones en la protección de los derechos de las mujeres, las niñas y de la propia profesión, asegurando que puedan ejercer plenamente sus derechos humanos, en particular sus derechos en materia de salud reproductiva y sexual en sus comunidades y países de práctica.

Estamos en una época en la que los derechos de las mujeres y las niñas están siendo amenazados en todo

DIA INTERNACIONAL DE LA MATRONA

*Matronas: defensoras
de los derechos de las mujeres*



el mundo. En 2017 se restableció la Ley Mordaza Global y en 2018 varias naciones implementaron políticas que desmantelan directamente los derechos humanos y la dignidad de las mujeres y las niñas. Este cambio negativo en el tono político global ha socavado el trabajo de muchas personas y organizaciones que han estado defendiendo y luchando por la igualdad de género durante décadas.

¡Pero no nos rendiremos! Estos cambios han provocado que millones de mujeres, niñas, hombres y niños se pongan de pie y defiendan los derechos de las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Es así como hoy más mujeres se postulan para cargos políticos que en cualquier otro momento de la historia; recientemente, África lidera el camino, junto con Etiopía, inaugurando el gabinete más equilibrado en materia de género del mundo y en Somalia se ha prohibido la mutilación genital femenina (MGF). Islandia ha declarado ilegal la diferencia de salarios entre hombres y mujeres. América Latina es líder mundial en puestos locales y parlamentarios ocupados por mujeres y Bangladesh está avanzando en el aumento del liderazgo

femenino en puestos directivos, altos cargos y legisladores. Las mujeres latinoamericanas protestan y se levantan contra la violencia de género. ¡Hay mucho que celebrar!

Continuando con este espíritu, para el Día Internacional de la Matrona queremos resaltar la labor de las matronas y los matrones que luchan contra el patriarcado en países, instalaciones y comunidades de todo el mundo, las matronas y los matrones que forman parte de cada comunidad y barrio y que han hecho disminuir la desigualdad. Aquellos y aquellas que defienden el derecho de las mujeres al ofrecer una atención materna respetuosa, aquellos y aquellas que ofrecen anticonceptivos a pesar de que sus sociedades se niegan a hacerlo y que apoyan a mujeres embarazadas que sufren abusos y no pueden regresar a sus hogares, las y los que dicen no a la mutilación genital femenina (MGF) y que han responsabilizado a los perpetradores de violación y violencia, a pesar del miedo a las consecuencias; hoy realzamos las matronas y los matrones que siguen llevando la antorcha de la igualdad de género y defienden a las mujeres y las niñas.

Objetivos 

Informar a todos aquellos con un interés en la salud y la justicia de que las matronas son fundamentales para reducir la morbilidad materna y neonatal.

Celebrar los logros de las matronas y su aportación para mejorar los resultados en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

Motivar a los responsables políticos para que apliquen cambios, presionando para conseguir unos recursos de partería adecuados y el reconocimiento de la función profesional única que desempeñan las matronas.


Día Internacional de la Matrona y el Matrón 2019

El DIM no solo trata de las matronas y los matrones que son defensores, también es una oportunidad para destacar el derecho de estos a ejercer en un entorno seguro y propicio. Hemos oído hablar de terribles incidentes en México y Nigeria, donde matronas han sido secuestradas y asesinadas en su camino al trabajo, siendo estos solo un par de casos que han captado la atención de los medios de comunicación internacionales. El abuso y la intimidación de matronas y matrones por parte de colegas se presenta normalmente en el entorno laboral y se atropellan a quienes se oponen a este tipo de comportamientos. Hay muchas más historias de abuso que no se escuchan ni se abordan. Las matronas y los matrones deben estar libres de cualquier daño al momento de ir a trabajar, en el trabajo y en sus hogares.

Queremos agradecerles y celebrar con usted que continúen luchando, protegiendo y defendiendo los derechos de las mujeres, las niñas, las matronas y los matrones de todo el mundo, sin importar las circunstancias y consecuencias ¡Mil gracias! Pronto nos veremos y juntos festejaremos los frutos de su trabajo.

Franka Cadée
Presidenta del ICM

Objetivos del Día Internacional de la Matrona

Todos los años, el 5 de mayo, las matronas, matrones, mujeres, niñas, socios y colaboradores de las matronas y de la profesión en todo el mundo se unen para celebrar con actividades propias el Día Internacional de la Matrona y el Matrán motivados por una firme voz colectiva.

