



SUMARIO

■ Editorial

Originales

- Programa de prevención y promoción de la salud en la perimenopausia

Casos clínicos

- Análisis crítico del cuidado recibido por una mujer gestante con preeclampsia severa en la UCI maternal
- Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: síndrome de Sheehan

Artículo especial:

Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve (IMB)

Echando la vista atrás:

Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952)

Agenda:

- Nuevos cursos de formación continuada de la AEM
- La Asociación Española de Matronas premia el trabajo de unas matronas extremeñas
- Manifiesto de Santiago en apoyo de la lactancia materna
- La AEM y la Semana Mundial de la Lactancia
- La AEM en las aulas de debate en anticoncepción
- Reunión de la AEM con altos cargos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
- Macroencuesta nacional "Tomando el pulso de las matronas"
- XX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas
- XXXII Congreso Trienal Confederación Internacional de Matronas
- Nuevo curso de formación continuada de la AEM 2019-2020





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 2 septiembre-noviembre 2019

Editorial

4

Originales

- Programa de prevención y promoción de la salud en la perimenopausia 5
Lorenzo Gavilán-Rodríguez

Casos clínicos

- Análisis crítico del cuidado recibido por una mujer gestante con preeclampsia severa en la UCI materna 14
Elena Martínez Martínez, Alessandra Olcoz Ruiz
- Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: síndrome de Sheehan 21
Ester Barrios Miras, Gloria Aurora Boal Herranz

Artículo especial

- Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve (IMB) 28
Cristina Franco-Antonio, Santano-Mogena E., Calderón-García J.F., Rico-Martín S., Poblador-Borrella S., Soto-Terrón L., Cordovilla-Guardia, S.

Echando la vista atrás

- Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952) 36
Rosa Mª Plata Quintanilla

Agenda

- Nuevos cursos de formación continuada de la AEM 44
- La Asociación Española de Matronas premia el trabajo de unas matronas extremeñas..... 45
- Manifiesto de Santiago en apoyo de la lactancia materna 46
- La AEM y la Semana Mundial de la Lactancia 47
- La AEM en las aulas de debate en anticoncepción 48
- Reunión de la AEM con altos cargos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 49
- Macroencuesta nacional "Tomando el pulso de las matronas" 51
- XX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas 52
- XXXII Congreso Trienal Confederación Internacional de Matronas..... 53
- Nuevo curso de formación continuada de la AEM 2019-2020 53

Editorial

¡Bienvenidas, nuevas matronas!

Este año me tocó despedir a mis residentes matronas de Cantabria y como es preceptivo tuve de leer el consabido discurso cuyo fondo no podía ser otro que describir la profesión desde la experiencia de los muchos años recorridos, sentimientos y vivencias a lo largo del tiempo de mi ejercicio; sin embargo, sí tuve que pensar en la forma de hacerles llegar mi mensaje de manera que lograra captar la atención de la sala, principalmente de las recién graduadas, y para ello me serví del símil del alpinista para avivar el atractivo del discurso que hoy repito aquí, a modo de bienvenida, dedicado a todas las residentes que han finalizado su formación en este 2019.

Les decía, y os digo que el recuerdo del día de mi graduación a pesar de haber transcurrido 35 años, lo conservo muy nítido, que para mí finalizar la especialidad que siempre quise hacer fue como coronar un ocho mil: esfuerzo, estudio, problemas. ¡Sentí que había coronado el Everest! ¡Mi primer ocho mil! Ese mismo día que había "coronado", sentada en la cima, absorta, contemplando la inmensidad de la belleza a mis pies, saboreando la satisfacción de haber superado incluso mis límites a base de esfuerzo y trabajo duro y saboreando el gusto de haber sobrevivido a una aventura apta únicamente para quienes están dispuestos a arriesgarlo todo, de inmediato caí en la cuenta de que para ser considerada escaladora consagrada quedaban en mi carrera otros 13 ocho mil más: las montañas más codiciadas de los alpinistas en su camino hacia la gloria, sin contar las otras muchas secundarias por las que tendría que seguir trepando cada día para preparar esos ascensos gloriosos del futuro. Simultáneamente me percaté de que el ascenso no lo había hecho sola y cierto era que me había preparado físicamente, había planeado esa escalada al milímetro, me había esforzado hasta la extenuación, pero además de mi energía, arrojo, valor, había necesitado el apoyo de muchas personas, como los sherpas, que me habían abierto el camino, colocado cuerdas para la escalada, transportado las tiendas de campaña, comida, bombas de oxígeno, etc.

De vuelta al campamento base la reflexión que empezó en la cumbre continuó y supe que quería ser alpinista de élite, así que si quería coronar las otras 13 restantes cimas del mundo, el entrenamiento constante y la experiencia eran imprescindibles para conseguirlo con más destreza, con menos riesgo y con mayor disfrute.

Ya pie en tierra, mi "escalada particular" ha sido la que empezó hace 35 años y continúa siendo: la de ser matrona, no

montañero desde luego. He descubierto que en nuestra profesión, como en la vida de los alpinistas, hay que ser realistas con las posibilidades y expectativas de uno mismo, del equipo e incluso del público, en nuestro caso, de las mujeres a quienes atendemos, porque si no el fracaso puede ser total. Hay que querer lo que se hace con vehemencia porque la profesión no es un recurso, sino una forma de vivir la propia vida. Ahora bien, el camino no es fácil y la profesión de matrona, detrás de su halo romántico y enternecedor, que a quienes asistimos en su parto y nacimiento de su hijo nos pone en las manos dos vidas que dependen de una, exige hacer un acompañamiento profesional certero, ya que esa acción no se puede rebobinar y dar al "play" para volver a empezar si una no acierta. Nuestra atención requiere profesionales bien formados en conocimientos teóricos y habilidades técnicas, de comunicación, mucha psicología, mucho coraje, gran humanidad y cantidades ingentes de humildad para saber quiénes nos pueden ofrecer la experiencia que no está en los libros, y además poder desarrollar un espíritu crítico y autocrítico: críticas con lo que se hace, con la forma en que se hace y hacemos e incluso con la manera en que le mandan a uno que lo haga. A mi juicio esta es la única manera de evolucionar como profesional y como colectivo, y por añadidura defender la profesión, engrandecerla y poder sentir el orgullo legítimo de lo que hacemos, y con el mismo orgullo recibir el justo agradecimiento de las mujeres y las familias a las que ayudamos.

A todas las que llegáis os aseguro que no os han de faltar rasguños, moratones, quizá hasta algún que otro hueso roto "subiendo y bajando las particulares montañas de la profesión", pero que todo esto os sirva para haceros más fuertes, más experimentadas, más seguras y os sitúe lejos de perder la ilusión y afinadas en el convencimiento de que ser matrona ha sido una buena elección.

¿Sabéis cuándo vais a confirmar de forma inequívoca que acertasteis eligiendo ser matrona? Cuando tengáis delante una mujer (familia) satisfecha y recibáis de ella un "gracias" de corazón. ¡Ese es el momento más gratificante de nuestra profesión! ¡Bienvenidas y mucha suerte en vuestro nuevo camino!

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de *Matronas hoy*

Lorenzo Gavilán-Rodríguez

Programa de prevención y promoción de la salud en la perimenopausia

Matrón. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

E-mail: loren.grec@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de julio 2018.

Fecha de aceptación. 4 de julio de 2019.

Cómo citar este artículo:

Gavilán-Rodríguez L. Programa de prevención y promoción de la salud en la perimenopausia. *Matronas hoy* 2019; 7(2):5-13.

Resumen

Introducción: la perimenopausia es el periodo variable entre los dos y los cinco años que incluye todas las manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas que ocurren alrededor de la última menstruación (menopausia: 40 y 54 años). En España actualmente son 6.690.954 las mujeres susceptibles de encontrarse en esta etapa y a las que con el presente programa de prevención y promoción de la salud en la perimenopausia se pretende acompañar y ayudar para que estos cambios fisiológicos en su ciclo vital causen el menor impacto en sus vidas.

Objetivo: aumentar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en esta etapa de la vida.

Metodología: elaboración y puesta en marcha de un programa de educación sanitaria estructurado en cinco sesiones, que requiere la escucha y la participación activa de las mujeres a quien se dirige y cuyo contenido abarca desde la sintomatología del periodo, pasando por la alimentación, estilos de vida tóxicos, actividad física, sexualidad y relajación.

Se formarán grupos cerrados con un mínimo de ocho mujeres y un máximo de 12, dirigidos por una matrona.

Tras finalizar las cinco sesiones se les administrará un cuestionario final de evaluación.

Conclusiones y resultados: no hay datos objetivos dado que se trata de un proyecto de actuación, pero se infiere que se pueden lograr los objetivos propuestos ajustados a los criterios de resultados determinados.

Palabras clave: matronas; educación sanitaria; perimenopausia; climaterio.

Abstract

Program for prevention and health promotion in perimenopause

Introduction: perimenopause is a variable period, lasting between two and five years, and including all the endocrinological, biological and clinical manifestations which occur around the last menstruation (menopause: 40 and 54 years). In Spain, there are currently 6,690.954 women that might be undergoing that stage; the objective of this program for prevention and health promotion in perimenopause is to accompany and help them so that these physiological changes in their life cycle will have the lowest impact on their lives.

Objective: to increase the wellbeing and quality of life of women at this stage in their lives.

Methodology: preparation and implementation of a health education program structured into five sessions, which requires active listening and participation by the women targeted, and with contents that include the symptomatology of period, as well as diet, toxic lifestyles, physical activity, sexuality and relaxation.

Closed groups will be formed, with at least eight and up to 12 women, led by a midwife.

When the five sessions have been completed, a final evaluation questionnaire will be administered.

Conclusions and results: there are no objective data, because this is an action project, but it is inferred that the objectives can be achieved, adjusted to the criteria of determined outcomes.

Key words: midwives; health education; perimenopause; climacteric.

Introducción

El climaterio es la etapa de la vida de la mujer que se comprende entre los 45 y 64 años. Es un largo periodo donde se diferencian distintas fases: perimenopausia, menopausia y postmenopausia. En él se producen cambios relevantes que afectan a las esferas fisiológica, social y psicológica de la mujer¹⁻².

La perimenopausia se define como "un periodo variable entre los dos y los cinco años que incluye todas las manifestaciones endocrinas, biológicas y clínicas que ocurren alrededor de la última menstruación (menopausia)". La franja de edad en la que aparece suele englobar a las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 54 años¹⁻². En España, según los datos proporcionados en el último censo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) 2018, existen 6.690.954 mujeres susceptibles de encontrarse en esta etapa³.

El climaterio, y por tanto cada una de sus distintas fases, está influenciado por el entorno sociocultural en el que se encuentra la mujer. Cada cultura y sociedad lo entiende de una manera distinta, pero la mayoría de ellas lo relaciona con la sexualidad, fecundidad, feminidad y maternidad. En la sociedad occidental, el climaterio es visto desde la perspectiva del modelo biomédico como algo patológico, negativo y relacionado con el envejecimiento⁴.

La perimenopausia es una etapa de transformación en la que la mujer presenta temor y conductas evasivas. Se requieren cambios en el modelo de vida, ajustes en la auto-percepción: autoestima, autoimagen; relación con la pareja: nuevas reglas y roles, cambios en la vida sexual; cambios en la relación con la descendencia (si la hay): adaptarse a sus necesidades de independencia; relación con el ámbito laboral: estrés o inseguridad provocada por los síntomas climatéricos; establecimiento de relaciones con la comunidad y la vida social: interés en la amistad femenina, mayor involucración en trabajos comunitarios o cuidar a niños y mayores⁵.

Síntomas de la perimenopausia

En la perimenopausia las mujeres presentan diferentes síntomas que interfieren directamente en su calidad de vida. Estos síntomas se pueden clasificar en: vasomotores (sofocos, sudores, palpitaciones, dolores de cabeza), psicológicos (irritabilidad, letargia, olvidos, disminución de la libido, ansiedad, depresión), urogenitales (dispareunia, sequedad vaginal, síndrome uretral), relacionados con la piel (sequedad de la piel, cabello seco, uñas quebradizas) y otros como alteraciones menstruales, insomnio, dificultad para concentrarse y falta de energía^{6,7}.

Por todo ello, las mujeres han de ser instruidas para mejorar su autocuidado.

Cambios en los autocuidados

La guía NICE recomienda proporcionar información adecuada a las mujeres y a sus familiares que incluya aspectos como las etapas del climaterio, síntomas comunes y diagnóstico de menopausia, cambios en los estilos de vida e intervenciones que pueden ayudar a mejorar el estado general de salud y su bienestar, información sobre beneficios y riesgos del uso de tratamiento hormonal para paliar síntomas y cambios a largo plazo que ocasiona la menopausia⁸.

Es importante favorecer una dieta equilibrada haciendo especial hincapié en el consumo de calcio, fibra y calorías adecuados para prevenir problemas óseos, digestivos y de sobrepeso u obesidad⁹. También es importante orientar la información hacia la erradicación de hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol, cafeína, fármacos u otras drogas debido a que estos hábitos favorecen el aumento de patologías asociadas, sintomatología y envejecimiento acelerado¹⁰.

Aprovechando su visita a la consulta se ha de favorecer la participación de la mujer en los programas de prevención establecidos en la zona básica de salud (ZBS), como el de detección precoz de cáncer de cérvix, mama u otros como el de hipertensión u obesidad si fueran necesarios¹⁰.

Las mujeres tienen que mantenerse activas con la realización de actividad física y actividades de ocio que las mantengan mentalmente ocupadas¹⁰. En esta etapa de la vida tienen menos fuerza y potencia muscular, la práctica de actividad física de manera rutinaria parece contrarrestar el posible efecto negativo que la perimenopausia y la menopausia ejercen sobre el músculo¹¹.

También es importante fortalecer el suelo pélvico, la disminución del nivel estrogénico produce dispareunia y atrofia vulvo-vaginal, la primera línea de tratamiento es la terapia hormonal, pero parece que la complementación de esta con ejercicios de suelo pélvico mejora los resultados¹².

Estos ejercicios son importantes para la prevención de incontinencia urinaria¹³ (muy común en esta etapa de la vida), prolapso genital¹⁴⁻¹⁶ o dispareunia^{17,18}, son la primera línea de tratamiento para tratar estos problemas porque tienen pocos efectos adversos y no tienen un alto coste¹³.

El profesional sanitario puede valorar la calidad de vida en esta población utilizando diferentes cuestionarios. En España se ha validado una escala capaz de valorar el impacto de la perimenopausia y la postmenopausia en el estado de salud y su repercusión en el bienestar general de la mujer. Se denomina "Escala Cervantes", consta de 31 ítems estructurados en cuatro dimensiones y es aplicable a las mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 64 años¹⁹.

Diariamente en la consulta de la matrona, las mujeres demandan información sobre aspectos relacionados con el climaterio. Existen guías elaboradas por diferentes asociaciones médicas^{2,20,21} y el Sistema Nacional de Salud^{22,23} des-

tinadas a promocionar la salud de la mujer en la etapa climatórica, pero son escasos los programas específicos dirigidos por matronas y destinados a mujeres en la etapa de la perimenopausia, esta es la puerta de entrada de las mujeres al climaterio, por lo que una educación para la salud adecuada y planificada en esta etapa puede ayudarles a afrontar de una manera más positiva los cambios en su estado de salud. Por este motivo se ha elaborado una propuesta teniendo en cuenta las preguntas y dudas de las mujeres en la consulta de la matrona de Atención Primaria (Gráfico 1).

Función de la matrona en los programas de prevención y promoción de salud en la perimenopausia

La matrona, fundamentalmente la de Atención Primaria, ocupa un lugar privilegiado para fomentar y aplicar programas de salud que mejoren la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas. Muchas encuentran en este profesional sanitario un referente para resolver sus dudas, inquietudes y mejorar su estado de salud.

La consulta de detección precoz de cáncer de cérvix es el lugar idóneo para captar y ofrecer educación sanitaria a las mujeres perimenopáusicas.

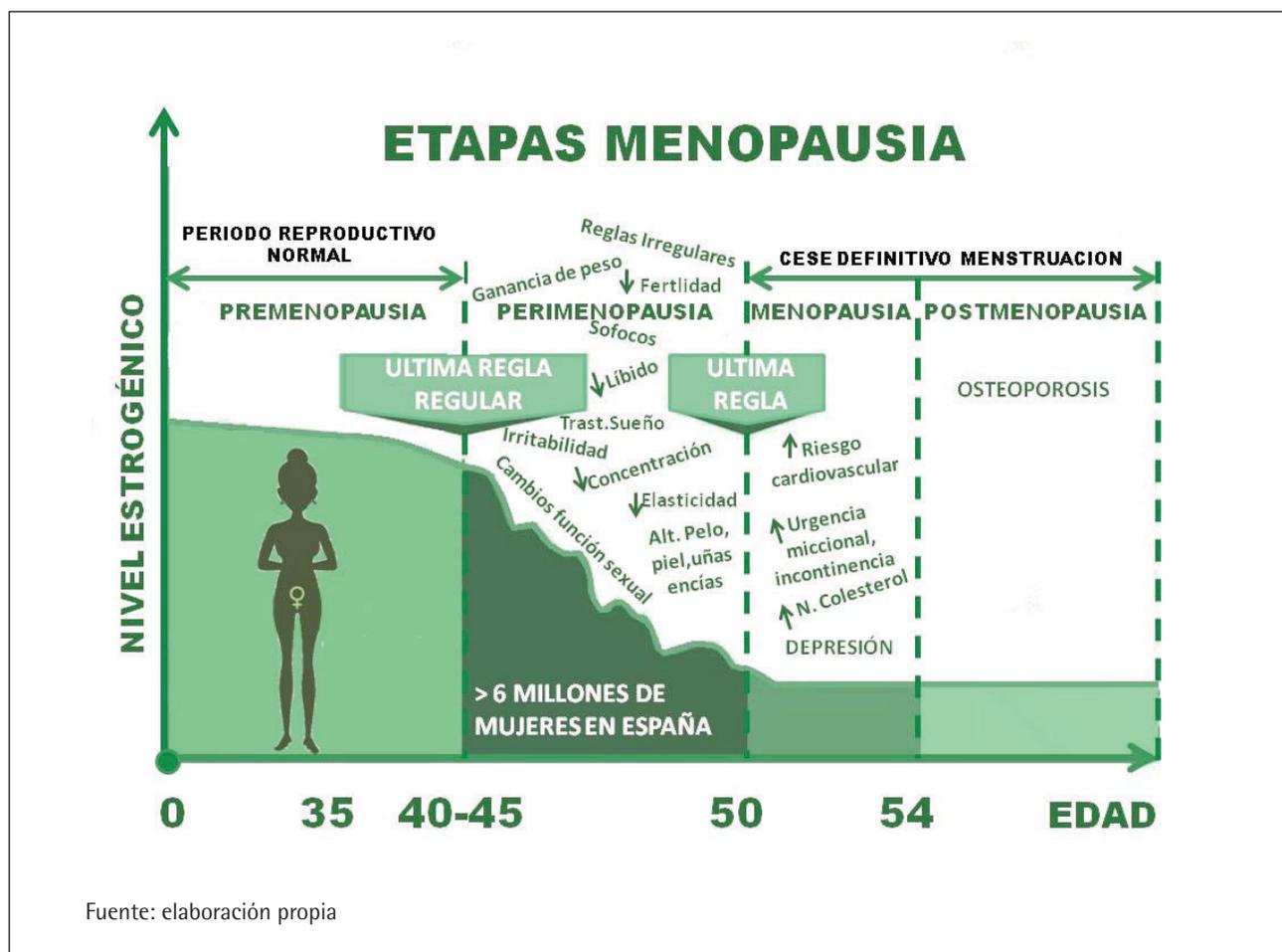
La atención sanitaria ha de ser multidisciplinar, todos los profesionales sanitarios tienen que ser participes y estar sensibilizados y comprometidos con la salud de este grupo de mujeres, pero la matrona será el personal de referencia por su formación para realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer²⁴.

Población diana

Mujeres entre los 40 y 54 años de edad que manifiesten algunos de los síntomas relacionados con la perimenopausia.

Captación

La captación la realizará principalmente la matrona de Atención Primaria durante la visita a la consulta de detección precoz de cáncer de cérvix. El médico derivará a la



Gráficos 1. Etapas de la menopausia

matrona para su inclusión en el programa a aquellas mujeres que acuden a su consulta por algún síntoma o circunstancia relacionada y reúnan las características de la población diana.

Recursos disponibles

Los recursos necesarios para el desarrollo del programa son los siguientes:

- Recursos humanos: matrona del centro de salud y un psicólogo.
- Recursos físicos: sala amplia con sillas y mesas, proyector, ordenador, colchonetas, altavoces, pizarra con tizas, papel, un sobre, bolígrafos, recortables de alimentos en cartulina.

Objetivos

Objetivo general:

- Aumentar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres que se encuentran en la perimenopausia.

Objetivos específicos:

- Facilitar el acceso al programa de las mujeres que lo deseen. Criterio de resultado (CR): que el programa sea iniciado por el 70% de las inscritas.
- Conocer las expectativas de las mujeres con respecto al programa. CR: el 60% de las mujeres verá cumplidas sus expectativas.
- Las mujeres conocerán los principales cambios que su cuerpo ha experimentado. CR: el 70% de las mujeres identificará los cambios que ocurren u ocurrirán en su cuerpo.
- Las mujeres identificarán los alimentos y estilos de vida adecuados para fortalecer su salud. CR: el 70% de las mujeres expresará los hábitos higiénico-dietéticos susceptibles de ser modificados.
- Las mujeres conocerán e implementarán en su vida diaria ejercicios que favorezcan un mayor nivel de salud. CR: el 60% de las mujeres desarrollará y aplicará a su vida diaria ejercicios para mejorar su estado de salud.
- Las mujeres reconocerán medidas para mejorar su sexualidad. CR: el 70% de las mujeres identificará medidas para mejorar su sexualidad.
- Las mujeres sabrán aplicar estrategias y técnicas para disminuir el estrés. CR: el 70% de las mujeres desarrollará destrezas para la realización de técnicas de relajación y aplicará habilidades para disminuir su nivel de estrés.

Metodología

La estrategia de búsqueda ha sido configurada de la siguiente manera: se han consultado fuentes digitales, páginas webs de organismos oficiales nacionales e internacionales relacionados con la salud y la buena práctica clínica y bases de datos especializadas en ciencias de la salud (PubMed, Cochrane, Web of Science, Scielo).

Se han utilizado los siguientes descriptores en ciencias de la salud: *midwifery, program health education, perimenopause, climacteric, symptoms, program, pelvic floor*.

No se ha utilizado para acotar la búsqueda ningún límite relacionado con el año de publicación de los diferentes documentos.

Diseño del programa

El programa está dividido en cinco sesiones de duración variable. Las sesiones tendrán, en su mayoría, una duración aproximada de 90 min. El tiempo puede variar en función de las necesidades y número de componentes del grupo, la matrona deberá tener cierta flexibilidad en este aspecto.

Para la puesta en funcionamiento del programa será necesario un grupo de entre 8-12 componentes comprometidas, que asistan de manera regular a las sesiones. Si hubiera más inscritas al programa la matrona valorará la creación de más de un grupo. Los tiempos de duración de las sesiones que se presentan son orientativos y los de este documento están estimados para 10 componentes. La periodicidad será semanal.

Todas las sesiones comenzarán con una breve presentación de las mismas indicando objetivos y temática a tratar. Se fomentará la participación activa de las componentes y se facilitará un clima de confianza. Se pondrán en práctica diversas dinámicas grupales, otros temas serán expuestos con ayuda de una presentación audiovisual.

Se precisará en la última sesión de la colaboración de un psicólogo. La matrona para la elaboración de las sesiones se documentará bibliográficamente conforme a la evidencia más actual y deberá adquirir conocimientos básicos de yoga.

Al finalizar las sesiones la matrona repartirá una encuesta para valorar el grado de satisfacción expresado por las participantes en el programa y revisar los posibles cambios e inclusiones en función a la valoración de las mujeres y a la experiencia en la detección de necesidades por parte de la matrona, para mejorar futuras ediciones del mismo.

Desarrollo de las intervenciones

Sesión 1: "Mi cuerpo ha cambiado"

Las mujeres al finalizar esta sesión:

- Manifestarán sus necesidades y expectativas con respecto al programa.
- Identificarán las etapas del climaterio, destacando la perimenopausia.
- Expresarán el significado que tiene para ella la perimenopausia y el climaterio en general.
- Conocerán los cambios fisiológicos de su cuerpo y los síntomas que padecen o podrán padecer en un futuro debido a la perimenopausia.

La sesión comenzará con la presentación de la matrona y de cada una de las mujeres. Ellas expresarán verbalmente los motivos que le han llevado a inscribirse en el programa y sus expectativas y necesidades. Cada una de las mujeres dirá el nombre de todas aquellas que ya se hayan presentado. Con esto se conseguirá crear un ambiente más cálido y de confianza que fomente la participación y que las mujeres se sientan identificadas entre ellas. La matrona agradecerá su participación y pedirá a todas las participantes que plasmen por escrito en un papel las expectativas manifestadas anteriormente. Todos estos papeles serán recogidos por la matrona y se insertarán en un sobre cerrado. Este sobre se abrirá en la última sesión del programa.

A continuación la matrona expondrá, con la ayuda de medios audiovisuales, una breve presentación del programa indicando los objetivos que se pretenden alcanzar y un pequeño resumen con el número de sesiones y cronología. Se entregará un papel donde quedará reflejada la cronología y títulos de las sesiones. (Duración: 40 minutos).

En segundo lugar la matrona iniciará una presentación audiovisual sobre las etapas del climaterio, los cambios fisiológicos y síntomas de la perimenopausia. Durante la presentación de las etapas del climaterio la matrona pedirá a cada una de las mujeres que manifieste lo que significa para ellas la perimenopausia y el climaterio en una o dos palabras, experiencias positivas o negativas, se pondrán en común con el grupo. En esta exposición se fomentará la participación activa de las mujeres utilizando técnicas como la lluvia de ideas (para hablar de los síntomas). Al acabar la presentación se facilitará, al igual que durante todo el desarrollo de la sesión, la formulación de preguntas o cuestiones acerca del tema tratado. (Duración 45 minutos).

Para finalizar se despedirá al grupo y se recordará la fecha, hora y temática de la próxima sesión.

Sesión 2: "Tengo que tener una buena alimentación y evitar estilos de vida tóxicos"

Las mujeres al finalizar la sesión:

- Conocerán la composición de la pirámide de alimentación.

- Tendrán conocimientos para diseñar una dieta acorde a sus necesidades.
- Reconocerán los alimentos y los nutrientes que evitan problemas de salud.
- Identificarán malos hábitos relacionados con su alimentación diaria.
- Adquirirán conocimientos para evitar o disminuir hábitos tóxicos.

La sesión comenzará con la bienvenida al grupo por parte de la matrona. La matrona entregará unas cartulinas de pequeño tamaño con unos imperdibles, pedirá a las mujeres que escriban su nombre en ellas y se la coloquen en un lugar visible del cuerpo. Con ello se facilitará un trato más cercano entre todas las participantes de la sesión. Esta cartulina la guardarán para futuras sesiones.

A continuación, la matrona expondrá brevemente con ayuda de medios audiovisuales los objetivos y contenidos de la sesión.

Una vez finalizada esta presentación, y en función del número de participantes, la matrona pedirá que las asistentes se dividan en grupos de tres o cuatro personas (técnica de la rejilla). Cada grupo elaborará una dieta por escrito representativa de su vida diaria, cada una de ellas contará con: desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena. La matrona establecerá un límite de tiempo para su elaboración. Una vez transcurrido este tiempo una portavoz de cada grupo leerá la dieta que han desarrollado previamente y la matrona a la vez irá explicando y desarrollando la pirámide de alimentación, apuntando la importancia de seguir una dieta equilibrada, los beneficios de incorporar a la dieta compuestos de origen vegetal con actividad biológica estrogénica débil (fitoestrógenos) y la importancia de la ingesta de calcio y fibra adecuado para evitar problemas de salud relacionados con la alimentación, todo ello con ayuda de medios audiovisuales. Al finalizar esta exposición los grupos dirán qué alimentos eliminarían de la dieta anteriormente realizada y cuáles añadirían en su lugar.

Para finalizar esta primera parte, la matrona dibujará en una pizarra la pirámide de la alimentación sin alimentos, repartirá cartulinas con alimentos dibujados a cada una de las mujeres y estas, de manera ordenada y con ayuda de la matrona, las irá colocando en la pirámide que previamente se ha dibujado. (Duración: 60 minutos).

En la segunda parte de la sesión se tratarán temas relacionados con los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, otras drogas y automedicación. La matrona le pedirá a cada mujer que nombre algún hábito o hábitos de su vida diaria que crean tóxicos.

A continuación se pondrá en práctica una técnica de grupo en la que se precisará imaginación. Se le pedirá a

las mujeres que cierren los ojos y que mantengan una respiración tranquila y profunda. Se les dirá que imaginen que se han comprado un coche nuevo y que, al dejarlo aparcado en la calle, van llegando diferentes personas y cada una de ellas realiza acciones negativas sobre el coche: echar tierra en el depósito de combustible, estropear la chapa y pintura, romper algún cristal, pinchar alguna rueda, etc. Finalizado este ejercicio mental se pedirá al grupo que realice una analogía entre los daños causados al vehículo y los que los hábitos tóxicos causan al cuerpo, se facilitará el debate.

A continuación la matrona expondrá, con medios audiovisuales, una presentación en la que se incluirán conocimientos relacionados con los hábitos tóxicos más prevalentes en la sociedad y explicará su repercusión negativa en la salud, instando a la participación del grupo.

Al finalizar esta presentación se despedirá al grupo y se recordará, fecha y hora de la próxima sesión, además se les recomendará que acudan con ropa deportiva. Se agradecerá su participación. (Duración 30 minutos).

Sesión 3: "Qué tipos de ejercicios favorecen mi salud"

Las mujeres al finalizar la sesión:

- Comprenderán qué tipos de ejercicios pueden poner en práctica para mejorar su salud.
- Conocerán la importancia de la realización de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

Previo al inicio de la sesión la matrona distribuirá las colchonetas por el aula.

En primer lugar la matrona dará la bienvenida a todas las asistentes. Se expondrá, con ayuda de medios audiovisuales, una breve presentación con los objetivos, cronograma de la sesión y las diferentes actividades físicas beneficiosas para la salud general de las mujeres.

En segundo lugar, tras acabar la sesión de yoga, la matrona, mediante medios audiovisuales, expondrá una breve presentación sobre la importancia de la realización de los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico. La matrona pedirá que hagan los ejercicios de Kegel *in situ* y se darán pautas sobre cómo llevarlos a cabo en sus domicilios (Duración: 40 minutos).

A continuación la matrona impartirá una sesión de yoga con diferentes ejercicios básicos los cuáles podrán efectuar las mujeres en casa. Primero la matrona hará el ejercicio y a continuación las mujeres lo imitarán. Al finalizar se realizará una actividad de relajación ambientada con música adecuada usando la respiración (Duración: 50 minutos).

Sesión 4: "Cómo me siento y cómo es mi sexualidad"

Las mujeres al finalizar esta sesión:

- Expresarán cómo se sienten con su cuerpo y con ellas mismas.
- Aumentarán su autoestima.
- Adquirirán conocimientos para mejorar su sexualidad.
- Resolverán dudas sobre su sexualidad.

Con esta sesión se pretende mejorar la autopercepción de las mujeres y potenciar su sexualidad. Para ello se comenzará dando la bienvenida a todas las asistentes. Se hará una breve presentación, con ayuda de medios audiovisuales, donde se indicarán los objetivos y la temática de la sesión.

Se seguirá con la siguiente dinámica: se escribirá en la pizarra la siguiente frase: "¿Vivo la perimenopausia como un proceso normal o como una limitación en mi vida?" Se facilitará la participación del grupo y la puesta en común con ayuda de la matrona. Para la exposición se llevará a cabo una presentación audiovisual.

Más tarde se contestará el cuento del "patito feo", será leído por las participantes con ayuda de una presentación audiovisual, al finalizar se preguntará si alguna de las presentes se ha sentido identificada y entre ellas pondrán en común aspectos relacionados con sus pensamientos, sentimientos, etc. Más tarde se repartirán unas cartulinas individuales con un "patito feo" dibujado y se invitará a las mujeres a que escriban en ellas aspectos positivos de ellas mismas, con esto se pretende mejorar su autoestima y autoimagen. Para finalizar se pondrá en común con el grupo. (Duración: 50 minutos).

A continuación se hablará de sexualidad. Este tema puede ser difícil para algunas mujeres por lo que se comenzará entregando un folio y bolígrafos. Las mujeres escribirán de forma anónima temas que le preocupen sobre sexualidad, doblarán el papel y los introducirán en una caja de cartón. La matrona irá sacando papeles de forma aleatoria e irá leyéndolos y poniéndolos en común a través del debate con el grupo. De esta forma se pretende crear un clima de confianza que favorezca el debate y la expresión de inquietudes. Durante esta parte de la sesión la matrona se ayudará de una presentación audiovisual donde se tratarán temas relacionados: uso de productos naturales, nueva visión de la sexualidad, principales dificultades, estrategias para mejorar la sexualidad, etc.

Tras esto la matrona facilitará la resolución de las dudas que hayan podido quedar sin resolver. (Duración: 45 minutos).

Se finalizará la sesión agradeciendo a las mujeres su participación y recordando la hora y fecha de la próxima, además se aconsejará la asistencia a la misma con ropa cómoda.

Sesión 5: "Necesito relajarme"

Las mujeres al finalizar esta sesión:

- Conocerán diversas técnicas de relajación y sabrán aplicarlas en las diferentes situaciones que se le presenten.

Previo al inicio de la sesión la matrona distribuirá las colchonetas por el aula.

Para esta sesión la matrona invitará a un psicólogo que llevará a cabo una exposición sobre el tema, continuará con la puesta en práctica de diversas técnicas de relajación.

Dotará a las mujeres de estrategias para evitar y afrontar situaciones estresantes, pensamientos y preocupaciones. (Duración 45 minutos).

Para finalizar, la matrona abrirá el sobre que contiene las expectativas por escrito de las mujeres (primera sesión), las leerá en voz alta y se debatirá en grupo su cumplimiento y opiniones.

A continuación se entregará un cuestionario de evaluación del programa que las mujeres completarán de forma anónima. (Duración 40 minutos).

Se agradecerá a todas las mujeres su participación y se clausurará el programa.

Evaluación del programa

El objetivo de la evaluación es conocer y valorar si, tras la realización del programa, se han cumplido los objetivos propuestos inicialmente.

Para valorar la asistencia al programa la matrona repartirá en cada sesión una hoja donde las mujeres indicarán su nombre completo, apellidos, documento nacional de identidad y firma. Con esto la matrona comprobará el porcentaje de asistencia con relación al número de inscritas inicialmente. Si alguna de las inscritas no asiste a alguna sesión, la matrona las llamará por teléfono para conocer el motivo por el cual no han asistido. Si el motivo de no asistencia está relacionado con el funcionamiento y/o contenido del programa se anotará la causa con la finalidad de mejorar el programa en ediciones futuras.

Por otro lado, al finalizar las cinco sesiones planificadas, la matrona repartirá un cuestionario de satisfacción/evaluación del programa (Cuadro 1). Todas las opiniones y puntuaciones se tomarán de manera constructiva, esto quiere decir que se intentarán mejorar los aspectos comentados por las mujeres en futuras ediciones del programa.

La matrona, encargada de valorar estos cuestionarios, tendrá en cuenta que pueden aparecer diversos sesgos como el "error de tendencia central" en el que las participantes po-

Cuadro 1. Cuestionario final de evaluación

Puntúe del 1 al 5 los siguientes ítems	Puntuación
A. El programa me ha servido para mejorar mis conocimientos y mi salud en relación a la perimenopausia B. El programa me ha parecido interesante C. Recomendaría a otras mujeres la participación en el programa D. Me siento mejor conmigo misma E. Percibo que podré afrontar esta etapa mejor F. He puesto en práctica lo aprendido en las sesiones G. Me he sentido cómoda en el transcurso de las sesiones H. He cumplido mis expectativas I. El lugar donde se ha desarrollado el programa es el adecuado para ello	
Indique con una nota de 0 a 10 Mi valoración general del programa es...	
Preguntas de respuesta abierta: ¿Qué aspectos del programa le han parecido más interesantes? ¿Qué aspectos del programa eliminaría y/o cambiaría? ¿Cómo cree que ha sido la actuación de la matrona? ¿Tendría que mejorar algo? Sugerencias/comentarios	

drían tender a elegir opciones centrales de respuesta, el de "deseabilidad social" en el que las participantes contestan lo socialmente aceptable, el "sesgo de aprendizaje o de proximidad" donde se contesta de forma similar a las respuestas anteriores o el "error lógico" donde las mujeres pueden considerar que han de contestar a todas las cuestiones de la misma manera²⁵.

Conclusiones y resultados

Al tratarse de un proyecto de actuación no se tienen datos objetivos de evaluación por parte de las mujeres, aunque subjetivamente, y esa es la intención al planificar la actividad, se cree en la mejoría de la calidad de vida física, emocional, incluso social de las mujeres candidatas a este programa simplemente con conseguir su aceptación de este proceso como un tránsito fisiológico en su vida que nada tiene que ver con una enfermedad sobrevenida, mitos y tabúes que aún persisten sobre todo en reductos machistas de la sociedad.

Por otra parte, dar información sanitaria a la mujer climáctica sana, que son la mayoría de las mujeres, supone actuar de forma preventiva sobre las principales patologías que incrementan su prevalencia en el climaterio, lo que sumado a la orientación de lograr cambios positivos en su estilo de vida, conseguirán el objetivo propuesto de tener mujeres menopáusicas con una mejor calidad de vida en su conjunto bio-psico-social, mujeres saludables, sin miedos y que puedan y deseen disfrutar también la perimenopausia, otro periodo normal de su ciclo vital.

Queda para un estudio posterior explotar los datos obtenidos de las evaluaciones de las mujeres para tener una valoración objetiva del grado de aceptación y beneficio que se obtenga con la puesta en marcha del programa propuesto.

Bibliografía

- Villa Gómez PM, Orellana M, Silva G. Programa de educación para la salud en el climaterio para disminuir los riesgos asociados a la menopausia. *Matronas Hoy*. 2017; 5(2):36-9.
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. *Menografía Perimenopausia*. 2012.
- INE Base. Estadísticas del padrón continuo. Principales series de población desde 1998. Año 2018 [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>
- Cárdaba RM, Cárdaba I. Concepción sociocultural del climaterio en occidente. *Cult Cui*. 2017; 21(49):108-14.
- Legorreta D. La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007; 25(1):44-51.
- Inayat K, Danish N, Hassan L. Symptoms of Menopause in Peri and Postmenopausal women and their attitude towards them. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017; 29(23):477-80.
- Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001; 52(3):345-56.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Menopause: diagnosis and management. 2015 [internet] [cited 8 ago 2019]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-pdf-1837330217413>
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. *Menografía Osteoporosis*. 2012.
- Goberna Tricas J. Promoción de la salud en el climaterio. *Matronas Prof*. 2002; 3(8):4-12.
- Bondarev D, Laakkonen EK, Finni T, Kokko K, Kujala UM, Aukee P, et al. Physical performance in relation to menopause status and physical activity. *Menopause* 2018; 25(12):1-10.
- Mercier J, Morin M, Lemieux MC, Reichetzer B, Khalifé S, Dumoulin C. Pelvic floor muscles training to reduce symptoms and signs of vulvovaginal atrophy: a case study. *Menopause*. 2016; 23(7):816-20.
- Dumoulin C, Hay-Smith J, Habeé-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2015; 34:300-8.
- Brækken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203(2):170.e1-170.e7.
- Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009; 20(1):45-51.
- Stüpp L, Resende APM, Oliveira E, Castro RA, Girao MJBC, Sartori MGF. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(10):1233-9.
- Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. Original research-pain: a prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *J Sex Med*. 2009; 6(7):1955-68.
- Bergeron S, Brown C, Lord M-J, Oala M, Binik YM, Khalife' S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28(3):183-92.
- Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Castelo-Branco C, Manubens, Alberich X, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y post-

- menopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Med Clin.* 2004; 122(6):205-11.
20. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. *Menoguía El ejercicio físico en la mujer durante la perimenopausia y la postmenopausia.* 2016.
 21. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. *Menoguía Vida y sexo más allá de los 50.* 2014.
 22. Climaterio. Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva (P.A.S.A.R.). Las Palmas de Gran Canaria. Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales. 2014 [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenido-Generico.jsp?idDocument=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
 23. Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y postmenopausia [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. [citado 8 ago 2019] Disponible en: <https://www.aetsa.org/publicacion/guia-de-practica-clinica-sobre-el-abordaje-de-sintomas-vasomotores-y-vaginales-asociados-a-la-menopausia-y-la-postmenopausia/>
 24. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 129, de 28 de mayo de 2009. p. 44697 a 44729 [citado 8 ago 2019]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-8881
 25. Martín Arribas C. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Prof.* 2004; 5(17):23-9.

Análisis crítico del cuidado recibido por una mujer gestante con preeclampsia severa en la UCI maternal

¹ Elena Martínez Martínez

¹ Alessandra Olcoz Ruiz

¹ Matrona. Unidad de Partos y Urgencias de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra-Hospital Materno Infantil Virgen del Camino. Pamplona.

E-mail: elemar99@hotmail.com

Fecha de recepción: 14 marzo 2019.

Fecha de aceptación: 27 junio 2019.

Cómo citar este artículo:

Martínez Martínez E, Olcoz Ruiz A. Análisis crítico del cuidado recibido por una mujer gestante con preeclampsia severa en la UCI maternal. *Matronas hoy* 2019; 7(2):14-20.

Resumen

Introducción: dado que la preeclampsia severa es una de las causas más importantes de mortalidad materna y perinatal y no existen recomendaciones absolutas cuando se produce entre la 26 y 34 semanas¹, este artículo describirá el cuidado recibido por una mujer gestante diagnosticada con preeclampsia severa por un equipo multidisciplinar, y en especial, el cuidado dado por del equipo de matronas mientras estuvo admitida en la unidad maternal de cuidados intensivos (UCI Maternal) en un hospital en el Reino Unido.

Objetivo: revisar el plan de cuidados ante un caso de preeclampsia severa para disminuir la afectación materno-fetal inmediata y posterior.

Metodología: investigación descriptiva con análisis crítico contextualizado de los signos y síntomas de esta condición reflejados en el sistema cardiovascular, sistema nervioso central, sistema renal y hepático, así como el tratamiento y cuidado dado por el equipo multidisciplinar durante la estancia hospitalaria de la paciente en un periodo de tres días. Este periodo transcurrirá desde su hospitalización hasta 48 h después de la finalización de la gestación. Para conseguir el objetivo del artículo, solo el cuidado recibido por la paciente en la unidad de cuidados intensivos maternos será analizado.

Conclusiones y resultados: a la vista de los resultados positivos en la resolución del caso se confirma que con el plan de cuidados ofrecido a la mujer X, de forma multidisciplinar y con una actuación importante de las matronas, se consiguió prevenir la evolución de la preeclampsia a eclampsia y la finalización en el momento más oportuno de la gestación en el contexto de la situación clínica manejada, minimizando los riesgos para la unidad materno-fetal.

Palabras clave: preeclampsia severa; hipertensión; unidad de cuidados intensivos maternos; matrona.

Abstract

Critical analysis of the care received by a pregnant woman with severe pre-eclampsia at the maternal ICU

Introduction: given that severe pre-eclampsia is one of the most important causes of maternal and perinatal mortality, and that there are no absolute recommendations when this occurs between weeks 26 and 34¹, this article will describe the care received by a pregnant woman diagnosed with severe pre-eclampsia by a multidisciplinary team and, particularly, the care provided by the team of midwives while the patient stayed at the Maternal Intensive Care Unit (Maternal ICU) at a hospital in the United Kingdom.

Objective: to review the plan of care for a case of severe pre-eclampsia in order to reduce the immediate and subsequent effect on mother and fetus.

Methodology: a descriptive research with contextual critical analysis of the signs and symptoms of this condition, shown in the cardiovascular system, central nervous system, renal and hepatic system; as well as the treatment and care provided by the multidisciplinary team during the hospital stay of the patient over a period of three days. This period started from her hospitalization until 48 hours after the end of pregnancy. In order to meet the objective of the article, only the care received by the patient at the maternal intensive care unit was analyzed.

Conclusions and results: given the positive outcomes in solving the case, it is confirmed that with the plan of care offered to Patient X, in a multidisciplinary manner and with major action by the midwives, it was possible to prevent the evolution from pre-eclampsia to eclampsia, and to end the pregnancy at the most adequate moment in the context of the clinical situation managed, thus reducing the risks for the mother-fetus unit.