Con independencia del tipo de celebración, para garantizar la unidad del mensaje y el mayor impacto posible en este día tan importante, desde la ICM les animamos a asegurarse de que se cumplan uno o todos de los siguientes objetivos clave:

- **Informar** a todos aquellos con un interés en la salud y la justicia de que las matronas son fundamentales para reducir la morbilidad materna y neonatal.
- **Celebrar** los logros de las matronas y su aportación para mejorar los resultados en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.
- **Motivar** a los responsables políticos para que apliquen cambios, presionando para conseguir unos recursos de partería adecuados y el reconocimiento de la función profesional única que desempeñan las matronas.

Reactivación del trabajo del comité técnico de la estrategia en salud reproductiva del SNS



El X Congreso Español de Lactancia Materna organizado por la IHAN tendrá lugar del 4 al 6 de abril de 2019 en el Palacio de Congresos de Santiago de Compostela y ya ha abierto sus inscripciones.

Personas expertas en la materia de ámbito nacional e internacional expondrán los conocimientos más actualizados en lactancia materna.

Durante las conferencias, mesas redondas, talleres, comunicaciones orales libres y pósteres se actualizarán los conocimientos científicos y se compartirán experiencias e inquietudes entre los asistentes: profesionales de la salud, estudiantes y madres de grupos de apoyo a la lactancia.

Con el lema de este año “Gotas de vida, fuentes de salud”, la IHAN quiere destacar la leche materna como alimento vivo que da vida y que favorece la salud de las madres y de sus hijas e hijos, a corto y largo plazo.

Promoción de la salud

A CORTO PLAZO

Difusión de GUÍAS a todas las mujeres embarazadas y a las madres/padres en los distintos trimestres del embarazo:

- Guía de atención al parto para mujeres embarazadas y futuros padres.
- Guía para las madres que amamantan.
- Elaboración de contenidos y materiales educativos unificados para el SNS, que sirva para la realización de las charlas en los distintos trimestres del embarazo.
- Elaborar información específica sobre salud reproductiva en cada ciclo vital con enfoque de género para mujeres, hombres y colectivo de profesionales.
- Diseñar intervenciones comunitarias que contribuyan a promover conceptos y procesos saludables de maternidad, paternidad y crianza.
- Impulsar la atención domiciliaria postparto.
- Campaña nacional difundiendo el Plan de Parto y Nacimiento.
- Campaña dirigida a mujeres en el postparto.
- Campaña difundiendo conceptos sobre violencia obstétrica (formar a la población sobre lo que es correcto o no lo es).
- Campañas informativas sobre el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, medicamentos, sustancias ilícitas) en mujeres y hombres preconcepcional y durante la gestación.

A MEDIO PLAZO

- Elaboración contenidos y materiales educativos unificados para el conjunto del SNS, dirigidos a futuras madres/padres.
- Difundir información específica sobre salud reproductiva en cada ciclo vital con enfoque de género para mujeres, hombres y colectivo de profesionales.
- Elaboración de un Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad para el conjunto del SNS.

- Programa de formación en los centros educativos sobre salud reproductiva incluyendo un programa de formación de los riesgos de no amamantar.
- Información postparto para mujeres y hombres para igualar responsabilidades.
- Campaña educativas dirigida a mujeres que incluya como referente en los partos normales a la matrona.

Atención sanitaria

A CORTO PLAZO

- Coordinación entre Atención Primaria-Hospitalaria.
- Adaptar las maternidades públicas a la realidad de atención al nacimiento humanizado.
- Implantación de consulta preconcepcional
- Aplicar el Plan de Parto.
- Asegurar la historia del recién nacido (RN) en las maternidades y la cita del RN a las 48-72h tras el alta en centro de salud.
- Incorporar en los protocolos sanitarios de atención a la menarquia y la menopausia el enfoque de género.
- Añadir en los protocolos y otras herramientas de gestión asistencial (cartera de servicios, contratos de gestión, contratos programa...) el embarazo como una etapa de vulnerabilidad de las mujeres en materia de violencia de género (violencia de pareja, mutilación genital femenina, violencia sexual, etc.).
- Ajustar la ratio de matronas de Atención Primaria y Hospitalaria, establecer unos criterios unificados en todo el territorio español teniendo en cuenta las recomendaciones de otros países de la UE y evitar desigualdades e inequidad asistencial.
- Estandarizar y garantizar el asesoramiento genético antenatal en el SNS.
- Elaboración de un documento científico técnico sobre la salud preconcepcional con enfoque de género y documentos de divulgación.