Key words: severe pre-eclampsia; hypertension; maternal intensive care unit; midwife.

Introducción

La más reciente definición de preeclampsia al cierre de este artículo es la aportada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), que la ha definido como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. Sin embargo, algunas mujeres presentan la hipertensión y signos multisistémicos, que generalmente señalan la severidad de la enfermedad en ausencia de la proteinuria, y las últimas guías para la hipertensión en el embarazo de ACOG establecen que el comité de trabajo ha eliminado la dependencia del diagnóstico de preeclampsia en la proteinuria. En ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia (cuenta de plaquetas menor de 100.000/ μ L), disfunción hepática (niveles elevados dos veces la concentración normal de las transaminasas hepáticas en sangre), aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo².

Aunque no hay unanimidad en la definición de preeclampsia^{2,3}, puede ser considerado como parte del espectro de enfermedades conocidas como desordenes hipertensivos del embarazo⁴, estados hipertensivos (EHE), y está caracterizada por una respuesta vascular anormal a la placentación resultando en un desajuste uteroplacental. La preeclampsia puede ser dividida entre síndrome materno, el cual es producido por el espacio intervilloso de la placenta con alteraciones de placentación, que libera factores a la circulación maternal, conduciendo a daño endotelial y liberación de mediadores inflamatorios de hemólisis microangiopática⁵ y activación de neutrófilos⁶; y síndrome fetal, el cual no será analizado para el propósito de este ensayo.

La preeclampsia severa es conocida como el comienzo temprano de esta enfermedad obstétrica entre las semanas 24 y 32 cuyos mecanismos fisiopatológicos no están definidos con certeza, pero es una de las causas más importantes de mortalidad materna y perinatal¹.

El inicio precoz de la preeclampsia se asocia con gran riesgo para la madre y el lactante, tanto durante el embarazo como en el futuro. Esta es la razón de identificar de forma temprana la enfermedad, para realizar una vigilancia más intensiva o aplicar las terapias preventivas que puedan reducir el riesgo de enfermedad severa².

El manejo se centra en tres pilares: edad gestacional al diagnóstico, compromiso materno y compromiso fetal. De estos, la edad gestacional pareciera ser la de mayor impacto, observándose un mayor compromiso fetal y materno a edades gestacionales menores⁷.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que la preeclampsia es un proceso dinámico, y el diagnóstico de "preeclampsia leve" (término cuyo empleo ha de desalentarse) solo se aplica en el momento en que se establece el diagnóstico, porque la preeclampsia por naturaleza es progresiva, aunque a diferente velocidad².

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. Los estudios efectuados en diferentes centros en el ámbito mundial han mostrado una gran disparidad en cuanto a la incidencia de los EHE. La incidencia de los EHE, en general y en particular de la preeclampsia, es variable; esta variabilidad observada entre los diferentes países puede deberse en parte a la disparidad en la terminología y clasificaciones empleadas por los distintos autores, aunque no exclusivamente teniendo que haber otra serie de factores (nutricionales, genéticos, ambientales, etc.). Es de destacar la baja incidencia observada en España en relación a la observada en países del área anglosajona⁸. Así en 2010, el registro cardiotocográfico (RCOG) valuaba que en el Reino Unido 5/1.000 embarazos sufrían preeclampsia severa y 5/10.000 gestaciones eclampsia. En los casos de eclampsia, en el mismo informe, esta sociedad describía la tasa de letalidad en Reino Unido entorno al 1,8%⁹.

Datos más recientes de la ACOG confirman esta variabilidad al estimar que la preeclampsia complica entre 2 y 8% de los embarazos en el ámbito mundial¹⁰.

Cronología y análisis crítico del caso

La mujer X (se anonimiza el nombre para mantener la confidencialidad¹¹) fue derivada a las 27+5 semanas de gestación el 19 de abril a las 2:20 h desde un hospital con una unidad neonatal de nivel asistencial II, el cual no estaba preparado para proporcionar la atención al recién nacido en el probable caso de necesitar que la gestación fuera finalizada. La paciente X fue transferida a nuestra unidad a través del servicio de ambulancia con diagnóstico de preeclampsia severa por lo que fue inmediatamente admitida en la UCI maternal.

19 de abril (27+5 semanas de gestación)

Control de tensión arterial

La mujer X fue admitida con hipertensión severa (tensión arterial de 160/110 mmHg) o más elevada¹² (tensión arterial de la paciente: 180/110 mmHg). La tensión arterial fue tomada con esfigmomanómetro eléctrico durante su estancia como parte de la monitorización en UCI maternal, a pesar de que la evidencia científica es contundente en que la toma de la tensión arterial ha de ser manual, puesto que la toma con esfigmomanómetros eléctricos puede infraestimar la tensión arterial sistólica¹³. En este caso se utilizó

un manguito de tamaño pequeño, puesto que la circunferencia del brazo de la paciente era menor de 33 cm, a la altura del corazón⁹. Debido al diagnóstico y a los síntomas observados en la primera valoración, y de acuerdo con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013), se comenzó con la aplicación del protocolo para preeclampsia severa iniciándose con la monitorización de los signos vitales de la paciente cada 15 min. Como primera línea de tratamiento para la hipertensión, le fueron administrados a la mujer gestante antihipertensivos orales, aunque conforme su situación clínica se iba deteriorando con un preocupante descontrol tensión arterial, fue sustituida por terapia antihipertensiva endovenosa comotratamiento de elección. 30 min después de la administración del tratamiento antihipertensivo endovenoso, las tensiones arteriales registradas mostraron una clara mejoría reduciéndose significativamente (TA 140/90 mmHg).

La mujer X mostraba también un síntoma claro de edema facial. Esto se explica porque al ser la presión hidrostática capilar mayor en la zona arteriolar que en la venosa, el agua es forzada fuera a través de la pared capilar en la zona arteriolar hacia el espacio intersticial donde es luego reabsorbido en la zona venosa. Este movimiento de fluidos en los capilares, denominado osmosis¹⁴, ocurre de forma espontánea desde la zona con más concentración de proteínas hacia la de menor¹⁴. Por consiguiente, en la preeclampsia, el aumento de la presión en los vasos sanguíneos y el daño al tejido capilar endotelial significa que su permeabilidad ya no es suficientemente selectiva, por lo que permite que incluso los componentes proteicos más grandes de la sangre puedan cruzar hasta el espacio intersticial con el consecuente aumento de agua, produciendo edema en los tejidos.

Control de la coagulación

La cascada de coagulación está también estimulada por el daño endotelial y la posterior respuesta de las prostaglandinas. Por lo tanto, el uso excesivo de plaquetas y de los factores de coagulación puede, eventualmente, conducir a desarrollar coagulación diseminada intravascular (CID), una complicación relacionada con el síndrome HELLP, que según sus siglas en inglés consiste en hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y trombocitopenia, síndrome que forma parte del espectro eclámptico.

La mujer X fue prevista con medias de compresión gradual y se le prescribió heparina de bajo peso molecular esa misma mañana una vez que la tensión arterial fue controlada, por lo que no había riesgo inminente de proceder a la finalización de la gestación.

La primera analítica de la paciente mostró un recuento de plaquetas de 116x10⁹/L (valores normales entre 150-450x10⁹/L). También se procedió con *screening* de coagulación, aunque esto no es necesario si el recuento de pla-

quetas es mayor a 100x10⁹/L. Esta prueba mide la velocidad a la que actúa la protrombina, es decir, el tiempo que tarda en formarse un coágulo. Los resultados fueron: tiempo de protrombina (TP) 0,9 (rango de valores normales 0,85-1,15) y ratio internacional normalizada (INR) 0,9 (rango de valores normales 0,9-1,20), siendo estos valores normales como era de esperar.

Control del sistema nervioso central

El sistema nervioso central (SNC) de la paciente fue explorado por el jefe de guardia, que usó un martillo patelar para comprobar los reflejos tendinosos profundos, descubriendo una hiperreflexia y clonus¹⁴, que se refiere a la repetitiva contracción y relajación de los músculos. Esta es una variación extrema de hiperreflexia, lo cual significa que los reflejos tendinosos profundos están muy aumentados. Es bastante habitual que el reflejo del tobillo este alterado, causando contracciones reiterativas del pie o clonus. Este clonus esta normalmente causado por una lesión que afecta a la corteza cerebral motora o a la espina dorsal, lo que conduce a la pérdida de la inhibición de la contracción muscular. Cuando se toca un tendón muscular enérgicamente, el músculo se contrae de inmediato debido a un arco reflejo de dos neuronas que afecta al segmento de la columna vertebral o del tronco cerebral que inerva el músculo. La corteza cerebral y varios núcleos del tronco encefálico ejercen influencia sobre la entrada sensorial de los husos musculares por medio de las moto-neuronas gamma, estas neuronas suministran un conjunto de fibras musculares que controlan la longitud del huso muscular¹⁵. La hiperreflexia de la paciente indicaba una interrupción de las vías descendentes corticoespinales, que influyen en el arco reflejo y que confirma la afectación del sistema nervioso central, lo que significa que la posibilidad de convulsión eclámptica era real. Por lo tanto, la decisión de comenzar la terapia anticonvulsiva se tomó de manera apropiada y oportuna.

Una dosis de carga de 4 g de sulfato de magnesio en 20 ml de solución salina fue inyectada por vía intravenosa durante cinco minutos, seguido de una dosis de mantenimiento de 1 g/hora en una relación de 10 ml/hora. Este protocolo se inició de forma inmediata después de la primera evaluación de la paciente tras su admisión, según la prescripción del médico responsable (jefe de guardia) y acorde con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013).

Según el Magpie Trial Collaborative Group¹⁶, el fármaco anticonvulsivo de elección ha de ser sulfato de magnesio *versus* otros fármacos anticonvulsivantes, como la fenitoína y el diazepam, debido a que este presenta menor riesgo de neumonía y ventilación artificial, además de ser más seguro para el feto. Este ensayo presenta pruebas sólidas de que el sulfato de magnesio reduce a la mitad el riesgo de una crisis eclámptica y el riesgo de muerte materna.

Las crisis eclámpicas son causadas por un vasoespasmo continuo de los vasos sanguíneos cerebrales, que produce un severo incremento de la tensión arterial que los baroreceptores de los vasos no pueden revertir, lo que produce edema, isquemia, microinfarto y hemorragias¹⁷. El sulfato de magnesio actúa para ayudar a la vasodilatación, reduciendo así el edema cerebral y previniendo las convulsiones. Además de esto, también se monitorizó a la paciente para detectar signos de toxicidad por el propio sulfato de magnesio, como náuseas, debilidad, dificultad para hablar, visión doble y pérdida de reflejos patelares que pueden provocar bloqueo cardíaco, depresión respiratoria, depresión del SNC y paro cardíaco⁵. La frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno se midió cada hora durante su ingreso, siendo estas estables (frecuencia respiratoria entre 16 y 24 y saturación de oxígeno por encima del 96%), se usaron monitores cardíacos y los signos vitales se registraron cada hora; sin embargo, y a pesar de la evidencia anteriormente descrita, no hay constancia escrita de monitorización de reflejos tendinosos profundos.

Control renal

La función renal fue evaluada a través de un análisis de sangre, una tira reactiva de orina y un sedimento de orina para establecer el cociente urinario proteína/creatinina, que fueron recogidos inmediatamente como parte de la primera evaluación de la paciente tras su admisión acorde con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013).

Como se sabe, los riñones actúan como filtros que eliminan los productos de desecho dentro de la sangre y, por lo tanto, reciben hasta el 25% del gasto cardíaco. Para lograr esta función, el flujo sanguíneo sistémico entra en los riñones y se dirige hacia los glomérulos a través de las arteriolas aferentes. La filtración se produce a través de las asas capilares glomerulares, que constituyen la barrera de filtración glomerular (BFG) y consisten en la membrana basal glomerular (MBG) flanqueada por células epiteliales viscerales (también conocidas como podocitos) en el lado del espacio de Bowman y las células del endotelio capilar glomerular a lo largo de la luz capilar glomerular. El ultrafiltrado glomerular viaja desde la luz capilar glomerular, a través de las fenestraciones de células endoteliales, continuando a través del MBG, y finalmente atravesando los diafragmas de la hendidura entre los pedicelos podocitarios, hacia el espacio de Bowman. La integridad de la BFG evita la fuga de proteínas séricas en el espacio de Bowman¹⁸. Por lo que, cuando cualquier componente de la BFG está comprometido, surge la proteinuria.

A pesar de que hay errores considerables en el observador al realizar la prueba de la tira reactiva de orina¹⁹, este test también fue usado como parte de la evaluación de la paciente, que tuvo proteinuria 2+ en el momento del ingreso. Por esta razón, y por la sintomatología que la paciente presentaba, se envió un sedimento de orina para establecer el

cociente urinario proteína/creatinina, de manera acertada según la evidencia científica, para confirmar el diagnóstico inicial. Los resultados fueron 80 mg/mmol, y de acuerdo con las guías de actuación de preeclampsia del RCOG y las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013), un resultado superior a 30 mg/mmol se correlaciona con una excreción de proteínas en 24 h superior a 300 mg, por lo que no se realizaron más investigaciones (como la ya mencionada recolección de orina en 24 h, que es la prueba estándar de excelencia para proteinuria).

Los resultados de la analítica de la función renal se consideraron normales esa noche. Según Cryer et al.²⁰ el rango normal de creatinina en el embarazo es de 25-75 micromol/l. Este estudio también sugiere que los niveles de sodio y potasio deberán seguir siendo los mismos que los de una mujer no gestante: 135-145 mmol/l y 3,5-5,0mmol/l, respectivamente. Los resultados fueron: sodio de 137 mmol/l, nivel de potasio de 4,9 mmol/l y nivel de creatinina de 75 micromol/l, los cuales el equipo obstétrico de la UCI maternal consideró normales.

Siguiendo el protocolo del hospital, a la paciente se le insertó un catéter Foley vesical con urómetro para permitir una evaluación precisa de la producción de orina por hora y disponer de un balance hídrico. Además se le restringió la ingesta tanto de sólidos como de líquidos, y se inició una infusión cristaloides de la solución Ringer lactato mediante bomba de perfusión, dosificada a 75 ml/h, cantidad de fluido que sumado al de la infusión de sulfato de magnesio (10 ml/h) representa una perfusión total de 85 ml/hora. En este punto se observa una mínima diferencia (5 ml/h) entre la pauta de fluidoterapia seguida y la recomendada por la evidencia⁹ y las pautas de NICE¹² que recomiendan una perfusión total de fluidos de 80 ml/h, a menos que haya otras pérdidas en curso. El ligero incremento que se menciona no tuvo repercusión en la producción de orina de la mujer gestante, que se mantuvo entre 50 y 100 ml/hora durante las primeras 24 h de ingreso. Johnson y Taylor²¹ sugieren que debe ser de al menos 30 ml/hora de orina por lo que en este caso se logró una buena diuresis, lo que significa una función renal normal.

Control cardiorrespiratorio

La sobrecarga de líquidos es un peligro que se ha de vigilar cuando estos se administran, especialmente a mujeres con daño endotelial y posible disfunción renal como en la preeclampsia²². La sobrecarga de líquidos podría provocar un edema pulmonar (donde el líquido se filtra fuera de la circulación pulmonar hacia el tejido pulmonar) y podría provocar la muerte si no se trata de forma adecuada. La acumulación de líquido en los sacos alveolares eventualmente evita el intercambio efectivo de gases en la sangre y conduce a un paro respiratorio.

Además, se debe poner en práctica la monitorización continua de la saturación de oxígeno mientras la paciente está ingresada en la UCI maternal^{9,22}. La saturación de oxígeno de la paciente se mantuvo siempre por encima del 96% sin la necesidad de ningún soporte adicional. Se puede usar una vía de presión venosa central para medir con precisión el volumen circulante; sin embargo, no hubo suficientes indicadores para proceder, ya que el balance de líquidos fue mantenido adecuadamente.

Control hepático

El sistema hepático también se ve afectado por esta enfermedad vinculada al embarazo. En la preeclampsia, el edema asociado a esta afección hace que el hígado se inflame, produciendo en la paciente dolor epigástrico. Esto puede causar hemorragia de la cápsula hepática y eventualmente su rotura². Las células hepáticas (hepatocitos) contienen enzimas que se liberan al torrente sanguíneo si el hígado está dañado²⁴. Estas se llaman fosfatasa alcalina (FA), las cuales son también producidas por la placenta por lo que es normal que estén elevadas durante el embarazo y, por lo tanto, no se usa como marcador; alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST), las cuales estarían elevadas si hubiera daño en el sistema hepático. Los rangos normales para estas son ALT 5-40 U/l y AST 10-40 U/l (guías clínicas del hospital- *Trust guidelines*, 2013). El laboratorio del hospital solo mide ALT y se concluyó que los niveles eran normales (17 U/l).

Control fetal

A la vista de la temprana edad gestacional del feto de la paciente (27 semanas + 5 días) y la probabilidad de parto prematuro, la primera dosis de betametasona 12 mg intramuscular ya había sido administrada en su hospital local. Es sabido que el uso de corticosteroides para mejorar la maduración pulmonar fetal cuando se sospecha parto prematuro (menos de 34 semanas de gestación) es una importante indicación, puesto que reduce de forma significativa la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, conducto arterioso persistente y muerte neonatal²⁵. Sin embargo, aunque las enfermedades hipertensivas están dentro de las indicaciones principales para la finalización prematura de la gestación, relativamente pocos ensayos incluyeron mujeres embarazadas con preeclampsia, por lo que aún existen algunas dudas sobre la administración o no de corticosteroides en tales situaciones²⁶. A pesar de ello, la segunda dosis de 12 mg de betametasona se administró por vía intramuscular 12 h después de la dosis anterior (17 de abril a las 9:00), completando el curso de corticosteroides recomendado por las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013).

La unidad neonatal fue informada sobre el caso.

Aunque hay acuerdo general en que se han de controlar de forma exhaustiva los fetos de las mujeres gestantes con hipertensión gestacional y preeclampsia, no hay acuerdo ni en cuáles son las pruebas más adecuadas ni con qué frecuencia hay que llevarlas a cabo. De estas pruebas, solo se hará mención a la cardiotocografía fetal a realizar por las matronas cuya frecuencia estará condicionada por la gravedad del cuadro. También hay que efectuarla siempre que haya un empeoramiento brusco del estado materno. La información aportada sobre el bienestar fetal es puntual y no tiene valor predictivo (grado de recomendación B)⁸.

Más recientemente la guía NICE apoya esta conducta: si los resultados de todo el monitoreo fetal son normales en mujeres con preeclampsia o hipertensión gestacional grave, no se repite la cardiotocografía de forma rutinaria a menos que esté clínicamente indicado. En mujeres con preeclampsia o hipertensión gestacional severa se ha de repetir la cardiotocografía si ocurre:

- La mujer reporta un cambio en el movimiento fetal.
- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal.
- Deterioro en la condición materna.

En este caso, como se verá más tarde, el deterioro de la condición materna fue indicación para una nueva monitorización fetal.

20/06/14 (27 semanas más 6 días)

La tensión arterial de la mujer X se mantuvo estable durante su estancia en la UCI maternal, asintomática, con un balance de líquidos positivo, y se consiguió completar el tratamiento con sulfato de magnesio que fue finalizado 24 h después de haber sido comenzado de acuerdo con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013). Las pruebas de función renal y hepática se repitieron 6, 12 y 24 h después del ingreso, mostrando resultados normales, así como también el recuento de plaquetas. En vista de su estado estable se procedió a transferirla a planta maternal.

21/06/14 (28 semanas de embarazo y día del parto) y 22/06/14 (día 1 postparto)

La paciente fue transferida de vuelta a la unidad de cuidados intensivos maternal a las 09:30 h con una tensión arterial de 180/104 mmHg después de recibir su dosis habitual de 200 mg de labetalol y 10 mg de nifedipina retard por vía oral esa mañana. Una vez admitida en la UCI maternal se comenzó de inmediato con monitorización cardíaca, saturación de oxígeno y controles de tensión arterial cada 15 min. También se inició una pauta de labetalol intravenoso y se solicitó a la mujer que se mantuviera en ayunas de

acuerdo con la decisión tomada por el jefe de guardia acorde con las indicaciones de las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013). Se inició balance de líquidos (perfusión restringida a 85 ml/hora) y para ello además se insertó una sonda vesical permanente Foley con un urómetro conectado. Se procedió a realizar un registro cardiotocográfico para evaluar el bienestar fetal debido al incremento de riesgo de desprendimiento de la placenta en estos casos (el bienestar fetal en la preeclampsia no se discutirá debido a la limitación de número de palabras para el artículo).

Los resultados de la primera analítica fueron: plaquetas disminuidas a 101x10⁹/L; los niveles de creatinina aumentaron a 89 micromol/l y los resultados de ALT también aumentaron a 71 U/l. En vista del empeoramiento de la afección se decidió como prioridad la estabilización de la paciente, seguida de una cesárea de emergencia, por lo que se procedió a informar a la unidad neonatal.

En la preeclampsia es esencial planificar la finalización de la gestación cuando sea óptimo tanto para la madre como para el feto, aunque siempre se ha de recordar que la mujer es la prioridad. En la preeclampsia grave, la mujer gestante no obtiene absolutamente ningún beneficio al continuar con el embarazo²⁷, de hecho, el desconocimiento parcial de algunos de los pasos intermedios que operan para desencadenar finalmente el síndrome que se conoce como preeclampsia es responsable de que en la actualidad, la única forma de solucionarla de forma definitiva siga siendo finalizar la situación que la permite, es decir, la gestación⁸. Sin embargo, el manejo expectante tiene que considerarse como se hizo en el caso de la presente paciente si este está asociado con un feto prematuro extremo²⁸. En mujeres gestantes con síntomas persistentes de preeclampsia grave y disfunción renal significativa, la finalización de la gestación tiene que realizarse una vez que se consigue que la mujer esté estable.

La finalización de la gestación de la mujer X se realizó por cesárea urgente a las 16:12 h una vez que su tensión arterial fue estabilizada y que la seguridad de la paciente para ser anestesiada fue establecida por el equipo de anestesiólogos. Esta decisión se tomó de manera oportuna y apropiada de acuerdo con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013), las guías NICE⁹ y las guías RCOG¹².

La perfusión de sulfato de magnesio intravenoso se volvió a comenzar justo después de la cesárea y se mantuvo durante las siguientes 24 h de acuerdo con las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) (2013) debido al mayor riesgo de convulsiones eclámpicas durante el puerperio inmediato²⁸. La mujer fue readmitida en la UCI maternal estabilizada tras la cirugía.

En atención a que durante el periodo de postparto inmediato, existe una movilización de líquido extracelular que conduce a un aumento del volumen intravascular, lo que conduce a un mayor riesgo de edema pulmonar y exacerbación de la

hipertensión grave²⁴, la paciente permaneció en la UCI maternal durante 48 h después de la cesárea para poder efectuar un control más exhaustivo de su evolución, que incluía monitorización continuada de sus signos vitales y balance hídrico.

Conclusión y resultados

En conclusión, el tratamiento que recibió mujer X estuvo en línea con las guías clínicas actuales británicas (NICE y RCOG) y con el protocolo hospitalario. Se ha detectado un desajuste, aunque pequeño, entre las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) y la guía NICE con respecto a la cantidad de líquido que se debe administrar cuando este está restringido, siendo de 85 ml/hora en las guías clínicas del hospital (*Trust guidelines*) y 80 ml/hora según las guías NICE, por lo que sería conveniente a juicio de las autoras, la revisión de la guía clínica del manejo de pacientes con preeclampsia de este hospital.

También sería beneficioso garantizar que la UCI maternal tenga acceso a un esfigmomanómetro manual calibrado regularmente para asegurarse de que las cifras de T/A son más precisas.

Las autoras hacen constar el beneficio que supondría para la calidad del cuidado a las mujeres gestantes con preeclampsia en la UCI maternal, que las matronas estuvieran capacitadas para monitorizar los reflejos tendinosos y así asegurar su capacidad para monitorizar el sistema nervioso central dada la importancia de una correcta y pronta valoración de la sintomatología neurológica a fin de prevenir mayor daño.

A pesar de estas limitaciones, en general, el nivel de atención fue de alta calidad y resultó en la prevención de la evolución de la preeclampsia a eclampsia y en la finalización en el momento más oportuno de la gestación en el contexto de la situación clínica manejada, para mayor beneficio de la unidad materno-fetal.

Bibliografía

1. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. 4ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2006.
2. Pacheco-Romero J. Introduction to the preeclampsia symposium Rev Peru Ginecol Obstet. [internet] 2017 [cited 8 ago 2019]; 63(2). Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf>
3. Chappell L, Poulton L, Halligan A. Lack of consistency in research papers over the definition of pre-eclampsia. Midwifery Digest 2000; 10(1):37-8.
4. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. BMJ 2006; 332:463-8.

5. Vince GS, Starkey PM, Austgulen R, Kwiatowski D, Redman CWG. Interleukin-6, tumour necrosis factor and soluble tumour necrosis factor in women with pre-eclampsia. *BJOG* 1995; 102:20-5.
6. Von Dadelszen P, Watson RWG, Noorwali F, Marshall JC, Parodo J, Farine D, et al. Maternal neutrophil apoptosis in normal pregnancy, preeclampsia, and normotensive intrauterine growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181:408-14.
7. Sepúlveda-Martínez A, Hasbún J, Salinas H, Valdés E, Parra-Cordero M. Serie guías clínicas: Manejo de la preeclampsia. *Rev Hosp Clín Univ Chile* 2013; 24:246-60.
8. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Estados hipertensivos del embarazo. Documento de Consenso 147. Madrid: SEGO; 2007.
9. Tuffnell DJ, Shennan AH, Waugh JJS, Walker JJ. The Management of Severe Pre-eclampsia/eclampsia Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Guideline No, 10 (A). Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2006, Revised 2010.
10. ACOG Practice Bulletin No. 202: hipertensión gestacional y preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan; 133(1):e1-e25. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003018.
11. NICE. NICE clinical guideline 62- antenatal care: routine care for healthy pregnant women. RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2008.
12. NICE. Hypertension in pregnancy- The management of hypertensives disorders during pregnancy. Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2010.
13. Neilson J, for Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Capítulo 3: Pre-eclampsia and eclampsia' en 'Saving Mothers' Lives report-reviewing maternal deaths 2006-2008. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011; (Supl. 1)118:66-70.
14. Seeley RR, Stephens TD, Tate P. *Essentials of Anatomy and Physiology.* 5th ed. Boston: McGraw Hill; 2005.
15. Nick JM. Deep Tendon Reflexes: The What, Why, Where and How Tapping. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32(3):297-306.
16. The MAGPIE Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo- controlled trial. *The Lancet.* 2002; 359:1877-90.
17. Jordan S. *Pharmacology for Midwives- The evidence base for safe practice.* 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
18. Kuang-Yu J, Zoltan G. Laszik. Renal Effects of Preeclampsia, Microangiopathy. InTech [internet] 2002 [cited 8 ago 2019]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/microangiopathy/renal-effects-of-preeclampsia>
19. RCOG. Conservative management of pre-eclampsia (query bank). Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2013.
20. Sullivan A, Kean L, Crye A. *Midwife's Guide to Antenatal Investigations.* Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
21. Johnson R, Taylor W. *Skills for Midwifery Practice.* 4th ed. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2017.
22. Nelson-Piercy C. *Handbook of Obstetric Medicine.* 4th ed. Oakville, Canada: Apple Academic Press Inc.; 2010.
23. Walker JJ. Pre-eclampsia. *The Lancet.* 2000; 356:1260-5.
24. Richard A, Edwards S. *A Nurse's Survival Guide to the Ward.* 3rd ed. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2019.
25. Gamsu HR, Mullinger BM, Donnai PS, Dash CH. Antenatal administration of bethamethasone to prevent respiratory distress syndrome in preterm infants: report of a UK multicentre trial. *BJOB* 1989; 96:401-10.
26. No authors listed. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consensus development Panel on the Effect of Corticosteroids F Fetal Maturation on Perinatal Outcomes. *JAMA.* 2 1995; 73:413-8.
27. Kent A Preeclampsia. Management of Severe Preeclampsia. *Reviews in Obstetrics and Gynaecology.* 2008; 1(4):207-8.
28. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196:514.e1-514.e9.

¹ Ester Barrios Miras

² Gloria Aurora Boal Herranz

Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: síndrome de Sheehan

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

E-mail: gloriaboal@hotmail.com

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

Fecha de recepción: 6 de mayo 2019.

Fecha de aceptación: 1 de julio 2019.

Cómo citar este artículo:

Barrios Miras E, Boal Herranz GA. Un caso poco frecuente de hipogalactia severa materna: síndrome de Sheehan. *Matronas hoy*. 2019; 7(2):21-6.

Resumen

Introducción: el síndrome de Sheehan es un panhipopituitarismo debido a la necrosis isquémica de la adenohipófisis secundaria a un choque hipovolémico, habitualmente en el alumbramiento¹. Debuta con una insuficiencia lactotropa o incapacidad para lactar. Posteriormente puede asociarse con insuficiencia gonadotropa, corticotropa y tirotrópica, con las subsiguientes manifestaciones clínicas y atrofia mamaria y desaparición de los caracteres sexuales secundarios, astenia, anorexia e intolerancia al frío. El tratamiento consiste en la sustitución de las hormonas deficientes².

Objetivo: describir un caso clínico de síndrome de Sheehan detectado por la pediatra de Atención Primaria.

Material y método: diseño: caso clínico. Lugar: consulta de pediatría, Atención Primaria, Comunidad de Madrid, 2019.

Datos clínicos: recién nacida de cinco días que acude a la consulta de pediatría, junto con su madre, para primera revisión. Realizando la historia clínica, la madre cuenta que la recién nacida hace enganche natural al pecho desde las primeras horas de vida tras el cual recibe 60 ml de leche artificial. Desde hace dos días, además tras la puesta al pecho, lleva a cabo extracción de leche con extractor eléctrico sin sacar ningún volumen de la misma. La característica principal fue la incapacidad total para lactar, no hubo ningún otro signo o síntoma. En sucesivas consultas se constata la nula producción láctea.

Discusión: la incapacidad para lactar es el signo precoz en la mayoría de los casos descritos. El diagnóstico tan precoz contribuyó a la prevención de las manifestaciones propias del síndrome de Sheehan, evitando el mal pronóstico de la paciente⁴.

Conclusión: ante una mujer que desee y no pueda lactar, una completa y exhaustiva historia clínica unida a la exploración mamaria y del bebé son fundamentales para detectar enfermedades que interfieran en la lactancia y, como en el caso del síndrome de Sheehan que se presenta, evitar además un potencial riesgo para la vida de la mujer.

Palabras clave: síndrome de Sheehan; hipopituitarismo; hemorragia postparto.

Abstract

A rare case of severe hypogalactia: Sheehan syndrome

Introduction: Sheehan syndrome is panhypopituitarism caused by ischemic necrosis of the pituitary gland due to hypovolemic shock, typically during childbirth¹. It appears initially as lactotrope insufficiency or inability to breastfeed. Afterwards it can be associated with gonadotropic, corticotrophin and thyrotrophic insufficiency, with their subsequent clinical manifestations and mammary atrophy, and disappearance of secondary sexual characteristics, asthenia, anorexia, and cold intolerance. Treatment consists in the replacement of the deficient hormones².

Objective: to describe a case record of Sheehan Syndrome detected by the Primary Care Pediatrician.

Materials and Method: design: Case record. Place: Pediatrician Unit, Primary Care, Community of Madrid, 2019.

Clinical data: a 5-day-old newborn attends the Pediatric Unit with her mother for a first examination. While completing the clinical record, the mother refers that the newborn latched on naturally to her breast since her first hours of life, and after this she received 60ml of artificial milk. For the past two days, additionally to breastfeeding, she has been using an electric device for milk extraction, without producing any milk. The main characteristic was the total inability to breastfeed, there was no other sign or symptom. The lack of milk production was confirmed in subsequent consultations.

Discussion: inability to breastfeed is the early sign in the majority of cases described. Such an early diagnosis contributed to preventing the characteristics of Sheehan Syndrome, avoiding a poor prognosis in the patient⁴.

Conclusion: when faced with a woman who wants to breastfeed and is not able to, it is essential to prepare a complete and comprehensive clinical record together with the examination of the breast and the baby, in order to detect any diseases that can interfere with breastfeeding and, as in this Sheehan Syndrome case presented, also to avoid any potential risk for the life of the woman.

Key words: Sheehan syndrome; hypopituitarism; postpartum hemorrhage.

Introducción

En 1937, Sheehan y Murdoch describieron la existencia de un panhipopituitarismo secundario a un infarto y necrosis de la hipófisis en mujeres que habían sufrido accidentes hemorrágicos graves y shock hipovolémico durante el parto o en el puerperio inmediato¹. El síndrome de Sheehan es un panhipopituitarismo debido a la necrosis isquémica de la adenohipófisis secundaria a un choque hipovolémico, habitualmente en el alumbramiento². Es la causa más frecuente en mujeres en edad reproductiva, aunque últimamente se ha reducido de forma importante en países occidentales debido a los avances en el manejo obstétrico, aunque también se asocia de tumores hipofisarios enfermedades autoinmunes de la hipófisis, diabetes o anemia de células falciformes.

La necrosis de toda la adenohipófisis es infrecuente, más común es la afectación parcial de la glándula. Debe afectarse un 70-80% para que se manifieste el síndrome. Debuta con una insuficiencia lactotropa o incapacidad para lactar. Otras afecciones son las somatotropas y las gonadotropas (entre un 80-90% de los casos). La neurohipófisis también puede presentarse con afectación de la respuesta de la vasopresina al estímulo osmótico; es infrecuente la diabetes insípida. Posteriormente puede asociarse con insuficiencia gonadotropa, corticotropa y tirotrópica, con las subsiguientes manifestaciones clínicas y atrofia mamaria y desaparición de los caracteres sexuales secundarios, astenia, inapetencia, anorexia e intolerancia al frío, mixe-dema, pérdida de pigmentación de aréolas mamarias y región genital y la pérdida de peso, que puede llevar a la caquexia².

El diagnóstico se hará con la determinación basal de LH, FSH; GH; TSH y cortisol. El estudio se completa con la realización de pruebas de estimulación para cada una de las líneas celulares^{2,4}.

El tratamiento se centrará en la sustitución de cada una de las líneas afectadas. En el campo reproductivo, si la mujer no desea un nuevo embarazo se hará un tratamiento hormonal sustitutivo (THS). Cuando la paciente desee una gestación puede llevarse a cabo un tratamiento inductor de la ovulación con la administración conjunta de FSH y LH^{2,4}.

Objetivo

Describir un caso clínico de síndrome de Sheehan detectado por la pediatra del Centro de Salud de San Fernando (Comunidad de Madrid).

Material y método

Diseño: caso clínico. Lugar: consulta de pediatría, Atención Primaria, Comunidad de Madrid, 2019.

Datos clínicos del caso

Paciente de 36 años que acude a la consulta de pediatría de Atención Primaria para revisión primera de la recién nacida. Realizando la historia clínica la madre cuenta que la niña hace enganche natural a pecho desde las primeras horas de vida, tras el cual recibe 60 ml de leche artificial. Desde hace dos días, además tras la puesta al pecho, lleva a cabo extracción de leche con extractor eléctrico sin sacar ningún volumen de la misma.

Como antecedentes de interés destaca un embarazo normal con parto inducido a las 40 semanas por cuello favorable, tras el expulsivo mediante fórceps presenta sangrado importante por atonía uterina que precisa tres transfusiones de concentrado de hematíes intraparto, quedándose en una hemoglobina de 6,5 mg/dl. No efectúa contacto piel con piel al ser ingresada en la Unidad de Reanimación, a las seis horas sube a planta e inicia lactancia materna cada dos horas, la madre refiere haber tenido calostro los primeros días, a las 48 horas se inicia suplementación por pérdida excesiva de peso del neonato.

En el día de la consulta y durante la exploración, la recién nacida se muestra activa con buen color y buen tono, no presenta ningún problema anatómico que pueda afectar a la succión, tampoco asimetrías faciales que pudieran ser secundarias al uso de fórceps, buena ganancia ponderal con una exploración dentro de límites normales.

Dado el estado de cansancio y debilidad de la madre se mantiene tumbada durante la exploración por mareo, se decide volver a citar en 48 horas en consulta combinada de pediatría/matrona para realizar la historia clínica completa, ver enganche, técnica de extracción y exploración mamaria.

Al llevar a cabo la historia clínica de la madre no presenta enfermedad alguna previa al embarazo, no ha utilizado medios de fecundación asistida ni ha tenido abortos previos. Durante el embarazo presentó cambios ligeros en las mamas y en el último trimestre fue derivada al Servicio de Endocrinología por TSH 6,9 y hormonas tiroideas normales, no se consideró necesario el uso de tiroxina previo al parto (Tabla 1).

En la primera visita se efectúa la observación de una toma y no se detectan dificultades en el agarre. A las 48 horas la situación es similar, cada dos horas lleva a cabo enganche espontáneo al pecho sin tragos audibles, tras el cual se procede a realizar extracción con sacaleches eléctrico, no consiguiendo extraer ninguna cantidad. Se constata buena postura, buen agarre, que la recién nacida hace de manera espontánea sin ayuda, pero sin succión nutritiva; tras la toma se revisa el extractor que tiene buen funcionamiento pero no consigue extraer leche en consulta.

La exploración mamaria refleja mamas no ingurgitadas sin signos de hipoplasia en los cuatro cuadrantes.

Tabla 1. Resultados analíticos

Hormona	Valor	Valores de referencia
Prolactina	15,3 ng/dl	Mujeres gestantes (9,7-208,5)
TSH	2,38 µ/ml	(0,35-5,5)
T3	1,9 pg/ml	(2,3-4,2)
T4	0,67 ng/dl	(0,77-1,76)
Cortisol	3,4 µ/dl	(5-25)
FSH	0,7 mUI/ml	Mujeres embarazadas (< 0,3)
LH	< 0,1 mUI/ml	Mujeres embarazadas (0,1-1,5)
Progesterona	< 0,15 ng/ml	Embarazo 3 ^{er} trimestre (48,4-422,5)
Estradiol	< 12 pg/ml	Fase folicular (19,5-144,2)

Dado los antecedentes de la madre y la situación de hipogalactia severa se plantea la posibilidad de que la hipogalactia sea secundaria a enfermedad materna, por lo que se solicita analítica para descartar causas hormonales (Tabla 2).

Resultados analíticos: entre los resultados de la analítica destacan: prolactina 15,3 ng/ml (mujeres gestantes 9,7-208,5), TSH 2,38 µU/ml, T3 1,9 pg/ml (2,3-4,2), T4 0,67 ng/dl (0,77-1,76), cortisol 3,4 µg/dl (5-25), FSH 0,7 mUI/ml (mujeres embarazadas < 0,3), LH < 0,1 mUI/ml (mujeres embarazadas 0,1-1,5), progesterona < 0,15 ng/ml (embarazo tercer trimestre 48,4-422,5), estradiol < 12 pg/ml (fase folicular 19,5-144,2).

Aunque no existían valores de referencia de laboratorio para mujeres tras 10 días de parto se observa un fallo en el eje

hipofisario, con disminución de función tiroidea, adrenal e hipoprolactinemia, por lo que es derivada por sospecha de hipopituitarismo al servicio de urgencias.

En el servicio de Urgencias no confirman el diagnóstico, dado que algunos valores se consideran dentro de rangos normales según los límites del laboratorio de referencia, y derivan el caso al servicio de endocrino preferente.

A pesar de que el estado de la paciente ha mejorado notablemente tras el parto y no presenta ningún síntoma asociado a la insuficiencia hipofisaria, salvo el fracaso en la lactancia, el endocrinólogo confirma el hipopituitarismo, posiblemente secundario a necrosis hipofisaria postparto, iniciando tratamiento con hidrocortisona y una semana después con tiroxina, se confirma la imposibilidad de lactancia dados los bajos niveles de prolactina en sangre.

Tabla 2. Signos y síntomas de hipopituitarismo

Déficit hormonal	Síntomas	Signos
ACTH	Debilidad, anorexia, náuseas, vómitos	Hipotensión, hiponatremia, hipoglucemia
TSH	Sequedad de piel, intolerancia al frío, estreñimiento, cansancio	Bradycardia, anemia, hipotermia
LH/FSH	Oligo/amenorrea, disminución de la libido, infertilidad, depresión	Disminución del vello púbico y axilar, atrofia mamaria
GH	Disminución de energía, disminución de memoria, síntomas neuropsiquiátricos	Disminución de la masa muscular, disminución de la capacidad de ejercicio
Prolactina	Fallo lactancia	
Vasopresina	Poliuria, polidipsia	Hipernatémica, deshidratación

La resonancia magnética nuclear (RMN), realizada un mes después del parto, no encuentra alteraciones valorables salvo una hipófisis aumentada de tamaño, la captación de gadolinio no evidencia lesiones focales visibles.

La madre se mantiene en tratamiento con hidrocortisona y tiroxina hasta la fecha de la publicación, dado que se mantiene la insuficiencia hipofisaria.

Diagnóstico: hipopituitarismo posiblemente debido a necrosis hipofisaria secundaria a hemorragia intraparto, síndrome de Sheehan (Cuadro 1).

Discusión

En 1937 el patólogo británico Harold Leeming Sheehan describió la necrosis hipofisaria postparto secundaria a la hemorragia durante el parto¹. El síndrome de Sheehan es un hallazgo infrecuente en países desarrollados, pero no así en países subdesarrollados; en 2005 se reportó una prevalencia en India de un 3% de las mujeres, 2/3 de ellas había parido en casa, en cambio en 2009 se reportó una prevalencia en Islandia de 5,1/100.000 mujeres⁵. Matsuzaki et al.⁶, en 2017, refería que un 1-2% de los partos en Japón presentaba una hemorragia obstétrica siendo el síndrome de Sheehan una complicación derivada de ella⁶.

La hipófisis es una glándula localizada en la silla turca. Su parte anterior, la adenohipófisis, es responsable de la estimulación de otros órganos necesarios para la vida de la persona, como son las glándulas suprarrenales, la glándula tiroides, los órganos sexuales y la lactancia. La parte posterior, la neurohipófisis, es responsable de la síntesis

de oxitocina y de la hormona antidiurética (ADH), su alteración da lugar a diabetes insípida con hiponatremias graves^{3,4}.

La glándula hipofisaria puede llegar a aumentar un 33-40% su volumen durante el embarazo, no haciéndolo la silla turca que es el sitio que contiene la glándula, ni el pedículo por donde llegan los vasos a la misma. Esta situación hace que sea vulnerable a la isquemia, habiendo casos descritos de síndrome de Sheehan ante sangrados postparto poco importantes^{4,5}.

La función hipofisaria no siempre se ve afectada, depende en gran parte del porcentaje de tejido residual, un 50% de glándula residual puede no dar un déficit hormonal, para que exista clínica ha de haber un déficit del 70% de su función hablando de hipopituitarismo completo si la pérdida es mayor del 90%⁴.

Los déficits más precoces son el de prolactina y el de Gh dado que se sintetizan en la parte inferior y lateral de la glándula que es la más sensible a la isquemia⁵.

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con la aparición de un adenoma hipofisario silente o con la hipofisitis postparto. El antecedente de una hemorragia durante el parto es clave a la hora de orientar el diagnóstico hacia un síndrome de Sheehan.

La hipofisitis postparto es un caso raro de hipopituitarismo que se inicia en el embarazo o en el postparto inmediato, es de origen autoinmune, y debuta con insuficiencia hipofisaria, aunque los niveles hormonales suelen sufrir una disminución menos acusada que en el síndrome de Sheehan y un 40% de los casos cursa con hiperprolactinemia. Los marcadores inflamatorios y los anticuerpos antihipofisarios pueden estar ele-

Cuadro 1. Causas maternas de hipogalactia

Enfermedades previas al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades endocrinas (SOP, hiperandrogenismo, hipotiroidismo, hipopituitarismo) • Enfermedades autoinmunes (tiroiditis, lupus) • Cáncer infantil con radiación de tiroides/hipófisis/hipotálamo • Cirugías previas de mama
Enfermedades en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia • Diabetes gestacional
Factores relacionados con el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • Parto instrumental (fórceps o ventosa) • Medicación y sueroterapia • Parto traumático • Enfermedades maternas (abruptio, hemorragia, corioamnionitis)
Factores relacionados con el postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Placenta retenida

vados aunque podrían ser normales. Es posible que la inflamación de la glándula dé lugar a cefaleas bruscas y alteraciones visuales^{7,8}.