A MEDIO PLAZO

- Promover la incorporación de prácticas basadas en la evidencia científica en la atención al parto y al nacimiento.

- Mejorar los registros, circuitos de coordinación y continuidad asistencial.
- Incorporar la influencia de los factores ambientales.
- Añadir la perspectiva de género en el diagnóstico y tratamiento de las patologías del aparato reproductor (cánceres ginecológicos, endometriosis, SOP...).
- Elaborar protocolos consensuados de atención a embarazo, parto y puerperio basados en las GPC del SNS.
- Realización de la determinación de bilirrubina transcutánea.
- Empoderamiento a las mujeres desde el hospital para facilitar el inicio de la LM satisfactorio.
- Consejo preconcepcional a través de programas educativos por parte de las matronas a mujeres/parejas.
- Consulta temprana de enfermería pediátrica comunitaria en el RN hospitalizado.
- Necesidad de la creación de una guía nacional que promueva una atención sanitaria en caso de muerte gestacional y perinatal que nos lleva al mismo nivel que nuestros países vecinos.
- Revisión y unificación de criterios de los indicadores y estándares de calidad de los distintos programas de cribado establecidos en el embarazo para optimizar la evaluación del cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de salud reproductiva, incluyendo indicadores de resultados.
- Impulsar la atención al RN en los primeros 28 días.

Formación

A CORTO PLAZO

Tomar como referente en cualquier tipo de formación, las guías de práctica clínica del SNS desarrolladas en el marco de esta estrategia, contribuyendo a su conocimiento y difusión:

- Guía de Práctica Clínica de atención al embarazo y puerperio a profesionales de los servicios de obstetricia y ginecología que prestan servicio en hospitales integrados en el SNS.
- Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna entre todos los profesionales de los servicios de obstetricia, ginecología, área de maternidad y pediatría que

prestan servicio tanto en los hospitales integrados en el SNS como Atención Primaria.

- Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal.
- Programas de formación/acreditación específicos y obligatorios bianuales.
- Programa formativo mínimo exigible a profesionales que trabajen en esta área de salud, elaborado desde el Ministerio y/o Consejería, que repercuta en el complemento de productividad de los profesionales.
- Incorporar de forma progresiva en los planes de formación continuada la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género.
- Disponer de una dotación económica anual para desarrollar un programa formativo para profesionales que trabajen en el ámbito de la salud reproductiva.
- Formar y concientizar sobre el momento trascendental que supone el nacimiento de cada nueva criatura.
- Formación en atención a la lactancia.
- Formación de profesionales sanitarios/as para evitar la violencia obstétrica.
- Aumentar las horas disponibles para formación continuada.
- Instar a los hospitales acreditados para la docencia a que se lleve a cabo una tutela efectiva de MIR de 1º y 2º y de EIR (Matrona y Pediatría).
- Incorporar de forma progresiva en el programa formativo de especialistas en ciencias de la salud la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género.
- Evitar interferencias de la industria de alimentación infantil. Facilitar que todos los profesionales conozcan y cumplan el Código de Comercialización de sucedáneos.
- Aumentar la oferta de actividades formativas relacionadas con la salud reproductiva.
- Incorporar de forma progresiva en los estudios de grado la atención a la salud reproductiva a lo largo del ciclo vital con enfoque de género.

A MEDIO PLAZO

- Potenciar la formación del embarazo y parto como procesos fisiológicos y saludables, así como el conocimiento de los factores que interfieren en la fisiología.

- Incorporar en la formación de MIR/EIR el enfoque de género y de diversidad cultural y funcional en relación a la salud reproductiva.
- Incluir en el programa de formación de manera transversal ("todo profesional sanitario puede cuidar a una familia") la formación en atención a la muerte gestacional y perinatal, no dejando esta formación solo a matronas/enfermeras. Obligatoria en ginecología, obstetricia y neonato.
- La formación que sea en horario laboral, a cargo del servicio autonómico de salud.
- Realización de simulaciones en el aprendizaje de los residentes EIR y MIR.