La RMN es la prueba clave para establecer el diagnóstico, en ella se vería la masa correspondiente al adenoma silente. En el caso de hipofisitis o síndrome de Sheehan el diagnóstico es más complicado, en fase crónica ambos pueden dar una imagen de silla turca vacía, y son tan pocos los casos publicados en fase aguda que existen pocas referencias. La hipofisitis tendría un aumento difuso de captación de gadolinio que no se observaría en el síndrome de Sheehan, aunque ambos cuadros pueden dar una imagen normal los primeros días tras el parto⁷.

El tratamiento también difiere en los tres casos, la cirugía descompresiva estaría indicada en el adenoma y la hipofisitis, y altas dosis de corticoides en el caso de esta última. Ninguna de estas medidas estaría recomendada en un síndrome de Sheehan⁷.

El tratamiento sustitutivo con hidrocortisona y tiroxina está indicado en todos los casos, siendo preceptivo tratar con hidrocortisona y días después con tiroxina, dado que normalizar la función tiroidea podría precipitar una crisis adrenal. En esta paciente se inició el tratamiento con tiroxina una semana después que el de hidrocortisona. La terapia con esteroides sexuales y con Gh ha de también considerarse en estos casos⁵.

En el presente caso, el sangrado importante secundario a atonía uterina unido a la ausencia de marcadores inflamatorios orientaba a síndrome de Sheehan. La RMN en fase aguda no fue concluyente, quedando pendiente una RMN meses después del diagnóstico.

La mayoría de los casos de síndrome de Sheehan aparecen a los meses e incluso años después del parto, siendo muy pocos los casos de debut agudo. En todos ellos se constata un fracaso en la lactancia que no fue signo de sospecha y se atribuyó a otros factores. El diagnóstico tardío aparece cuando ocurre una insuficiencia de órganos vitales dando lugar a síntomas inespecíficos (Tabla 2)⁹ o síntomas más agudos que pongan en peligro la vida de la persona. La causa de muerte más habitual en un síndrome de Sheehan es la crisis adrenal.

La presentación aguda, días después del parto, es mucho menos frecuente. Pocos casos han sido publicados y los síntomas eran cefalea, insuficiencia suprarrenal, hiponatremia e hipotiroidismo^{5,6,7,10}. En todos ellos fracasaba la lactancia sin que este dato fuera relevante en la historia clínica, en un caso publicado se administró Parlodel® para suspender la lactancia ante la situación grave de la madre⁷.

Solo un 5% de casos debuta como una diabetes insípida por un fallo en la neurohipofisis⁷.

Ante un caso de hipogalactia severa, como el presente caso, es importante la realización de una completa historia clínica

de la madre y el bebé buscando datos que puedan orientar a la causa de la hipogalactia (Cuadro 1)¹¹.

Datos previos al parto, como antecedentes de desórdenes hormonales como el síndrome de ovario poliquístico o el hiperandrogenismo y antecedentes durante el embarazo de hipotiroidismo, diabetes gestacional o preeclampsia¹².

Información del tipo de parto, si fue vaginal, cesárea o parto instrumental, si existió alguna complicación en el mismo como una hemorragia, retención de productos placentarios o complicaciones en el neonato como asimetrías faciales, paladar hendido o depresión respiratoria.

Si han tenido lugar las prácticas hospitalarias recomendadas como el contacto piel con piel, el alojamiento conjunto, la puesta precoz al pecho y el apoyo durante las primeras horas de vida.

Información de la lactancia en el momento de la consulta, frecuencia y duración de las tomas, si hay dolor en la mama, si hay extracción tras las mismas o suplementación. Exploración de las mamas, si están ingurgitadas o involucionadas, así como si presentan algún signo de hipoplasia en sus cuadrantes o cicatrices que sugieran cirugía mamaria previa.

Visualización de toma en consulta valorando el enganche, la postura y la succión nutritiva.

Al recoger una historia clínica completa en esta madre se encontraba que no existía ningún dato que justificara una hipogalactia tan severa, únicamente el antecedente de hipotiroidismo no tratado podía ser un factor influyente dado que la función tiroidea es esencial para la lactancia. No hubo contacto piel con piel inicial, pero sí puesta precoz al pecho con buen agarre.

Durante los primeros días de vida del bebé tuvo una pérdida de peso no cuantificada en la historia, pero que obligó a iniciar suplementación que en el momento de la consulta era el 100% de las necesidades del bebé (60-70 ml por toma). Además de la suplementación, se inició extracción de leche para estimular la producción de la misma, sin ningún tipo de respuesta.

Descartando causas de falta de agarre, falta de demanda en un bebé somnoliento, y normalidad en la mama salvo la falta de ingurgitación a los 10 días de vida, se plantearon otras causas menos frecuentes pero que podrían justificar la hipogalactia severa de la madre.

La analítica realizada en Atención Primaria con petición de pruebas hormonales sugería un cuadro de hipopituitarismo, debido a las cifras bajas de cortisol plasmático se derivó a urgencias el mismo día. Cabe reseñar que fue una semana después cuando se confirmó el diagnóstico por el servicio de endocrino y no en el momento de la derivación. El retraso en el diagnóstico fue debido a que los límites de laboratorio para prolactina no especifican los niveles que se han de en-

contrar en madres lactantes, una prolactina de 15 es claramente baja en el presente caso clínico, pero no alarmó al clínico que se basó en los rangos descritos por el laboratorio y en la falta de síntomas de la paciente. Por dicho motivo fue dada de alta y derivada de forma preferente a endocrinología, quien confirmó el diagnóstico e inició el tratamiento oportuno.

Conclusión

La lactancia es una de las funciones primarias para las que está preparado el ser humano, se entiende como necesaria para la supervivencia de la especie. Cuando una mujer no puede lactar, a pesar de la normalidad de su historia clínica y su exploración, tiene que saltar la alarma en el clínico sobre enfermedades que afectan a la mujer e interfieren la lactancia.

El diagnóstico precoz del síndrome de Sheehan mejora su pronóstico, pues no da lugar a síntomas clínicos que ponen en peligro la vida de la mujer, como es la crisis adrenal. Una completa historia clínica unido a la exploración mamaria y del bebé son fundamentales para orientar el cuadro.

Entender que la mujer está preparada para lactar y que el no poder hacerlo es una anomalía, y no un hecho poco relevante en su vida, puede mejorar su salud. Este caso es el segundo publicado en el que el único síntoma de hipopituitarismo fue el fallo en la lactancia, el resto de casos se diagnostican o bien de forma aguda por síntomas graves (convulsiones, coma, crisis adrenal) o bien meses o años después, dejando el fallo de lactancia solo como un hecho a reseñar.

Intervenir en la lactancia forma parte del cuidado en la salud de la madre y el bebé.

Bibliografía

1. Sheehan HL. Postpartum necrosis of anterior pituitary. *J Pathol Bact* 1937; 45:189-214.
2. Cabero Roura L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
3. Ramos-López L, Pons-Canosa V, Juncal-Díaz JL, Núñez Centeno MB. Síndrome de Sheehan tras hemorragia obstétrica. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2014; 61(10):575-8.
4. Contreras Zúñiga E, Mosquera Tapia X, Domínguez Villegas MC, Parra Zúñiga E. Síndrome de Sheehan: descripción de un caso clínico y revisión de la bibliografía. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2009; 60(4):377-81.
5. Kilicli F, Dokmetas HS. Sheehan's syndrome. *Gynecological Endocrinology* 2013; 29(4):292-5.
6. Matsuzaky S, Endo M, Ueda Y, Mimura K, Kakigano A, Ega-wa-Takata T, et al. A case of acute Sheehan's syndrome and literatura review: a rare but life-threatening complication os postpartum hemorrhage. *BMC Pregnancy and childbirth*. 2017; 17-188.
7. Dejager S, Gerber S, Foubert L, Turpin G. Sheehan's syndrome: differential diagnosis in the acute phase. *J Inter Medicine*. 1998; 244:261-6.
8. Tirosh A, Hirsch D. Variations in clinical and imaging findings by time of diagnosis in females with hypopituitarism attributed to lymphocytic hypophysitis. *Endocrine Practice* 2016; 22(4):447.
9. Hgosidialwa O, Agha A. Hypopituitarism post traumatic brain injury (TBI): review. *Irish Journal of Medical Science*. April 2019.
10. Rahmani Tzvi-Ran I, Olchowski J. A rare cause of postpartum acute hyponatremia. *Endocrinology, Diabetes and Metabolism*. March 2019. DOI: 10,1530/ EDM 18-0124.
11. Hetzel Campbell S, Lauwers J, Mannel R, Spencer B. Core curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. 2019. Jones and Bartlett Learning, LLC. Ascend Learning Company.
12. Casas Chávez CM, Mancera Castillo L. Síndrome de Sheehan. Descripción de un caso y revisión de la literatura. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*. 2013; 5(1):38-41.

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

Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve (IMB)

^{1,2} Cristina Franco-Antonio

¹ Santano-Mogena E.

¹ Calderón-García J.F.

¹ Rico-Martín S.

² Poblador-Borrella S.

² Soto-Terrón L.

¹ Cordovilla-Guardia, S.

¹ Matronas del Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura

² Matronas Servicio Extremeño de Salud

Contacto: cristinafrancounex@gmail.com

Fecha de recepción 25 abril 2019. Fecha de aceptación 1 julio 2019.

Cómo citar este artículo:

Franco-Antonio C, Santano-Mogena E, Calderón-García JF, Rico-Martín S, Poblador-Borrella S, Soto-Terrón L, et al. Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve (IMB). *Matronas hoy* 2019; 7(2):28-35

Resumen

El trabajo pertenece al desarrollo del Proyecto MOTIVA Lactancia que consiste en la utilización de la intervención motivacional breve (IMB) en el fomento de la salud, en concreto en el abordaje del apoyo a la lactancia para conseguir objetivo de salud global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es prolongar la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses.

Objetivos: aumentar el número de mujeres que den LME los 6 primeros meses. Valorar la eficacia de la IMB para incrementar la adherencia a la LME.

Método: ensayo clínico aleatorizado multicéntrico realizado en dos hospitales de Badajoz (CC.AA. de Extremadura) en mujeres que tuvieron un parto vaginal con recién nacido (RN) sano e inicio de la LM en la primera hora de vida.

Resultados: a falta de resultados finales, en los análisis preliminares sobre la eficacia de la IMB no se detectan diferencias significativas en la duración de la LM entre grupos, si parece haber una tendencia a mayor duración de la LME y LM en el grupo que ha recibido la IMB, lo que se ve apoyado por el análisis de la supervivencia de la LME, en donde sí empiezan a aparecer diferencias significativas a favor del grupo que recibe la IMB (Long Rank $p=0,045$). Siendo alentador encontrar que la IMB parece tender a tener un efecto protector sobre el abandono de la LME, previniendo cerca del 70% de los abandonos (HR 0,288 (0,075-1.104) $p=0,064$).

Palabras clave: lactancia materna; apoyo; fomento; intervención motivacional breve.

Abstract

A clinical trial for improving adherence to exclusive breastfeeding through a brief motivational intervention

Objective: this study is included in the development of the MOTIVA Breastfeeding Project, which consists in the use of "Brief Motivational Interventions" in health promotion, specifically for addressing the support for breastfeeding in order to achieve the overall health objective by the World Health Organization (WHO), which is to prolong exclusive breastfeeding (EBF) for the first six months of life.

Objectives: to increase the number of women giving EBF during the first six months. To assess the efficacy of the BMI for improving adherence to EBF.

Method: a multicenter randomized clinical trial, conducted in two hospitals from Badajoz, in women who underwent vaginal delivery with a healthy newborn and BF initiated during the first hour of life.

Results: while no final outcomes were available, no significant differences were detected in the preliminary analyses on the efficacy of the BMI in terms of BF duration between both arms; however, there seemed to be a trend towards the longer duration of EBF and BF in the arm which received the BMI, and this was supported by the analysis of EBF survival, where significant differences started to appear in favour of the arm receiving the BMI (Long Rank $p=0.045$). It is encouraging to find that BMI seems to present a trend towards a protective effect on EBF discontinuation, preventing almost 70% of discontinuations (HR 0.288 (0.075-1.104) $p=0.064$).

Key words: breastfeeding; support; promotion; brief motivational intervention.

Nota editorial

La publicación del presente trabajo ha sido realizada a petición de la Asociación Española de Matronas (AEM), entidad patrocinadora del premio concedido a los autores y responsable del contenido científico de esta revista que, como es habitual, siempre que otorga un premio de investigación legítimamente se reserva el derecho de la publicación en cualquiera de los medios a su disposición. A la solicitud de la AEM tras la concesión del premio, los autores éticamente respondieron que los resultados finales estaban comprometidos con una revista extranjera de impacto y no querían incurrir en autoplagio reproduciendo información similar en ambas. Además, fue informado el Comité Editorial y así consta bajo el epígrafe "Antecedentes" de este trabajo, también para información de los lectores, que los datos aportados son obtenidos de un mismo proyecto de investigación del cual se había llevado a cabo una publicación parcial previa (del proyecto) y cuya referencia se incluye en el presente artículo¹.

El Comité Editorial de esta revista, con pleno conocimiento de la circunstancia y acuerdo, ha decidido que está plenamente justificada su publicación, ya que si bien los autores presentaron el resumen al congreso, existe consenso de que la publicación previa de un resumen en un congreso científico no constituye publicación duplicada, que la información aportada en este trabajo aun sin resultados finales es de interés para el colectivo y que la situación especial de que la presente publicación se haga en castellano, siendo el artículo comprometido en inglés, y con datos finales de la intervención, nos hace creer no estar haciendo una publicación redundante que ponga en compromiso nuestra ética editorial y la de los autores que han actuado de buena fe informando de la situación.

Antecedentes

Este trabajo ha sido premiado por la Asociación Española de Matronas con el premio a la mejor comunicación oral elaborada por matronas en el marco del X Congreso Español de Lactancia Materna, por reconocer en él la calidad de un estudio de investigación que focaliza su objetivo en la implementación de una acción sanitaria que puede ser determinante para el fomento y mantenimiento de la lactancia materna, objetivo de salud materno-infantil, y que por añadidura pone en valor la investigación científica hecha por matronas.

Con anterioridad a este premio, la Confederación Internacional de Matronas (ICM), que anualmente convoca el *ICM Research Award* con el propósito de promover la investigación de partería a fin de mejorar y documentar la práctica de esta basada en la evidencia y desarrollar aún más la capacidad de investigación de este colectivo, premió el entonces proyecto de este trabajo, con el *ICM Research Award* 2018.

El trabajo tiene su origen en el desarrollo del Proyecto MOTIVA Lactancia¹, proyecto que representa la línea de investigación de la tesis doctoral de Cristina Franco, investigadora principal del proyecto. Esta línea de investigación surge de su interés como matrona por mejorar no solo las tasas de lactancia materna en su área de atención, sino también la experiencia de las madres con la lactancia, dado que como profesional se ha encontrado en múltiples ocasiones a madres que a pesar de su deseo de lactar lamentan no haber podido hacerlo por diversas circunstancias.

En la búsqueda de la mejor manera de llevar a cabo su línea de investigación, la experiencia del Dr. Sergio Cordovilla (director de su tesis) en investigación sobre la eficacia de la intervención motivacional breve (IMB), en su caso aplicada a la reducción de recidivas de traumatismos asociados al consumo de sustancias, persuadió a la investigadora de que tendría interés seguir investigando sobre las múltiples utilidades de la IMB en el fomento de la salud, y por tanto, además de aplicable al abordaje del apoyo de la lactancia, su utilización aportaría un enfoque novedoso a su investigación.

Introducción

La leche materna es el alimento idóneo para el recién nacido, producto de gran complejidad biológica, activamente protector e inmunomodulador que estimula el desarrollo adecuado del lactante² y cuya eficacia protectora guarda una relación directa con la frecuencia y duración del amamantamiento^{2,3}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan como prácticas adecuadas de alimentación infantil el inicio precoz de la lactancia materna (LM) en la primera hora de vida del recién nacido (RN), prolongar la lactancia materna de manera exclusiva (LME) hasta los 6 meses y la introducción de los alimentos complementarios a la LM a partir del sexto mes, prolongando la LM hasta al menos los 2 años⁴⁻⁶.

En España el porcentaje de madres que inician la lactancia materna se encuentra en torno al 77% y el porcentaje de mujeres que mantiene la LME hasta el sexto mes varía entre el 20 y el 39% según la evidencia disponible⁷⁻¹⁰. Cifras estas alejadas del objetivo de salud global de la OMS, que estipula alcanzar una tasa del 50% de niños alimentados con LME a los 6 meses¹¹.

Hay diferentes factores que influyen en la duración de la LM, entre ellos: factores sociodemográficos y culturales (edad, nivel educativo, tener o no pareja, etc.)^{12,13}; prácticas sanitarias (el contacto precoz madre-hijo, el uso habitual de suplementos o el seguimiento al alta hospitalaria)¹⁴⁻¹⁷; políticas sobre maternidad^{16,18}; las dificultades que aparecen en el inicio (retraso de subida de la leche, dolor, grietas, etc.)^{19,20}; y la percepción de escasa producción de leche²¹.

Por otro lado hay evidencia sobre la importancia de la autoeficacia en LM (AELM) como factor protector frente al abandono precoz de la misma^{13,22-24}. La AELM es la creencia de la propia madre en su capacidad de amamantar a su bebé²⁴. La intensidad de esta creencia se relaciona con el esfuerzo de la madre en mantener la LM superando los obstáculos que puedan aparecer e influye en su decisión de no abandonar la LM²⁴. Es, por tanto, un buen objetivo terapéutico para trabajar en la promoción de la LM²⁵.

Varios estudios han trabajado en la mejora de la adherencia a la LM a través de la optimización de la AELM, incrementando las tasas de LM.

El abordaje de estos estudios ha seguido metodologías variadas: educación prenatal^{26,27}, apoyo postparto²⁸ o la combinación de ambos^{29,30}. Un meta-análisis reciente³¹ concluye que las actividades combinadas son más exitosas en el incremento de la AELM, pero no permite determinar cuál es el mejor enfoque terapéutico.

Por otro lado, hay una amplia evidencia sobre la eficacia de la (IMB) basada en la entrevista motivacional^{32,33} en la promoción de hábitos saludables³⁴⁻³⁸.

Intervención motivacional breve (IMB)

La IMB es un enfoque terapéutico basado en una entrevista colaborativa centrada en el cliente, que trata de indagar en las motivaciones intrínsecas para el cambio, explorando los propios objetivos de las personas³³. La duración de la IMB oscila entre los 7,5 y 60 minutos y puede ser llevada a cabo por cualquier profesional sanitario con formación específica^{33,39,40}. Apoyar e incrementar la autoeficacia es uno de sus principios³⁹. Algunos estudios han demostrado su eficacia en una única intervención en determinadas circunstancias (como el ingreso hospitalario)^{41,42}, sobre todo si se combina con refuerzos telefónicos tras el alta⁴³⁻⁴⁵.

Pocos estudios han examinado la posible eficacia de este enfoque terapéutico en la promoción de la LM, solo tres estudios lo han hecho y sus resultados parecen indicar la mejora de las tasas de LM en los primeros 4 meses, pero cada estudio emplea momentos diferentes para su aplicación (2º-4º día postparto, 2º o 6ª semana postparto o 2º y 4º mes postparto)⁴⁶⁻⁴⁸, lo que dificulta extraer una conclusión sólida.

En este sentido es importante fijarse en lo que se conoce como *teachable moment*, una situación o circunstancia que favorece el cambio de conducta de las personas hacia comportamientos más saludables⁴⁹, se ha comprobado que incrementa la eficacia de las actividades de educación para la salud el ingreso hospitalario^{41,50}, la comunicación de un diagnóstico o embarazo⁵¹. Además, algunos autores señalan la importancia de reforzar las actividades de promoción de la LM en momentos críticos de abandono⁵² identificados en España tras el alta hospitalaria y el fin de la baja maternal^{53,54}. Por todo ello se ha considerado relevante llevar a

cabo un ensayo clínico para valorar la eficacia de la IMB para incrementar la adherencia a la LME teniendo en cuenta que el primer contacto de la madre con la LM en el postparto inmediato puede ser considerado un *teachable moment* y que se puede satisfacer la necesidad de refuerzo en los momentos críticos de abandono mediante llamadas telefónicas.

Objetivo

Con la finalidad de fomentar y apoyar la lactancia materna hasta los límites indicados por la OMS como meta de salud materno-infantil deseable se plantea en este trabajo un único objetivo que es, a todas luces, un medio para favorecer la consecución del objetivo prioritario y final ya enunciado: valorar la eficacia de la IMB para incrementar la adherencia a la LME consiguiendo los dos objetivos prioritarios anteriores.

Metodología

El proyecto "Motivo Lactancia" es un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, llevado a cabo en dos hospitales de la provincia de Badajoz (Extremadura), en mujeres que daban a luz mediante parto vaginal a recién nacidos sanos e iniciaban la LM en la primera hora de vida.

Tras la aceptación por parte de las madres de participar en el estudio mediante consentimiento informado, estas eran aleatorizadas al grupo intervención o control en función de determinadas características basales que están fuertemente relacionadas con el éxito de la LM: edad, tener pareja, nivel educativo, experiencia previa en LM y nivel de ingresos^{18,53,55-57}.

El grupo intervención recibe una sesión de IMB de entre 20-30 min tras el inicio de la LM y llamadas de refuerzo al primer y tercer mes, y el grupo control una intervención educativa estándar de la misma duración con llamadas para la resolución de dudas en los mismos momentos. Ambos grupos reciben información por escrito mediante el tríptico de la AEP "Enhorabuena por tu maternidad"⁵⁸ e información específica de los grupos locales de Apoyo a la Lactancia.

Las variables recogidas para el estudio son:

- Variables sociodemográficas: edad, pareja, nivel educativo, estado socioeconómico, situación laboral; datos clínicos: IMC, antecedentes obstétricos, tipo de parto; y otros factores asociados al éxito de la LM^{18,55,56}; deseo de lactar, grado de información, entrenamiento y experiencia previa en LM. Variables recogidas pre-intervención
- LM: valorada al alta hospitalaria, 1^{er}, 3^{er} y 6^o mes.
- Autoeficacia en LM: valorada pre-intervención, al 1^{er}, 3^{er} y 6^o mes mediante la escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) validada al español⁵⁶.
- Autoeficacia general: valorada pre-intervención, al 1^{er}, 3^{er} y 6^o mes mediante la escala de autoeficacia general⁵⁹.

- Depresión postparto: valorada al 3^{er} mes mediante la escala de Edimburgo validada al español⁶⁰.

Resultados

Los resultados presentados en este artículo, y premiados por la AEM en el X Congreso Español de Lactancia Materna, son aún preliminares y corresponden al análisis de la eficacia de la intervención en las primeras 34 madres reclutadas en el estudio, 17 en cada uno de los grupos, lo que supone aproximadamente el 40% del tamaño de la muestra que se debe alcanzar, calculado en 44 mujeres por grupo. Este análisis incluye mujeres con seguimientos entre los 3 y 6 meses posteriores al parto.

La edad media de las madres es de 32,1 (DS 5,4), sin diferencias sociodemográficas entre grupos (Tabla 1).

La mediana de la AELM basal de las mujeres del grupo intervención es de 64 (RIC 57-66,5) frente a 60 (RIC 53,5-65) de grupo control ($p=0,162$) (Tabla 2).

La duración media de la LME en el grupo control es de 12,4 semanas (DS 8) frente a las 8,5 (DS 6,5) del grupo control ($p=0,125$). La duración media de la LM (exclusiva y no exclusiva) fue de 13,7 (DS 8) en el grupo intervención frente a 11,2 (DS 7,4) del grupo control ($p=0,339$).

El análisis de supervivencia de la LME (Figura 1) muestra diferencias entre grupos (Long Rank $p=0,045$) que se mantienen en el modelo de regresión de COX con un Hazard Ratio (HR) de 0,288 (0,075-1.104) (Índice de confianza (IC) 95%; $p=0,064$).

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Total N= 34	IMB Sí N= 17	IMB NO N= 17	P
Edad de la madre \bar{x} (DS)	32,1 ($\pm 5,4$)	31,8 ($\pm 6,4$)	32,4 ($\pm 4,4$)	0,755
IMC \bar{x} (DS)	24,1 ($\pm 4,6$)	23,5 ($\pm 4,3$)	24,6 (± 5)	0,504
Nacionalidad española N (%)	31 (91,2)	16 (94,1)	15 (88,2)	0,545
Ingresos N (%)				
< 13.000 €	4 (11,8)	3 (17,6)	1 (5,9)	0,538
13.000-21.700 €	25 (73,5)	12 (70,6)	13 (76,5)	
> 21.700 €	5 (14,7)	2 (11,8)	3 (17,6)	
Estudios de la madre N (%)				
Sin estudios	1 (2,9)	0 (0)	1 (5,9)	0,501
Primarios	10 (29,4)	5 (29,4)	5 (29,4)	
Secundarios	15 (44,1)	7 (41,2)	8 (47,1)	
Universitarios-postgrado	8 (23,5)	5 (29,4)	3 (17,7)	
Actividad laboral de la madre N (%)				
Parada	15 (44,1)	9 (52,9)	6 (35,3)	0,265
Trabajo por cuenta ajena	17 (50)	8 (47,1)	9 (52,9)	
Trabajo por cuenta propia	2 (5,9)	0 (0)	2 (11,8)	
Pareja estable N (%)	34 (100)	17 (100)	17 (100)	1
\bar{x} : media; DS: desviación estándar				

Tabla 2. Características asociadas al éxito de la LM

	Total N= 34	IMB SI N= 17	IMB NO N= 17	P
Hijos previos Mediana [RIC]	1 [0-1]	1[0-1]	1[0-1]	0,937
LM previa N (%)	21 (61,8)	12 (70,6)	9 (52,9)	0,290
Meses de experiencia Mediana [RIC]	6 [6-11,5]	9 [5,3-14]	4 [2,5-9,5]	0,134
BSES- SF inicial Mediana [RIC]	65 [55,5-65]	64 [57-66,5]	60 [53,5-65]	0,162
Autoeficacia general inicial Mediana [RIC]	85 [76-93]	88 [78-95]	70 [75-88]	0,168

[RIC] Rango intercuartil; LM: lactancia materna;
BSES-SF: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*

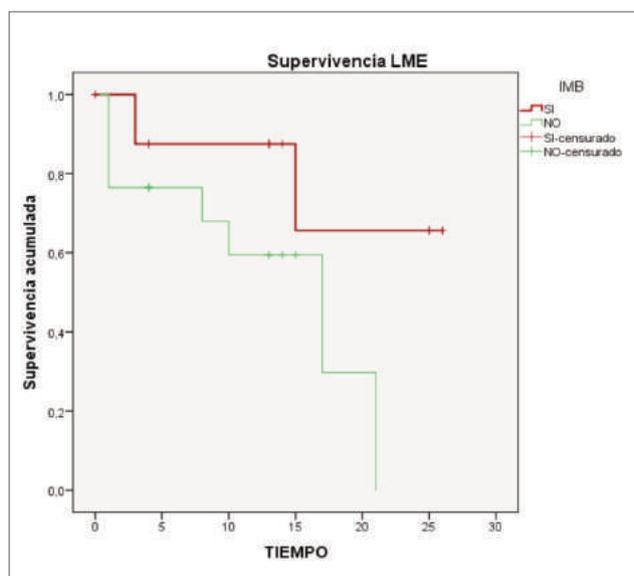


Figura 1: Curva de supervivencia de la LME

Conclusiones

Por lo que se ha podido observar, aunque en los análisis preliminares sobre la eficacia de la IMB no se ven diferencias significativas en la duración de la LM entre grupos, sí parece haber una tendencia a mayor duración de la LME y LM en el grupo que ha recibido la IMB, lo que se ve apoyado por

el análisis de la supervivencia de la LME, en donde si empiezan a aparecer diferencias significativas a favor del grupo que recibe la IMB (Long Rank $p= 0,045$) siendo alentador encontrar que la IMB parece tender a tener un efecto protector sobre el abandono de la LME, previniendo cerca del 70% de los abandonos (HR 0,288 (0,075-1.104) $p= 0,064$).

Por supuesto, estos análisis animan a finalizar el proyecto, que en la actualidad se encuentra en la fase final de seguimiento, esperando que los análisis futuros sigan la línea de los preliminares, demostrando esa tendencia a una mayor duración de la LME y LM en el grupo de IMB y el posible efecto protector frente al abandono de la IMB.

Demostrar esta hipótesis sobre la eficacia de la IMB en la adherencia a la LM y LME supondrá una nueva perspectiva desde la que trabajar en el apoyo a la LM para los profesionales sanitarios que están en contacto con futuras madres y madres lactantes. Este enfoque terapéutico implica la necesidad de una formación específica por parte de los profesionales para su aplicación, pero no requiere para su implantación un alto coste a los servicios de salud.

Por otra parte, si se constata la eficacia de la intervención, esta se convertiría en un recurso para atajar el precoz abandono de la LM que se produce en madres que, a pesar de su deseo y elección de lactar a sus hijos, finalmente no lo consiguen.

A su vez, si se demuestra la validez de este enfoque terapéutico, la intención del grupo investigador es implementar

nuevos ensayos clínicos sobre su eficiencia en diferentes momentos de aplicación, como por ejemplo en mujeres gestantes que aún no han tomado la decisión sobre el tipo de alimentación que darán a sus criaturas, mejorando así las tasas de inicio de LM que repercutirán a su vez en las tasas en los meses siguientes.

Bibliografía

1. Franco-Antonio C, Calderón-García JF, Vilar-López R, Portillo-Santamaría M, Navas-Pérez JF, Cordovilla-Guardia S. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief motivational intervention to improve exclusive breastfeeding rates: study protocol. *J Advan Nurs*. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13917>
2. Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. En: Junta Directiva de la SEGHNP (ed.). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AE*. 2ª ed. Barcelona: Egon; 2010. p. 279-86.
3. Horta B, Victora C. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Geneva: World Health Organization (WHO); 2013.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño [internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
5. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):e827-e841. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
6. Comité de Lactancia Materna AEP. Recomendaciones sobre lactancia materna. 2012.
7. Hernández Aguilar M, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas J, García Vera C, Díaz Maríjuan C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6(21):19-37.
8. Instituto Nacional de Estadística (INE). Determinantes de salud (Lactancia Materna). Madrid: INE; 2017. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&tp=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
9. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria* 2015; 29(1):4-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2014.08.002>
10. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría*. 2017. Doi: <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2017.09.002>
11. WHO, & UNICEF. Global Nutrition Target 2025. Breastfeeding policy brief. WHO/MNH/NHD 14.7. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2014.
12. Bailey C, Pain RH, Aarvold JE. A "give it a go" breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery*, 2004; 20(3):240-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.003>
13. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 2010; 23(4):135-45. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>
14. American Academy of Paediatrics (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology* 2012; 19(3):e827-e841. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>
15. Koskinen KS, Aho AL, Hannula L, Kaunonen M. Maternity hospital practices and breast feeding self-efficacy in Finnish primiparous and multiparous women during the immediate postpartum period. *Midwifery*, 2014; 30(4):464-70. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.003>
16. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Universidad de Alicante; 2012.
17. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association* 2005; 21(3):245-58. Doi: <https://doi.org/10.1177/0890334405279001>
18. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública* 2016; 90(15):1-18.
19. Dewey KG, Nommsen-rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. *Pediatrics*, 2003; 113(3 Pt 1):607-19. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.112.3.607>
20. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics* 2013; 131(3):e726-e732. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
21. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatric clinics of North America*, 2001; 48(2):273-97. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(08\)70026-9](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(08)70026-9)
22. Blyth R, Creedy D, Dennis C, Moyle W, Pratt J, De Vries S, Healy G. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of human lactation: official*

- journal of International Lactation Consultant Association 2004; 20(1):30-8. Doi: <https://doi.org/10.1177/0890334403261109>
23. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: A review. *International Nursing Review* 2012; 59(4):474-81. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x>
 24. Dennis C. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *Journal of Human Lactation* 1999; 15(3):195-201. Doi: <https://doi.org/10.1177/089033449901500303>
 25. Blyth R, Creedy D, Dennis C, Moyle W, Pratt J, De Vries S. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth (Berkeley, Calif.)* 2002; 29(4):278-84. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00202.x>
 26. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2006; 35(5):616-24. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x>
 27. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, et al. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Maternal and child health journal* 2014; 18(1):296-306. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1265-2>
 28. Wu DS, Hu J, McCoy TP, Efid JT. The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(8):1867-79. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12349>
 29. Ansari S, Abedi P, Hasanpoor S, Bani S. The Effect of Interventional Program on Breastfeeding Self-Efficacy and Duration of Exclusive Breastfeeding in Pregnant Women in Ahvaz, Iran. *International Scholarly Research Notices* 2014; 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1155/2014/510793>
 30. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery* 2016; 36:92-8. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.003>
 31. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Human Lactation* 2017; 33(3):486-99. Doi: <https://doi.org/10.1177/0890334417707957>
 32. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1992; 1:25.
 33. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford press; 2013.
 34. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2014; 16(5):381-7. Doi: <https://doi.org/10.1111/dom.12195>
 35. Duncan S, Goodyear-Smith F, McPhee J, Zinn C, Grøntved A, Schofield G. Family-centered brief intervention for reducing obesity and cardiovascular disease risk: A randomized controlled trial. *Obesity* 2016; 24(11):2311-8. Doi: <https://doi.org/10.1002/oby.21602>
 36. Dunn C, Ostafin B. Brief interventions for hospitalized trauma patients. *The Journal of Trauma* 2005; 59(3 Suppl):S88-93; discussion S94-100. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000174682.13138.a3>
 37. Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Tulder M, Kostense PJ, Dekker JM, et al. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 2013; 10:47. Doi: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-47>
 38. Wong EM, Cheng MM. Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *J Clin Nurs* 2013; 22(17-18):2519-30. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12098>
 39. Field C, Hungerford DW, Dunn C. Brief motivational interventions: an introduction. *The Journal of Trauma* 2005; 59(3 Suppl):S21-6. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000179899.37332.8a>
 40. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment* 2009; 36(1):101-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.005>
 41. Cordovilla-Guardia S, Vilar-López R, Lardelli-Claret P, Navas JFJ, Guerrero-López F, Fernández-Mondéjar E. Ingreso en cuidados intensivos por un traumatismo relacionado con el consumo de alcohol o drogas, un "momento propicio de enseñanza" para el inicio del cambio. *Enferm Intensiva* 2017; 28(1):4-12. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.12.002>
 42. Cordovilla-Guardia S, Fernández-Mondéjar E, Vilar-López R, Navas J, Portillo-Santamaría M, Rico-Martín S, et al. Effect of a brief intervention for alcohol and illicit drug use on trauma recidivism in a cohort of trauma patients. *PLOS ONE*, 2017; 12(8):e0182441. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182441>
 43. Donovan DM, Hatch-Maillette MA, Phares MM, McGarry E, Michelle Peavy K, Taborsky J. Lessons learned for follow-up phone booster counseling calls with substance abusing emergency department patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2015; 50:67-75. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.013>
 44. Field C, Walters S, Marti CN, Jun J, Foreman M, Brown C. A Multisite Randomized Controlled Trial of Brief Intervention to Reduce Drinking in the Trauma Care Setting. *Annals of Surgery* 2014; 259(5):873-80. Doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000339>
 45. Mello MJ, Baird J, Nirenberg TD, Lee C, Woolard R, Longabaugh R. DIAL: a randomised trial of a telephone brief intervention for alcohol. *Injury Prevention* 2013; 19(1):44-8. Doi: <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040334>

46. Elliott-Rudder M, Pilotto L, McIntyre E, Ramanathan S. Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* 2014; 103(1):e11-e16. Doi: <https://doi.org/10.1111/apa.12434>
47. Wilhelm SL, Aguirre TM, Koehler AE, Rodehorst TK. Evaluating motivational interviewing to promote breastfeeding by rural Mexican-American mothers: the challenge of attrition. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2015; 38(1):7-21. Doi: <https://doi.org/10.3109/01460862.2014.971977>
48. Wilhelm SL, Stepan MBF, Hertzog M, Rodehorst TK, Gardner P. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2006; 35(3):340-8.
49. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: A concept analysis. *Patient Education and Counseling* 2009; 76(1):25-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.002>
50. Fonarow GC. In-hospital initiation of statins: taking advantage of the "teachable moment2". *Cleveland Clinic journal of medicine* 2003; 70(6):502, 504-6.
51. Pollak KI, Denman S, Gordon KC, Lyna P, Rocha P, Brouwer RN, et al. Is pregnancy a teachable moment for smoking cessation among US Latino expectant fathers? A pilot study. *Ethnicity Et Health* 2010; 15(1):47-59. Doi: <https://doi.org/10.1080/13557850903398293>
52. Joshi A, Amadi C, Meza J, Aguire T, Wilhelm S. Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *International Journal of Medical Informatics* 2016; 91:10-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.04.001>
53. Maldonado JA. *Lactancia Materna*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2005.
54. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Salud Lozano-Dura M, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Enferm Clin* 2008; 18(6):317-20. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)75854-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)75854-6)
55. Balogun O, O'Sullivan E, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. In: Balogun (ed.). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016. p. 100. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001688>
56. Oliver-Roig A, D'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49(2):169-73. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005>
57. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
58. Comité de Lactancia Materna (AEP). ¡Enhorabuena por tu reciente maternidad! [internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2015. [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/triptico-lactancia-maternidad.pdf>
59. Sanjuán Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* 2000; 12:509-13.
60. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective disorders* 2003; 75(1):71-6.

ECHANDO LA VISTA ATRÁS



Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952)

Presentación

Me ha parecido de interés traer a estas páginas la creación del Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Matronas de España. Un largo proceso que culmina en 1952, como figura en su Acta de Constitución en el primer libro de actas¹ de aquel Consejo, que con celo y orgullo custodia la Asociación Española de Matronas, depositaria de la parte de la historia de las matronas españolas desde que nace dicho Consejo, con sus cambios legislativos y de representación hasta el desventurado año 1977 en que se disuelve definitivamente, y en consecuencia las matronas perdemos nuestra independencia colegial, motivo por el que se crea, para paliar en parte la ínfima representación de las matronas dentro del colectivo enfermero, la Asociación Española de Matronas (hasta 2002 denominada nacional).

Antecedentes de la colegiación obligatoria

Para introducir el tema es preciso retrotraerse en el tiempo y tomar como punto de partida la segunda mitad del siglo XIX, momento en el que, partiendo de la Ley de bases, fue promulgada en 1857 la Ley de Instrucción Pública, conocida como Ley Moyano², que permitió establecer no solo una ordenación general casi primigenia de todas las enseñanzas del sistema educativo en España, sino que constituyó un marco normativo hasta 1970³.

Las matronas, junto con los practicantes, llegaron a ser en la segunda mitad del siglo XIX las dos únicas profesionales auxiliares de la medicina reconocidas, como consta al mencionar a ambas en la citada ley:

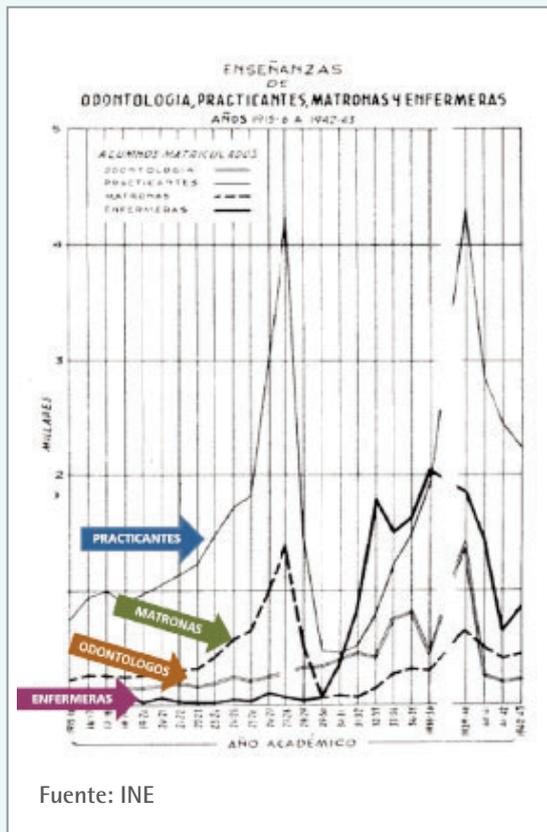
Art. 40. Queda suprimida la enseñanza de la Cirugía menor o ministrante. El reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes.

Art. 41. Igualmente determinará el reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de matrona o partera².

Es sabido que tanto matronas como practicantes en aquella época, rodeados todavía de infinidad de "actores de toda índole intrusos en sus respectivos campos", entendieron que la organización en asociaciones y/o colegios como en el caso de los médicos, sería una punta de lanza para empoderar sus respectivas profesiones y conseguir logros que facilitarían avances legislativos posteriores, mejorando tanto el desarrollo académico, como el competencial e incluso el reconocimiento social de ambas profesiones. Para unos y otras la meta a conseguir era la colegiación obligatoria que intuían daría cohesión a la "clase" y de resultados, mayor fuerza a la hora de sus reivindicaciones y acciones.

Previamente a la obligatoriedad de colegiación se sabe que hubo movimientos asociacionistas entre matronas y practicantes (asociaciones y colegios libres), aunque en el caso de las matronas tuvieron poco éxito debido probablemente al escaso número de las matronas, sin descartar la negativa influencia el rol de género que ha sido un constante lastre en la historia de esta profesión. Todavía en el siglo XX es significativa la diferencia en el número de títulos expedidos a practicantes y matronas según muestran los Anuarios estadísticos⁴; las lagunas de estos anuarios en los primeros años (1858-1915) no permiten aportar datos de fechas anteriores, pero Ortiz Gómez⁵ da cuenta en su trabajo de que el número de títulos de matronas expedidos en años de la segunda mitad del XIX era mucho más bajo que el de los que se expidieron incluso en el primer cuarto del siglo XX; así por ejemplo ella afirma que para el periodo 1853-60 apenas superaron la veintena de títulos expedidos a matronas por año en España.

Ávila Olivares⁶, en su amplio y bien documentado trabajo, relata que en los años anteriores a la colegiación obligatoria



Enseñanza Odontología, Practicantes, Matronas y Enfermeras (1915-1943)

"hay datos de que en Madrid se llegó a formar un Colegio de Matronas, pero fracasó. No obstante -sigue diciendo- la semilla estaba plantada y 1906 podía ser un buen año para que brotaran iniciativas en este sentido [...] Mientras un grupo de matronas están intentando la reconstrucción del Colegio de Matronas de Madrid, y poder llevar a cabo un modelo asociativo para las matronas españolas, les llega la noticia de la existencia de un movimiento asociativo de matronas en Barcelona con la intención de centralizar, en dicha ciudad, la representación de este colectivo a nivel nacional". Esta iniciativa la dirigió Rosa Viñals en 1906 a fin de constituir la Sociedad de Comadronas de España con el intento de centralizar, en dicha ciudad (Barcelona) la representación de este colectivo en el ámbito nacional. Esta iniciativa de arrogarse la representación nacional de las matronas, por parte de las matronas catalanas, no gustó al colectivo de matronas de Madrid, sobre todo por no haber contado con el resto de compañeras de otras partes de España para constituir dicha asociación. Además, el distanciamiento de los poderes públicos centrales, y el ampararse en un colegio sin apenas historia, como era el de Barcelona, pensaban que en nada ayudaría a solucionar los problemas de las matronas.

El primer Colegio de Matronas no obligatorio

En 1920 las matronas de la provincia de Valencia marcan un hito al constituirse en colegio profesional integrándose en la corporación de clases sanitarias que agrupaba a Colegio Oficial de Médicos, Colegio Oficial de Farmacéuticos, Instituto Médico Valenciano, Colegio Oficial de Veterinarios, Sociedad Odontológica Valenciana y Colegio de Practicantes⁷.

La constitución de este primer colegio de matronas no obligatorio se anuncia en marzo de 1920 en el Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana (1920-1936), vehículo de información de esta corporación; a este primigenio colegio le siguieron otros colegios y asociaciones de matronas a lo largo de toda España conformándose en 1935 finalmente, y no sin problemas, una Federación de Colegios Oficiales de Matronas de España, de carácter obligatorio para todos los colegios y a la que se le atribuyó el carácter del Consejo General de Colegios de Matronas de España - como expresa la Orden⁸.

Avanza el tiempo y se siguen formando con más o menos éxito, independientes o al amparo de los colegios de practicantes, nuevos colegios libres de matronas, mientras "la clase" (las profesiones sanitarias auxiliares de la Medicina reconocidas: matronas y practicantes) reclamaba insistentemente la colegiación obligatoria.

La Ley de Instrucción General de Sanidad (1904)⁹ permitió la creación de colegios profesionales a médicos, farmacéuticos y veterinarios, pero no para las matronas y practicantes que respectivamente tuvieron que esperar hasta 1930¹⁰ y 1929¹¹ para conseguirlos.