Investigación innovación

A CORTO PLAZO

- Promover un estudio desde el Ministerio para conocer la realidad de la atención al embarazo en los servicios de salud y la atención al parto normal y puerperio inmediato en las maternidades españolas.
- Promover un estudio desde el Ministerio para conocer la realidad de la lactancia materna.
- Profundizar en el conocimiento de la menarquia analizando con enfoque de género los determinantes biopsicosociales y sus efectos.
- Profundizar en el conocimiento de la salud de las mujeres durante la madurez, diferenciando entre los efectos de la menopausia y aquellos derivados del envejecimiento.
- Crear una línea de subvenciones para proyectos innovadores que implementen las recomendaciones de la Estrategia en las maternidades del SNS.
- Profundizar en el conocimiento de las actitudes y percepciones sobre la maternidad con enfoque de género.
- Crear una línea de subvenciones para proyectos innovadores que implementen las recomendaciones de la Estrategia en las maternidades del SNS.

A MEDIO PLAZO

- Recursos financieros, humanos, formación para la implementación de los objetivos.
- Autoevaluación por servicios y por profesionales en función de indicadores que muestren buenas prácticas en asistencia obstétrica y perinatal.
- Implementación de proyectos de investigación-acción con participación comunitaria en materia de salud reproductiva con perspectiva de género para generar opinión en la población.
- Fomento de la Escuela de Salud (buena práctica).
- Identificación y transferencia de buenas prácticas en la atención a la menarquia y la menopausia.
- Mejora en la participación de las mujeres.

A LARGO PLAZO

- Creación de unidades de atención al parto de bajo riesgo gestionadas exclusivamente por matronas.
- Liberación de parte del tiempo asistencial a aquellos profesionales que inviertan parte de su tiempo en investigación y formación, contratando personal suficiente para cubrir la jornada asistencial.
- Premiar a los centros sanitarios con excelencia en el trato y en la atención.
- Impulsar la investigación en los aspectos psicosociales de la atención al parto y el impacto en el bienestar de madres e hijos.
- Control de embarazo normal y de bajo riesgo por matronas en Atención Primaria de manera generalizada en todas las áreas sanitarias.
- Dotación de recursos blindada para la formación continuada y para las plantillas adecuadas que no estén sujetas a cambios a sensibilidades políticas.

Los planteamientos se han realizado por las entidades participantes y no hemos recibido consignas de limitaciones, aunque desde la AEM mantenemos la reserva y cautela razonables de los resultados, ya que en estos momentos pre-electorales, las acciones a futuro de cualquier gobierno están bajo sospecha de "postureo electoral". Desgraciadamente nos tienen muy acostumbrados a esto.

Nuevos cursos de formación continuada de la AEM

Continuando con la oferta formativa de la Asociación Española de Matronas (AEM) (2018-2019), que puntualmente se comunica a través del INFOmatronas mensual, se han realizado tres nuevos cursos que han recibido, como en ocasiones anteriores, una alta valoración por parte de los asistentes, 120 matronas/es de diferentes puntos de España.

Para la AEM es prioritario dar cobertura a las matronas en relación con la actividad de formación continua, como así lo requieren las nuevas demandas sociales y los avances tecnológico y científico en el marco de la atención sanitaria.

Intentamos ofrecer una formación directa, presencial que posibilite a la matrona/matrón una actualización y mejora continua en conocimientos y habilidades necesarias en su desempeño profesional.

Los cursos de la AEM se diferencian de otros tantos relacionados por su idoneidad, practicidad, calidad y asequibilidad, especialmente para los socios de la AEM.

El primero de ellos, "Curso de actualización para matronas en Atención Primaria" (enero), es un curso nuevo, ideado y conducido por la AEM, que se ha desarrollado contestando a las demandas de las matronas de Atención Primaria y cuya resolución fue especialmente elogiada por los asistentes.

El segundo, "Curso-Taller de suturas (febrero) dos talleres", es un curso que la asociación lleva en cartera los últimos tres años y que renovó su oferta en este año 2019 dada la gran demanda de él. Es obvio que la nueva asistencia al parto en la que ha habido un descenso sustancial de episiotomías unido también a la disminución natural de partos, como contrapartida deja a las matronas con carencias en esta área una vez concluida su formación básica y es necesario aportar recursos para mejorar sus habilidades en sutura perineal para cuando sea de necesidad su práctica en el desarrollo de su trabajo.