En los siguientes años marcados por la gran contienda nacional, como es obvio, se paralizó el país, que quedó sumido en los desastres de la guerra, y tras esta se iniciaba la larga y penosa postguerra para sacar al país de la destrucción a la que había sido sometido.

En 1944 las enfermeras a raíz de la promulgación de la Ley de Bases de Sanidad¹² consiguen la colegiación y, por otra parte, en aquel mismo año se dicta la Orden Ministerial para que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes se denominen, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios, y estén formados por estos, las comadronas y las enfermeras tituladas¹³.

Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas

Finalmente en 1951 se aprobaron los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas, cuya toma de posesión, según consta en acta¹ tuvo lugar el 22 de enero de 1952 a las 18 h en el despacho del Ilmo. Sr. Director General de Sanidad.



En la cabecera de la Orden se justifica el cambio diciendo: "Siendo preciso modificar las normas por las que en la actualidad se rigen los Colegios Oficiales de Matronas, ya que su reglamentación data del año 1930, y es necesario que la organización y régimen interior de los mismos, así como de su Consejo General, se adapten a las modernas disposiciones que en todos los órdenes sanitarios se han promulgado"¹⁴.

En el Capítulo Primero dedicado a la Constitución y fines de los Colegios, en su Artículo 1 manifiesta que "en cada provincia, y en aquellas plazas de África donde fuera posible y conveniente, se constituirá, para los fines que luego se enumeran, un Colegio de Matronas en cuyas listas deberán hallarse inscritas como pertenecientes al mismo, y con carácter obligatorio, todas las Matronas que legalmente ejercen la profesión en el territorio de la provincia. Para tales efectos se establecen las Provincias Matronales, que se constituyen del modo siguiente:

- 1º: Madrid y provincias que no haya más de 50 colegiadas (Delegación Albacete).
- 2º: Barcelona.
- 3º: Tarragona.
- 4º: Lérida.
- 5º: Gerona.
- 6º: Valencia-Castellón.
- 7º: Alicante-Murcia.
- 8º: Sevilla.
- 9º: Córdoba.
- 10º: Cádiz.
- 11º: Huelva.
- 12º: Málaga.
- 13º: Granada.
- 14º: Jaén.
- 15º: Zaragoza, Logroño, Huesca y Teruel.
- 16º: Bilbao y Álava.
- 17º: Guipúzcoa.
- 18º: Santander.
- 19º: Badajoz y Cáceres.
- 20º: La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra.
- 21º: Asturias y León.
- 22º: Ciudad Real.
- 23º: Baleares (Palma de Mallorca).
- 24º: 1º, Melilla y Villa Sanjurjo; 2º, Ceuta, Arcila y Larache.
- 25º: Canarias.

Seguidamente se hace mención expresa a la ubicación de Colegios Provinciales "cuyo domicilio social tendrá que ubicarse en la capital de cada provincia o, en caso contrario, en la primera de las que se determinaran; así mismo se establece como mínimo el número de 50 colegiadas para constituir Colegio debiendo agregarse cada una, en los casos de insuficiencia numérica, al Colegio más inmediato a la localidad de su residencia y ejercicio". Queda especificado en el texto "que no tendrá personalidad colegial independiente o autónoma ninguna agrupación de Matronas residentes en el territorio de un Colegio Provincial".

A lo largo del cuerpo de la orden hay indicaciones para la lucha contra intrusismo, la obligación de colegiación advirtiendo de las sanciones previstas en caso de no hacerlo en el tiempo estipulado, especifica la misión de los colegios profesionales, derechos y deberes, etc.

En el Capítulo VI titulado del Consejo General de los Colegios y concretamente en su Art. 29 afirma que el Consejo General de los Colegios Matronales será el Organismo superior representativo de los Colegios provinciales a su vez integrados por la totalidad de las profesionales Matronas.

Es en el artículo 30 de este mismo capítulo donde se indica la composición del Consejo: "una presidenta, secretaria, tesorera, contadora, vocales, 1ª y 2ª, nombramientos hechos libremente según menciona el texto, por la Dirección General de Sanidad, entre Matronas Colegiadas de Madrid. Según consta en la primera Acta de este Consejo¹ los nombramientos recayeron en:

Presidenta: Pilar Montes Villanueva.

Secretaria: Antonia García Olmos.

Contadora: Cristina Vázquez Lorente.

Tesorera: Isabel Ruiz Pellón.

Vocales:

1ª Jimena Paz García Moro.

2ª Adela Díaz de Cuesta.

Esta Junta se reúne por primera vez en la sede del Consejo, sito en C/ Mayor 32, dando cumplimiento, como manifiesta la Presidenta que dirige la reunión, al artículo 31 que especifica la obligatoriedad de que el Pleno del Consejo celebre "sesión con carácter obligatorio todos los meses previa citación hecha por la Presidenta, y cuantas extraordinarias sean precisas, en cuyo momento el Comité Ejecutivo dará cuenta de su gestión"

La Sra. Montes expone a renglón seguido que "se han dirigido a todos los Jefes de Sanidad de España para comunicar la constitución del Consejo General de los Colegios de Matronas de España, así como a todos los colegios de matronas de España constituidos, estipulando la cuota fija para todas las matronas de España de 8 pesetas mensuales desde el 1



de enero del año en curso no variando la cuota de entrada. El Art. 38. de la orden, relativo al régimen económico, estipulaba que los fondos del Consejo se constituirían a partir de "la cantidad de una peseta correspondiente a la quinta parte de la cuota de cinco, que con carácter obligatorio satisfagan las colegiadas, y cinco pesetas de la cuota de 25 pesetas de entrada, dichas cuotas han de ser ingresadas en 1ª Tesorería del Consejo mensualmente." Por tanto, se infiere que acogiéndose a su derecho, el Consejo, con la previa e imprescindible autorización de la Dirección General de Sanidad, elevó la cuota mensual de 5, prevista en 1951 a 8 pts. al constituirse el Consejo en 1952, manteniendo la de entrada en 25 pts.

También da cuenta la Presidenta de "haberle sido remitidos por la Dirección de Sanidad, con el fin de que le hiciese llegar a las interesadas los nombramientos de las Juntas de los colegios de Málaga, Alicante, Sevilla, Bilbao y Zaragoza habiéndose remitidos dichos nombramientos a los respectivos Jefes Provinciales de Sanidad con el encargo de que les de posesión de sus cargos a las interesadas en la Jefatura Provincial". Hay que recordar que los nombramientos de las Juntas colegiales también eran realizados por la Dirección General de Sanidad, aunque proponerlos era competencia del Consejo General de Colegios de Matronas.

Interesante el párrafo siguiente en el "que se da cuenta de que han sido recibidos los informes político-sociales de las Matronas de la Junta de Gobierno del Colegio de Tarragona [...]" circunstancia que tras 40 años de régimen democrático sorprende, pero fueron hechos reales y la persecución de la disidencia antifranquista fue una acción fundamental del gobierno; de hecho, en el primer gobierno franquista se crea un ministerio de Orden Público, al cual quedan adscritos, entre otros, los servicios de seguridad de marcada politización y entre cuyas secciones se integraron las Brigadas de Información y de Investigación Social, especializadas en la vigilancia y control de la población y en la represión política¹⁵.

El nuevo gobierno franquista necesitaba crear un funcionariado cuya fidelidad y disciplina fueran impecables y sirvieran de base al nuevo estado, en consecuencia era necesario castigar a los desafectos al régimen para lo cual promulgan una Ley fijando normas para la depuración de funcionarios públicos y cuya rápida ejecución se justificaba en la introducción del texto de la Ley: "La liberación de nuevos territorios, y especialmente la de Barcelona, ciudad que ha sido sede del Comité rojo en estos últimos tiempos, plantea con urgente apremio el problema de la depuración de los funcionarios públicos"¹⁶.

Una Orden previa¹⁷ que facultaba al Ministerio del Interior para depuración del personal de Corporaciones locales especificaba en uno de sus apartados: "Cuando se trate de funcionarios sanitarios, que, en virtud de la legislación de coordinación sanitaria se consideren funcionarios del Estado, la tramitación y resolución de los expedientes de depuración

Asimismo se da cuenta por la Presidenta de haberse recibido los informes político-sociales de las Matronas de la Junta de Gobierno del Colegio de Tarragona y de haber hecho esta Presidenta la propuesta de las Sras. que han de formar dicha Junta a la Dirección General de Sanidad, con fecha 28 de Febrero del corriente año, haciendo entrega de dicha documentación al Ilmo. Sr. Director General de Sanidad.

Texto del Acta en que se mencionan los imprescindibles informes político-sociales para acceder a los cargos colegiales

corresponde a las Autoridades del Estado, en el ramo respectivo, y en su caso, al Ministerio del Interior". Por eso las matronas como el resto de sanitarios fueron depurados según la Ley de 10 de septiembre de 1939¹⁶ y aunque por nombramiento estuvieran adscritas a una corporación local no se les aplicó la Orden de 12 de marzo de 1939 sobre depuración de funcionarios de la Administración Local¹⁸ en relación con el Movimiento Nacional, ya que todos ellos eran considerados funcionarios del Estado.

El objetivo del gobierno franquista fue limpiar la sociedad de cuantos no estuvieron a su lado en el momento del alzamiento nacional empezando por el funcionariado público; en palabras de José María Pemán, presidente de la Comisión de Cultura y Enseñanza: "el carácter de la depuración que hoy se persigue no es solo punitivo, sino también preventivo"¹⁹ ponía el punto de mira no solo en castigar sino en erradicar desafectos al movimiento nacional, evitar la subversión comunista-separatista, en resumen, suprimir todo lo que contraviniera el orden establecido por el nuevo régimen dictatorial.

A continuación, la Sra. Presidenta exorne el problema de las matronas con el colegio de practicantes de Tarragona que se ven conminadas por su Presidente Sr. Castellote (D. Manuel Castellote Cortés, a la sazón Presidente del Colegio de Practicantes y Matronas de Tarragona. Vocal Nacional y Jefe Provincial del Sindicato de Actividades Diversas) a seguir tributando al colegio de Practicantes bajo amenazas, colegio al que estuvieron unidas como en tantos casos por insuficiencia de número para formar ellas su propio colegio y/o aprovechar la experiencia y fuerza de un grupo bien organizado, que probablemente guiados de la codicia, no quiere perder asociadas para evitar que las cuentas del colegio se resientan, e incluso me atrevo a elucubrar, tampoco la sensación de fuerza y poder sobre el colectivo de matronas.



Se lee un oficio del Gobernador Civil de Tarragona, en contestación a otro mandado por esta Presidencia, con motivo de una Junta convocada por el Presidente del Colegio de Practicantes de Tarragona Sr. Castellote, para obligar a las Matronas de dicha provincia, a que regresen volviendo al Colegio de Practicantes, amenazándolas con perseguirlas si no obedecían sus órdenes.

Texto del Acta en que se da cuenta de las amenazas del Presidente del Colegio de Practicantes de Tarragona a las matronas que pretenden abandonar este colegio en favor del suyo propio

A la vista de la acción reflejada en el Acta¹ parece doblemente insultante leer el discurso pronunciado por el Presidente, Sr. Castellote, en el acto de la reunión plenaria del Colegio Oficial de Practicantes y Matronas de Tarragona y su provincia, el día 15 de julio de 1951, con motivo de extinguirse el entonces Colegio por imperativo de la Orden del Excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación de 25 de junio del mismo año, que aprobaba los Estatutos y Reglamento de los Colegios Oficiales de Matronas¹⁴:

[...] Mis más queridas hermanas Matronas: habéis llegado a vuestra mayoría de edad social-profesional, y el excelentísimo señor Ministro de la Gobernación, por Orden del 25 del mes pasado de junio, os ha concedido unos Estatutos y un Reglamento que al igual que nosotros los Practicantes os podáis regir con toda la autonomía y libertad de movimientos dentro de esa buena reglamentación. Pero no olvidéis que habéis sido hijas del Colegio Oficial de Practicantes de Tarragona y bajo su tutela y amparo habéis prosperado, habéis crecido y lleváis en vuestro seno el espíritu de la hermandad y el cariño con que desde el primer momento os hemos distinguido.

Ante vuestras Juntas acaba de quedar abierto, a partir de ahora, todo ese camino de actuación que tenéis encomendado, y que nosotros con nuestra incondicional e incesante camaradería, tenéis que llenar de realizaciones positivas y de beneficios para esos intereses que representáis.

Inspirados por este recto ideal, desde el Colegio que es nuestra casa social tenéis que trabajar en adelante. Por nuestra parte, los Practicantes seguiremos estando siempre al servicio de vuestras mejores aspiraciones, lo mismo que venimos estándolo desde que aceptamos el duro cometido de hacer posible esta espléndida realidad de nuestro Colegio, cuya actuación floreciente a la cabeza de nutridos contingentes profesionales es motivo, de orgullo también para nosotros. Siempre encontrareis a los Practicantes dispuestos a emplear junto a vosotras nuestra gestión, nuestra ca-

maradería y nuestro prestigio para conseguir esos elevados afanes que nos son comunes, por ser Auxiliares Sanitarios [...].



Presidencia de la Asamblea General del Colegio Oficial de Practicantes y Matronas de Tarragona. En el Centro el Sr. Castellote (15/07/1951). Fondo: CODEM



Colegidos asistentes a la Asamblea General del Colegio Oficial de Practicantes y Matronas de Tarragona (15/07/1951). Fondo: CODEM

Reproducimos este fragmento del largo y florido discurso del Sr. Castellote obviamente porque sorprende el tono almirado y condescendiente empleado para dirigirse a las matronas, que a partir de ese momento estaban en disposición de conseguir la autonomía colegial. Una actitud paternalista, desde la postura de superioridad la del Presidente que, además se arrogaba la misión de proteger o en este caso, más bien de controlar, un claro ejemplo de la prepotencia masculina y característica muy común entre los practicantes de la época. A la sazón el Sr. Manuel Castellote Cortés además de Presidente del Colegio oficial de Practicantes y Matronas de Tarragona, fue Vocal del Consejo y Jefe Provincial del Sindicato de Actividades Diversas.

Los practicantes mantuvieron un rechazo con las matronas durante el primer tercio del siglo XX por un conflicto de competencias. Los practicantes arremetieron duramente contra las matronas y reivindicaron incluso la desaparición de las mismas, para quedarse ellos como auxiliar único. Desde el último cuarto del siglo XIX, las matronas venían exigiendo que se les retirase a los practicantes la función de asistencia al parto. En 1902, el Gobierno pretendió reducir la actuación de los practicantes y les autorizó a asistir los partos normales únicamente en poblaciones menores de 10.000 habitantes y con permiso del médico. Sin embargo, esas localidades eran mayoría, y por tanto, donde más partos se realizaban, lo cual dificultaba la subsistencia de las matronas. De este modo, el Gobierno, con el apoyo de los médicos, legisló para proteger los intereses del grupo masculino y otorgar concesiones a los practicantes, en detrimento de las matronas. Como resultado, surgieron problemas y tensiones entre practicantes y matronas, pues aquellos exigieron reiteradamente ampliar la asistencia a los partos al considerarlo un derecho propio, y las matronas protestaron durante años contra una legislación adversa. Se puede afirmar que en este conflicto no hubo voluntad de los poderes institucionales -Gobierno y médicos- para corregir la discriminación educativa y laboral de las matronas. Por el contrario, se continuó protegiendo aún más si cabe los derechos del colectivo auxiliar sanitario masculino²¹.

Los anales de la historia de la Enfermería española, por su renuencia y duración, descuella de manera notable la larga lucha de los practicantes por impedir su homologación profesional con las enfermeras, a las que desde el principio consideraron un peligro laboral intrusista al que era imprescindible erradicar²², obviamente convencidos de que peligraba su futuro profesional y se ponía en tela de juicio su autoarrogada capacitación superior.

Concluye el Acta¹ con informaciones sobre asuntos de diversa índole como cuestiones de recaudación, amueblamiento, logística y personal con el ruego de la Presidenta de colaboración por parte de la Junta para la organización definitiva de la sede y cuantos asuntos fueran de su incumbencia. Realmente un gran esfuerzo para la puesta en marcha del tan ansiado Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Matronas de España que, poco después, en 1954, sería disuelto²³ y posteriormente tendrían nuevos Estatutos²⁴, tema que por su extensión quedará aplazado para otra entrada en esta sección.

Sin duda el documento histórico que hoy se analiza en estas páginas contextualizado en su época, enmarcado en las leyes del momento, aunque no deja aflorar el sentimiento de las matronas, se entiende que sería de alegría por la consecución de la posibilidad de autorepresentarse conformando un colectivo cohesionado para dirigir los esfuerzos hacia la

autoafirmación y el logro del mejor desarrollo y desempeño profesional.

Rosa Mª Plata Quintanilla

Bibliografía

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Matronas. Libro de Actas Febrero-Diciembre 1952. pp.1-2, 22. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
2. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ley de Instrucción pública autorizada por el Gobierno para que rija desde su publicación en la Península e Islas adyacentes, lo que se cita. Ministerio de Fomento. BOE [internet] núm. 1.710, de 1857. [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1857/1710/A00001-00003.pdf>
3. Montero Alcaide A. Una ley centenaria: la Ley de Instrucción Pública (Ley Moyano, 1857). Cabás, ISSN-e 1989-5909, N.º. 1, 2009.
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Anuario Estadístico. Enseñanza Practicantes. Anuario 1944-45. [internet]. [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebaseweb/pdf-Dispacher.do?td=161868>
5. Ortiz Gómez T. "Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX". Arenal. Revista de Historia de las mujeres, 1999; 61-55-79.
6. Ávila Olivares JA. La acción colegial de los auxiliares sanitarios en la última mitad del siglo XX. Elemento clave en la metamorfosis de su profesión. Libro 99. [internet]. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) 2017. [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecov.com/contenido/revistas/cat6/pdf/L99WEBBCD.pdf>
7. Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana 1920. Vol 1, núm. 3 [internet]. Universidad de Valencia. [citado 8 ago 2019]. Disponible: http://weblioteca.uv.es/cgi/view7.pl?sesion=2019072722152125463&source=uv_se_b1021852x_19200300_v1n3&div=1
8. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad. Orden concediendo carácter oficial obligatorio a la Federación de Colegios de Matronas de España. núm. 351, de 17 de diciembre de 1935. p. 234. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1935/351/A02345-02345.pdf>
9. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Instrucción general de Sanidad pública (conclusión). Ministerio de la Gobernación. núm. 23, de 23 de enero de 1904, pp. 290 a 295. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1904/023/A00290-00295.pdf>



10. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas, y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. núm. 129, de 09 de mayo de 1930, pp. 913 a 915. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1930/129/A00913-00915.pdf>
11. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Real orden concediendo la ordenación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Ministerio de la Gobernación, núm. 363, de 29 de diciembre de 1929, pp. 2.027 a 2.029. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1929/363/A02027-02029.pdf>
12. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad Nacional. Jefatura del Estado. núm. 331, de 26 de noviembre de 1944, páginas 8.908 a 8.936. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
13. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Orden por la que se dispone que el Consejo General y sus Colegios Provinciales de Colegios Oficiales de Practicantes se denominen, en lo sucesivo, de Auxiliares Sanitarios, y estén formados por estos, las Comadronas y las Enfermeras tituladas. Ministerio de la Gobernación. núm. 361, de 26 de diciembre de 1944. p. 9666. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1944/361/A09666-09666.pdf>
14. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ministerio de la Gobernación Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. núm. 180, de 29 de junio de 1951. p. 3060-3064. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1951/180/A03060-03064.pdf>.
15. Marin JM, Molinero C, Ysás P. Historia política de España, 1939-2000, Volumen 2. Madrid: Ed AKAL; 2001.
16. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Ley de 10 de febrero de 1939 fijando normas para la depuración de funcionarios públicos. Jefatura del Estado. núm. 45, de 14 de febrero de 1939, pp. 856 a 859. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1939/045/A00856-00859.pdf>
17. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Orden facultando al Ministerio del Interior para depuración del personal de Corporaciones locales. Ministerio del Interior. núm. 171, de 18/12/1938, página 3.016. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1938/171/A03016-03016.pdf>
18. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Orden sobre depuración de funcionarios de la Administración Local en relación con el Movimiento Nacional. Ministerio de la Gobernación núm. 73, de 14/03/1939, páginas 1.473 a 1.475. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1939/073/A01473-01475.pdf>
19. Boletín Oficial del Estado (BOE). Gaceta de Madrid. Circular a los Vocales de las Comisiones depuratoras de Instrucción Pública. Comisión de Cultura y Enseñanza. núm. 52, de 10 de diciembre de 1936, pp. 360 a 361. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1936/052/A00360-00361.pdf>
20. Consejo General de Practicantes de España. Medicina y Cirugía Auxiliar. Revista Informativa Profesional. Año XII. Septiembre 1951. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/d3eadcce-9319-4c0a-9877-c081de241132/2ACF727E-EC8A-4BDB-A0E0-0BEB9E1D4BFE/9544b133-8665-4857-a1ad-a6656450481d/RA_1951-9.pdf
21. Calvo-Calvo MA. La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. Dynamis vol. 34 no. 2 Granada 2014 [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362014000200008>
22. Ávila Olivares JA, Martín Barrigós J. Génesis de la unificación profesional de las clases sanitarias auxiliares (1915-1980) vs. ENFERMERAS Génesis de la unificación profesional de las clases sanitarias auxiliares (1915-1980). Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), 2017 [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/L98WEBCD.pdf>
23. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 25 de enero de 1954 por la que se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, y designando una Comisión para sustituirlos provisionalmente. Ministerio de la Gobernación. núm. 43, de 12 de febrero de 1954. p. 827. [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1954/043/A00827-00827.pdf>
24. Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 30 de julio de 1954 por la que se aprueban los Estatutos de los Colegios Provinciales de Auxiliares Sanitarios. Ministerio de la Gobernación. núm. 219, de 07/08/1954, páginas 5.455 a 5.458 [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1954/219/A05455-05458.pdf>



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



AGENDA

Nuevos cursos de formación continuada de la AEM

Un año más la IHAN (Iniciativa para la Humanización en la Atención al Nacimiento y la Lactancia) celebró en la primera semana de abril su X Congreso Español de Lactancia Materna. La ciudad elegida para esta 10ª edición fue Santiago de Compostela, y el lema: "Gotas de vida, fuente de salud", que incide en la importancia vital de la lactancia materna tal y como promueven todos los organismos, instituciones sanitarias y asociaciones científicas profesionales en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este evento científico de carácter bianual congregó a más de 500 profesionales de la salud de diferentes formaciones (matronas, enfermeras, pediatras, ginecólogos, médicos de familia) implicados en la promoción de la lactancia materna y a numerosas asociaciones de madres lactantes de ámbito nacional y local que también tuvieron su espacio para debatir y exponer sus inquietudes.

La conferencia inaugural bajo el título de "**La importancia de facilitar o preservar la neurofisiología del parto normal**" dio inicio a las jornadas, y la ponente Dra. Olza puso de manifiesto los efectos que tiene el parto y todas las circunstancias o prácticas, muchas veces innecesarias, para el desarrollo cognitivo del hijo/a que va a nacer, así como todas las hormonas que intervienen en el proceso, lo mismo que el ambiente, que influyen en los aspectos psicoemocionales de la madre y del neonato.



Mesa inaugural del congreso

La primera mesa redonda abordó los **aspectos psicosociales**, en ella se trató el coste económico tan alto que supone para el sistema público de salud no dar lactancia materna; los aspectos éticos del incumplimiento del código de comercialización así como el rol del padre en la lactancia materna, haciendo hincapié el orador de esta ponencia en la importancia del nuevo permiso de ocho semanas otorgado a los padres, logro que, sin embargo, no tuvo el eco esperado en el foro, quien se pronunció reivindicando la necesidad, por parte de los legisladores, de leyes que considerasen ampliar el permiso materno antes de haber sacado este último decreto que si bien promueve la "igualdad" no consigue la "equidad".

En la siguiente mesa se abordaron el tema del **manejo de la lactancia materna y algunas enfermedades infantiles**, tanto por prematuridad como por sus complicaciones, entre ellas la hiperbilirrubinemia, con la propuesta del Dr. Gómez Papi de hacerla en cohabitación con la madre, muy interesante, para evitar las separaciones que pueden afectar no solo a la lactancia, sino a la creación del vínculo y el apego.

La tercera mesa, como no podía ser de otra manera, fue dedicada a las madres con enfermedades endocrinas y la lactancia, brillantemente expuesta por la Dra. Guadalix. También se habló de las **indicaciones y contraindicaciones de la extracción del calostro prenatal**, tema controvertido actual, con gran desconocimiento en algunos colectivos profesionales. Finalizando la jornada, la prestigiosa bióloga **Katherine J. Hinde** expuso las consecuencias altamente negativas sobre el recién nacido, hasta el punto de afectar su futuro comportamiento, de la alta **concentración de cortisol** en sangre materna, y de ahí en la leche materna.

La última sesión de esta jornada estuvo dedicada a la **donación de leche materna**, que contó con la emotiva exposición del relato de una madre donante tras la pérdida de su hijo. Su exposición, en la que demostró su entereza, su calma y a la vez el orgullo que sintió pudiendo ayudar a otros niños con la leche que ella no pudo dar a su hijo, conmovió a toda la sala.

Contó todas las dificultades para encontrar al profesional que la ayudase y acompañase en la decisión, puesto que en el banco de leche que no tenía experiencia en estos casos. Recalcó la necesidad de formar a los profesionales en acompañar adecuadamente los procesos de duelo perinatal y la importancia de poder ofrecer esta posibilidad de donar su leche a una madre en duelo. La Dra. Flores explicó la relevancia que tiene la buena higiene de los sacaleches y otros recipientes para donación, para evitar determinadas infecciones, según un resultado de un amplio estudio realizado en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Y fue la Dra. Samaniego, del banco de leche de ese mismo hospital, quien expuso el posicionamiento de la Asociación Española de Bancos de Leche Humana (AEBLH) respecto a este tema, por la contribución de la donación para mejorar la elaboración del duelo, la importancia de visibilizar esta forma de donación entre los profesionales, pero sobre todo, entre los que acompañan en el duelo en los momentos inmediatos y antes de la inhibición de la lactancia.

La mesa dedicada a la **investigación en lactancia**, contó con la intervención de ponentes internacionales, como la bióloga **Katherine J. Hinde**, quien en esta segunda intervención expuso los resultados del estudio

que ha llevado a cabo relacionado con la producción de leche materna en función del sexo de las crías, resultando de él el constatado aumento en el caso de gestaciones de hembras. También, la **Dra. Catharina Swanborg** expuso los resultados del estudio llevado a cabo con monos reshus y un sofisticado mecanismo llamado HAMLET, concluyendo que la alfa-lactoalbúmina humana es letal para las células tumorales y, por tanto, la leche materna protege al neonato de determinados tipos de cánceres e infecciones.

El **Dr. Alejandro Mira**, microbiólogo español, habló de los estudios realizados con secuencias genéticas de microorganismos de la leche para el correcto diagnóstico de las mastitis subagudas, a veces polimicrobianas y diferenciándolas de una disbiosis, o desequilibrio de la carga bacteriana que hay en la leche humana.

La conferencia de clausura corrió a cargo del **Dr. Marcus Stanhlhofer**, quien habló de la situación del código de comercialización mundial y su relación con los Derechos Humanos, quien cerró su intervención con una frase de **Keith E. Hansen**, vicepresidenta del banco mundial para desarrollo humano: *"Si la lactancia no existiera ya, quien la inventase hoy se haría merecedor de un doble Premio Nobel, en medicina y en economía"*.

La Asociación Española de Matronas premia el trabajo de unas matronas extremeñas

Completando este extraordinario programa, numerosas comunicaciones orales y pósters fueron presentados durante estas jornadas y que participaron en la obtención de varios premios otorgados por diferentes asociaciones profesionales. La AEM, cofundadora de la IHAN y primera asociación de matronas integrada en esta iniciativa, como es habitual en cada edición de este congreso, otorgó el premio a la mejor comunicación oral presentada por matronas. El premio en esta 10ª edición recayó en un grupo

de matronas del Servicio Extremeño de Salud, miembros de la universidad de dicha comunidad, encabezado por Cristina Franco Antonio, y sus compañeras/os de equipo de trabajo, Esperanza Santano Mogena, Julián Calderón García, Sergio Rico Martín, Soledad Poblador Borrella, Laura Soto Terrón y Sergio Cordovilla Guardia, por el trabajo titulado: "Ensayo clínico para mejorar la adherencia a la lactancia materna exclusiva con una intervención motivacional breve"; el premio fue entregado por Maribel Castelló,

vicepresidenta de la AEM y miembro del Comité Nacional de la IHAN.

Nuevamente, ahora desde estas páginas, aplaudimos las aportaciones de todos los comunicantes a este congreso y de forma especial al grupo de trabajo premiado por la Asociación Española de Matronas, entidad que siempre ha situado a la lactancia materna como un objetivo "de oro" en relación con la mejora de la salud materno-infantil, y por otra parte, apoya y estimula a que las matronas cada vez den mayor solidez a la especialidad construyendo con sus trabajos de investigación un corpus de conocimiento propio de la profesión.



Entrega del Premio a la Mejor Comunicación Oral para matronas, otorgado por la AEM

Manifiesto de Santiago en apoyo de la lactancia materna



Santiago de Compostela, 6 de abril de 2019

Los asistentes al X Congreso Español de lactancia materna conociendo que:

En abril de 2018, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF han publicado el documento conjunto *Baby Friendly Hospital Initiative Implementation Guidance 2018* en el que:

- Reconocen a la IHAN como la iniciativa más eficaz para mejorar la calidad de la atención perinatal y la salud de las mujeres y de la infancia.
- Instan a los gobiernos de todo el mundo a:
 1. **Extender la IHAN** a todas sus maternidades e instalaciones de salud alcanzando una cobertura del 100%
Integrando el programa dentro del sistema nacional de salud
Cumpliendo nueve responsabilidades clave para implantar la IHAN en el ámbito nacional.
 2. **Y a proteger la lactancia materna en todos los ámbitos**, legislar para proteger adecuadamente la maternidad y la lactancia y asegurar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de sucedáneos

Responsabilidades clave de los estados para la implantación de la IHAN. OMS 2018

1. Establecer un organismo nacional de coordinación de lactancia materna
2. Integrar "Los 10 pasos" en documentos relevantes de política sanitaria y estándares de cuidados
3. Asegurar la competencia de profesionales y gestores en la implantación de los "10 Pasos"
4. Utilizar sistemas de evaluación externa para medir regularmente la adherencia a los "10 Pasos"
5. Implementar incentivos y/o sanciones para conseguir el cumplimiento de los "10 Pasos"
6. Proveer asistencia técnica a las maternidades para la adopción de los "10 Pasos"
7. Monitorizar la implementación de la IHAN
8. Promover la IHAN ante audiencias relevantes
9. Asignar los recursos necesarios para asegurar la sostenibilidad de la IHAN

Firmamos este documento (todas las entidades que conforman IHAN España) para instar a las autoridades sanitarias a nombrar una Autoridad Nacional de Lactancia y apoyar la lactancia natural y la IHAN desde las instituciones, dotándola de los recursos humanos y económicos necesarios en cumplimiento de estas responsabilidades clave requeridas por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF

Desde ese mismo foro se dirigió carta al Presidente del Estado Español y Ministra de Sanidad para recabar su apoyo a la IHAN y la petición de que publiquen una

Estrategia nacional de lactancia materna, nombren un comité nacional de lactancia y asignen a todo ello los recursos humanos y presupuestarios necesarios.

La AEM y la Semana Mundial de la Lactancia

Uno de los fines de la AEM es desarrollar proyectos educativos para la salud dirigidos a mujeres y con este objetivo, dentro del marco de la Semana Mundial de la Lactancia (1 al 7 de agosto), junto con **Cerveceros de España**, con quienes viene realizando desde 2013 una campaña avalada por el Ministerio de Sanidad informando de la incompatibilidad del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia, así como guiando sobre pautas de alimentación saludables y equilibradas para las madres que se encuentran en estos periodos, se han manifestado públicamente sobre la necesidad de evitar el consumo de alcohol también durante el periodo lactancia, ya que puede suponer un peligro para el re-

cién nacido. Y es que a pesar de que la lactancia sigue siendo una parte fundamental en el desarrollo del niño, algunas mujeres no dan suficiente importancia a este periodo y no son conscientes de que a través de la leche materna también transmiten todo lo que consumen a su bebé. En este sentido, concienciar a las mujeres en periodo de lactancia sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol en esta etapa, sigue siendo un aspecto fundamental.

El consumo de alcohol durante la lactancia puede llegar a generar graves problemas de salud en el recién nacido. Entre ellos, una reducción de la capacidad cognitiva¹, la posibilidad de desarrollar posibles retrasos en el crecimiento², un empeoramiento del

razonamiento no verbal (en comparación con el resto de los niños que han sido amamantados por mujeres que no consumían alcohol)¹ o una reducción en el reflejo de bajada de la leche materna, lo que puede significar que el bebé obtenga menos leche materna durante las tomas². En los casos más graves, un consumo agudo excesivo puede provocar coma, convulsiones y riesgo de muerte en el lactante³.

De este modo, la Asociación Española de Matronas y Cerveceros de España recomiendan que aquellas mujeres que decidan dar el pecho a sus hijos y deseen consumir una cerveza deben decantarse siempre por la opción sin alcohol.

Referencias:

1. Gibson L. Drinking or smoking while breastfeeding and later cognition in children. *Pediatrics* [internet] [cited 8 Aug 2019]. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/142/2/e20174266.full.pdf>.
2. Health Nexus Santé. El alcohol y la lactancia. *Meilleurdepart.org* [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: https://www.meilleurdepart.org/resources/alcool/bf_handout/breastfeed_and_alcohol_SP.pdf.
3. E-lactancia. Riesgo alto para la lactancia. *E-lactancia* [internet] [citado 8 ago 2019]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/ethanol/product/>

La AEM en las aulas de debate en anticoncepción

Los días 27 de marzo y 10 de abril han tenido lugar Aulas de debate en Anticoncepción, promovidas por el grupo GEMMA, en las que ha habido representación de diversos profesionales y entidades dedicados a la Ginecología y Obstetricia, entre los cuales se encontraba la Asociación Española de Matronas y cuyo objetivo primordial fue conocer cuál es la situación actual de la Anticoncepción en la Comunidad de Madrid.

Los temas debatidos fueron:

1. Sexualidad y contracepción, recalándose al respecto que el papel del anticonceptivo no solo se debía centrar en evitar los embarazos no deseados, sino también como un medio de disfrute de la propia sexualidad.
2. Consejo contraceptivo y consulta preconcepcional. ¿Dónde, cómo, quién? Se tomó como referencia el trabajo multidisciplinar de Anticoncepción de la Comunidad de Aragón en el que se dice que el consejo contraceptivo y consulta preconcepcional debe partir de Atención Primaria, siendo las matronas las profesionales de referencia para el asesoramiento y seguimiento de los mismos.
3. Perfil de los pacientes en la prescripción de los anticonceptivos según la edad: adolescentes, edad adulta y perimenopausia: las conclusiones de esta exposición fueron las de facilitar el acceso a los adolescentes a la información sobre anticoncepción, así como en el abaratamiento de los anticonceptivos. En perimenopausia se aconsejará la anticoncepción siguiendo los criterios de elegibilidad de la OMS al respecto y en atención preferencias de la usuaria después de una información objetiva y consensuada.
4. Anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) hormonal y no hormonal: DIU de cobre, hormonales e implantes se pueden utilizar en cualquier grupo de edad que lo desee con un índice de Pearl por debajo de 1 de cada 100 mujeres que lo usan.
5. Problemática de la prescripción de los implantes: se pusieron de manifiesto las diferencias de acceso a la prescripción y aplicación del implante subcutáneo en las diferentes áreas de la comunidad. Desde su puesta en Atención Primaria por las matronas hasta en consultas de ginecología del hospital.
6. La era post-Essure: desde la retirada en el mercado del método anticonceptivo Essure por los efectos

secundarios graves que presentaban se han realizado salpingectomías e incluso a histerectomías en casos graves de desplazamiento de los implantes causantes dolores en la cadera o pelvis, o perforando las trompas uterinas y/o el útero.

7. Nuevos anillos vaginales de cadena sin frío: han aparecido nuevos anillos vaginales que no requieren mantenerlos en el frigorífico y además su precio es 25% más barato que los existentes en el mercado. Se considera uno de los métodos con mejor adherencia en el mercado tanto por su facilidad de uso, precio y efectos secundarios referidos por la usuaria.
8. Consejo anticonceptivo postparto: dicho consejo se está realizando en Atención Primaria en las consultas de las matronas en la visita de los 40 días postparto. En la mayoría de los casos la mujer sale de dicha consulta con el método que mejor se adecua a sus circunstancias, aunque sea el médico de familia quien se lo prescribe o deriva a consultas de ginecología para aquellos métodos de larga duración o definitivos.

En el caso de la atención privada sería el ginecólogo el que está realizando dicho consejo contraceptivo.

9. SOP, obesidad y anticoncepción: se plantea la necesidad de un adecuado diagnóstico del SOP y hacer

un trabajo multidisciplinar con endocrinos, psicólogos y ginecólogos para el tratamiento de dichas pacientes.

10. ¿Puede ser la pauta continua de anillo vaginal el objetivo óptimo para la reducción del IVE? Se está observando en las consultas que no proceder a descanso con el anillo favorece la adherencia y no hay un aumento de efectos secundarios.
11. ¿No usar anticonceptivos con estrógenos resuelve los problemas?
12. ¿Tenemos la píldora ideal? Hay multitud de píldoras en el mercado siendo desde monofásicas a trifásicas y con distintas dosificaciones de estrógenos. La conclusión final es utilizar dosis entre 35 mcg de EE y 10 mcg de EE, no existiendo diferencias significativas en sus efectos secundarios y efectividad.

Entre las distintas conclusiones antes descritas, la principal a destacar es la importancia de plantear a la Administración correspondiente la financiación de los métodos anticonceptivos como ya lo hacen otras comunidades, ya que el coste tanto moral como económico es mucho mayor que en las interrupciones voluntarias de embarazos, cuyas cifras se han mantenido constantes desde el 2014.

Reunión de la AEM con altos cargos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

El pasado día de 30 de abril de 2019 la Asociación Española de Matronas mantuvo una larga reunión con Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Dña. Pilar Aparicio Azcárraga, y con el Director General de Ordenación Profesional, D. Rodrigo Gutiérrez.

Los temas que se llevaron a dicha reunión fueron muy importantes en relación a los cambios que se prevén a corto y medio plazo; sin embargo, alguno de ellos recurrente y planteado más de cinco veces en los úl-

timos años y sucesivos gobiernos, como es el caso de desarrollo de las competencias.

Los temas tratados

Competencias Atención Primaria

Como es conocido, el primer documento para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria está estructurado en seis puntos: reforzar el liderazgo de Atención Primaria, política presupuestaria y de

personal que garantice la efectividad y calidad en el primer nivel, potenciar nuevas tecnologías, mejorar la capacidad resolutoria y coordinación con otros ámbitos, reforzar la atención a la comunidad y la prevención e impulsar formación e investigación.

Sobre estas líneas generales se decidirán asuntos de máxima importancia para las matronas como son ratios, cartera de servicios propia y distribución de competencias a cada profesional de los equipos de AP, y es aquí donde pueden agravarse los problemas de las matronas.

Como se recordará la *Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio que regula el programa formativo de las enfermeras comunitarias y de familia, en el apartado 5 (Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario) describía ampliamente en el punto 5.5 "La atención a la salud sexual, reproductiva y de género"* con algunas puntualizaciones muy preocupantes:

Identifica factores de riesgo social en el embarazo.

Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario. Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno. Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna.

Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, domiciliario y comunitario tras el parto.

Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario.

Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica.

Nos preocupa, y así los hicimos saber a los responsables de Ordenación Profesional, que en el "reparto de papeles" se produzca algún desliz no deseable en favor de estos especialistas y en detrimento de nuestras competencias en el marco de la atención a la salud sexual, reproductiva y de género. Esta Orden fue recurrida por la vía de lo Contencioso administrativo por la Asociación Española de Matronas en 2010.

Competencias Atención Especializada

En relación al desarrollo de competencias en este ámbito reiteramos la petición que se ha formulado a todos los ministros de los últimos 20 años con el documento en que se resume que las matronas deben estar presentes en todos y cada uno de los servicios de un hospital maternal en funciones asistencial, gestora y de investigación.

Auditar resultados del nuevo modelo asistencial. Análisis cualitativo

También solicitamos que se revisen los resultados del modelo asistencial que recomendó la EAPN en 2007 y que la Asociación Española de Matronas reclamó desde 1996 y promovió desde el año 2005. Es necesario saber su grado de implantación y los resultados reales del cambio.

Tutela efectiva de los EIR/MIR

Nos preocupa que los EIR terminen su formación con la garantía de haber adquirido las competencias previstas en el programa que le permitan asumir la atención a la población bajo su propia responsabilidad.

En cuanto a los MIR, no se sostiene ni un día más que los médicos residentes, desde el minuto uno de su residencia, ejerzan como especialistas en las guardias en diagnósticos y prescripciones desconocidas aún para ellos. Se tiene que inspeccionar esta situación que, a todas luces, no beneficia la calidad en la atención y altera con frecuencia las relaciones entre residentes médicos y matronas.

Creación de unidades de atención al parto de bajo riesgo

Se volvió a recomendar la necesidad de crear (aunque sea dentro de los hospitales maternos existentes) áreas de hospitalización de bajo riesgo gestionadas exclusivamente por matronas/es.

Esta es una propuesta que la Asociación Española de Matronas planteó por primera vez en 1996.

Inclusión en el programa formativo de matronas de la ecografía

(Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo) punto 3 apartado b y c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados (incluida la exploración ecográfica básica).

De esta forma se acabará el discurso de algunos de que las matronas no pueden realizar ecografías básicas porque no lo incluye su programa formativo.

Aumentar las horas disponibles para formación continuada

Solicitamos también que se incrementen las horas dis-

ponibles para formación continuada por parte de la administración para las matronas. Muchas/os colegas no disponen de tiempos imprescindibles para la formación continuada y no pueden permitirse llevar a cabo los cursos que desean.

Como resumen de la reunión y para aportar más datos de la situación del colectivo, la Asociación Española de Matronas se ha comprometido a realizar una importante encuesta *online* denominada "Tomando el pulso de las matronas", que arrojará más información sobre la actualidad de las matronas en España. Una vez procesada se producirá una nueva reunión en el Ministerio para abordar el resultado de la misma.

Macroencuesta nacional "Tomando el pulso de las matronas"



ENCUESTA NACIONAL 2019: "TOMANDO EL PULSO DE LAS MATRONAS"

La Asociación Española de Matronas te invita a participar en la encuesta "**Tomando el pulso de las matronas**" que pretende recabar los datos necesarios sobre la situación actual del colectivo para una próxima reunión en el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. También te la haremos llegar a ti, si lo solicitas. Con los resultados, podremos seguir reivindicando sobre todas las cuestiones que ya se han planteado y que necesitan un cambio y una mejora.

¡Tu sentir y opinión, la suya y la del otro...cuentan!.
Tu participación es importante. Nos interesa a todos.

¡Gracias por tu colaboración!



Información protegida bajo anonimato.

XX Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas



XXXII Congreso Trienal Confederación Internacional de Matronas



32.º Congreso Trienal de la ICM
Indonesia 21-25 de Junio 2020

www.midwives2020.org

Las matronas del mundo: ayudando a dar a luz al futuro

Nuevo curso de formación continuada de la AEM 2019-2020



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

NUEVA EDICIÓN: 7 al 11 OCTUBRE de 2019

Agenda | Nuevo curso de formación continuada de la AEM

Objetivos

- ✓ Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- ✓ Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- ✓ Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- ✓ Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 7 -11 octubre 2019
Horario: 15:30 a 20:30h.

LUGAR: Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid

Matrícula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 80 €

Solicitud de inscripción en:
matronas@asociación-nacional.com
Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN: de 1 de julio a 1 de octubre de 2019

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Solicitada acreditación del Agencia de Acreditación de Formación Continua del S.N.S

Expertos de Enfermería con Acreditación ECTS

— ¡Especialízate en Urgencias!

EXPERTO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 800 horas

32 ECTS



SALUS INFIRMORUM
UPSA Madrid

— ¡Especialízate en Úlceras!

EXPERTO ÚLCERAS Y HERIDAS CRÓNICAS

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 650 horas

26 ECTS



SALUS INFIRMORUM
UPSA Madrid

— ¡Especialízate en Nutrición!

EXPERTO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA PARA ENFERMERÍA

- MODALIDAD: online - DURACIÓN: 650 horas

26 ECTS



SALUS INFIRMORUM
UPSA Madrid



aulaDAE
Grupo Paradigma

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