Por último, el curso "Habilidades de la matrona en el parto distócico" realizado en los primeros días de



Algunas de las asistentes al Curso "Habilidades de la matrona en el parto distócico" posan con la profesora Dña. Reme Climent y la presidenta emérita de la AEM, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén y la actual, Rosa M^a Plata Quintanilla

abril ha sido una novedad en la oferta formativa de la AEM, que ha gustado especialmente a la vista de un aforo completo también y la larga lista de espera que ha quedado pendiente. Esta respuesta confirma a la AEM el acierto de su elección en función de su convencimiento de la necesidad de que los asistentes

actualicen sus conocimientos en el manejo y conducción del parto distócico, obviamente de menor incidencia que el parto normal, pero tan importante o más dadas las dificultades del proceso, para lograr una resolución con los mejores resultados materno-fetales.



Momento de las prácticas del curso

Congreso Nacional de Educación Vial Materno-Infantil

En el I Congreso Nacional de Educación Vial materno-infantil para profesionales, que se celebró en Roquetas de Mar (Almería) los pasados días 21 y 22 de febrero, se realizaron diferentes actividades, entre ellas hubo ponencias muy interesantes como la desarrollada por Doña Antonia Mercado Mercado, de la Delegación

de Salud de Jaén (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía) bajo el título "Proyecto Movilidad responsable y segura en torno al embarazo y nacimiento".

El congreso estuvo dedicado exclusivamente a colectivos profesionales y sus contenidos se enfocaron a la educación vial materno-infantil. Amén de las ponencias

Agenda | Congreso Nacional de Educación Vial Materno-Infantil

cias, se desarrollaron otras actividades paralelas como talleres prácticos o simulacros, en las que tuvieron una participación activa tanto el colectivo de matronas como los bomberos.

La AEM miembro fundador de AESVI (Alianza Española por la Seguridad Vial) estuvo presente en estas jornadas que recibieron el respaldo del área de Formación en Seguridad Vial de la ONU.

CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN VIAL MATERNO-INFANTIL PARA PROFESIONALES

ESCUELA MUNICIPAL DE MÚSICA Y DANZA
EL PARADOR DE LAS HORTICHUELAS (ROQUETAS DE MAR)

21 Y 22 DE FEBRERO 2019

— EL PARADOR DE LAS HORTICHUELAS (ROQUETAS DE MAR), AVD. EDUARDO FAJARDO Nº 55 —

ORGANIZADORES

ORGANISMOS DE AYUDA

COLABORADORES

CON EL RESPALDO

La AEM en el XIX Congreso Salud y Mujer

El congreso SAMEM es una reunión científica multidisciplinar que se ha convertido en el principal referente de Salud de la Mujer en España.

Esta reunión cuenta desde 1998 con un largo recorrido, en este año 2019 ha celebrado su 19ª edición. Este encuentro, creado por el Centro Médico Instituto Palacios, tiene por finalidad dar a conocer todas las novedades científicas: difundir información clara y concisa, informar sobre novedades científicas en diagnóstico, tratamientos, actualizar conceptos, aunar criterios de diferentes sociedades científicas, analizar protocolos y, sobre todo, insistir en la prevención de aquellas dolencias que afectan sobre todo a las mujeres. Abordar y actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios teniendo en cuenta las principales novedades científicas en diagnóstico y tratamiento es, pues, el objetivo final de esta reunión científica.

Como cada año la Asociación Española de Matronas (AEM) ha obtenido 50 becas de la entidad proveedora (Instituto Palacios) para la inscripción gratuita de matronas en el congreso, con prioridad absoluta de sus asociadas, que para estas tiene especial interés.

El encuentro tuvo su sede en el Museo de la Real Casa de la Moneda, en Madrid, un lugar especialmente interesante y acogedor del que creemos todos los asis-

tentes han sacado un interesante partido para su labor profesional.



La presidenta emérita de la AEM, M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, y la actual presidenta, Rosa M^a Plata Quintanilla, con el Dr. D. Santiago Palacios, director del SAMEM



Matronas de la AEM asistentes al SAMEM 2019

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 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.

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.

Agenda | Convocatoria III edición premio "Maribel Bayón"

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.

MÁSTER DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

**60
ECTS**

**SALUS INFIRMORUM
UPSA Madrid**

**¡Especialízate
en Urgencias!**

- MODALIDAD: online
- DURACIÓN: 1.500 horas
- INICIO: 10/06/2019
- FECHA LÍMITE INSCRIPCIÓN: 07/06/2019



aulaDAE
Grupo Paradigma

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